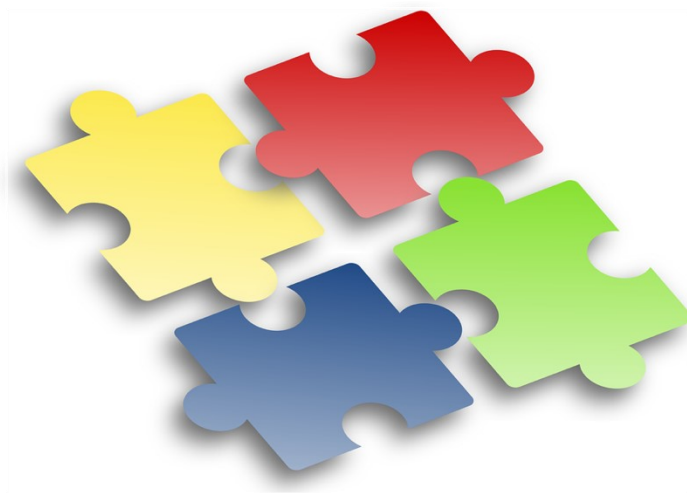




Kompleksowy program szkoleniowy dla nieformalnych doradców
rodziców dzieci z niepełnosprawnościami

MODUŁ 2

UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNE I KOMUNIKACYJNE NIEFORMALNYCH DORADCÓW: BUDOWANIE RELACJI OPARTYCH NA WSPARCIU

2024-1-TR01-KA220-ADU-000250033

**INNOWACYJNE WSPARCIE I EDUKACJA DLA RODZICÓW DZIECI Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI POPRZECZ NIEFORMALNE DORADZTWO**

IPAR



Spis treści

2. Umiejętności społeczne i komunikacyjne nieformalnych doradców: budowanie relacji opartych na wsparciu	5
2.1. Umiejętności społeczne – zagadnienia ogólne	
(środowisko społeczne, współpraca ze specjalistami, rodziny wspierające inne rodziny, indywidualna i grupowa praca z rodzicami potrzebującymi wsparcia – empatia, efektywna współpraca, wsparcie społeczne, grupy wsparcia, zaangażowanie)	5
Środowisko społeczne i ekologia rozwoju umiejętności społecznych	5
Role specjalistów i współpraca w rozwijaniu umiejętności społecznych	6
Empatia, współpraca i wsparcie społeczne	7
Zaangażowanie rodziców oraz praca grupowa	7
Niuanse i potencjalne rozbieżności w literaturze	8
2.2. Znaczenie umiejętności komunikacyjnych w praktyce nieformalnych doradców – skuteczna komunikacja	8
Podstawowe zasady skutecznej komunikacji w roli nieformalnego doradcy	8
Konteksty pracy nieformalnych doradców oraz wnioski z badań	9
Praktyczne wskazówki dla nieformalnych doradców wspierających osoby ze specjalnymi potrzebami	10
Niuanse i obszary dyskusji	10
2.3. Strategie komunikacyjne – aktywne słuchanie	11
Podstawy teoretyczne: aktywne słuchanie jako model komunikacji opartej na empatii	11
Zastosowanie aktywnego słuchania w pracy nieformalnego doradcy	11
Łączenie aktywnego słuchania z innymi strategiami budowania relacji	12
Praktyczne zastosowanie w module: aktywne słuchanie w pracy nieformalnego doradcy	12
Niuanse i potencjalne rozbieżności w literaturze	13
2.4. Trudne rozmowy i sposoby radzenia sobie z nimi	14
Trudne rozmowy w kontekście wsparcia rodziców	14
Charakter trudnych rozmów	14
Typowe sytuacje w pracy z rodzicami wymagającymi wsparcia	14
Sytuacje wymagające intensywnego wsparcia emocjonalnego	15
Synteza wyników badań	15
Podejścia doradcze i strategie komunikacyjne	15
Rola kompetencji zdrowotnych (health literacy) oraz potrzeb informacyjnych	16
Potrzeby opiekunów wynikające z kontekstu oraz wsparcie systemowe	16

Edukacja i szkolenia rozwijające kompetencje specjalistów	17
Niuanse i potencjalne obszary rozbieżności	17
Zróżnicowane preferencje opiekunów i uwarunkowania kulturowe	17
Niepewność oraz trudności związane z prognozowaniem	17
Zakres kompetencji oraz ograniczenia systemowe	18
Praktyczne wskazówki	18
Przygotowanie planu komunikacji	18
Normalizowanie ambiwalencji i wspieranie strategii radzenia sobie	18
Wykorzystanie opieki skoncentrowanej na rodzinie oraz współpracy interdyscyplinarnej	18
Szkolenia i symulacje rozwijające kompetencje	19
Dostosowanie strategii do sytuacji i preferencji odbiorców	19
Reakcje emocjonalne w trudnych rozmowach	19
Charakter reakcji emocjonalnych podczas trudnych rozmów	20
Regulacja emocji i współregulacja	20
Wpływ emocji na przetwarzanie informacji i podejmowanie decyzji	20
Sytuacje silnego obciążenia emocjonalnego w pracy z rodzicami	21
Kluczowe umiejętności komunikacyjne	21
Dialog motywujący i praca z ambiwalencją	22
Ustrukturyzowane modele komunikacji	22
Kompetencje zdrowotne i komunikacja dostosowana do odbiorcy	22
Empatia, zaufanie i relacje interpersonalne	22
Szkolenia i współpraca międzyprofesjonalna	23
Regulacja emocji i współregulacja	23
Strukturyzowanie rozmowy	23
Przygotowanie do rozmowy	24
Tworzenie odpowiednich warunków do rozmowy	24
Prowadzenie rozmowy – podstawowe techniki	25
Wsparcie po rozmowie i działania następne	25
Radzenie sobie z oporem i konfliktem	26
Najczęstsze formy i źródła oporu podczas trudnych rozmów	26
Teoretyczne i praktyczne modele pracy z oporem	27
Kontekstowe uwarunkowania i obszary występowania oporu	28
Praktyczne strategie radzenia sobie z oporem i konfliktem	28
Niuanse i potencjalne obszary rozbieżności	29
Podejścia wspierające i oparte na mocnych stronach	29

Pytania i odpowiedzi	31
----------------------------	----

Bibliografia	32
--------------------	----

Sfinansowane przez Unię Europejską. Wyrażone poglądy i opinie są jednak wyłącznie poglądami i opiniami autora(-ów) i niekoniecznie odzwierciedlają stanowisko Unii Europejskiej ani Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Edukacji i Kultury (EACEA). Ani Unia Europejska, ani EACEA nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

2. Umiejętności społeczne i komunikacyjne nieformalnych doradców: budowanie relacji opartych na wsparciu

2.1. Umiejętności społeczne – zagadnienia ogólne

(środowisko społeczne, specjaliści, rodziny wspierające inne rodziny, indywidualna i grupowa praca z rodzicami potrzebującymi wsparcia – empatia, efektywna współpraca, wsparcie społeczne, grupy wsparcia, zaangażowanie)

Środowisko społeczne i ekologia rozwoju umiejętności społecznych

Środowisko społeczne stwarza ciągłe możliwości modelowania zachowań społecznych, ich ćwiczenia, otrzymywania informacji zwrotnej oraz wzmacniania pożądanych postaw. Środowisko szkolne, codzienne funkcjonowanie rodziny oraz relacje rówieśnicze wspólnie kształtują sposób, w jaki jednostki interpretują sygnały społeczne, regulują emocje i adekwatnie reagują na wymagania sytuacji społecznych (Gaspar i in., 2024; Martínez i Gómez, 2024; Sultan i Khan, 2025).

W tym kontekście modele interwencji łączące szkolne programy rozwijania kompetencji społeczno-emocjonalnych (SEL – Social and Emotional Learning) z aktywnym zaangażowaniem rodziny konsekwentnie wykazują wysoką skuteczność w rozwijaniu umiejętności społecznych oraz ograniczaniu problemów behawioralnych wśród dzieci i młodzieży (Gaspar i in., 2024; Lang i in., 2017; Sultan i Khan, 2025).

W środowisku szkolnym programy SEL, realizowane przez nauczycieli lub odpowiednio przygotowanych trenerów na podstawie programów opartych na dowodach naukowych (evidence-based), odgrywają kluczową rolę w rozwijaniu świadomości społecznej, umiejętności budowania relacji oraz odpowiedzialnego podejmowania decyzji. Wyniki badań prowadzonych w warunkach praktyki edukacyjnej wskazują, że programy te przyczyniają się do poprawy relacji rówieśniczych, wzrostu empatii oraz rozwijania umiejętności rozwiązywania problemów, zwłaszcza wtedy, gdy są wdrażane nie tylko na poziomie pojedynczej klasy, lecz obejmują całą społeczność szkolną, angażując nauczycieli, uczniów i rodziny (Gaspar i in., 2024; Sultan i Khan, 2025; Lang i in., 2017).

Badania podkreślają również, że skuteczność programów SEL wzrasta, gdy nauczyciele mają możliwość systematycznego doskonalenia zawodowego, a działania szkoły pozostają spójne z aktywnym zaangażowaniem rodziców. Oba te elementy mają zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia trwałych efektów w rozwoju kompetencji społecznych (Martínez i Gómez, 2024; Gaspar i in., 2024; Lang i in., 2017).

Zaangażowanie rodziny stanowi jeden z najważniejszych czynników wspierających rozwój społeczny dziecka. Ciepłe relacje rodzinne, wspierająca komunikacja oraz konstruktywne metody wychowawcze sprzyjają rozwojowi empatii, współpracy oraz gotowości dzieci do nawiązywania relacji zarówno z rówieśnikami, jak i specjalistami. Wyniki badań prowadzonych zarówno w obszarze edukacji, jak i ochrony zdrowia wskazują ponadto, że wsparcie rodziny nie tylko wpływa na rozwój kompetencji społecznych dzieci, ale również sprzyja kształtowaniu empatii, umiejętności pracy zespołowej oraz postawy uczenia się przez całe życie u przyszłych specjalistów. Rodzina stanowi zatem podstawowe środowisko rozwoju kompetencji społecznych (Berduzco-Torres i in., 2020; Martínez i Gómez, 2024).

Rola specjalistów i współpraca w rozwijaniu umiejętności społecznych

Specjaliści pracujący w różnych środowiskach – w tym terapeuci zajęciowi, nauczyciele, pedagodzy i psychologowie szkolni oraz specjaliści zdrowia psychicznego – odgrywają kluczową rolę w rozwijaniu umiejętności społecznych poprzez bezpośrednie nauczanie, ćwiczenia prowadzone pod kierunkiem oraz wykorzystywanie modelowania zachowań rówieśniczych. Szczególnie skuteczne okazują się metody oparte na zabawie i doświadczeniu, takie jak modelowanie z wykorzystaniem materiałów wideo oraz modelowanie prowadzone przez terapeutów i rówieśników. Wykazano, że metody te skutecznie rozwijają kompetencje społeczne związane z zabawą oraz umiejętności komunikacyjne u dzieci z ADHD i innymi zaburzeniami rozwojowymi. Wyniki badań podkreślają wartość wielowymiarowych, opartych na współpracy oddziaływań, które aktywnie angażują terapeutów, rówieśników oraz rodziny w proces uczenia się (Wilkes-Gillan i in., 2011).

Ponadto ustrukturyzowane programy pracy grupowej okazują się szczególnie korzystne dla dzieci i młodzieży należących do grup zagrożonych wykluczeniem lub znajdujących się w sytuacji ryzyka. Wyniki badań randomizowanych wskazują, że tego rodzaju programy mogą w istotny sposób poprawiać kompetencje w zakresie komunikacji społecznej oraz współpracy, osiągając umiarkowaną, lecz znaczącą skuteczność. Przykładowo szkolne programy grupowe skierowane do dzieci pozbawionych odpowiedniego wsparcia rodzicielskiego pokazują, że nawet krótkotrwałe, dobrze zaplanowane działania mogą prowadzić do wyraźnej poprawy jakości interakcji społecznych oraz umiejętności współdziałania (Wang i in., 2024).

Literatura z zakresu nauk o zdrowiu oraz pielęgniarstwa podkreśla również fundamentalne znaczenie inteligencji emocjonalnej, empatii oraz kompetencji społecznych zarówno w praktyce zawodowej, jak i w budowaniu efektywnej współpracy pomiędzy rodzicami a specjalistami. Badania jakościowe prowadzone w hospicjach pediatrycznych pokazują, że praca emocjonalna pielęgniarek oraz ich profesjonalizm opierają się przede wszystkim na wysokim poziomie samoświadomości i zdolności do empatycznego zaangażowania. Wyniki te ukazują wzajemny charakter rozwoju kompetencji społecznych w relacjach pomiędzy opiekunami a specjalistami (Brimble i in., 2024). Podobnie przeglądy badań dotyczących opieki opartej na współczuciu (compassionate care) wskazują na potrzebę prowadzenia specjalistycznych szkoleń oraz tworzenia systemów wsparcia organizacyjnego rozwijających empatię i wrażliwość społeczną profesjonalistów. Jednocześnie podkreślają znaczenie partnerskiej współpracy z rodzinami jako istotnego czynnika wspierającego dobrostan dzieci (Vusio i in., 2025).

Empatia, współpraca i wsparcie społeczne

Empatia, rozumiana jako zdolność rozpoznawania, rozumienia i współodczuwania emocji innych osób, stanowi jeden z podstawowych elementów skutecznych interakcji społecznych oraz profesjonalnego działania. Jej rozwój pozostaje silnie związany ze środowiskiem rodzinnym. Badania wskazują między innymi, że samotność doświadczana przez rodzinę może ograniczać rozwój empatii, umiejętności pracy zespołowej oraz postawy uczenia się przez całe życie. Wyniki te podkreślają znaczenie uwzględniania jakości relacji rodzinnych podczas planowania działań rozwijających kompetencje społeczne (Berduzco-Torres i in., 2020).

