

©Д. В. Григоренко <https://orcid.org/0009-0006-6060-5978>

©П. О. Колесник <https://orcid.org/0000-0001-7625-7142>

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

ВАЛІДИЗАЦІЯ ІННОВАЦІЙНОГО КОМУНІКАЦІЙНОГО КЛЮЧА ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНСУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ

РЕЗЮМЕ. Комунікація в охороні здоров'я є не лише обміном інформацією, а й інструментом впливу на мотивацію, участь і комплаєнс пацієнта. Ефективна, емпатична та структурована взаємодія доведено підвищує результати лікування, особливо у фізичній та реабілітаційній медицині. В Україні відсутні мнемонічні моделі, які б інтегрували вербальні й невербальні стратегії спілкування у реабілітаційній практиці. Тому авторами створено інноваційний комунікаційний ключ «(КПД)² + ЕНЗіМ», що поєднує керування, інструктаж, демонстрацію з підтримкою, мімікою та залученням.

Мета – провести зовнішню (face validity) та змістову (content validity) валідизацію комунікаційного ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ» для оцінки його зрозумілості, важливості та відповідності меті підвищення комплаєнсу.

Матеріал і методи. Модель «(КПД)² + ЕНЗіМ» охоплює шість ключів комунікації – командуй, коментуй, прості фрази, повторюй, демонструй, доторкнись – та емпатичний компонент (емпатія, належне ставлення, залучення, міміка). Для face validity залучено 26 респондентів (викладачі, лікарі, фізичні терапевти, медсестри, студенти). Оцінку важливості пунктів проводили за 5-бальною шкалою Лайкерта з розрахунком Item Impact Score (IIS). Для content validity – 10 експертів із клінічної комунікації оцінювали визначальність, відповідність меті та зрозумілість за шкалами 3–4 балів. Обчислювали Content Validity Ratio (CVR) та Content Validity Index (CVI).

Результати. Усі елементи ключа показали високі показники IIS (4.77–4.92), CVR (0.78–1.0) та CVI (0.9–1.0), що свідчить про їх значущість і зрозумілість.

Висновки. Валідизація підтвердила надійність і змістову відповідність моделі «(КПД)² + ЕНЗіМ» як ефективного інструменту для підвищення комплаєнсу в реабілітаційній медицині.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: комунікація; реабілітація; комплаєнс; емпатія; фізична та реабілітаційна медицина; валідизація.

Вступ. Ефективна комунікація є ключовим компонентом сучасної медичної практики, особливо у сфері фізичної та реабілітаційної медицини. Вона визначає якість лікування, рівень залучення пацієнта до процесу, комплаєнс і загальну задоволеність [1, 2]. У фізичній терапії комунікація виконує не лише інформативну, а й навчальну та мотиваційну функції: пацієнти повинні розуміти інструкції, дотримуватися їх, виконувати фізичні вправи та залишатися мотивованими протягом тривалого лікування [3]. Наявні міжнародні моделі клінічної комунікації, такі як “SPIKES” – “Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy” (Підготовка до розмови, Оцінка сприйняття пацієнта, З'ясування бажання пацієнта отримати інформацію, Надання інформації, Реагування на емоції пацієнта з емпатією, Стратегія і підсумок) [4], “ICE” – “Idea Concern Explanation” (“ДТП” – “Думка, Твердження, Переконавання/Пояснення”) [13], “NURSE” – “Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring” (Називання, Розуміння, Повага, Підтримка, Уточнення) [18], Calgary–Cambridge Guide [19] або SOCRATES – “Site, Onset, Character, Radiation, Associations, Time course, Exacerbating, Severity” (Локалізація, Початок, Характер, Іррадіація, Супутні симптоми, Перебіг у часі, Фактори посилення/

полегшення, Інтенсивність) [17], є корисними в різних клінічних контекстах, проте мають обмеження в умовах реабілітаційної практики. Зокрема, вони не враховують тілесну взаємодію, не передбачають демонстрацію рухів, не включають вербальний супровід фізичних дій, не фокусуються на мотиваційній підтримці. Наприклад, модель ICE є дієвою для виявлення очікувань і тривоги пацієнта, однак не містить інструктивної чи фізичної складової [13]. Модель SPIKES орієнтована на односторонню передачу складної інформації [4], а NURSE – на відображення емоцій, проте не структурована для навчання руховим діям [18]. SOCRATES є зручною схемою для збору інформації про біль, але не охоплює поведінкові або мотиваційні аспекти [17]. Calgary – Cambridge Guide має загальну структуру, однак не адаптована до тілесної демонстрації [19].

