

**OCENA ROZWOJU
MOTORYCZNEGO MAŁEGO
DZIECKA ZE ZWRÓCENIEM UWAGI
NA UŻYWANIE TERMINÓW
WRAŻLIWYCH NA PŁEĆ
W KOMUNIKACJI Z RODZINAMI**

Johanna Vähä-Jaakkola

1.1. ROZWÓJ SENSOMOTORYCZNY

Rozwój sensomotoryczny oznacza rozwój zmysłów i motoryki, czyli umiejętności ruchowych. Opiera się na wrodzonych odruchach, doświadczeniach ze środowiska i uczeniu się poprzez obserwację i naśladowanie. Rozwój sensomotoryczny dziecka rozpoczyna się już w czasie ciąży, gdy płód porusza się w macicy. Niemowlę kontynuuje rozwój poprzez dotykanie siebie i kontakt z otoczeniem. W rozwoju motorycznym każdy z następujących po sobie etapów opiera się na umiejętnościach nabytych wcześniej. Można więc powiedzieć, że umiejętności są nabywane w określonej kolejności, chociaż należy pamiętać, że każde dziecko jest wyjątkowe. Najintensywniejszy rozwój dziecka następuje w ciągu pierwszych 18 miesięcy życia. Aby móc dostrzec nieprawidłowości rozwojowe w tym okresie, terapeuta musi znać przebieg rozwoju neurotypowego. Zrozumienie mechanizmów prawidłowego rozwoju sensomotorycznego jest fizjoterapeucie bardzo potrzebne, jednak w diagnozowaniu zaburzeń rozwoju motorycznego nie można polegać wyłącznie na ocenie tak zwanych kamieni milowych rozwoju (zdolności i umiejętności, które dziecko osiąga w odpowiednim dla siebie czasie i tempie), ponieważ charakteryzują się one dużą zmiennością. Ważna jest jakościowa ocena umiejętności motorycznych dziecka, sposobu, w jaki dziecko osiąga poszczególne umiejętności lokomotoryczne, ocena neurologiczna oraz zwrócenie uwagi na inne ewentualne problemy i nieprawidłowości (Sheridan, 2008).

Sekwencja rozwoju motorycznego niemowląt jest przewidywalna, ale tempo jest zmienne (Gallahue, Ozmun, Goodway, 2012). W tym rozdziale skupiono się na dziecku urodzonym w terminie, bez zdiagnozowanych schorzeń. Uwagę poświęcono wykrywaniu poprzez obserwację możliwych opóźnień rozwojowych związanych z funkcjami motorycznymi. Tradycyjnie ocena rozwoju motorycznego opiera się na modelu neurorozwojowym, który zakłada, że tempo i sekwencja rozwoju są automatyczne i wynikają z dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego. Istnieje jednak kilka czynników modulujących rozwój motoryczny, takich jak tempo wzrastania, środowisko, dziedziczenie i napięcie mięśniowe. Jednym z najważniejszych punktów odniesienia w ocenie rozwoju dziecka jest troska opiekunów, ich obserwacje i ewentualne wątpliwości. W przypadku wcześniaków istotne jest stosowanie skorygowanego wieku (liczonego od planowanego terminu porodu) podczas oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego (Tecklin, 2015).

Jeśli rozwój umiejętności motorycznych przebiega typowo, następuje zgodnie z sekwencją: od kontroli głowy do kontroli ułożenia i ruchu kończyn, od kontroli proksymalnych do dystalnych segmentów ciała oraz od reakcji uogólnionych do specyficznych, zorientowanych na cel. Te sekwencje neurorozwojowe są często opisywane w kategoriach tradycyjnych kamieni milowych rozwoju. Jeśli dziecko osiągnęło poprzednie kamienie milowe rozwoju motorycznego na czas, w wieku 6 miesięcy rozwija zdolność dostosowywania swojej aktywności posturalnej do określonych sytuacji. Niemowlę jest w stanie obracać się wokół osi długiej ciała i potrafi podeprzeć się mocno na wyprostowanych ramionach w leżeniu przodem. Dziecko jest gotowe do przyjęcia postawy czworaczek (O'Shea, 2009).