Skuteczna współpraca pomiędzy specjalistami, rodzicami i rówieśnikami dodatkowo wzmacnia efekty rozwoju społecznego poprzez ułatwianie wspólnego wyznaczania celów, wymiany informacji oraz koordynowania działań wspierających. Szczególnie wysoką skuteczność wykazują modele współpracy wykraczające poza samo angażowanie rodziny i opierające się na rzeczywistym partnerstwie pomiędzy szkołą a rodzicami. Badania pokazują,

że takie podejście przynosi większe korzyści dla rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów oraz ich zaangażowania w proces uczenia się (Gaspar i in., 2024; Lang i in., 2017; Martínez i Gómez, 2024).

Istotną rolę odgrywają również sieci wsparcia społecznego, takie jak grupy rówieśnicze, systemy mentoringowe czy grupy wsparcia. Stanowią one ważny czynnik chroniący, który sprzyja rozwijaniu kompetencji społecznych, ogranicza poczucie osamotnienia oraz wzmacnia odporność psychiczną w sytuacjach stresowych. Wyniki badań nad szkolnymi programami rozwijania kompetencji społeczno-emocjonalnych (SEL) oraz interwencjami prowadzonymi przez rówieśników podkreślają znaczenie mentoringu rówieśniczego oraz pozytywnych norm grupowych w kształtowaniu zachowań prospołecznych i ograniczaniu zjawiska przemocy rówieśniczej. W konsekwencji wzmacniają one poczucie przynależności oraz więzi jednostki z jej środowiskiem społecznym (Gaspar i in., 2024; Martínez i Gómez, 2024).

Zaangażowanie rodziców i praca grupowa

Zaangażowanie rodziców w działania ukierunkowane na rozwijanie umiejętności społecznych znacząco zwiększa skuteczność programów poprzez przenoszenie procesu uczenia się do środowiska domowego oraz utrwalanie nabytych kompetencji w naturalnych sytuacjach życia codziennego. Badania pokazują, że programy aktywnie angażujące i przygotowujące rodziców – obejmujące między innymi strategię wspierania kompetencji wychowawczych, działania z zakresu edukacji społeczno-emocjonalnej (SEL) skoncentrowanej na rodzinie oraz inicjatywy partnerskiej współpracy szkoły z rodziną – przynoszą lepsze efekty w zakresie rozwoju umiejętności społecznych dzieci oraz ich zdolności do regulacji emocji (Aličković, 2014; Martínez i Gómez, 2024).

Równocześnie grupowe formy pracy realizowane zarówno w środowisku szkolnym, jak i lokalnym stwarzają dzieciom cenne możliwości ćwiczenia kompetencji społecznych w autentycznych sytuacjach, uzyskiwania informacji zwrotnej od rówieśników oraz przenoszenia nabytych umiejętności poza warunki ustrukturyzowanych zajęć. Programy grupowe obejmujące rozwijanie empatii, uczenie się we współpracy oraz strategię rozwiązywania konfliktów wykazują pozytywny wpływ na jakość relacji rówieśniczych oraz umiejętność rozwiązywania problemów społecznych. Wyniki badań wskazują jednak również, że skuteczność tych oddziaływań może różnić się w zależności od indywidualnych cech dziecka oraz sytuacji rodzinnej (Gaspar i in., 2024; Lang i in., 2017; Sultan i Khan, 2025).

Niuanse i potencjalne rozbieżności w literaturze

Choć w literaturze panuje szeroka zgodność co do skuteczności podejść wielokomponentowych – łączących oddziaływanie indywidualne, grupowe i rodzinne z aktywną współpracą specjalistów – jako najbardziej efektywnego sposobu rozwijania umiejętności społecznych, autorzy zwracają również uwagę na szereg istotnych ograniczeń.

Część badań wskazuje na problemy związane z możliwością uogólniania wyników, niewielką liczebnością badanych grup oraz wpływem czynników kontekstowych. Przykładowo pilotażowe programy terapeutyczne oparte na zabawie dla dzieci z ADHD oraz randomizowane badania prowadzone w środowisku szkolnym dostarczają obiecujących rezultatów, jednocześnie podkreślając potrzebę przeprowadzenia badań na większych próbach oraz uwzględnienia różnic kulturowych i uwarunkowań systemowych, które mogą wpływać na poziom zaangażowania uczestników oraz ogólną skuteczność interwencji (Wang i in., 2024; Wilkes-Gillan i in., 2011).

Ponadto literatura dotycząca opieki opartej na współczuciu (compassionate care) zwraca uwagę na istotne różnice pojęciowe pomiędzy empatią (empathy), współczuciem (compassion) a współodczuwaniem lub litością (sympathy). Chociaż pojęcia te są ze sobą ściśle powiązane i często stosowane zamiennie, odnoszą się do odmiennych procesów psychologicznych i wymagają precyzyjnego zdefiniowania w kontekście projektowania interwencji oraz programów szkoleniowych. Rozróżnienie to ma istotne znaczenie zarówno dla właściwego pomiaru efektów oddziaływań, jak i dla zachowania wysokiej jakości oraz zgodności realizowanych programów z ich założeniami, których celem jest rozwijanie wrażliwości społecznej i kompetencji interpersonalnych zarówno u specjalistów, jak i członków rodzin (Vusio i in., 2025).

2.2. Znaczenie umiejętności komunikacyjnych w praktyce nieformalnych doradców – skuteczna komunikacja

Podstawowe zasady skutecznej komunikacji w pracy nieformalnego doradcy

Badania jednoznacznie wskazują, że skuteczna komunikacja z osobami w spektrum autyzmu oraz innymi osobami neuroróżnorodnymi wymaga jasności przekazu, jego dostępności oraz elastyczności w sposobie przekazywania informacji. Szczególnie istotne jest stosowanie przejrzystej i jednoznacznej komunikacji, wspieranej różnymi formami przekazu – werbalną, pisemną oraz wizualną – co pozwala uwzględnić zróżnicowane sposoby przetwarzania informacji i preferencje komunikacyjne odbiorców. Przekazywanie informacji w sposób zbyt pośredni lub oparty na domysłach zwiększa ryzyko nieporozumień i powstawania barier komunikacyjnych. Z kolei stosowanie prostego języka oraz jednoznacznych wyjaśnień sprzyja lepszemu zrozumieniu przekazu i większemu zaangażowaniu odbiorców. Zasady te są zgodne z koncepcją uniwersalnego projektowania (Universal Design), której celem jest tworzenie bardziej dostępnych i włączających systemów edukacji oraz wsparcia dla osób neuroróżnorodnych (Barry i in., 2022; Huang i in., 2022; Gillespie-Lynch i in., 2017; Petcu i in., 2021).

Obok przejrzystości komunikacji kluczowe znaczenie mają podejścia skoncentrowane na mocnych stronach (strengths-based approach) oraz na osobie (person-centered approach). Podkreślanie indywidualnych zasobów, preferencji i celów osoby wspieranej zwiększa jej poczucie skuteczności, motywację oraz poczucie przynależności zarówno w środowisku edukacyjnym, jak i zawodowym. Nieformalni doradcy powinni koncentrować się na potencjale i zasobach osoby, z którą pracują, oraz wspólnie z nią ustalać oczekiwania dotyczące współpracy. Takie podejście pozwala ograniczyć poziom lęku i zwiększa zaangażowanie w proces mentoringu oraz udzielania wsparcia (Barry i in., 2023; Gillespie-Lynch i in., 2017; Huang i in., 2022; Monroe i in., 2025).

Istotnym elementem skutecznej komunikacji jest również wypracowanie wspólnego języka oraz stosowanie uporządkowanych modeli komunikacyjnych. Narzędzia oparte na podejściu skoncentrowanym na mocnych stronach pomagają doprecyzować wzajemne oczekiwania oraz wzmacniają poczucie przynależności uczniów, mentorów i doradców. Z kolei badania dotyczące współpracy rodziców i specjalistów w szkolnictwie wyższym pokazują, że dobrze skoordynowana komunikacja sprzyja lepszemu dopasowaniu udzielanego wsparcia do rzeczywistych potrzeb oraz poprawia osiągnięte rezultaty (Francis i in., 2016; Monroe i in., 2025).

Skuteczna komunikacja w pracy nieformalnego doradcy wymaga również przestrzegania zasad etycznych oraz uwzględniania uwarunkowań kulturowych. Szczególnie ważna jest świadomość różnic kulturowych, językowych i środowiskowych podczas pracy z osobami pochodzącymi z rdzennych społeczności, terenów wiejskich czy grup mniejszościowych. Dostosowywanie sposobu komunikacji do wartości i specyfiki danej społeczności – na przykład poprzez kulturowo dostosowane programy wsparcia osób w spektrum autyzmu – podkreśla znaczenie autentycznej wymiany informacji oraz systematycznego pozyskiwania informacji zwrotnej (Lindly i in., 2023).

Konteksty pracy nieformalnych doradców i wnioski z badań

Badania dotyczące neuroróżnorodności w szkolnictwie wyższym wskazują, że programy mentoringu rówieśniczego, zajęcia grupowe oraz programy rozwijające umiejętność samorzecznictwa (self-advocacy) u studentów w spektrum autyzmu przyczyniają się do zmniejszenia poziomu lęku, poprawy kompetencji społecznych oraz zwiększenia poczucia otrzymywanego wsparcia poprzez wzmacnianie komunikacji opartej na aktywnym zaangażowaniu.

W tego rodzaju programach mentorzy i pracownicy uczelni wykorzystują trening umiejętności społecznych, rozwijanie kompetencji samorzecznictwa oraz praktyki refleksyjne wspierające komunikację i integrację studentów ze środowiskiem akademickim (Barry i in., 2023; Gillespie-Lynch i in., 2017; Johnson, 2020; Petcu i in., 2021).

Badania podkreślają również znaczenie mentoringu rówieśniczego oraz współpracy pomiędzy rodziną a specjalistami. Dobrze skoordynowana komunikacja między rodzinami i nauczycielami przekłada się na lepsze efekty edukacyjne, natomiast jasna, zindywidualizowana komunikacja odgrywa kluczową rolę w procesie ujawniania potrzeb (disclosure) oraz uzyskiwania odpowiednich form wsparcia (Barry i in., 2023; Francis i in., 2016).

Ponadto badania dotyczące dostosowywania praktyk komunikacyjnych do potrzeb społeczności rdzennych i mieszkańców terenów wiejskich podkreślają konieczność stosowania elastycznych, dostępnych i uwzględniających lokalny kontekst metod komunikacji w pracy nieformalnych doradców (Lindly i in., 2023).

Praktyczne wskazówki dla nieformalnych doradców pracujących z osobami ze specjalnymi potrzebami

Nieformalni doradcy powinni wykorzystywać różnorodne formy komunikacji, obejmujące rozmowę, pisemne podsumowania, materiały wizualne oraz wyjaśnienia formułowane prostym i zrozumiałym językiem. Badania pokazują, że osoby w spektrum autyzmu odnoszą największe korzyści z przekazywania informacji w wielu uzupełniających się formach oraz z komunikacji jednoznacznej i precyzyjnej (Barry i in., 2023; Huang i in., 2022).

Komunikacja powinna opierać się na podejściu skoncentrowanym na mocnych stronach oraz na osobie. Oznacza to rozpoczynanie współpracy od poznania celów, preferencji i zasobów osoby wspieranej oraz wspólne ustalanie zasad i oczekiwań dotyczących współpracy. Takie postępowanie zmniejsza poziom stresu, wspiera rozwój samorzecznictwa i sprzyja wzrostowi poczucia własnej skuteczności oraz zaangażowania osób neuroróżnorodnych (Barry i in., 2023; Gillespie-Lynch i in., 2017; Huang i in., 2022; Monroe i in., 2025).

Nieformalni doradcy powinni również jasno określać granice swojej roli oraz znać ścieżki kierowania osób wymagających bardziej specjalistycznej pomocy do odpowiednich profesjonalistów. Pozwala to zapewnić bezpieczeństwo uczestnikom oraz zachować ciągłość udzielanego wsparcia (Kuhn i in., 2006).

Skuteczność pracy doradczej zwiększają także odpowiednie szkolenia oraz stosowanie wspólnych modeli komunikacji, które ułatwiają zachowanie spójności działań, budowanie wspólnego języka oraz wzmacnianie poczucia przynależności osób neuroróżnorodnych do społeczności edukacyjnej (Monroe i in., 2025).

Niezwykle istotne jest również planowanie komunikacji z uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych. Wymaga to dostosowywania materiałów oraz sposobów komunikowania się do wartości, potrzeb i specyfiki różnych społeczności, w tym społeczności rdzennych oraz mniejszościowych (Lindly i in., 2023).

Niuanse i obszary dyskusji

Dowody dotyczące sformalizowanych wyników wskazują, że niektóre interwencje, takie jak pilotażowe programy wspierające przejście studentów w spektrum autyzmu z edukacji wyższej na rynek pracy, mogą przynosić mieszane lub statystycznie nieistotne rezultaty w odniesieniu do niektórych wskaźników ilościowych (np. odsetka przyjęć na studia), nawet jeśli wykazują pozytywny wpływ na zatrudnienie lub inne jakościowe efekty. Podkreśla to znaczenie stosowania elastycznego, skoncentrowanego na potrzebach danej osoby oraz długoterminowego podejścia w nieformalnym doradztwie, z naciskiem na całłościowy rozwój i trwałe wsparcie mentorskie, a nie wyłącznie na krótkoterminowe wskaźniki efektywności (Johnson, 2020).