У вітчизняному освітньому просторі відома авторська модель “Риба OSCE”, створена в Ужгородському національному університеті <https://www.youtube.com/watch?v=i5ChANqrOsQ> [14]. Вона дозволяє структуровано проводити клінічну бесіду, збір анамнезу, аргументацію рішень і резюмування. Однак її фокус залишається переважно на вербальній частині взаємодії, а не на навчанні рухам чи демонстрації.

Міжнародні дослідження вказують на критичну важливість поєднання директивної комунікації (команд, демонстрацій, інструкцій) з емпатією, активним слуханням і підтримкою [2, 7, 8]. Особливо це актуально у фізичній терапії, де невербальні прояви (дотик, зоровий контакт і повторювані сигнали) сприяють залученню пацієнта до процесу [16]. Запропонований інструмент Communication Evaluation in Rehabilitation Tool (CERT) [12] дозволяє оцінити якість комунікації терапевта, однак він не є інструментом навчання.

В українській системі освіти лише нещодавно розпочалася системна інтеграція клінічної комунікації до підготовки лікарів і фізичних терапевтів [9, 10]. Це підкреслює актуальність створення нових, практично орієнтованих, мнемонічно спрощених моделей, адаптованих до реабілітаційного процесу. Такі моделі мають враховувати фізичну, емоційну, мотиваційну та інструктивну складові взаємодії.

З урахуванням мультидисциплінарного характеру реабілітації, комунікаційні моделі повинні бути універсальними для різних фахівців – лікарів, фізичних і ерготерапевтів, медичних сестер. Їх застосування сприятиме ефективному навчанню пацієнтів, підвищенню комплаєнсу та якості відновлення функцій після травм і хвороб [2, 3, 7].

У зв'язку з цим виникла потреба у створенні простого, легкого для запам'ятовування і водночас ефективного комунікаційного інструменту, що поєднує особливий стиль комунікації у сучасній реабілітаційній практиці (керування, інструкція, демонстрація) з базовими компонентами спілкування з пацієнтом (підтримка, міміка, залучення). Автори статті створили модель з комунікаційного ключа для підвищення комплаєнсу в реабілітаційній медицині з використанням мнемонічного ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ». Модель представлена у вигляді мнемонічної схеми «(КПД)² + ЕНЗіМ», розробленої авторами з метою оптимізації міжособистісної взаємодії між фахівцем і пацієнтом. Літери мнемонічного ключа формують 6 елементів ефективної комунікації + емпатичний компонент. Перший блок включає: КК (керуй і коментуй) – чіткі інструкції з поясненням дій, що підвищують довіру та відчуття контролю; ПП (прості фрази, повторюй) – короткі, зрозумілі формулювання, які полегшують сприйняття та знижують когнітивне навантаження; ДД (демонструй, доторкнись) – поєднання візуального показу та тактильної підтримки для зменшення страху й покращення навчання. Другий блок – ЕНЗіМ – складається з: Е (емпатія) – емоційна підтримка пацієнта через тон, слова, позу; Н (неосудливість) – відсутність критики й заохочення навіть у разі помилок; З (залучення) – активна участь пацієнта через за-

питання та вибір; М (міміка) – доброзичлива, щира невербальна підтримка, що резонує з емоційним станом пацієнта. Ця модель може сприяти зниженню тривожності, підвищувати мотивацію та комплаєнс, а також формувати партнерське, безпечне середовище для відновлення, забезпечувати зрозумілу, послідовну та тілесно-змістову взаємодію, сприяти психологічному комфорту пацієнта. Для активного впровадження комунікаційного ключа в практику необхідно було провести валідацію даного інструменту за європейськими стандартами.

Мета – проведення зовнішньої валідації (face validity) та валідації вмісту (content validity) розробленого інноваційного комунікаційного інструменту «(КПД)² + ЕНЗіМ», що поєднує сучасний стиль професійної взаємодії в реабілітаційній медицині з фундаментальними елементами ефективного спілкування з пацієнтом. Така модель дозволяє не лише оптимізувати процес передачі інформації, а й забезпечує емпатичний, структурований та партнерський характер комунікації, що є критично важливим у контексті відновлення функціонального стану та підвищення комплаєнсу пацієнтів.