Obserwacja rozwoju motorycznego i diagnozowanie opóźnień rozwojowych obejmuje również ocenę napięcia mięśniowego (zdolność niemowląt do działań wbrew grawitacji) i odruchów. Ważne jest także, aby w ocenie uwzględnić witalność niemowląt (samopoczucie fizyczne, mentalne i emocjonalne) oraz sposób, w jaki dziecko reaguje na bodźce sensoryczne i jego interakcje z otoczeniem. Celem neurorozwojowej oceny kamieni milowych jest wykrycie poważnych nieprawidłowości w rozwoju motorycznym i poznawczym. Niezależnie od przyczyny wizyty u fizjoterapeuty, należy zawsze brać pod uwagę potrzeby rodziców, ich troski i pytania, oraz dokładnie wyjaśnić wyniki przeprowadzonego badania, tak by potrzeby rodziców/opiekunów były zaspokojone (O'Shea, 2009).

W tym rozdziale skupiono się na ocenie rozwoju dziecka 6-miesięcznego, ważne jest zatem, aby Czytelnik odświeżył swoją wiedzę na temat typowego rozwoju psychomotorycznego dzieci w wieku 0–18 miesięcy. Czytając rozdział, należy zwrócić szczególną uwagę na sygnały alarmowe (tak zwane czerwone flagi) dotyczące osiągania kamieni milowych rozwoju oraz przypomnieć sobie rodzaje i znaczenie napięcia mięśniowego (normotonia, hipotonia i hipertonia). Pomocne mogą okazać się aplikacje związane z kamieniami milowymi rozwoju motorycznego (CDC milestone tracker) lub ogólnie dostępne materiały e-learningowe (zob. np. HealthyChildren.org, b.d.)

1.1.2. ODRUCHY

Dojrzałość noworodków i przebieg rozwoju neuromotorycznego ocenia się poprzez obserwację obecności, jakości i nasilenia odruchów prymitywnych. Odruchy pierwotne (prymitywne) pojawiają się również u niemowląt ze schorzeniami neurologicznymi, wtedy często są asymetryczne lub nie zanikają w oczekiwanym wieku. Poniżej przedstawiono charakterystykę odruchów pierwotnych (tab. 1.1).

Tab. 1.1. Odruchy, które powinny zaniknąć do 6. miesiąca życia

Odruch	Przyczyna występowania	Czas pojawienia się	Czas, kiedy odruch powinien zaniknąć
Moro	Prymitywna reakcja do walki lub ucieczki	Podczas narodzin	Między 4 a 6 miesiącem życia
Szukania	Automatyczna reakcja skierowania się w stronę jedzenia	Podczas narodzin	Między 3 a 4 miesiącem życia
Chwywania	Pomoc w automatycznym chwytaniu	Podczas narodzin	Między 5 a 6 miesiącem życia
ATOS (asymetryczny toniczny odruch szyjny)	Rozwój ruchów krzyżowych	Podczas narodzin	W 6 miesiącu życia

Źródło: opracowanie własne autorów rozdziału.

1.1.3. NAPIĘCIE MIĘŚNI

Napięcie mięśniowe powinno być oceniane w różnych pozycjach. Ważne jest, aby zauważyć, że napięcie mięśniowe wcześniaków początkowo często jest obniżone w porównaniu do noworodków urodzonych o czasie. Różnice w napięciu mięśniowym mogą

być określone jako zmniejszone, zwiększone lub asymetryczne. Zwiększone napięcie mięśniowe wyraża się silnym zgięciem kończyn górnych, kończyn dolnych i wyprostowaniem głowy. Zmniejszone napięcie mięśniowe przeciwnie jest rozpoznawane jako wiotkość i powolne reakcje na zmiany pozycji. W asymetrycznym napięciu mięśniowym występują różnice napięcia między prawą a lewą stroną ciała niemowlęcia (tab. 1.2). Zaobserwowane nieprawidłowości dotyczące napięcia mięśniowego zawsze wymagają szczególnej uwagi w celu wczesnego rozpoznania porażenia mózgowego.