Ponadto badania dotyczące samoidentyfikacji oraz korzystania z dostępnych form wsparcia pokazują, że studenci neuroróżnorodni różnią się pod względem gotowości do ujawniania swoich potrzeb w celu uzyskania odpowiedniego wsparcia. W związku z tym osoby udzielające nieformalnego doradztwa powinny tworzyć środowiska sprzyjające włączeniu społecznemu i wolne od stygmatyzacji, które zachęcają do ujawniania potrzeb we własnym tempie, przy jednoczesnym zapewnieniu dostępu do powszechnie dostępnych form wsparcia (Barry i in., 2023; Gillespie-Lynch i in., 2017; Petcu i in., 2021).

Wreszcie literatura podkreśla dużą różnorodność doświadczeń związanych z niepełnosprawnością, obejmujących między innymi autyzm, specyficzne trudności w uczeniu się oraz niepełnosprawność intelektualną i rozwojową. Ta różnorodność wymaga stosowania strategii komunikacyjnych, które są elastyczne i dostosowane do indywidualnych różnic, unikając uniwersalnych rozwiązań na rzecz wsparcia dopasowanego do konkretnych potrzeb i kontekstu danej osoby (Barry i in., 2023; Francis i in., 2016; Huang i in., 2022; Petcu i in., 2021).

2.3. Strategie komunikacyjne – aktywne słuchanie

Podstawy koncepcyjne: aktywne słuchanie jako model komunikacji empatycznej

Aktywne słuchanie definiuje się jako proces odbierania, nadawania znaczenia oraz reagowania na komunikaty werbalne i niewerbalne, w którym osoba mówiąca jest aktywnie zaangażowana, a słuchacz uważnie wsłuchuje się w jej perspektywę, emocje i potrzeby. Takie ujęcie jest zgodne z szerszymi modelami komunikacji empatycznej, w których parafrazowanie, zadawanie pytań oraz zaangażowanie niewerbalne uznawane są za kluczowe elementy

osiągania wzajemnego zrozumienia. Literatura konsekwentnie wskazuje aktywne słuchanie jako podstawowy element empatycznej relacji między profesjonalistą a klientem, który wzmacnia zaufanie, poczucie własnej wartości oraz postrzegane wsparcie, szczególnie w zawodach pomocowych. W odniesieniu do rodziców dzieci z niepełnosprawnościami aktywne słuchanie ułatwia nadawanie znaczenia doświadczeniom, ogranicza ryzyko nieporozumień oraz wzmacnia procesy wspólnego rozwiązywania problemów (Tustonja i in., 2024).

Jednocześnie część ujęć teoretycznych traktuje słuchanie jako jeden z elementów szerszego zestawu praktyk relacyjnych, podczas gdy inne podkreślają jego rolę jako podstawowego mechanizmu umożliwiającego stosowanie dodatkowych strategii, takich jak nieoceniające słuchanie, które sprzyja mikrozmianom oraz wzmacnia sprawczość klienta w rozmowach transformacyjnych (Gopaldas i in., 2021). Podkreśla to podwójną rolę aktywnego słuchania – zarówno jako odrębnej umiejętności komunikacyjnej, jak i fundamentu szerszej pracy opartej na relacji.

Operacjonalizacja aktywnego słuchania w nieformalnym doradztwie

Podstawowe elementy aktywnego słuchania obejmują parafrazowanie oraz refleksyjne odzwierciedlanie wypowiedzi w celu potwierdzenia zrozumienia i uznania perspektywy rodzica (Tustonja i in., 2024). Pozwala to doradcom trafniej interpretować obawy związane z rozwojem dziecka, planowaniem edukacji oraz podejmowaniem decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

Istotnym elementem jest również stosowanie ukierunkowanych, nienaprowadzających pytań, które pozwalają poznać cele, wartości i uwarunkowania funkcjonowania rodziny, takie jak codzienne rutyny, uwarunkowania kulturowe czy ograniczenia zasobów, bez oceniania i proponowania przedwczesnych rozwiązań. Takie podejście sprzyja głębszemu zrozumieniu doświadczeń rodziców (Gopaldas i in., 2021).

Aktywne słuchanie obejmuje także uważną obserwację sygnałów niewerbalnych oraz stanów emocjonalnych, takich jak ton głosu, tempo mówienia, kontakt wzrokowy czy postawa ciała, które mogą ujawniać niewypowiedziane obawy, źródła stresu lub nadzieje. Łącznie praktyki te tworzą bezpieczną przestrzeń komunikacyjną, w której rodzice czują się swobodnie, wyrażając swoje lęki, niepewność i oczekiwania. W efekcie wzrasta poziom zaufania oraz zaangażowania w proces wspólnego podejmowania decyzji i planowania działań (Tustonja i in., 2024).

Ponadto badania dotyczące szkoleń prowadzonych w zawodach pomocowych wskazują, że rozwijanie umiejętności słuchania zwiększa postrzegane kompetencje komunikacyjne oraz jakość relacji, które stanowią podstawowy warunek skutecznego udzielania wsparcia i wspólnego rozwiązywania problemów (Tustonja i in., 2024; Dewan i in., 2024).

Powiązanie aktywnego słuchania z komplementarnymi strategiami relacyjnymi

Modele transformacyjnych rozmów usługowych ujmują aktywne słuchanie jako mechanizm umożliwiający zachodzenie mikrozmian, w których nieoceniające słuchanie potwierdza refleksje rodziców oraz wspiera rozwój ich sprawczości, poczucia własnej skuteczności i dobrostanu. W tym ujęciu aktywne słuchanie nie jest jedynie umiejętnością wspierającą, lecz również procesem generującym i podtrzymującym niewielkie, lecz znaczące zmiany w sposobie rozumienia własnej sytuacji i angażowania się rodziców.

Podobnie w relacyjnych modelach spotkań doradczych opartych na współpracy aktywne słuchanie stanowi fundament relacji poprzez budowanie wsparcia społecznego i zaufania, jednocześnie współdziałając z zadawaniem pytań oraz udzielaniem informacji zwrotnych

wzmacniających autonomię rodziców, zamiast ograniczać się wyłącznie do przekazywania eksperckich zaleceń (Gopaldas i in., 2021). Z tej perspektywy słuchanie jest integralnym elementem szerszego systemu komunikacji, który aktywnie wspiera współpracę i wspólne konstruowanie znaczeń.

W praktyce uwzględniającej wrażliwość kulturową aktywne słuchanie postrzegane jest również jako kluczowy pomost między rodzinami a systemem wsparcia. Opieka uwzględniająca kontekst kulturowy wymaga uważnego wsłuchiwania się w priorytety, wartości i doświadczenia rodzin, co umożliwia specjalistom kierowanie ich do odpowiednich form pomocy i zasobów. Pracownicy socjalni szczególnie podkreślają rolę słuchania jako podstawowego mechanizmu pozwalającego zrozumieć potrzeby rodzin oraz skutecznie reprezentować ich interesy w złożonych systemach wsparcia. W połączeniu z podejściem uwzględniającym różnorodność kulturową i partnerstwem skoncentrowanym na rodzinie aktywne słuchanie wzmacnia zaufanie, ogranicza ryzyko nieporozumień oraz zwiększa skuteczność korzystania z dostępnych form wsparcia w zróżnicowanych środowiskach rodzinnych (Lindsay i in., 2014).

Implikacje praktyczne dla modułu: aktywne słuchanie w ramach nieformalnego doradztwa

Cele kształcenia w zakresie aktywnego słuchania w praktyce nieformalnego doradztwa obejmują umiejętność trafnego parafrazowania obaw i celów rodziców w celu potwierdzenia wzajemnego zrozumienia oraz wspólnego ustalenia priorytetów. Doradcy powinni również umiejętnie wykorzystywać otwarte, nieoceniające pytania do poznawania wartości rodziny, dostępnych zasobów, napotykanych barier oraz oczekiwanych rezultatów, takich jak preferencje dotyczące wyboru szkoły, terapii czy organizacji codziennego życia.

Równie ważna jest stała uważność na komunikację niewerbalną, obejmującą utrzymywanie otwartej postawy ciała, odpowiedniego kontaktu wzrokowego oraz eliminowanie czynników rozpraszających uwagę, co pozwala przekazać rodzicom poczucie obecności, empatii i autentycznego zaangażowania. Niezbędna jest także umiejętność rozpoznawania i adekwatnego reagowania na treści emocjonalne poprzez udzielanie wspierających komunikatów i uznawanie przeżywanych emocji, przy jednoczesnym unikaniu przedwczesnego proponowania rozwiązań lub formułowania nieproszonych ocen.

Rozwijaniu tych kompetencji służą działania dydaktyczne oparte na dowodach naukowych, obejmujące odgrywanie scenek bazujących na symulowanych pytaniach rodziców, skoncentrowanych na parafrazowaniu, refleksyjnym odpowiadaniu oraz zadawaniu pytań pogłębiających. Po każdej symulacji prowadzone są ustrukturyzowane omówienia, koncentrujące się na trafności interpretacji, dostrojeniu emocjonalnym oraz wrażliwości kulturowej (Lindsay i in., 2014; Tustonja i in., 2024).

Dodatkowym narzędziem rozwijania umiejętności są nagrywane scenariusze krótkich interakcji, które umożliwiają analizę zgodności komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz uzyskanie informacji zwrotnej dotyczącej sposobu słuchania i formułowania odpowiedzi (Tustonja i in., 2024). Stosuje się również dzienniki refleksyjne, pomagające doradcom analizować sytuacje, w których uważne słuchanie zmieniło ich rozumienie problemu, wzmocniło zaufanie lub ujawniło wcześniej nierozpoznane kwestie, takie jak obciążenia rodzinne czy oczekiwania wynikające z kontekstu kulturowego (Lindsay i in., 2014; Tustonja i in., 2024).

Ocena efektów kształcenia koncentruje się na zmianach w postrzeganej przez rodziców jakości słuchania, poziomie zaufania oraz stopniu ich zaangażowania w proces wyznaczania celów, wykorzystując odpowiednie wskaźniki jakościowe oraz krótkie narzędzia oceny satysfakcji (Dewan i in., 2024; Lindsay i in., 2014). Monitorowane są również dalsze efekty, takie jak poprawa jakości wspólnego planowania, lepsze dopasowanie celów oraz większa realizacja uzgodnionych działań. Wyniki te podkreślają centralną rolę aktywnego słuchania w procesie wspólnego podejmowania decyzji oraz w opiece i wsparciu skoncentrowanym na rodzinie (Dewan i in., 2024; Lindsay i in., 2014).

Niuanse i potencjalne rozbieżności w literaturze

Chociaż aktywne słuchanie jest powszechnie uznawane za podstawową kompetencję komunikacyjną, część autorów postrzega je jako jeden z elementów szerszych modeli doradztwa, budowania relacji oraz komunikacji transformacyjnej. W tych ujęciach aktywne słuchanie pozostaje niezbędne, jednak jego pełny potencjał ujawnia się dopiero wtedy, gdy jest ono zintegrowane z ustrukturyzowanym zadawaniem pytań oraz autentycznie partnerską postawą wobec rodziców (Gopaldas i in., 2021).

Jednocześnie czynniki kulturowe i kontekstowe w istotny sposób wpływają na to, jak aktywne słuchanie funkcjonuje w praktyce. W przypadku rodzin migranckich oraz rodzin reprezentujących zróżnicowane środowiska kulturowe słuchaniu powinno towarzyszyć pośrednictwo uwzględniające wrażliwość kulturową oraz świadomość różnic językowych i nierównowagi w relacjach władzy. W przeciwnym razie samo uważne słuchanie może okazać się niewystarczające do przezwycięzania barier systemowych oraz zapobiegania nieporozumieniom (Lindsay i in., 2014).

Ponadto część publikacji zwraca uwagę na tendencję profesjonalistów do przyjmowania podejścia zorientowanego przede wszystkim na szybkie proponowanie rozwiązań („solutions-first”), co może nieświadomie obniżać jakość procesu słuchania. Wzmacnia to zgodny wniosek literatury, że samo aktywne słuchanie nie jest wystarczające, jeśli nie prowadzi do wspólnego planowania działań opartych na mocnych stronach, potrzebach i preferencjach rodzin, zgodnie z założeniami dialogu skoncentrowanego na zasobach (Lindsay i in., 2014).

2.4. Trudne rozmowy i sposoby radzenia sobie z nimi

Trudne rozmowy w kontekście wsparcia rodziców

Charakter trudnych rozmów

Trudne rozmowy to interakcje, podczas których przekazywane informacje są szczególnie wymagające, obciążone silnymi emocjami, wiążą się z istotnym ryzykiem lub mogą wywoływać u uczestników cierpienie, postawę obronną bądź opór. W pracy z rodzicami dotyczą one najczęściej wrażliwych zagadnień, takich jak możliwość utrzymywania się trudności rozwojowych u dziecka, rokowanie czy zalecane działania, które mogą być odbierane jako zagrażające lub trudne do zaakceptowania (Gregg, 2020; Habet i Teele, 2023).

Badania wskazują, że relacja terapeutyczna lub wspierająca z rodziną kształtuje się już od pierwszego spotkania i w dużym stopniu zależy od zdolności specjalisty do prowadzenia dialogu, który równoważy realistyczne planowanie działań z podtrzymywaniem nadziei. Takie podejście pozwala ograniczać nieadaptacyjne obawy rodziców, jednocześnie wzmacniając ich motywację i zaangażowanie.

Aby wspierać ten proces, opracowano szereg ustrukturyzowanych modeli prowadzenia rozmów, takich jak dialog motywujący (Motivational Interviewing), podejście racjonalno-emotywno-behawioralne (Rational Emotive Behavioral Therapy), pytania skalujące i pytania o radzenie sobie wywodzące się z terapii poznawczej Aarona Becka oraz model „Skilled Helper” Gerarda Egana. Wszystkie te podejścia służą normalizowaniu ambiwalencji oraz wspieraniu konstruktywnego działania podczas złożonych i emocjonalnie wymagających rozmów (Gregg, 2020).