Матеріал і методи дослідження. Валідація створеного інноваційного комунікаційного ключа проводилася в рамках дисертаційного дослідження аспіранта кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету: "Залежність комплаєнсу і якості життя пацієнтів із посттравматичним больовим синдромом від комунікаційних навичок медичних працівників", під егідою європейського гранту "ShowUp4Health – Building Trust in Roma and IDP Communities for NCD Prevention: Developing and Testing an Integrated Social Healthcare Development Methodology for Vulnerable Groups in Central and Eastern Europe". Метою валідації було визначення можливості впровадження даної моделі у клінічну практику з огляду на її визначальність, відповідність меті, зрозумілість та важливість.

Зовнішня валідація (Face validity) елементів комунікаційного ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ» проводилась шляхом залучення 26 респондентів (викладачів клінічної комунікації кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів та ерготерапевтів, медичних сестер Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології м. Ужгород та клініки "КОРП", і сімейних лікарів клініки "Interfamily", студентів факультету фізичної терапії Ужгородського національного університету). Нами була створена анкета у ви-

гляді Google-форми, яка була розіслана кожному респонденту. Анкета була анонімною і містила питання до респондента щодо кожного пункту ключа, з метою оцінки ступеня його важливості у клінічній реабілітаційній практиці. Важливість кожного пункту оцінювалась за 5-бальною шкалою Лікєрта, де 1 – зовсім не важливий, 5 – дуже важливий. Також було передбачено відкриті поля для коментарів і пропозицій щодо формулювання, доповнення чи переформулювання окремих пунктів. Окремий розділ форми передбачав надання респондентами загального коментаря щодо концепту моделі та її застосування в практиці. Аналіз зовнішньої валідності кожного пункту ключа проводився за допомогою розрахунку показника оцінки впливу пунктів (Item Impact Score, IIS) (Lynn, 1986; Zamanzadeh et al., 2015), за формулою: Item Impact Score (IIS) = частка респондентів, які оцінили важливість пунктів 4, 5 × середній бал усіх оцінок пункту. Компоненти з IIS >1.5 вважаються доцільними для збереження значення >2.5 – високої значущості, розрахованих на основі відповідей респондентів.

Валідизація вмісту (Content validity) елементів комунікаційного ключа проводилась шляхом залучення 10 експертів (викладачів клінічної комунікації кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету № 2 Ужгородського національного університету, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти та ерготерапевти, медичні сестри Обласного клінічного центру нейрохірургії та неврології м. Ужгород та клініки "КОРФ", і сімейні лікарі клініки "Interfamily"), які мали більше 5-ти років клінічної практики і володіли навичками комунікації з пацієнтами. Для оцінки кожного елемента моделі було розроблено анкету у форматі Google-форми, яка надсилалася кожному експерту індивідуально. Анкетування проводили анонімно. Анкета містила питання, що стосуються кожного з компонентів комунікативної моделі. Аналіз валідності вмісту проводили шляхом оцінки трьох критеріїв: визначальності (необхідності) кожного пункту анкети (оцінювалась за 3-бальною шкалою); відповідності меті (оцінювалась за 4-бальною шкалою); зрозумілості

для експертів (оцінювалась за 4-бальною шкалою). Обчислення валідності вмісту кожного з елементів ключа проводилось із використанням оцінки рівня валідності вмісту (Content Validity Ratio, CVR) та індексу валідності вмісту (Content validity index, CVI) за відповідною формулою.

CVR (Content Validity Ratio): $CVR = (N_e - (N/2)) / (N/2)$, де N загальна кількість експертів; N_e – кількість експертів які оцінили пункт як визначальний (3 бали).

Значення CVR вважається достатнім при участі 10 експертів $CVR \geq 0,62$ за критерієм Лоще (Lawshe, 1975). Метод розрахунку CVI (Content validity index): $CVI = \text{кількість експертів, які оцінили пункт як відповідний меті чи зрозумілий (3–4 бали)} / \text{загальна кількість експертів}$. Значення CVI >0,79 вважається достатнім, при CVI 0,70–0,79 пункт потребує перегляду, при CVI <0,70 – вилучення.

Опитування проводилось добровільно з дотриманням принципів анонімності та конфіденційності. Учасники попередньо ознайомились з метою дослідження та підписували згоду на використання їхніх відповідей у статистичному аналізі.