Tab. 1.2. Zaburzenia napięcia mięśniowego u noworodków i niemowląt

Zwiększone napięcie mięśniowe	Zmniejszone napięcie mięśniowe	Asymetryczne napięcie mięśniowe
• Mięśnie napięte podczas badania palpacyjnego • Zmniejszony zakres ruchu w stawach • Silne zgięcie w stawach • Silna reakcja na odruch Moro	• Mięśnie bardzo miękkie podczas badania palpacyjnego • Pozycja ciała wymuszona przez grawitację • Kończyny można łatwo układać do różnych pozycji • Odruch Moro bardzo słaby	• Asymetryczna pozycja na wznak • Asymetryczne napięcie mięśniowe w ciele • Asymetryczny odruch Moro

Źródło: opracowanie własne autorów rozdziału.

1.2. OBSERWACJA

Fizjoterapeuta powinien wiedzieć, jak ocenić rozwój motoryczny swoich klientów/pacjentów. Jak wspomniano wcześniej, ważne jest zrozumienie odruchów (czemu służą, kiedy się pojawiają i zanikają) i jakości napięcia mięśniowego (przyczyny i konsekwencje obniżenia i wzmożenia napięcia). Przed obserwacją należy jak najlepiej przygotować pomieszczenie, w którym dziecko będzie badane. Można zaopatrzyć się w atrakcyjne zabawki i przygotować na zmianę powierzchnię, na której leży dziecko z twardej na miękką i odwrotnie, gdyby pojawiła się taka potrzeba. Najkorzystniej jest, gdy dziecko może bawić się swobodnie, a fizjoterapeuta obserwuje, ewentualnie zabawia dziecko, aby zobaczyć, co potrafi i z jakich wzorców ruchowych korzysta. Jeśli fizjoterapeuta potrzebuje więcej informacji, może pomóc dziecku poprzez modyfikację otoczenia (np. przełożenie zabawki na drugą stronę) i stymulowanie zmysłów (np. dźwięk) lub manualnie (np. delikatne wspomaganie do wykonania obrotu). Żeby dokonać podstawowej oceny rozwoju motorycznego poprzez obserwację, należy zbadać dziecko w następujących pozycjach: leżenie na plecach, leżenie na brzuchu, pozycja siedząca, leżenie na boku, pozycja pionowa.

Umiejętności motoryczne, których można oczekiwać od prawidłowo rozwijającego się dziecka w szóstym miesiącu życia w różnych pozycjach wyjściowych, wymieniono w tab. 1.3. Objawy wskazujące na konieczność dalszych obserwacji i badań zawarto w tab. 1.4. Do szóstego miesiąca życia dziecko powinno rozwinąć określone umiejętności motoryczne, wykorzystując kontrolę ruchów. Kiedy dziecko traci równowagę, powinno być w stanie „obronić się” dzięki reakcjom równoważnym. Należy również zauważyć, że ruchy głowy są odizolowane od tułowia. Jest to możliwe dzięki rozwojowi reakcji prostowania przeciwko sile grawitacji. Dziecko jest zainteresowane otoczeniem i porusza głową oraz oczami w kierunku pojawiającego się bodźca. Jest czujne i zazwyczaj zainteresowane

wszystkimi małymi przedmiotami znajdującymi się w pobliżu. Dziecko może również wykazywać zrozumienie przestrzeni, bawiąc się upuszczaniem przedmiotów na podłogę (Salpa, 2007).