Typowe sytuacje występowania trudnych rozmów we wsparciu rodziców

W praktyce wspierania rodziców trudne rozmowy pojawiają się najczęściej w kilku powtarzających się sytuacjach.

Jednym z najważniejszych obszarów jest etap wczesnej diagnozy oraz poradnictwa po rozpoznaniu lub ocenie rozwoju dziecka, obejmujący między innymi podejrzenie jąkania czy innych trudności rozwojowych. W takich sytuacjach rodzice zazwyczaj poszukują jasnych wyjaśnień, poczucia bezpieczeństwa oraz konkretnych wskazówek dotyczących dalszego postępowania (Gregg, 2020).

Kolejnym częstym kontekstem jest podejmowanie decyzji w warunkach niepewności, zwłaszcza gdy informacje dotyczące rokowania są niepełne lub budzą kontrowersje. Wymaga to prowadzenia wrażliwej komunikacji dotyczącej dostępnych możliwości, związanych z nimi korzyści i ryzyka oraz uwzględnienia wartości i priorytetów rodziny (Mills i Cortezzo, 2020).

Trudne rozmowy występują również podczas planowania opieki nad dziećmi złożonymi ścieżkami leczenia, obejmującymi okres noworodkowy, przewlekłe choroby wieku dziecięcego lub schorzenia ograniczające długość życia. W takich sytuacjach wspólne podejmowanie decyzji odgrywa kluczową rolę, umożliwiając wyważenie zaleceń medycznych z celami, wartościami i preferencjami rodziców (Mills i Cortezzo, 2020; Nahata i in., 2020).

Istotnym wyzwaniem są także kwestie związane z edukacją zdrowotną i kompetencjami zdrowotnymi rodziców, zwłaszcza gdy muszą oni odnaleźć się w złożonych informacjach dotyczących dostępnych metod leczenia, zdrowia reprodukcyjnego lub długoterminowego planowania opieki, między innymi w kontekście przeżycia choroby nowotworowej czy innych ostrych i przewlekłych schorzeń (Nahata i in., 2020).

Sytuacje komunikacyjne o wysokim ładunku emocjonalnym

Rozmowy o wysokim nasileniu emocji najczęściej dotyczą rokowania, możliwych negatywnych konsekwencji leczenia, opieki u kresu życia lub trudnych problemów związanych z zachowaniem i bezpieczeństwem. Przykładami są zaburzenia zachowania u osób z otępieniem lub ADHD, kwestie bezpieczeństwa związane z dostępem do broni palnej w opiece nad osobami z otępieniem czy niechęć rodziców do stosowania fluoru w stomatologii dziecięcej. W takich sytuacjach reakcje emocjonalne opiekunów – obejmujące lęk, ambiwalencję, poczucie winy, nadzieję czy cierpienie moralne – w istotny sposób wpływają na sposób odbierania, interpretowania i wykorzystywania przekazywanych informacji.

Literatura podkreśla, że skuteczna komunikacja w tego rodzaju sytuacjach wymaga świadomego uwzględniania dynamiki relacji interpersonalnych oraz budowania zaufania, a także zapewnienia terminowego dostępu do usług wspierających, takich jak poradnictwo psychologiczne, praca socjalna czy programy edukacyjne skierowane do pacjentów i ich rodzin (Cruz i in., 2023; Hardavella i in., 2017; Mills i Cortezzo, 2020; Polzer i in., 2021). Ponadto część badań wskazuje na znaczenie ustrukturyzowanych metod szkoleniowych dla nauczycieli i

pracowników ochrony zdrowia, obejmujących między innymi wykorzystanie standaryzowanych pacjentów, które umożliwiają doskonalenie umiejętności prowadzenia trudnych rozmów z opiekunami w warunkach pediatrycznych (Meyer i in., 2022).

Synteza wyników badań

Podejścia doradcze i strategie komunikacyjne

Analiza dostępnych badań wskazuje na zgodność co do wartości ustrukturyzowanych metod komunikacji w prowadzeniu trudnych rozmów z rodzicami. Dialog motywujący (Motivational Interviewing) oraz pokrewne techniki komunikacyjne pomagają normalizować ambiwalencję i wspierają przechodzenie od rozważań do działania. Z kolei elementy podejścia poznawczo-behawioralnego i podejścia naprawczego, takie jak strategie zadawania pytań opracowane przez Aarona Becka czy terapia racjonalno-emotywno-behawioralna (REBT), dostarczają praktycznych narzędzi do analizowania przekonań, emocji i sposobów radzenia sobie rodziców.

Literatura często wskazuje również na trójetapowy model „Skilled Helper” Gerarda Egana (Eksploracja – Zrozumienie – Planowanie) jako przejrzyste ramy prowadzenia rozmów umożliwiających rodzicom wyrażenie swoich obaw oraz wspólne opracowanie planów działania (Gregg, 2020).

Podejścia te są zgodne z szerszymi wynikami badań dotyczącymi komunikacji klinicznej, które konsekwentnie podkreślają znaczenie empatii, jasnego przekazywania informacji oraz wspólnego podejmowania decyzji jako podstawowych elementów skutecznej komunikacji w sytuacjach wysokiego ryzyka i silnego obciążenia emocjonalnego (Habet i Teele, 2023; Hardavella i in., 2017).

Rola kompetencji zdrowotnych i potrzeb informacyjnych

Wiele publikacji wskazuje, że kompetencje zdrowotne (health literacy) stanowią jeden z najważniejszych czynników warunkujących skuteczny udział rodziców w trudnych rozmowach, zwłaszcza w takich obszarach jak onkologia czy zdrowie reprodukcyjne.

Wzmacnianie kompetencji zdrowotnych poprzez stosowanie dostosowanych narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji, używanie prostszego języka oraz stopniowe i wieloetapowe przekazywanie informacji sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji oraz ogranicza późniejsze poczucie żalu związanego z podjętymi decyzjami, szczególnie wtedy, gdy decyzje muszą zostać podjęte szybko i wiązać się z dużym obciążeniem emocjonalnym.

Ponadto koncepcja rozproszonych kompetencji zdrowotnych (distributed health literacy), zakładająca wspólne konstruowanie rozumienia sytuacji przez pacjentów, opiekunów i specjalistów, sprzyja bardziej zrównoważonej i inkluzywnej komunikacji. Pozwala ona lepiej dostosować przekazywane informacje do wartości, możliwości i kontekstu decyzyjnego rodziny, ułatwiając prowadzenie złożonych rozmów (Nahata i in., 2020).

Potrzeby opiekunów i wsparcie systemowe

Przeglądy systematyczne dotyczące opieki nieformalnej wskazują, że potrzeby informacyjne, organizacyjne i psychospołeczne opiekunów w istotnym stopniu wpływają na sposób, w jaki doświadczają oni trudnych rozmów oraz uczestniczą w procesie podejmowania decyzji.

Opiekunowie potrzebują nie tylko jasnych i łatwo dostępnych informacji, ale również wsparcia emocjonalnego, narzędzi wspierających podejmowanie decyzji oraz odpowiedniej koordynacji

działań na poziomie systemowym, umożliwiającej prowadzenie opieki skoncentrowanej na rodzinie.

Badania pokazują, że zaspokojenie tych potrzeb zwiększa prawdopodobieństwo konstruktywnego dialogu, lepszego dostosowania do planów opieki oraz ograniczenia poziomu stresu i konfliktów wynikających z komunikacji (Bally i in., 2020; Gutowska, 2022; Newman i in., 2023; Plöthner i in., 2019).

We wszystkich analizowanych badaniach programy promujące komunikację skoncentrowaną na rodzinie oraz wspólne planowanie opieki, realizowane przez pracowników socjalnych, pielęgniarki i przedstawicieli innych zawodów medycznych, są konsekwentnie wskazywane jako kluczowy element skutecznej komunikacji w złożonych i emocjonalnie wymagających sytuacjach (Bally i in., 2020; Gutowska, 2022; Newman i in., 2023).

Edukacja i szkolenia rozwijające kompetencje specjalistów

Interwencje edukacyjne, w tym wykorzystanie standaryzowanych pacjentów, wykazały wysoką skuteczność w przygotowywaniu specjalistów do prowadzenia trudnych rozmów z opiekunami.

Metody oparte na symulacji umożliwiają ćwiczenie dialogu motywującego, komunikacji empatycznej oraz przedstawiania możliwych opcji postępowania w sytuacjach delikatnych i obciążonych emocjonalnie. Dzięki temu zwiększają pewność siebie uczestników szkoleń oraz ich poczucie kompetencji podczas rzeczywistych kontaktów klinicznych (Meyer i in., 2022).

Szerzej ujmując, literatura dotycząca komunikacji lekarz–pacjent podkreśla znaczenie systematycznego szkolenia w zakresie przekazywania trudnych informacji, skutecznego angażowania rodzin oraz organizowania odpowiedniego dalszego wsparcia, obejmującego kierowanie do poradnictwa psychologicznego oraz innych form pomocy dla pacjentów i ich rodzin (Hardavella i in., 2017).

Niuanse i potencjalne rozbieżności w literaturze

Zróżnicowanie preferencji opiekunów i uwarunkowań kulturowych

Chociaż większość publikacji podkreśla znaczenie wspólnego podejmowania decyzji oraz komunikacji wspierającej, zwraca również uwagę na istotne różnice dotyczące stopnia, w jakim opiekunowie oczekują kierowania przez specjalistów.

Badania wskazują, że komunikacja powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb opiekunów oraz ich kontekstu kulturowego. Coraz większy nacisk kładzie się na stosowanie języka skoncentrowanego na pacjencie i rodzinie oraz wykorzystywanie narzędzi wspierających podejmowanie decyzji, które ułatwiają zrozumienie przekazywanych informacji i aktywny udział w procesie decyzyjnym.

Jednocześnie opiekunowie różnią się pod względem oczekiwanego poziomu kontroli nad decyzjami. Część preferuje bardziej dyrektywne wskazówki ze strony specjalistów, podczas gdy inni oczekują partnerskiego, eksploracyjnego stylu współpracy. Zróżnicowanie to podkreśla konieczność aktywnego rozpoznawania preferencji opiekunów i odpowiedniego dostosowywania stylu komunikacji (Cruz i in., 2023; Habet i Teele, 2023; Mills i Cortezzo, 2020).

Niepewność i wyzwania związane z rokowaniem

Postrzeganie niepewności odgrywa kluczową rolę w przebiegu trudnych rozmów z rodzicami. Wiele badań podkreśla, że niepewność stanowi nieodłączną cechę wielu schorzeń pediatrycznych i neonatologicznych, co wymaga otwartego komunikowania niewiadomych, prawdopodobieństw oraz możliwego zakresu przyszłych wyników.

Jednocześnie część autorów ostrzega, że nadmierne akcentowanie niepewności może nieświadomie osłabiać poczucie bezpieczeństwa opiekunów, jeśli nie towarzyszą mu jasne i praktyczne wskazówki dotyczące dalszego postępowania.

Ogólnie rzecz biorąc, literatura wskazuje na potrzebę zachowania równowagi: specjaliści powinni otwarcie mówić o istniejącej niepewności, przedstawiać informacje probabilistyczne, gdy są dostępne, a jednocześnie zawsze łączyć je z konkretnymi możliwościami działania oraz zapewnieniem dalszego wsparcia, co pozwala utrzymać zaufanie i zaangażowanie rodziców (Habet i Teele, 2023; Mills i Cortezzo, 2020).

Zakres kompetencji i ograniczenia systemowe

Panuje powszechna zgoda, że specjaliści odnoszą korzyści z ukierunkowanych szkoleń z zakresu komunikacji. Jednocześnie literatura zwraca uwagę na istotne ograniczenia praktyki, takie jak presja czasu, bariery językowe, niedobór zasobów czy wymogi organizacyjne, które mogą utrudniać prowadzenie rozmów na optymalnym poziomie.

Napięcie pomiędzy oczekiwaniami wobec kompetencji specjalistów a realiami funkcjonowania systemu pokazuje, że poprawa jakości trudnych rozmów nie może opierać się wyłącznie na rozwijaniu indywidualnych umiejętności komunikacyjnych. Wymaga ona również wsparcia na poziomie organizacyjnym, obejmującego łatwy dostęp do narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji oraz rozwijanie współpracy między przedstawicielami różnych zawodów, co umożliwia prowadzenie skutecznej komunikacji nawet w wymagających warunkach pracy klinicznej (Habet i Teele, 2023; Mills i Cortezzo, 2020).

Implikacje praktyczne

Przygotowanie planu komunikacji

Przed rozpoczęciem trudnej rozmowy z rodzicami specjaliści powinni jasno określić główne cele spotkania, przewidzieć możliwe reakcje emocjonalne oraz zaplanować odpowiednie działania wspierające po zakończeniu rozmowy. Zastosowanie ustrukturyzowanego modelu komunikacji – takiego jak dialog motywujący (Motivational Interviewing), model „Skilled Helper” Gerarda Egana czy rozmowa wspierana narzędziami ułatwiającymi podejmowanie decyzji – pomaga uporządkować przebieg spotkania, uznać i zrozumieć obawy rodziców oraz ułatwia wspólne podejmowanie decyzji (Gregg, 2020; Meyer i in., 2022).

Normalizowanie ambiwalencji i wspieranie radzenia sobie

Ambiwalencję należy otwarcie przedstawiać jako naturalną reakcję człowieka na trudne informacje. W pracy z rodzicami warto wykorzystywać techniki dialogu motywującego, które umożliwiają eksplorowanie sprzecznych uczuć oraz pomagają odkrywać wartości i cele leżące u podstaw podejmowanych decyzji. Pomocne są również pytania ukierunkowane na strategie radzenia sobie oraz wspierający dialog, które ograniczają irracjonalne obawy i pomagają podtrzymać motywację do podejmowania właściwych działań (Gregg, 2020).