Результати. Елементи інноваційного комунікаційного ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ» пройшли два етапи валідизації: зовнішню валідизацію та валідизацію вмісту.

Зовнішня валідизація включала аналіз пунктів ключа з обрахуванням показника впливу (Item Impact Score, IIS), за формулою, вказаною у матеріалах та методах. У таблиці 1 представлено аналіз оцінки важливості пунктів ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ», за результатами опитування 26 респондентів.

Результати зовнішньої валідизації інноваційного комунікаційного ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ» засвідчують високий рівень валідності та важливості всіх його компонентів, що підтверджено аналізом показника Item Impact Score (IIS). Згідно з отриманими даними (див. табл. 1), всі елементи комунікаційного ключа отримали IIS >4,77, що свідчить про їх високу валідність відповідно до критерію інтерпретації IIS:

КК – Командуй, Коментуй: середнє значення оцінки склало 4,81, що демонструє високу валідність прямої вербальної підтримки дій пацієнта;

Таблиця 1. Аналіз оцінки важливості (Item Impact Score, IIS) пунктів ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ», за результатами анкетування респондентів (n = 26)

Компонент методу	Кількість респондентів, які оцінили важливість пункту на 4–5 балів (n=26)	IIS	Інтерпретація
КК – Командуй, Коментуй	26	4,81	Висока валідність
ПП – Прості фрази, Повторюй	26	4,92	Висока валідність
ДД – Демонструй, Доторкнись	26	4,77	Висока валідність
ЕНЗіМ – Емпатія, Неосудження, Залучення і Міміка	26	4,88	Висока валідність

ПП – Прості фрази, Повторюй: із показником 4,92, цей елемент отримав найвищу оцінку серед усіх, підкреслюючи ключову роль простоти і повторюваності інструкцій у комунікації з пацієнтами;

ДД – Демонструй, Доторкнись: оцінка 4,77 свідчить про високу цінність невербальної підтримки, зокрема візуального й тілесного підкріплення;

ЕНЗіМ – Емпатія, Неосудження, Залучення і Міміка: середнє значення 4,88 вказує на критичну

важливість емоційної чутливості й залучення у процесі взаємодії з пацієнтом.

Отже, усі компоненти комунікаційного інструменту продемонстрували високий рівень зовнішньої валідності за критерієм IIS, що значно перевищував границю достатньої валідності $IIS \geq 1,5$ (рис. 1), що обґрунтовує, на думку респондентів, важливість пунктів ключа для подальшого використання у клінічній практиці реабілітаційної медицини.

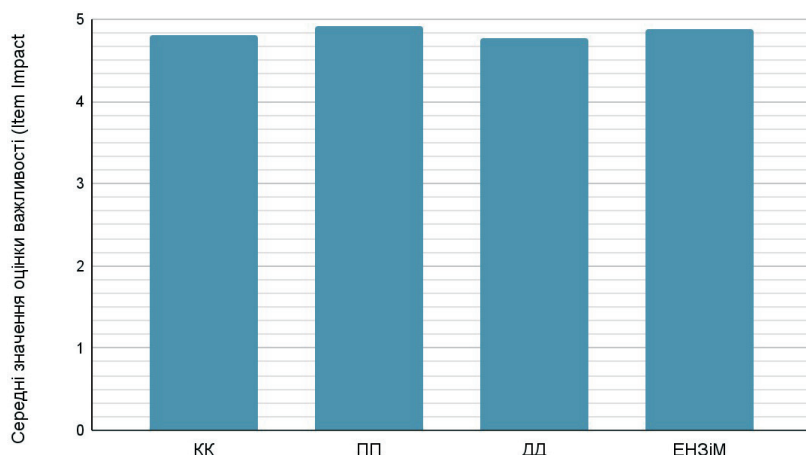


Рис. 1. Значення оцінки важливості (Item Impact Score, IIS) для компонентів моделі «(КПД)² + ЕНЗіМ» за результатами експертного опитування (n=26).

Валідизація вмісту всіх пунктів комунікаційного ключа включала обрахунок показників *рівня валідності вмісту (Content Validity Ratio, CVR) та індексу валідності вмісту (Content Validity Index, CVI)*. При оцінці валідності вмісту пунктів ключа десятьма експертами було отримано достатні показники CVR за критерієм Лоще (0,78–1,0), та достатні значення CVI (0,98), що підтверджує відповідність та зрозумілість кожного з пунктів ключа.