Tab. 1.3. Cechy prawidłowego rozwoju dziecka 6-miesięcznego

Pozycja ciała	Cechy i umiejętności dziecka
Leżenie na plecach	- Pozycja ciała jest symetryczna i dziecko jest w stanie symetrycznie używać obu stron ciała - Dziecko jest w stanie dociągnąć kończyny dolne do brzucha, zgięcie jest bardzo silne - Dziecko jest w stanie utrzymać ciężar ciała na stopach i unieść miednicę - Ruchy dłoni i płaców są łatwiejsze i zgrabniejsze; mogą być izolowane - Opierając się na ramionach, dziecko próbuje podciągać się do pozycji siedzącej
Leżenie na brzuchu	- Dziecko jest w stanie obrócić się z leżenia na brzuchu do leżenia na plecach i z powrotem (może nadal leżeć tylko na jednym boku) - Leżenie na brzuchu staje się pozycją funkcjonalną, w której dziecko lubi się bawić - Dziecko jest w stanie podeprzeć się na wyprostowanych ramionach i otwartych dłoniach
Pozycja siedząca	- Umiejętność siedzenia wymaga rozwoju reakcji ochronnych - Dziecko utrzymuje głowę i tułów wyprostowane wbrew grawitacji - Dziecko potrafi siedzieć, gdy jest lekko podparte i obraca głowę z boku na bok
Leżenie na boku	Pozycja ta wymaga koordynacji między mięśniami przedniej i tylnej strony ciała dla zachowania stabilności
Pozycja pionowa	- Podtrzymywane w pozycji pionowej dziecko jest w stanie aktywnie podskakiwać - Zaczynają pojawiać się reakcje obronne

Źródło: opracowanie własne autorów rozdziału.

Jak wcześniej wspomniano, w wieku sześciu miesięcy dziecko zaczyna wykorzystywać reakcje obronne. Reakcje te polegają na opieraniu się rękami o powierzchnię, gdy dziecko jest wytrącane z równowagi w kierunkach do przodu, na boki i do tyłu (Salpa, 2007).

Tab. 1.4. Objawy sugerujące konieczność dalszych badań, gdy występują u dziecka w wieku 6–12 miesięcy

Obszar rozwoju	Objawy
Interakcje społeczne	- Dziecko jest bierne lub niezainteresowane - Dziecko jest zainteresowane otoczeniem tylko przez krótką chwilę - Dziecko nie jest nieśmiałe wobec obcych osób - Dziecko nie naśladuje ruchów ani nie robi „pa, pa” - Dziecko nie wchodzi w interakcje z opiekunem
Komunikacja	- Płacz dziecka jest atypowy - Głos dziecka jest monotonny - Dziecko nie gaworzy - Dziecko nie rozpoznaje własnego imienia - Dziecko nie rozumie mowy, nie naśladuje ani nie próbuje wypowiadać słów
Motoryka jamy ustnej	Dziecko ma trudności z żuciem lub przetwarzaniem pokarmu w jamie ustnej
Motoryka mała	- Dziecko nie trzyma przedmiotu w obu rękach jednocześnie - Dziecko nie jest w stanie przełożyć zabawki z rączki do rączki - Dziecko nie jest w stanie chwytać palcami - Brak chwytu szczypcowego - Dziecko wykonuje stereotypowe ruchy

Obszar rozwoju	Objawy
Motoryka duża	- Odruchy pierwotne są nadal obecne - Odruchy obronne nie zaczęły się rozwijać - Dziecko nie raczkuje - Dziecko nie siedzi samodzielnie i nie próbuje przyjmować pozycji siedzącej - Dziecko nie podejmuje prób chodzenia - Dziecko ciągle się kołysze (buja)

Źródło: opracowanie własne autorów artykułu.