Wykorzystanie opieki skoncentrowanej na rodzinie i współpracy interdyscyplinarnej

W prowadzenie trudnych rozmów powinni aktywnie angażować się pracownicy socjalni, pielęgniarki, psychologowie oraz pedagodzy. Zespołowy model pracy umożliwia podział odpowiedzialności za komunikację oraz zapewnia rodzinom ciągłe wsparcie informacyjne, emocjonalne i praktyczne. Takie

podejście pozwala pełniej odpowiadać na potrzeby opiekunów w zakresie informacji, organizacji opieki i wsparcia psychospołecznego, które w istotny sposób wpływają na skuteczność komunikacji w złożonych sytuacjach opiekuńczych (Bally i in., 2020; Gutowska, 2022; Newman i in., 2023; Plöthner i in., 2019).

Wykorzystanie szkoleń i symulacji do rozwijania kompetencji

W przygotowaniu specjalistów do prowadzenia trudnych rozmów z opiekunami warto wykorzystywać symulacje z udziałem standaryzowanych pacjentów połączone z refleksyjnym omówieniem przebiegu ćwiczeń. Kontakt z realistycznymi scenariuszami sprzyja rozwijaniu kluczowych kompetencji komunikacyjnych, takich jak empatia, stosowanie technik dialogu motywującego oraz umiejętność korzystania z narzędzi doradczych i wspierających podejmowanie decyzji. Dzięki temu wzrasta gotowość specjalistów do prowadzenia złożonych rozmów w praktyce klinicznej (Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022).

Dostosowanie strategii do kontekstu i preferencji rodziny

Specjaliści powinni rozpoznawać preferencje opiekunów, ich uwarunkowania kulturowe, poziom kompetencji zdrowotnych oraz aktualny poziom stresu, a następnie odpowiednio dostosowywać sposób komunikacji. Obejmuje to stosowanie prostego i zrozumiałego języka, wykorzystywanie materiałów wizualnych oraz przedstawianie jasno uporządkowanych planów dalszego postępowania i dostępnych form wsparcia. W odpowiednich sytuacjach warto również udostępniać lub wskazywać narzędzia wspomagające podejmowanie decyzji, które wzmacniają proces wspólnego podejmowania decyzji i zmniejszają ryzyko późniejszego żalu związanego z dokonanym wyborem (Bally i in., 2020; Cruz i in., 2023; Habet i Teele, 2023; Nahata i in., 2020).

Reakcje emocjonalne podczas trudnych rozmów

Trudne rozmowy prowadzone z rodzinami, szczególnie w obszarze pediatrii, problemów rozwojowych oraz opieki nad dzieckiem, mają zazwyczaj bardzo silny wymiar emocjonalny. Badania pokazują, że emocje opiekunów – takie jak lęk, poczucie winy, złość, cierpienie czy nadzieja – wpływają na sposób odbierania, interpretowania i wykorzystywania przekazywanych informacji. Z tego względu świadomość procesów emocjonalnych stanowi jeden z podstawowych elementów skutecznej komunikacji (Appelman, 2001; Cousineau i in., 2019).

Wyniki badań interdyscyplinarnych podkreślają ponadto znaczenie procesów regulacji i współregulacji emocji w rodzinie. Gdy emocje są dostrzegane, nazywane i konstruktywnie regulowane, poprawia się jakość komunikacji, a ryzyko nieporozumień ulega zmniejszeniu (Hardy i Fisher, 2018; Paley i Hajal, 2022).

Charakter reakcji emocjonalnych podczas trudnych rozmów

Podczas trudnych rozmów opiekunowie często doświadczają jednocześnie wielu emocji, takich jak lęk przed niekorzystnymi informacjami lub niepewnym rokowaniem, poczucie winy związane z wcześniejszymi decyzjami, złość lub frustracja wynikające z niepewności, a także nadzieja czy ulga pojawiające się w momencie znalezienia możliwych rozwiązań.

Emocje te nie stanowią jedynie tła rozmowy, lecz aktywnie wpływają na sposób koncentrowania uwagi, formułowania pytań oraz podejmowania decyzji i planowania dalszych działań. Literatura ujmuje więc emocje jako integralny element procesu komunikacji, podkreślając ich znaczenie dla nadawania znaczenia przekazywanym informacjom oraz angażowania się rodzin w proces opieki (Appelman, 2001; Cousineau i in., 2019; Paley i Hajal, 2022).

Regulacja i współregulacja emocji

Regulacja emocji odnosi się do procesów, dzięki którym człowiek wpływa na to, jakich emocji doświadcza, kiedy ich doświadcza oraz w jaki sposób je wyraża.

W kontekście rodziny opiekunowie odpowiadają nie tylko za regulowanie własnych reakcji emocjonalnych, ale również za wspieranie funkcjonowania emocjonalnego swoich dzieci, szczególnie w sytuacjach stresujących lub związanych z wysoką stawką.

W tym ujęciu współregulacja emocji oznacza dynamiczne dostrajanie reakcji emocjonalnych dziecka i opiekuna, które sprzyja tworzeniu bardziej stabilnego i bezpiecznego kontekstu komunikacji. Badania wskazują, że gdy opiekunowie potrafią rozpoznawać, nazywać, akceptować i omawiać emocje, wzrasta świadomość emocjonalna dzieci oraz ich zdolność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, co przekłada się na bardziej adaptacyjne funkcjonowanie całej rodziny (Hardy i Fisher, 2018; Paley i Hajal, 2022; Cousineau i in., 2019).

Wpływ emocji na przetwarzanie informacji i podejmowanie decyzji

Silne emocje towarzyszące trudnym rozmowom mogą zarówno wspierać, jak i utrudniać skuteczną komunikację. Z jednej strony zwiększają koncentrację na najważniejszych informacjach, z drugiej jednak mogą prowadzić do zniekształceń w interpretowaniu ryzyka, rokowania oraz dostępnych możliwości postępowania.

Badania prowadzone zarówno w pediatrii, jak i geriatrici podkreślają znaczenie otwartego odnoszenia się do emocji podczas rozmów dotyczących niepewności. Pozwala to ograniczać błędne interpretacje oraz sprzyja lepszemu zrozumieniu przekazywanych informacji.

Gdy reakcje emocjonalne opiekunów są zauważane, uznawane i łączone z przedstawieniem konkretnych możliwości dalszego działania, komunikacja staje się bardziej skuteczna, a zaangażowanie rodzin w planowanie opieki wyraźnie wzrasta. Ustrukturyzowane podejścia, takie jak dialog motywujący, wspólne wyznaczanie celów czy narzędzia wspierające podejmowanie decyzji, pomagają normalizować niepewność i dylematy, sprzyjając bardziej zrównoważonemu i partnerskiemu podejmowaniu decyzji (Gregg, 2020; Habet i Teele, 2023; Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022).

Sytuacje o wysokim ładunku emocjonalnym w kontekście wsparcia rodziców

Podczas poradnictwa po postawieniu diagnozy rodzice często uczestniczą w rozmowach dotyczących rokowania, długofalowych konsekwencji rozpoznania oraz najbliższych działań. W takich sytuacjach konieczne jest zachowanie równowagi między szczerością a podtrzymywaniem nadziei oraz przekazywanie jasnych, konkretnych informacji (Gregg, 2020; Mills i Cortezzo, 2020).

W bardziej złożonych sytuacjach opiekuńczych rodziny często muszą godzić zalecenia medyczne z własnymi wartościami i przekonaniami, co rodzi zarówno napięcia emocjonalne, jak i dylematy etyczne. Dlatego niezbędne staje się stosowanie ustrukturyzowanych procesów wspólnego podejmowania decyzji (Mills i Cortezzo, 2020; Nahata i in., 2020).

Jeżeli kompetencje zdrowotne rodziców są ograniczone, informacje powinny być przekazywane w sposób prosty, dostępny i etapowy. Zbyt specjalistyczny język może zwiększać poziom lęku, natomiast zbyt ogólne informacje pozostawiają rodziny nieprzygotowane do podejmowania decyzji (Nahata i in., 2020).

Rozmowy dotyczące opieki u kresu życia oraz planowania dalszego leczenia dodatkowo zwiększają obciążenie emocjonalne i etyczne zarówno rodzin, jak i specjalistów. W takich sytuacjach wspólne podejmowanie decyzji odgrywa zasadniczą rolę w dostosowaniu planu opieki do wartości i preferencji rodziny (Mills i Cortezzo, 2020; Polzer i in., 2021).

Podobnie rozmowy dotyczące problemów behawioralnych lub zagadnień związanych z bezpieczeństwem mogą wywoływać bardzo silne reakcje emocjonalne. Wymagają one nieocenianej komunikacji oraz wspólnego rozwiązywania problemów, wspierającego rodziców w podejmowaniu świadomych i adekwatnych decyzji (Cruz i in., 2023; Polzer i in., 2021).

Kluczowe kompetencje komunikacyjne

Kluczowe kompetencje komunikacyjne stanowią podstawę prowadzenia trudnych rozmów z rodzicami w pediatrii oraz w opiece skoncentrowanej na dziecku i rodzinie. Obejmują one aktywne słuchanie, empatię, jasne i uporządkowane przekazywanie informacji, rozpoznawanie wartości i preferencji rodziny, umiejętność reagowania na emocje oraz koordynowanie wsparcia interdyscyplinarnego w razie potrzeby.

Wyniki badań konsekwentnie wskazują, że skuteczna komunikacja wiąże się z lepszym zrozumieniem przekazywanych informacji, mniejszym obciążeniem emocjonalnym rodzin, większym zaangażowaniem rodziców oraz bardziej efektywnym procesem wspólnego podejmowania decyzji. Łącznie potwierdza to, że komunikacja stanowi jeden z najważniejszych mechanizmów warunkujących wysoką jakość opieki skoncentrowanej na rodzinie (Bally i in., 2020; Gregg, 2020; Gutowska, 2022; Habet i Teele, 2023; Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022; Mills i Cortezzo, 2020; Nahata i in., 2020; Newman i in., 2023; Plöthner i in., 2019).

Dialog motywujący i eksplorowanie ambiwalencji

Dialog motywujący (Motivational Interviewing, MI) oferuje nieoceniające i oparte na współpracy podejście do rozpoznawania ambiwalencji opiekunów, wspierania ich autonomii oraz wzmacniania motywacji wewnętrznej. Dzięki wykorzystaniu takich strategii, jak refleksyjne słuchanie, wzmacnianie autonomii oraz ograniczanie oporu, dialog motywujący sprzyja budowaniu współpracy i pomaga zmniejszać postawy obronne podczas trudnych rozmów. Badania pokazują również, że szkolenia z zakresu komunikacji opartej na dialogu motywującym zwiększają zdolność opiekunów do skutecznego wyrażania swoich obaw oraz wspierają proces wspólnego podejmowania decyzji, przynosząc pozytywne efekty w zakresie poczucia własnej skuteczności i jakości komunikacji (Easdale-Cheele i in., 2024; Ipekçi i in., 2024).

Ustrukturyzowane modele komunikacji

Ustrukturyzowane modele, takie jak model „Skilled Helper” Gerarda Egana (Eksploracja – Zrozumienie – Planowanie), dostarczają przejrzystych ram organizowania trudnych rozmów z opiekunami. Podejścia te wspierają specjalistów w uznawaniu i omawianiu obaw rodziców, zachowywaniu równowagi między potrzebami emocjonalnymi i informacyjnymi oraz we wspólnym opracowywaniu konkretnych planów działania. Są one szczególnie przydatne w sytuacjach charakteryzujących się dużą niepewnością i silnym obciążeniem emocjonalnym, ponieważ uporządkowana struktura rozmowy ułatwia utrzymanie jej przejrzystości oraz aktywnego zaangażowania uczestników (Gregg, 2020; Meyer i in., 2022).

Kompetencje zdrowotne i dostosowanie komunikacji

Dostosowanie sposobu komunikowania do poziomu kompetencji zdrowotnych opiekunów – poprzez stosowanie prostego języka, materiałów wizualnych oraz etapowego przekazywania informacji – sprzyja lepszemu zrozumieniu omawianych kwestii i zmniejsza ryzyko późniejszego żalu związanego z podjętymi decyzjami.

W tym kontekście koncepcja rozproszonych kompetencji zdrowotnych (*distributed health literacy*) podkreśla znaczenie dostosowania i wzajemnego uzupełniania kompetencji opiekunów, pacjentów i specjalistów. Takie podejście sprzyja bardziej efektywnemu i trwałemu zaangażowaniu wszystkich stron w proces opieki (Nahata i in., 2020).

Empatia, zaufanie i dynamika relacji interpersonalnych

Empatia i zaufanie stanowią podstawę skutecznej komunikacji, zwłaszcza podczas rozmów dotyczących ryzyka oraz niepewnych rokowań. Literatura wskazuje, że przejrzystość przekazywanych informacji, odpowiednie tempo rozmowy oraz sygnały niewerbalne w istotny sposób wpływają na to, jak opiekunowie odbierają i interpretują przekazywane treści.

Ogólnie rzecz biorąc, dobrze rozwinięte kompetencje interpersonalne wiążą się z większym przestrzeganiem uzgodnionych zaleceń, wyższym poziomem satysfakcji rodzin oraz lepszą jakością komunikacji podczas trudnych rozmów (Habet i Teele, 2023; Hardavella i in., 2017).

Szkolenia i współpraca interdyscyplinarna

Szkolenia wykorzystujące symulacje oraz praktykę refleksyjną wzmacniają kompetencje specjalistów w zakresie prowadzenia trudnych rozmów, obejmujących między innymi przekazywanie niepomysłnych informacji oraz omawianie złożonych możliwości opieki i leczenia.