Згідно з даними, наведеними в таблиці 2 і на рисунку 2, комунікаційний компонент ключа “КК –

Командуй, Коментуй” отримав високу оцінку від експертів, продемонструвавши відповідність критерію значущості. Фахівці підкреслили, що короткі й чіткі інструкції, доповнені оперативним коментарем, сприяють підвищенню ефективності взаємодії з пацієнтами в процесі виконання вправ чи процедур. Це особливо важливо у контексті моторного навчання в реабілітації. Слід зазначити, що одним з експертів була рекомендована заміна запропонованого авторами формулювання першого компоненту ключа: “КК – командуй та комен-

Таблиця 2. Середні значення оцінки Content Validity Ratio (CVR) та Content validity index (CVI) для компонентів моделі «(КПД)² + ЕНЗіМ», за результатами експертного опитування (n = 10)

Показники валідності вмісту	CVR			CVI	Висновок
Компонент ключа	Визначальність (за 3-бальною шкалою)	Оцінка відповідності меті (за 4-бальною шкалою)	Оцінка зрозумілості (за 4-бальною шкалою)		
КК – Командуй, Коментуй	0,78	1,0	0,97	0,985	Висока валідність
ПП – Прості фрази, Повторюй	0,78	1,0	0,97	0,985	Висока валідність
ДД – Демонструй, Доторкнись	0,78	1,0	0,97	0,985	Висока валідність
ЕНЗіМ – Емпатія, Неосудження, Залучення і Міміка	1,0	1,0	0,97	0,985	Висока валідність

Середні значення оцінки Content Validity Ratio (CVR)

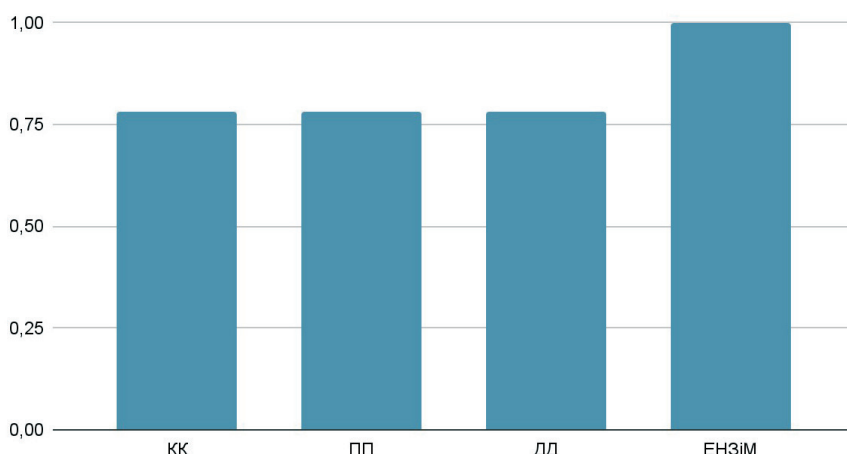


Рис. 2. Оцінка валідності вмісту компонентів «(КПД)² + ЕНЗіМ» за середніми значеннями оцінки Content Validity Ratio (CVR) та Content validity index (CVI), за результатами експертного опитування (n=10).

туй” на “КК – керуй та коментуй”. Ця зміна була внесена консенсусом авторів і остаточно затверджена експертами.

Пункт ключа “ПП – Прості фрази, Повторюй” – повторюваність та простота мовлення визнані критично важливими для забезпечення розуміння інструкцій пацієнтами з когнітивними або мовними порушеннями.

Пункт ключа “ДД – Демонструй, Доторкнись”. Демонстрація рухів і тактильна взаємодія є ключовими засобами невербальної комунікації в реабілітаційній медицині. Експерти одностайно підтримали доцільність включення цього пункту до інструменту, зважаючи на його ефективність у роботі з пацієнтами, які мають труднощі з розумінням вербальних вказівок. Пункт визнаний валідним без потреби у зміні формулювання.

“ЕНЗіМ – Емпатія, Неосудження, Залучення і Міміка” Даний компонент отримав максимальний бал CVR, що свідчить про повну одностайність експертів у визнанні його значущості. Усі чотири складові (емпатія, неосуджувальна позиція, залучення пацієнта, мімічне відображення) є фундаментальними для створення емоційного контакту, підвищення довіри та зниження опору з боку пацієнта.