Poniżej znajduje się podsumowanie tego, co powinno być widoczne u 6-miesięcznego dziecka:

- symetria i orientacja w linii środkowej;
- kontrolowana i wolicjonalna asymetria;
- łączenie różnych wzorców ruchowych;
- silne ruchy wyprostu i zgięcia tułowia;
- podpór na wyprostowanych ramionach w leżeniu na brzuchu;
- rotacja tułowia i izolowane ruchy głowy;
- wykorzystanie wzroku do eksplorowania otoczenia.

1.3. SYGNAŁY ALARMOWE

Kiedy dziecko nie osiąga kamieni milowych rozwoju lub jego ruchy są atypowe i dziecko nie ma nad nimi kontroli, należy skierować rodzinę do lekarza. Niezwykle ważne jest, aby nie skupiać się wyłącznie na tym, czy dziecko jest w stanie wykonać ruch, ale zwracać uwagę na jakość ruchu i zdolność dziecka do korzystania z różnych ruchów w funkcji (Salpa, Autti-Rämö, 2010).

Sygnałami alarmowymi określa się sytuacje, gdy dziecko nie osiąga większości kamieni milowych, następuje nagle zatrzymanie stałego postępu w rozwoju na przestrzeni tygodni lub dochodzi do utraty już zdobytych umiejętności. Jeśli dany sygnał alarmowy zostanie zanotowany podczas obserwacji, opiekunowie powinni zostać poinformowani, że dziecko wymaga dalszych badań, skierowania do lekarza oraz kontroli w ciągu kilku tygodni. Rodzice często bardzo się martwią taką informacją, więc szczególnie ważne jest, aby sytuacja została im szczegółowo wyjaśniona. Można też dodać, że kolejna kontrola jest działaniem prewencyjnym i z czasem okaże się, czy rzeczywiście dzieje się coś niepokojącego. W przypadku dziecka 6-miesięcznego tak zwanymi czerwonymi flagami są następujące objawy: dziecko nie obraca się w żadnym kierunku, nie jest w stanie złączyć rąk w linii środkowej ciała w leżeniu na plecach, ma trudności z podnoszeniem rąk do ust, podczas sięgania po przedmioty dziecko używa tylko jednej z kończyn górnych, podczas gdy druga jest zaciśnięta w pięść (U.S. Department of Health and Human Service, 2024).

1.4. OPIS PRZYPADKU

Kuura to dziecko w wieku 6 miesięcy i 1 tygodnia, które zostało skierowane do fizjoterapeuty przez pielęgniarkę środowiskową. Kuura jest drugim dzieckiem w rodzinie ze starszym o 3 lata rodzeństwem. Matka Kuury była zaniepokojona rozwojem motorycznym

dziecka, które wydaje się preferować lewą stronę ciała podczas przewracania się. Poza tym matka nie ma żadnych obaw dotyczących rozwoju dziecka. Kuura i matka po raz pierwszy odwiedzają fizjoterapeutę.

Kuura urodził się jako drugie dziecko w rodzinie, w 39,5 tygodniu ciąży z urodzeniową masą ciała 3760 g i długością 51 cm. Do tej pory Kuura rozwijał się w normalnym tempie i osiągnął wszystkie kamienie milowe rozwoju motorycznego, zgodnie z wiekiem. Kuura



Wideo 1.1. Ocena rozwoju motorycznego

jest nadal karmiony piersią, ale już próbuje jeść gotowaną marchew, ziemniaki i bataty. Kuura śpi dobrze, więc w czasie zaplanowanej fizjoterapii powinien być wypoczęty i aktywny. Z dokumentów wynika również, że rodzina chce używać w stosunku do

dziecka określeń neutralnych pod względem płci, dlatego też wybrała dla niego imię Kuura (w Finlandii imię to noszą zarówno kobiety, jak i mężczyźni).