Badania pokazują również, że współpraca interdyscyplinarna – z udziałem pracowników socjalnych, pielęgniarek, psychologów, pedagogów i innych specjalistów – zwiększa skuteczność komunikacji skoncentrowanej na rodzinie poprzez bardziej kompleksowe zaspokajanie jej potrzeb emocjonalnych, informacyjnych i praktycznych. Łącznie podejścia te sprzyjają bardziej skutecznej, empatycznej i skoordynowanej komunikacji w złożonych sytuacjach opiekuńczych (Bally i in., 2020; Gutowska, 2022; Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022; Newman i in., 2023; Plöthner i in., 2019).

Regulacja i współregulacja emocji

Emocje opiekunów – takie jak lęk, poczucie winy, złość czy nadzieja – bezpośrednio wpływają na przebieg komunikacji oraz proces podejmowania decyzji podczas trudnych rozmów. Gdy emocje te są rozpoznawane, akceptowane i odpowiednio omawiane, zmniejsza się poziom stresu opiekunów, a ich zaangażowanie w dialog wyraźnie wzrasta.

Na poziomie funkcjonowania rodziny istotną rolę odgrywają procesy współregulacji emocji, polegające na wspólnym regulowaniu reakcji emocjonalnych przez opiekunów i dzieci. Procesy te poprawiają jakość komunikacji oraz wspierają rozwój kompetencji emocjonalnych i umiejętności radzenia sobie dziecka z trudnymi sytuacjami (Appelman, 2001; Cousineau i in., 2019; Čekuolienė i in., 2021; Feldman, 2023; Hardy i Fisher, 2018; Paley i Hajal, 2022).

Strukturyzowanie rozmowy

Odpowiednie strukturyzowanie trudnych rozmów z rodzinami ma kluczowe znaczenie dla zachowania równowagi między szczerością, empatią i praktycznym planowaniem działań w pediatrii oraz opiece skoncentrowanej na rodzinie. Analiza literatury wskazuje, że różne modele i narzędzia komunikacyjne opierają się na kilku wspólnych elementach: starannym przygotowaniu do rozmowy, stworzeniu bezpiecznej i wspierającej atmosfery, jasnym i wrażliwym przekazywaniu informacji, adekwatnym reagowaniu na emocjonalne reakcje opiekunów oraz zapewnieniu ciągłości wsparcia poprzez działania następcze i dalszą opiekę. Zintegrowane stosowanie tych ustrukturyzowanych podejść wzmacnia komunikację skoncentrowaną na pacjencie i rodzinie w różnych kontekstach, takich jak opieka neonatologiczna, leczenie przewlekłych chorób wieku dziecięcego, pediatryczne planowanie opieki wyprzedzającej (*paediatric advance care planning*, pACP) oraz rozmowy dotyczące opieki u kresu życia (Breemen i in., 2024; Daxer i in., 2022; DeForest, 2024; Driessche i in., 2021; Geurtzen i in., 2017; Gonella i in., 2024; Seifart i in., 2022).

Przygotowanie do rozmowy

Przygotowanie stanowi kluczowy etap, który w znacznym stopniu wpływa na skuteczność trudnych rozmów z rodzinami. Rozpoczyna się od jednoznacznego określenia celu i zamierzeń spotkania, takich jak przekazanie informacji, poznanie wartości i preferencji rodziny oraz wspólne ustalenie dalszych kroków. Wcześniejsze sprecyzowanie tych celów ułatwia uporządkowanie przebiegu rozmowy oraz ogranicza opóźnienia w procesie podejmowania decyzji (Breemen i in., 2024; Daxer i in., 2022; Gonella i in., 2024).

Równie istotna jest analiza kontekstu, obejmująca uwzględnienie specyfiki sytuacji klinicznej (np. neonatologii lub onkologii dziecięcej), stopnia pewności rokowania oraz wartości kulturowych rodziny. Zarówno niepewność kliniczna, jak i uwarunkowania organizacyjne wpływają bowiem na przebieg i charakter rozmowy (DeForest, 2024; Geurtzen i in., 2017; Seifart i in., 2022).

Przygotowanie obejmuje także identyfikację kluczowych uczestników procesu komunikacji. Skuteczna rozmowa często wymaga skoordynowanego udziału zespołu interdyscyplinarnego, obejmującego lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych oraz specjalistów wspierających rozwój i dobrostan

dziecka (*child life specialists*), co zapewnia spójność przekazywanych informacji oraz kompleksowe wsparcie rodziny (Breemen i in., 2024; Daxer i in., 2022; Geurtzen i in., 2017).

Ostatnim elementem przygotowania jest opracowanie elastycznego planu rozmowy oraz przewidywanie możliwych scenariuszy, obejmujących najważniejsze komunikaty, potencjalne pytania oraz dostosowanie sposobu komunikacji do uwarunkowań kulturowych i poziomu kompetencji zdrowotnych rodziny. Takie przygotowanie zwiększa gotowość specjalisty do adekwatnego reagowania na przebieg rozmowy (Geurtzen i in., 2017; Mansoor i in., 2025; Seifart i in., 2022).

Tworzenie odpowiednich warunków do rozmowy

Środowisko, w którym odbywa się trudna rozmowa, odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu jej jakości i rezultatów. Budowanie atmosfery terapeutycznej wymaga od początku rozwijania zaufania, okazywania empatii oraz tworzenia klimatu współpracy. Wczesne dostrzeżenie i uznanie emocji opiekunów sprzyja stworzeniu bardziej wspierającej przestrzeni relacyjnej (Gonella i in., 2024; Mansoor i in., 2025; Seifart i in., 2022).

Nie mniej ważne są warunki organizacyjne. Zapewnienie odpowiedniej ilości czasu, ograniczenie zakłóceń oraz dostosowanie tempa przekazywania informacji mają szczególne znaczenie, ponieważ badania prowadzone w neonatologii i pediatrii pokazują, że tego rodzaju rozmowy mają zwykle charakter wieloetapowy i wymagają czasu potrzebnego rodzinom na przyswojenie złożonych informacji (Daxer i in., 2022; DeForest, 2024; Seifart i in., 2022).

Dodatkowym czynnikiem wzmacniającym jakość komunikacji jest zaangażowanie zespołu interdyscyplinarnego. Wspólne dzielenie odpowiedzialności za przekazywanie informacji oraz zapewnianie skoordynowanego wsparcia emocjonalnego i praktycznego pozwala lepiej odpowiadać na potrzeby opiekunów w różnych kontekstach opieki (Bally i in., 2020; Gutowska, 2022; Newman i in., 2023; Plöthner i in., 2019).

Przekazywanie informacji – kluczowe techniki komunikacyjne

Skuteczne prowadzenie trudnej rozmowy rozpoczyna się od jasnego i uporządkowanego wprowadzenia, podczas którego wyraźnie określa się cel spotkania, otwarcie mówi o istniejącej niepewności oraz przedstawia sposób przekazywania informacji. Takie postępowanie zmniejsza ryzyko nieporozumień i pomaga ujednolicić oczekiwania uczestników rozmowy (Daxer i in., 2022; Geurtzen i in., 2017).

Następnie informacje powinny być przekazywane w sposób zrozumiały i dostępny, z ograniczeniem specjalistycznego żargonu oraz dostosowaniem treści do poziomu kompetencji zdrowotnych i uwarunkowań kulturowych rodziny. Zastosowanie materiałów wizualnych oraz narzędzi wspierających podejmowanie decyzji dodatkowo zwiększa poziom zrozumienia i ogranicza ryzyko późniejszego żalu związanego z podjętymi decyzjami (Breemen i in., 2024; Mansoor i in., 2025; Nahata i in., 2020).

Jednym z najważniejszych elementów rozmowy jest poznanie wartości, preferencji i celów rodziny poprzez stosowanie ustrukturyzowanych pytań, które pomagają określić kwestie uznawane przez rodzinę za najważniejsze, w tym oczekiwaną jakość życia oraz akceptowalny poziom ryzyka. Przykładem systematycznego wspierania takich rozmów są rozwiązania proponowane w ramach programu BOOST pACP (Driessche i in., 2021).

Równie ważne jest odpowiednie reagowanie na emocje. Specjaliści powinni rozpoznawać i uznawać uczucia takie jak lęk, złość czy poczucie winy oraz wykorzystywać strategie skoncentrowane na emocjach i współregulacji emocji, aby podtrzymywać zaangażowanie rodziny i ograniczać poziom stresu (Appelman, 2001; Cousineau i in., 2019; Feldman, 2023; Gonella i in., 2024; Hardy i Fisher, 2018; Paley i Hajal, 2022). W tym procesie pomocne są również techniki wywodzące się z dialogu motywującego, które wspierają rodziny w radzeniu sobie z ambiwalencją i niepewnością (Easdale-Cheeley i in., 2024; Ipekci i in., 2024).

Skuteczna komunikacja wymaga także zachowania równowagi w przekazywaniu informacji dotyczących niepewności. Powinna być ona przedstawiana w sposób otwarty i przejrzysty, ale jednocześnie zawsze uzupełniana konkretnymi wskazówkami, planem dalszego postępowania oraz praktycznymi możliwościami działania, wspierającymi proces podejmowania decyzji (Gregg, 2020; Habet i Teele, 2023; Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022; Mills i Cortezzo, 2020).

Wsparcie po rozmowie i działania następne

Wsparcie rodziny nie kończy się wraz z zakończeniem rozmowy. Niezbędne jest odpowiednie udokumentowanie jej przebiegu oraz uwzględnienie ustaleń w planie opieki, aby zapewnić ciągłość i koordynację dalszych działań.

Pisemne podsumowanie rozmowy, jasno określony plan dalszego postępowania oraz skierowania do odpowiednich form wsparcia powinny zostać przekazane wszystkim zaangażowanym osobom, co pozwala zachować spójność procesu opieki (Breemen i in., 2024; Geurtzen i in., 2017; Gutowska, 2022; Plöthner i in., 2019).

Literatura podkreśla również, że trudne rozmowy rzadko mają charakter jednorazowego wydarzenia. Znacznie częściej stanowią proces wymagający wielokrotnych spotkań wraz ze zmieniającą się sytuacją rodziny, szczególnie w pediatrycznym planowaniu opieki wyprzedzającej (pACP) oraz opiece nad dziećmi z chorobami przewlekłymi (Daxer i in., 2022; Driessche i in., 2021; Geurtzen i in., 2017).

Utrzymanie wysokiej jakości takich rozmów wymaga również systematycznego doskonalenia kompetencji specjalistów. Szkolenia oparte na symulacjach, mentoring oraz praktyka refleksyjna są konsekwentnie wskazywane jako najskuteczniejsze strategie rozwijania i utrzymywania wysokiego poziomu kompetencji komunikacyjnych w dłuższej perspektywie (Breemen i in., 2024; DeForest, 2024; Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022).

Radzenie sobie z oporem i konfliktem

Radzenie sobie z oporem i konfliktem stanowi jedno z najważniejszych wyzwań podczas prowadzenia trudnych rozmów z rodzicami i opiekunami rodzinnymi. Literatura z zakresu edukacji, psychologii, pediatrii oraz komunikacji w ochronie zdrowia wskazuje, że sprzeciw, postawy obronne i napięcia w relacji często pojawiają się wtedy, gdy rozmowy dotyczą tematów wrażliwych, niepewności, głęboko zakorzenionych wartości lub decyzji o istotnych konsekwencjach. Skuteczne zarządzanie tymi sytuacjami opiera się na wykorzystaniu ustrukturyzowanych modeli komunikacji, technik dialogu motywującego (Motivational Interviewing, MI), strategii regulacji emocji, współpracy interdyscyplinarnej oraz prowadzeniu rozmów jako procesu rozłożonego w czasie, umożliwiającego stopniowe budowanie zaangażowania rodziny podczas kolejnych spotkań (39–45, 51–57, 59, 60). W niniejszej części przedstawiono najważniejsze koncepcje, typowe przejawy oporu oraz praktyczne strategie wspierające specjalistów pracujących z rodzinami w złożonych i emocjonalnie wymagających sytuacjach.

Najczęstsze formy i źródła oporu podczas trudnych rozmów

Opór pojawiający się podczas rozmów z rodzicami może przyjmować różne formy i wynika zarówno z czynników emocjonalnych, jak i kontekstowych.

Jednym z najczęstszych przejawów jest otwarty sprzeciw oraz reakcje obronne, kiedy opiekunowie kwestionują znaczenie przekazywanych informacji, podważają zalecenia specjalistów lub odrzucają proponowane rozwiązania. Badania wskazują, że skuteczne reagowanie w takich sytuacjach wymaga poznania źródeł obaw rodziców, uznania ich perspektywy oraz utrzymywania postawy opartej na współpracy zamiast konfrontacji (Campbell i Peacock, 2021; Edgoose i in., 2021).

Częstym źródłem napięcia jest również konieczność zachowania równowagi pomiędzy autonomią opiekunów a profesjonalnym doradztwem. Rodziny różnią się bowiem pod względem preferowanego poziomu udziału w podejmowaniu decyzji – jedne oczekują jednoznacznych wskazówek, podczas gdy inne preferują partnerskie poszukiwanie rozwiązań. Dlatego tak istotne jest wczesne wyjaśnienie

wzajemnych oczekiwań oraz elastyczne dostosowanie sposobu komunikacji (Campbell i Peacock, 2021; Dyson i in., 2023).

Reakcje emocjonalne dodatkowo nasilają opór, szczególnie podczas rozmów dotyczących rokowania, opieki u kresu życia czy innych szczególnie wrażliwych zagadnień społecznych. Lęk, poczucie winy, złość oraz cierpienie moralne wpływają na sposób angażowania się rodziców w rozmowę. W takich sytuacjach kluczowe znaczenie mają empatyczne uznanie emocji, komunikacja skoncentrowana na emocjach oraz strategię współregulacji emocji, które pomagają podtrzymać dialog (Appelman, 2001; Cousineau i in., 2019; Edgoose i in., 2021; Feldman, 2023; Hardy i Fisher, 2018; Paley i Hajal, 2022).