Аналіз валідності вмісту з розрахунком CVR та CVI показав, що всі компоненти інструменту перевищують достатній поріг значущості, встанов-

лений для вибірки з 10 експертів. Це вказує на те, що модель «(КПД)² + ЕНЗіМ» є цілісною, логічно послідовною та адаптованою до потреб реабілітаційної медицини.

Висновки. Проведена зовнішня валідація (face validity) та валідація вмісту (content validity) інноваційного комунікаційного ключа «(КПД)² + ЕНЗіМ» показала, що всі пункти даного інструменту є важливими і зрозумілими для підвищення комплаєнсу в реабілітаційній медицині.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів, апробація системи проводилась в рамках європейського проекту “ShowUp4Health – Building Trust in Roma and IDP Communities for NCD Prevention: Developing and Testing an Integrated Social Healthcare Development Methodology for Vulnerable Groups in Central and Eastern Europe.”

Внесок авторів:

Д. В. Григоренко – розробка ідеї, формування концепції та дизайну дослідження, проведення валідації, аналіз та інтерпретація результатів, написання основного тексту статті;

П. О. Колесник – наукове керівництво, методологічна підтримка, критичний аналіз змісту, редагування тексту та узгодження остаточного варіанта для публікації.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Silverman J., Kurtz S., Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed. CRC Press. 2013.
2. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer. 2016.
3. Levinson W., Lesser C. S., Epstein R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2010. Vol. 29(7). P. 1310–1318.

4. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer / Baile W. F. et al. *Oncologist*. 2000. Vol. 5, No.4. P. 302–11.
5. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. 2nd ed. Radcliffe; 2005.
6. Nestel D., Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising

benefits. *BMC Med Educ*. 2007. Vol. 7. P. 3.

7. Stone J., Mazza D. Harnessing the potential of communication skills in physical therapy: A review. *Phys Ther Rev*. 2016. Vol. 21 (1). P. 55–60.

8. Haidet P., Paterniti D. A. "Building" a history rather than "taking" one: A perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*. 2003. Vol. 163 (10). P. 1134–40.

9. Прокопенко О. М., Чабан Т. В. Комунікативна компетентність лікаря: сучасні виклики. *Сімейна медицина*. 2020. № 4 (92). С. 47–50.

10. Савчук О. Л. Комунікація в реабілітаційній медицині: міждисциплінарний підхід. *Реабілітація та фізична медицина*. 2023. № 1 (2). С. 24–28.

11. Beagan B., Fredericks E., Bryson M. Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. *Can Med Educ J*. 2015. Vol. 6 (1). P. e14–22.

12. Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool / Murray A. et al. *Disabil Rehabil*. 2018. Vol. 40 (23). P. 2785–94.

13. Murtagh G. M. «A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication». 2023.

14. Колесник П.О. та ін. Микита, І.В., & Яким, І. Ю. (рік). *Методика "Руба OSCE": Відеопрезентація лекцій*

дистанційного курсу "Методика навчання об'єктивованому структурованому клінічному обстеженню пацієнтів у практиці сімейного лікаря" [Усний твір із ілюстраціями]. Авторське свідоцтво України № 101856. Кафедра сімейної медицини та амбулаторної допомоги, Ужгородський національний університет. <https://www.youtube.com/watch?v=i5ChANqrOsQ>

15. Kumar S., Bhargava V. Pain assessment and SOCRATES: A handy mnemonic. *Indian J Pain*. 2019. Vol. 33 (1). P. 60–61.

16. American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation. (2025, April). *Communication Issues in Physical Medicine and Rehabilitation*. PM&R Knowledge NOW®. Retrieved July 3, 2025, from <https://now.aapmr.org/communication-issues-in-physical-medicine-and-rehabilitation/>

17. PA1 An internal audit into the adequacy of pain assessment in a hospice setting / Weschules D. J. et al. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2015. Vol. 5 (2). P. 210–215.

18. Back A. L., Arnold R. M. Dealing with anger in the clinical encounter. *Ann Intern Med*. 2005. Vol. 142 (9). P. 731–735.

19. Silverman J., Kurtz S., Draper J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching 1: Agenda-led, outcome-based analysis of the consultation. *Education for General Practice*. 1996. Vol. 7 (2). P. 288–299.

REFERENCES

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. CRC Press; 2013.

2. Hojat M. Empathy in Health Professions Education and Patient Care. Springer; 2016.

3. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1310–8.