Mając ograniczone informacje, fizjoterapeuta powinien być dobrze przygotowany do planowanej wizyty. Korzystnie jest zapewnić miękki materac, ale także zadbać, by możliwa była obserwacja dziecka również na twardej powierzchni. Jeśli tylko się da, obserwacja powinna być prowadzona podczas spontanicznej zabawy. Ważne jest, aby wcześniej wybrać odpowiednie zabawki, które pomogą osiągnąć cele obserwacji i zmotywują dziecko do interakcji. Pomieszczenie powinno być wystarczająco przestronne, aby i opiekun mógł brać udział w interakcji z dzieckiem. Należy zwrócić baczną uwagę na interakcję rodzic-dziecko i sposób, w jaki opiekun obchodzi się z dzieckiem. Fizjoterapeuta powinien przemyśleć listę kamieni milowych, które spodziewa się zobaczyć. Z pewnością terapeuta będzie szukał symetrii/asymetrii, oceniał napięcie mięśniowe i interakcję z otoczeniem poprzez zabawę.

Przygotowaniem do przeprowadzenia obserwacji rozwoju motorycznego może być zapoznanie się z książką *Mary Sheridan's from birth to five years: Children's developmental progres*. Lektura ta pozwoli poznać etapy oceny motorycznej (efektywność, jakość ruchu, symetrię, ruch typowy i nietypowy, podejmowanie decyzji). Można również z innego źródła przypomnieć sobie kolejne kamienie milowe związane z wiekiem, które obserwuje się, badając dziecko. Dobrze jest również przemyśleć stosowanie określeń i zwrotów wrażliwych na płeć, uwzględniając preferencje rodziców/opiekunów dziecka.

Od dziecka w wieku 6 miesięcy można oczekiwać, że leżąc na plecach będzie unosiło ręce, chcąc być podniesione. Po chwyceniu za rączki, dziecko powinno być w stanie podnieść głowę, usztywnić ramiona i podciągnąć się do pozycji siedzącej.

Kiedy dziecko zostało podciągnięte do podpartej pozycji siedzącej, jego plecy powinny być proste a dziecko powinno swobodnie obracać głowę z boku na bok. Od dziecka nie wymaga się jeszcze samodzielnego siedzenia. Można jednak oczekiwać, że dziecko przewróci się z pozycji leżącej na plecach do leżenia na brzuchu i z powrotem, chociaż zwykle umiejętność ta jest osiągnięta w wieku 7 miesięcy. W pozycji leżenia na brzuchu dziecko powinno mieć otwarte dłonie i być w stanie podeprzeć się na wyprostowanych



Wideo 1.2. Znaczenie komunikacji wrażliwej na płeć

ramionach. Kiedy dziecko jest trzymane w pozycji pionowej, przenosi ciężar ciała na nogi i zazwyczaj lubi w miejscu podskakiwać. Na tym etapie dziecko zaczyna wypracowywać reakcje ochronne, takie jak reakcja spadochronowa i reakcja ochronna na boki/do przodu. Dziecko jest w stanie manipulować przedmiotami i przekładać je z ręki do ręki (Sheridan, 2008).

Z materiału przedstawionego na Wideo 1 wynika, że rozwój motoryczny Kuury jest w normie. Kuura preferuje wprawdzie jedną stronę ciała podczas obracania się, ale jest w stanie przewrócić się na obie strony, jeśli jest do tego stymulowany bodźcem zewnętrznym. Co więcej, na filmie pokazano inne umiejętności Kuury: aktywność podczas ciągnięcia za rączki do siedzenia z podparciem, podparcie głowy, podpór na wyprostowanych ramionach w leżeniu na brzuchu, zbliżanie rąk do linii środkowej ciała w leżeniu na plecach, symetrię ciała i prawidłowe napięcie mięśniowe. Prowadzone obserwacje nie dały podstaw do podejrzewania jakichkolwiek opóźnień rozwojowych, można zatem przekazać pielęgniarce środowiskowej informację, że kontrola fizjoterapeuty pod kątem opóźnień ruchowych nie wykazała takich nieprawidłowości. Ponieważ jednak rodzice mieli obawy co do rozwoju Kuury, który nie wykonuje jeszcze wszystkich zadań ruchowych w pełni symetrycznie, fizjoterapeuta może ustalić termin kolejnej wizyty w ciągu dwóch tygodni. Oczekuje się, że w tym czasie dziecko osiągnie pełną symetrię obracania się w obu kierunkach lub przynajmniej widoczna będzie poprawa. Fizjoterapeuta dokładnie objaśnia matce Kuury sytuację i zapisane w protokole badania wyniki, stara się także odpowiedzieć na wszystkie jej pytania przed zakończeniem wizyty.