Kolejnym źródłem oporu są niepewność oraz przeciążenie nadmiarem informacji, które mogą prowadzić do sceptycyzmu lub wycofania się z rozmowy. Literatura podkreśla znaczenie przejrzystego komunikowania zarówno tego, co wiadomo, jak i tego, co pozostaje niepewne, przy jednoczesnym przedstawianiu jasno określonych dalszych kroków i uporządkowanych wskazówek dotyczących postępowania (Daxer i in., 2022; DeForest, 2024; Geurtzen i in., 2017; Mansoor i in., 2025; Seifart i in., 2022).

Modele teoretyczne i praktyczne wspierające radzenie sobie z oporem

W literaturze opisano kilka modeli dostarczających uporządkowanych sposobów postępowania w sytuacjach oporu pojawiającego się podczas rozmów z rodzinami.

Dialog motywujący (Motivational Interviewing) proponuje niekonfrontacyjne, skoncentrowane na osobie podejście, oparte na refleksyjnym słuchaniu, poszanowaniu autonomii oraz pracy z ambiwalencją zamiast jej zwalczania. W pracy z rodzinami techniki dialogu motywującego pomagają opiekunom wyrażać swoje obawy oraz podejmować decyzje zgodne z własnymi wartościami (Easdale-Cheele i in., 2024; Ipekci i in., 2024).

Uzupełnieniem tego podejścia są ustrukturyzowane modele komunikacji, takie jak SPIKES, ABCDE oraz NURSE, które krok po kroku prowadzą specjalistów przez proces przygotowania rozmowy, przekazywania trudnych informacji, reagowania na emocje oraz planowania dalszego wsparcia. Szczególnie dobrze sprawdzają się one w neonatologii, pediatrii oraz pediatrycznym planowaniu opieki wyprzedzającej (pACP).

Podobną funkcję pełnią modele trójetapowe, takie jak model „Skilled Helper” Gerarda Egana (Eksploracja – Zrozumienie – Planowanie), który pomaga przechodzić od analizy problemu do wspólnego planowania działań. Połączenie tego modelu z technikami dialogu motywującego oraz narzędziami wspierającymi podejmowanie decyzji pozwala normalizować ambiwalencję i wspierać partnerskie rozwiązywanie problemów (Driessche i in., 2021; Gregg, 2020; Meyer i in., 2022).

Opisane podejścia wzmacniają również strategię regulacji i współregulacji emocji, które pomagają opiekunom skuteczniej radzić sobie z własnymi reakcjami emocjonalnymi w relacji skoncentrowanej na rodzinie. W efekcie zmniejsza się poziom postaw obronnych, a zaangażowanie w rozmowę wzrasta (Appelman, 2001; Čekuolienė i in., 2021; Feldman, 2023; Hardy i Fisher, 2018; Paley i Hajal, 2022).

Kontekstowe uwarunkowania oporu

Charakter oporu zależy od kontekstu oraz rodzaju poruszanych zagadnień.

W środowisku edukacyjnym i badawczym opór najczęściej pojawia się podczas rozmów dotyczących tematów szczególnie wrażliwych, takich jak przemoc seksualna, kwestie rasowe czy edukacja społeczno-emocjonalna. W takich sytuacjach sposób odbioru informacji jest kształtowany przez normy społeczne, przekonania rodziców oraz uwarunkowania instytucjonalne. Dlatego kluczowe znaczenie mają przejrzystość komunikacji oraz strategię sprzyjające włączaniu różnych perspektyw do dialogu (Adhia i in., 2024; Dyson i in., 2023).

W ochronie zdrowia – szczególnie w neonatologii, pediatrii oraz opiece nad dziećmi z chorobami przewlekłymi – opór częściej wiąże się z niepewnością dotyczącą rokowania oraz koniecznością

uzgodnienia zaleceń medycznych z wartościami rodziny. W takich sytuacjach najbardziej skuteczne okazują się strategie oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji, wsparciu emocjonalnym oraz prowadzeniu rozmów jako procesu rozłożonego w czasie (Daxer i in., 2022; Driessche i in., 2021; Geurtzen i in., 2017; Seifart i in., 2022).

Silny opór mogą również wywoływać rozmowy dotyczące rasy, rasizmu oraz różnic kulturowych. Literatura podkreśla wówczas znaczenie komunikacji uwzględniającej uwarunkowania kulturowe, praktyki antydyskryminacyjnej oraz tworzenia bezpiecznej przestrzeni do dialogu, co pozwala ograniczać postawy obronne i sprzyja autentycznemu zaangażowaniu uczestników rozmowy (Campbell i Peacock, 2021; Edgoose i in., 2021).

Praktyczne strategie radzenia sobie z oporem i konfliktem

Skuteczne radzenie sobie z oporem wymaga połączenia dobrego przygotowania, wysokich kompetencji komunikacyjnych oraz świadomości znaczenia relacji z rodziną.

Pierwszym krokiem jest odpowiednie przygotowanie rozmowy poprzez określenie jej celów, otwarte omówienie istniejącej niepewności oraz przedstawienie planowanego przebiegu spotkania. Takie działania ograniczają niejednoznaczność sytuacji i zmniejszają prawdopodobieństwo pojawienia się postaw obronnych (Daxer i in., 2022; Geurtzen i in., 2017; Seifart i in., 2022).

Bardzo ważne jest również wczesne uznanie emocji rodziców oraz normalizowanie ambiwalencji. Rozpoznawanie i akceptowanie reakcji emocjonalnych opiekunów, przy jednoczesnym wykorzystaniu technik dialogu motywującego oraz komunikacji skoncentrowanej na emocjach, sprzyja budowaniu bezpiecznej atmosfery i otwartego dialogu (Appelman, 2001; Cousineau i in., 2019; Easdale-Cheeley i in., 2024; Ipekci i in., 2024; Paley i Hajal, 2022).

Kolejnym elementem jest poznanie wartości, preferencji i celów rodziny, co umożliwia lepsze dopasowanie zaleceń specjalistów do priorytetów opiekunów. Przykładem uporządkowanego wspierania tego procesu jest model BOOST pACP, który pomaga stopniowo ograniczać konflikty pojawiające się podczas kolejnych rozmów (Driessche i in., 2021).

Komunikacja dostosowana do poziomu kompetencji zdrowotnych rodziny, wspierana narzędziami ułatwiającymi podejmowanie decyzji oraz materiałami wizualnymi, zwiększa poziom zrozumienia i ogranicza konflikty związane z podejmowaniem decyzji (Breemen i in., 2024; Mansoor i in., 2025; Nahata i in., 2020).

Istotną rolę odgrywa także współpraca interdyscyplinarna. Zaangażowanie pracowników socjalnych, pielęgniarek, psychologów i pedagogów umożliwia lepszy podział odpowiedzialności za wsparcie informacyjne i emocjonalne oraz poprawia ogólną jakość komunikacji z rodziną (Bally i in., 2020; Gutowska, 2022; Newman i in., 2023; Plöthner i in., 2019).

Wreszcie, szkolenia oparte na symulacjach, regularna informacja zwrotna oraz doskonalenie kompetencji komunikacyjnych zwiększają pewność siebie specjalistów i skuteczność ich działań. Jednocześnie literatura podkreśla, że opór nie jest zjawiskiem stałym – może zmieniać się wraz z upływem czasu i kolejnymi spotkaniami. Dlatego prowadzenie rozmów powinno być postrzegane jako proces wymagający cierpliwości i systematycznego budowania relacji (Gutowska, 2022; Hardavella i in., 2017; Meyer i in., 2022; Daxer i in., 2022; Driessche i in., 2021; Geurtzen i in., 2017).

Niuanse i potencjalne obszary rozbieżności

Radzenie sobie z oporem wiąże się z kilkoma subtelными wyzwaniem.

Jednym z najważniejszych jest zachowanie równowagi między szczerością a podtrzymywaniem nadziei. Chociaż otwarte mówienie o niepewności jest konieczne, nadmiar szczegółowych informacji może przytłaczać opiekunów. Dlatego sposób przekazywania informacji powinien być każdorazowo dostosowany do ich potrzeb i preferencji (Gonella i in., 2024; Habet i Teele, 2023; Mills i Cortezzo, 2020).

Drugim wyzwaniem jest znalezienie właściwej równowagi pomiędzy bardziej dyrektywnym udzielaniem wskazówek a partnerskim poszukiwaniem rozwiązań. Ponieważ opiekunowie różnią się pod względem oczekiwanego poziomu udziału w podejmowaniu decyzji, niezbędna jest elastyczna, skoncentrowana na osobie komunikacja, która ogranicza ryzyko nasilenia oporu (Dyson i in., 2023; Habet i Teele, 2023; Mills i Cortezzo, 2020).

Wreszcie literatura zwraca uwagę na ograniczenia systemowe, takie jak brak czasu, bariery językowe czy nierówny dostęp do zasobów, które utrudniają wdrażanie optymalnych praktyk komunikacyjnych. Podkreśla to znaczenie wsparcia organizacyjnego, stosowania narzędzi wspierających podejmowanie decyzji oraz pracy zespołowej jako warunków utrzymania wysokiej jakości komunikacji w codziennej praktyce (DeForest, 2024; Geurtzen i in., 2017).

Podejścia wspierające i oparte na mocnych stronach

Podejścia wspierające oraz oparte na mocnych stronach (*strengths-based approaches*) przesuwają punkt ciężkości z deficytów na zasoby, kompetencje i cele rodzin, sprzyjając ich zaangażowaniu, budowaniu odporności psychicznej oraz wzmacnianiu nadziei zgodnie z założeniami psychologii pozytywnej (Mueller i in., 2024).

Podejścia uwzględniające wpływ traumy i odporności psychicznej (*trauma- and resilience-informed practices*) uzupełniają tę perspektywę poprzez podkreślanie znaczenia poczucia bezpieczeństwa, zaufania oraz wzmacniania sprawczości rodzin, przy jednoczesnym uwzględnianiu wpływu wcześniejszych doświadczeń traumatycznych na obecne relacje i sposób funkcjonowania (Hall i in., 2018; Schoot i in., 2024; Shankar i in., 2025).

Dialog motywujący (Motivational Interviewing, MI) dodatkowo wspiera prowadzenie partnerskiego dialogu opartego na wartościach rodziny, zmniejsza postawy obronne oraz ułatwia wspólne wyznaczanie celów (Farghal i Mounir, 2025; Johnson i in., 2023; Kaushik i in., 2025). Z kolei współpraca interdyscyplinarna umożliwia bardziej kompleksowe odpowiadanie na złożone potrzeby rodzin poprzez holistyczne podejście do procesu wsparcia (Hall i in., 2018; Singh i in., 2021; Wei, 2022).

W praktyce opisane podejścia opierają się na empatycznym słuchaniu, identyfikowaniu mocnych stron rodziny, zadawaniu pytań zgodnych z zasadami podejścia uwzględniającego traumę oraz stosowaniu technik dialogu motywującego. Celem tych działań jest wspólne opracowanie planu wsparcia odpowiadającego wartościom, potrzebom i priorytetom rodziny (Anazi i in., 2022; Johnson i in., 2023; Tagliaferri i in., 2024).

Do najważniejszych wyzwań należy zachowanie równowagi między podtrzymywaniem nadziei a realistycznym przedstawianiem sytuacji, a także utrzymanie wrażliwości kulturowej oraz poszanowanie autonomii rodziny (Gabay, 2020; Hernández-Wolfe i in., 2014).

Pomimo ograniczeń organizacyjnych i zasobowych badania wskazują, że wdrażanie podejść wspierających i opartych na mocnych stronach prowadzi do wzrostu zaufania oraz większego zaangażowania rodzin, zwłaszcza gdy jest wspierane odpowiednim szkoleniem specjalistów i rozwiązaniami organizacyjnymi sprzyjającymi ich stosowaniu (Campbell i Peacock, 2021; Schmidt i in., 2024).

Pytania i odpowiedzi

1. Który z poniższych czynników jest jednym z najważniejszych czynników kontekstowych wpływających na rozwój umiejętności społecznych?

- a) Wyłącznie poziom inteligencji jednostki
- b) Środowisko społeczne (rodzina, szkoła, rówieśnicy)
- c) Wyłącznie cechy genetyczne

2. Jaki jest główny cel szkolnych programów uczenia społeczno-emocjonalnego (Social-Emotional Learning – SEL)?

- a) Poprawa wyników egzaminacyjnych
- b) Rozwijanie świadomości społecznej i umiejętności budowania relacji
- c) Zwiększenie wytrzymałości fizycznej

3. Które stwierdzenie dotyczące roli zaangażowania rodziny w rozwój umiejętności społecznych jest prawidłowe?

- a) Nie ma ono żadnego wpływu.
- b) Wpływa wyłącznie na osiągnięcia szkolne.
- c) Wspiera rozwój empatii, współpracy i kompetencji w zakresie interakcji społecznych.

4. Jaki jest główny cel stosowania wielu sposobów komunikacji (werbalnej, pisemnej i wizualnej) w skutecznej komunikacji?