4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302–11.

5. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Radcliffe; 2005.

6. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*. 2007;7:3.

7. Stone J, Mazza D. Harnessing the potential of communication skills in physical therapy: A review. *Phys Ther Rev*. 2016;21(1):55–60.

8. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: A perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*. 2003;163(10):1134–40.

9. Prokopenko OM, Chaban TV. Physician communication competence: current challenges. *Family Medicine*. 2020;4(92):47–50.

10. Savchuk OL. Communication in rehabilitation medicine: an interdisciplinary approach. *Rehabilitation and Physical Medicine*. 2023;1(2):24–28.

11. Beagan B, Fredericks E, Bryson M. Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician

training needs. *Can Med Educ J*. 2015;6(1):e14–22.

12. Murray A, Hall A, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Taylor I, et al. Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. *Disabil Rehabil*. 2018;40(23):2785–94.

13. Murtagh GM. A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication. 2023.

14. Kolesnyk PO, Kolesnyk AP, Kuodza JE, Mykyta IV, Yakym IY. *FISH OSCE methodology: Video lecture presentation of the distance course "Methodology of teaching objective structured clinical examination of patients in family doctor practice"* [Oral work with illustrations]. Copyright Certificate of Ukraine No. 101856. Department of Family Medicine and Outpatient Care, Uzhhorod National University. Ukrainian.

15. Kumar S, Bhargava V. Pain assessment and SOCRATES: A handy mnemonic. *Indian J Pain*. 2019;33(1):60–1.

16. American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation. (2025, April). *Communication Issues in Physical Medicine and Rehabilitation*. PM&R Knowledge NOW®. Retrieved July 3, 2025, from <https://now.aapmr.org/communication-issues-in-physical-medicine-and-rehabilitation/>

17. Weschules DJ, Bain KT, Reifsnnyder J, McMath JA, Kupperman DE, Gallagher RM, Hauck WW, Knowlton CH. PA1 An internal audit into the adequacy of pain assessment in a hospice setting. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2015 Apr;5(2):210–215.

18. Back AL, Arnold RM. Dealing with anger in the clinical encounter. *Ann Intern Med*. 2005;142(9):731–735.

19. Silverman J, Kurtz S, Draper J. The Calgary–Cambridge approach to communication skills teaching 1: Agenda-led, outcome-based analysis of the consultation. *Education for General Practice*. 1996;7(2):288–299.

D. V. Hryhorenko, P. O. Kolesnyk

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

VALIDATION OF AN INNOVATIVE COMMUNICATION TOOL FOR IMPROVING COMPLIANCE IN REHABILITATION MEDICINE

SUMMARY. Communication in healthcare is not only an exchange of information, but also a tool for influencing patient motivation, participation and compliance. Effective, empathetic and structured interaction has been proven to improve treatment outcomes, especially in physical and rehabilitation medicine. In Ukraine, there are no mnemonic models that would integrate verbal and non-verbal communication strategies in rehabilitation practice. Therefore, the authors created an innovative communication key “(KPD)² + ENZiM”, which combines management, instruction, demonstration with support, facial expressions and involvement.

The aim – to conduct external (face validity) and content (content validity) validation of the communication key “(KPD)² + ENZiM” to assess its comprehensibility, importance and compliance with the goal of increasing compliance.

Material and Methods. The “(KPD)² + ENZiM” model covers six keys of communication – command, comment, simple phrases, repeat, demonstrate, touch – and an empathetic component (empathy, appropriate attitude, involvement, facial expressions). For face validity, 26 respondents (teachers, doctors, physical therapists, nurses, students) were involved. The importance of the items was assessed using a 5-point Likert scale with the calculation of the Item Impact Score (IIS). For content validity, 10 clinical communication experts assessed specificity, relevance to the purpose, and clarity on scales of 3–4 points. The Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) were calculated.

Results. All key elements showed high IIS (4.77–4.92), CVR (0.78–1.0) and CVI (0.9–1.0) scores, indicating their significance and comprehensibility.

Conclusions. Validation confirmed the reliability and content relevance of the “(KPD)² + ENZiM” model as an effective tool for increasing compliance in rehabilitation medicine.

KEY WORDS: communication; rehabilitation; compliance; empathy; physical and rehabilitation medicine; validation.

Отримано 14.10.2025

Електронна адреса для листування: dmytrohryhorenko.uzh@gmail.com