Chociaż obserwacja jest kluczową częścią badania przesiewowego rozwoju motorycznego, należy równocześnie stosować standaryzowane miary rozwoju, które pozwalają w ściśle określony sposób dokumentować i oceniać wyniki badania. Pozwala to terapeutom na porównywanie wyników między kolejnymi ocenami. W przypadku wcześniaków oceny rozwoju motorycznego są przeprowadzane regularnie ze względu na wysokie ryzyko opóźnień rozwojowych (Piper, Darrah, 2022).

1.5. KOMUNIKACJA WRAŻLIWA NA PŁEĆ

Praca fizjoterapeuty w sektorze opieki zdrowotnej lub opieki społecznej jest nieodłącznie związana z kontaktami z ludźmi jako jednostkami. Pogłębiając własne zrozumienie różnorodności płci, terapeuta może rozwinąć umiejętność wrażliwej i pełnej szacunku komunikacji z każdym pacjentem lub klientem. Wprawdzie fizjoterapeuta nie musi być w tej dziedzinie ekspertem, jednak posiadanie informacji na temat różnorodności płci pomaga stworzyć bardziej przyjazne środowisko dla wszystkich pacjentów i klientów. Zrozumienie różnorodności płci pozwala terapeutom stworzyć bezpieczną przestrzeń dla klientów do odkrywania ich tożsamości. Podczas gdy płeć biologiczna jest przypisywana przy urodzeniu, tożsamość płciowa jest spektrum kształtowanym przez uwarunkowanie kulturowe. Ważne jest, aby pamiętać, że każda osoba ma prawo do samostanowienia. Komunikacja wrażliwa na tożsamość płciową nie umniejsza znaczenia płci biologicznej. Pozwala każdemu być sobą, niezależnie od tego, czy pacjent identyfikuje się jako kobieta, mężczyzna, osoba transpłciowa, interseksualna czy jakakolwiek inna. Rozwijanie podejścia wrażliwego na tożsamość płciową w praktyce fizjoterapeuty

może okazać się ważne. Płeć ma wiele znaczeń w różnych kulturach. Weźmy na przykład narodziny dziecka w rodzinie. Pierwszą rzeczą, która przykuwa uwagę w momencie narodzin, jest często płeć. Wiąże się z tym wiele oczekiwań.

Myślenie o równości płci bardzo się zmieniło w ostatnich latach, podobnie jak definiowanie płci jako cechy determinowanej wyłącznie obecnością narządów płciowych. Płeć jest obecnie postrzegana także jako konstrukt doświadczalny, społeczny i kulturowy. Dobrze jest pamiętać, że każdy z nas ma prawo do samostanowienia i możliwe jest odejście od normatywnego, dychotomicznego myślenia o płci (sztywne kategorie mężczyzny i kobiety) i uznanie, że płeć jest tylko jedną z ludzkich cech. Najważniejszą rzeczą nie jest to, co już wiemy lub czego nie wiemy na ten temat, ale to, czy chcemy rozwijać się we wrażliwości na tożsamość płciową, kształtując przestrzeń, w której każdy czuje się szanowany i rozumiany.