- a) Uczynienie komunikacji bardziej złożoną
- b) Zapewnienie dostępności komunikacji dla osób o zróżnicowanych potrzebach
- c) Oszczędność czasu

5. Który z poniższych elementów jest kluczowym składnikiem aktywnego słuchania?

- a) Natychmiastowe proponowanie rozwiązań
- b) Zmiana tematu rozmowy
- c) Parafrazowanie w celu potwierdzenia zrozumienia

Prawidłowe odpowiedzi

- 1. **b**
- 2. **b**
- 3. **c**
- 4. **b**
- 5. **c**

Bibliografia

- 1. Adhia, A., Lucas, R., Richey, A. E., Rogers, M., Wagner, N. V., Dils, L., Rivara, F. P., & Bekemeier, B. (2024). School district leader perspectives on surveying middle school youth about sexual violence. *Journal of School Health*, 95(1), 34–44. <https://doi.org/10.1111/josh.13496>
- 2. Aličković, A. (2014). Pedagogical understanding of empathy as an aspect of social competence. *Metodički Obzori/Methodological Horizons*, 9(2), 47-57. <https://doi.org/10.32728/mo.09.2.2014.05>
- 3. Appelman, E. (2001). Temperament and dyadic contributions to affect regulation: Implications from developmental research for clinical practice. *Psychoanalytic Psychology*, 18(3), 534–559. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.18.3.534>

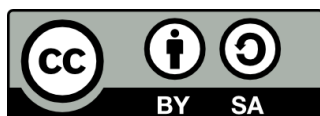
4. Bally, J., Burles, M., Smith, N. R., Holtslander, L., Mpofu, C., Hodgson-Viden, H., & Zimmer, M. (2020). Exploring opportunities for holistic family care of parental caregivers of children with life-threatening or life-limiting illnesses. *Qualitative Social Work*, 20(5), 1356–1373. <https://doi.org/10.1177/1473325020967739>
5. Barry, A., Syurina, E., & Waltz, M. (2023). Support priorities of autistic university students and careers advisors: Understanding differences, building on strengths. *disabilities*, 3(2), 235-254. <https://doi.org/10.3390/disabilities3020016>
6. Berduzco-Torres, N., Medina, P., Choquenaira-Callañaupa, B., San-Martín, M., Bolton, R., & Vivanco, L. (2020). Family loneliness: Its effects in the development of empathy, teamwork and lifelong learning abilities in medical students. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02046>
7. Breemen, C. van, Lusney, N., Doherty, M., Castro-Noriega, E., & Siden, H. (2024). Education initiative for essential conversations with parents—serious illness guide for pediatrics (SICG-Peds©-Peds). *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11. <https://doi.org/10.1177/23821205241298590>
8. Brimble, M., Anstey, S., Davies, J., & Dunn, C. (2024). An exploration of managing emotional labour and maintaining professional integrity in children's hospice nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 30(4), 180-188. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.4.180>
9. Campbell, K., & Peacock, D. (2021). Transformative leadership journeys: Learning and identity of university leaders of engaged scholarship. *Journal of Leadership Accountability and Ethics*, 18(4). <https://doi.org/10.33423/jlae.v18i4.4643>
10. Čekuolienė, D., Gervinskaitė-Paulaitienė, L., Grauslienė, I., Adler, A., & Barkauskienė, R. (2021). Maternal reflective functioning and attachment security in girls and boys: A closer look into the middle childhood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11261. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111261>
11. Cousineau, T. M., Hobbs, L., & Arthur, K. C. (2019). The Role of compassion and mindfulness in building parental resilience when caring for children with chronic conditions: A conceptual model. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01602>
12. Cruz, S. P. la, Ko, A. I., & Chi, D. L. (2023). A qualitative study on dentists' communication approaches in managing fluoride-hesitant caregivers. *JDR Clinical & Translational Research*, 9(3), 212–220. <https://doi.org/10.1177/23800844231203673>
13. Daxer, M., Monz, A., Hein, K., Heitkamp, N., Knochel, K., Borasio, G. D., & Führer, M. (2022). How to open the door: A qualitative, observational study on initiating advance care discussions with parents in pediatric palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 25(4), 562–569. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0183>
14. DeForest, P. K. (2024). Navigating difficult conversations in caring for children with medical complexity. *Pediatric Annals*, 53(3). <https://doi.org/10.3928/19382359-20240109-04>
15. Dewan, T., MacKay, L., Asaad, L., Buchanan, F., Hayden, A., & Montgomery, L. (2024). Experiences of inpatient healthcare services among children with medical complexity and their families: A Scoping Review. *Health Expectations*, 27(5). <https://doi.org/10.1111/hex.14178>

16. Driessche, A. van, Vleminck, A. D., Gilissen, J., Kars, M. C., Bosch, J. van der W. ten, Deliëns, L., Cohen, J., & Beernaert, K. (2021). Advance care planning for adolescents with cancer and their parents: study protocol of the BOOST pACP multi-centre randomised controlled trial and process evaluation. *BMC Pediatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02841-7>
17. Dyson, B., Shen, Y., Howley, D., & Baek, S. (2023). Social emotional learning matters: Interpreting educators' perspectives at a high-needs rural elementary school. *Frontiers in Education*, 8. <https://doi.org/10.3389/educ.2023.1100667>
18. Easdale-Cheele, T., Parlatini, V., Cortese, S., & Bellato, A. (2024). A narrative review of the efficacy of interventions for emotional dysregulation, and underlying bio–psycho–social factors. *Brain Sciences*, 14(5), 453. <https://doi.org/10.3390/brainsci14050453>
19. Edgoose, J., Speights, J. S. B., White-Davis, T., Guh, J., Bullock, K. C., Roberson, K., Leon, J. D., Ferguson, W. J., & Saba, G. W. (2021). Teaching about racism in medical education: A mixed-method analysis of a train-the-trainer faculty development workshop. *Family Medicine*, 53(1), 23–31. <https://doi.org/10.22454/fammed.2021.408300>
20. Feldman, R. (2023). Father contribution to human resilience. *Development and Psychopathology*, 35(5), 2402–2419. <https://doi.org/10.1017/s0954579423000354>
21. Francis, G., Fuchs, E., Johnson, A., Gordon, S., & Grant, A. (2016). Developing parent-professional partnerships in a postsecondary education program for students with disabilities. *Psychology in the Schools*, 53(10), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/pits.21974>
22. Gaspar, M., Seabra-Santos, M., Relvão, J., Pimentel, M., Homem, T., Azevedo, A., ... & Moura-Ramos, M. (2024). Implementation in the “real world” of an evidence-based social and emotional learning program for teachers: Effects on children social, emotional, behavioral and problem-solving skills. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1198074>
23. Geurtzen, R., Heijst, A. van, Draaisma, J., Ouwerkerk, L., Scheepers, H., Woiski, M., Hermens, R., & Hogeveen, M. (2017). Professionals' preferences in prenatal counseling at the limits of viability: A nationwide qualitative Dutch study. *European Journal of Pediatrics*, 176(8), 1107–1119. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2952-6>
24. Gillespie-Lynch, K., Bubnitz, D., Donachie, A., Wong, V., Brooks, P., & D'Onofrio, J. (2017). “For a Long Time Our Voices have been Hushed”: Using student perspectives to develop supports for neurodiverse college students. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00544>
25. Gonella, S., Giulio, P. D., Riva-Rovedda, F., Stella, L., Rivolta, M. M., Malinverni, E., Paleologo, M., Vella, G. D., & Dimonte, V. (2024). Supporting health and social care professionals in serious illness conversations: Development, validation, and preliminary evaluation of an educational booklet. *Plos One*, 19(5), e0304180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304180>
26. Gopaldas, A., Carnevale, M., Kedzior, R., & Siebert, A. (2021). Service conversation: Advisory, relational and transformative approaches. *Journal of Services Marketing*, 35(8), 988–999. <https://doi.org/10.1108/jsm-09-2019-0365>

27. Gregg, B. A. (2020). Addressing core questions from parents of children who stutter. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 5(1), 8–17. <https://doi.org/10.21849/cacd.2020.00185>
28. Gutowska, A. (2022). The Care of Adults with Intellectual Disabilities: Informal (Family) caregivers' perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15622. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315622>
29. Habet, V., & Teele, S. A. (2023). Communication challenges: Perioperative risks and care directives. *Current Opinion in Cardiology*, 38(4), 375–379. <https://doi.org/10.1097/hco.0000000000001053>
30. Hardavella, G., Aamli-Gagnat, A., Frille, A., Saad, N. J., Niculescu, A., & Powell, P. (2017). Top tips to deal with challenging situations: doctor–patient interactions. *Breathe*, 13(2), 129–135. <https://doi.org/10.1183/20734735.006616>
31. Hardy, N., & Fisher, A. R. (2018). Attachment versus differentiation: The contemporary couple therapy debate. *Family Process*, 57(2), 557–571. <https://doi.org/10.1111/famp.12343>
32. Huang, Y., Arnold, S., Foley, K., & Trollor, J. (2022). A Qualitative study of adults' and support persons' experiences of support after autism diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(3), 1157–1170. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05828-0>
33. İpekçi, B., Thibeau, H., Barnard, E., Keshavan, M. S., Bye, A. V., & Kline, E. (2024). First episode psychosis caregiver perspectives on motivational interviewing for loved ones training: A qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 18(7), 553–560. <https://doi.org/10.1111/eip.13500>
34. Johnson, K. (2020). US pilot curriculum for transitioning students with autism spectrum disorders from high school to college and the workforce. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica*, 73(3), 241–247. <https://doi.org/10.1159/000509836>
35. Kuhn, T., Gordon, V., & Webber, J. (2006). The advising and counseling continuum: Triggers for referral. *Nacada Journal*, 26(1), 24–31. <https://doi.org/10.12930/0271-9517-26.1.24>
36. Lang, M., Hintermair, M., & Sarimski, K. (2017). Social-emotional competences in very young visually impaired children. *British Journal of Visual Impairment*, 35(1), 29–43. <https://doi.org/10.1177/0264619616677171>
37. Lindly, O., Bear, C., Henderson, D., Lopez, K., Nozadi, S., Vining, C., ... & Leaf, A. (2023). Adaptation of the parents taking action program for diné (navajo) parents of children with autism. *Frontiers in Education*, 8. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1197197>
38. Lindsay, S., Tétrault, S., Desmaris, C., King, G., & Piérart, G. (2014). Social workers as "cultural brokers" in providing culturally sensitive care to immigrant families raising a child with a physical disability. *Health & Social Work*, 39(2), e10–e20. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu009>
39. Mansoor, M., Hamide, A., & Tran, T. (2025). Conversational AI in pediatric mental health: A narrative review. *Children*, 12(3), 359. <https://doi.org/10.3390/children12030359>
40. Martínez, M. and Gómez, V. (2024). The importance of social-emotional learning in schools. *Acta Pedagogica Asiana*, 3(2), 101–112. <https://doi.org/10.53623/apga.v3i2.468>

41. Meyer, B. D., Fearnow, B., Smith, H., Morgan, S. G., & Quiñonez, R. B. (2022). Implementing standardized patient caregivers to practice difficult conversations in a pediatric dentistry course. *Mededportal*. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11201
42. Mills, M., & Cortezzo, D. E. (2020). Moral distress in the neonatal intensive care unit: What is it, why it happens, and how we can address it. *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00581>
43. Monroe, C., Coplan, J., Sullivan, D., & Matte, R. (2025). Use of a common professional language to improve neurodivergent STEM scholar sense of belonging. *New Directions for Higher Education*, 2025(209), 27-33. <https://doi.org/10.1002/he.20522>
44. Mueller, C. E., Jiang, X., & Winsor, D. L. (2024). Positive psychology and strengths-based interventions (SBIs): Implications for Uses with Special Student Populations (Special Needs, P-3, Gifted). *Education Sciences*, 14(7), 753. <https://doi.org/10.3390/educsci14070753>
45. Nahata, L., Anazodo, A., Cherven, B., Logan, S., Meacham, L. R., Meade, C. D., Zarnegar-Lumley, S., & Quinn, G. P. (2020). Optimizing health literacy to facilitate reproductive health decision-making in adolescent and young adults with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 70(S5). <https://doi.org/10.1002/pbc.28476>
46. Newman, K., Chalmers, H., Ciotti, S., Wang, A. Z. Y., & Luxmykanthan, L. (2023). Voices from service providers who supported young caregivers throughout the COVID-19 pandemic in the canadian context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6446. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156446>
47. Paley, B., & Hajal, N. J. (2022). Conceptualizing emotion regulation and coregulation as family-level phenomena. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(1), 19–43. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00378-4>
48. Petcu, S., Zhang, D., & Li, Y. (2021). Students with autism spectrum disorders and their first-year college experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11822. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211822>
49. Plöthner, M., Schmidt, K., Jong, L. de, Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>
50. Polzer, E. R., Nearing, K., Knoepke, C. E., Matlock, D. D., & Betz, M. E. (2021). Firearm access and dementia: A qualitative study of reported behavioral disturbances and responses. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(2), 439–448. <https://doi.org/10.1111/jgs.17496>
51. Seifart, C., Falch, M., Wege, M., Maier, R. F., & Carrasco, A. J. P. (2022). NEO-SPEAK: A conceptual framework that underpins breaking bad news in neonatology. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1044210>
52. Sultan, M. and Khan, N. (2025). Rethinking empathy development in childhood and adolescence: a call for global, culturally adaptive strategies. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1575249>
53. Tustonja, M., Stipić, D. T., Skoko, I., Čuljak, A., & Vegar, A. (2024). Active listening—a model of empathetic communication in the helping professions. *Medicina Academica Integrativa*, 1(1), 42-47. <https://doi.org/10.47960/3029-3316.2024.1.1.42>

54. Vusio, F., Odentz, K., & Plunkett, C. (2025). Experience of compassionate care in mental health and community-based services for children and young people: Facilitators of, and barriers to compassionate care— a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 2899-2916. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02711-y>
55. Wang, M., Jian, M., Cheng, Z., & Huang, X. (2024). A randomized controlled trial to enhance Kunjing Children's social communication and cooperation. *Research on Social Work Practice*, 35(7), 763-776. <https://doi.org/10.1177/10497315241286043>
56. Wilkes-Gillan, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 231-240. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00928.x>



Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them