Jednym ze sposobów zwiększenia wrażliwości jest używanie języka uwzględniającego różnorodność płciową i unikanie stosowania zgenderowanych terminów, takich jak „dziewczynki” i „chłopcy”. Niektóre osoby preferują użycie neutralnego języka. Jednak jedynym sposobem, by mieć pewność co do tego, jak zwracać się do danej osoby jest zapytanie samego klienta lub pacjenta. Ważne jest, by unikać tworzenia własnych założeń, nawet jeśli wynikają one z dobrych intencji. Jeśli bowiem założenia te okażą się błędne, klientowi może być trudno nawiązać w rozmowie do tej kwestii, by zmienić nasze podejście. Dlatego ważne jest regularne przypominanie sobie, że tożsamość płciowa nie jest widoczna.

Istotna jest świadomość, że każdy z nas ma również prawo do nieidentyfikowania swojej płci i może to wyrazić, na przykład podczas ustalania zasad komunikowania się. Należy zastanowić się, czy pytanie o płeć jest konieczne w danej sytuacji. Jeżeli nie jest istotne, można o to nie pytać, natomiast w sytuacji, gdy jest konieczne, trzeba krótko wyjaśnić, dlaczego ta informacja jest potrzebna. Jeśli komunikacja odbywa się w innym języku, należy zawsze zadać pytanie o zaimki osobowe, których powinno się używać (uwaga ta wynika z faktu, że w języku fińskim, zaimki osobowe nie określają płci).

Używanie własnego określenia dla swojej płci, nawet jeśli nieformalne, jest bardzo istotne w interakcji. Dla osoby cierpiącej na konflikt płci, używanie własnego sposobu określania płci może na przykład ograniczyć myśli samobójcze. Ważne jest, aby zostać wysłuchanym i spotkać się z szacunkiem w interakcji, która powinna być pełna wrażliwości. Interakcja pełna wrażliwości obejmuje na przykład jasny przekaz, że terapeuta rozumie i wierzy w to, co mówi i czego doświadcza druga osoba, akceptuje to, co mówi druga osoba, bez oceniania i łączy to, co terapeuta przekazuje, z tym, co właśnie powiedziała druga osoba. Tak więc w interakcji uwrażliwionej na tożsamość płciową ważna jest empatia, akceptacja, obecność, słuchanie, zadawanie otwartych pytań i neutralny język (Salakka, 2024).

BIBLIOGRAFIA

- Gallahue, D., Ozmun, J., Goodway, J. (2012). *Understanding motor development: Infants, children, adolescence, adults*. 7th ed. New York: McGraw-Hill.
- HealthyChildren.org. (b.d.). *Does my child have physical developmental delays?* Pobrano z: <https://www.healthychildren.org/English/MotorDelay/Pages/default.aspx#/> [dostęp: 2024-03-18].
- O'Shea, R.K. (2009). *Pediatrics for the physical therapist assistant*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Piper, M.C, Darrah J. (2022). *Motor assessment of the developing infant*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Salakka, M. (2024). *Sukupuolen moninaisuus asiakastyössä. W: Sukupuolen moninaisuuden osaamiskeskus*. Pobrano z: <https://sukupuolenosaamiskeskus.fi/ammattilaisille/sukupuolen-moninaisuus-asiakastyossa> [dostęp: 2024-01-09].
- Salpa, P. (2007). *Lapsen liikkumisen kehitys: Ensimmäinen ikävuosi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Salpa, P., Autti-Rämö, I. (2010). *Lapsen ensimmäinen vuosi: kehitys ei etene odotetusti, mitä tehdä?* Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sheridan, M.D. (2008). *From birth to five years: Children's developmental progress*. 3rd ed. London–New York: Routledge.
- Shumway-Cook, A., Woollacot, M. (2001). *Motor control: Theory and practical applications*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tecklin, J.S. (2015). *Pediatric physical therapy*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- U.S. Department of Health and Human Service. (2024). Centers for Disease Control and Prevention. Pobrano z: <https://www.hhs.gov/> [dostęp: 2024-03-18].

