

*WALDEMAR DUTKIEWICZ*

Wyższa Szkoła Pedagogiczna

Kielce

## DIAGNOZOWANIE W WYCHOWANIU FIZYCZNYM

### *WPROWADZENIE*

Zainteresowanie problemami diagnozy wzrosło w szkołach bardzo wyraźnie w związku z reformą systemu edukacji i rolą wyznaczoną nauczycielowi, polegającą między innymi na monitorowaniu osiągnięć uczniów i wspomaganiu ich rozwoju.

W nowych programach wychowania fizycznego przyjęto, że każdy uczeń, zarówno w szkole podstawowej, w gimnazjum, jak i w szkole średniej, musi nabywać umiejętności stawiania diagnozy swojego poziomu rozwoju somatycznego i sprawności fizycznej oraz zdrowia, w tym również wydolności układu krążenia i oddychania, za pomocą różnych testów. W efekcie w klasie maturalnej uczeń ma tę umiejętność „opanować biegle”. Koncentrowanie się w reformie programowej na uczniu wywołuje większe zainteresowanie jego rozwojem i podnosi rangę diagnozy, również tej, którą stawia nauczyciel wychowania fizycznego.

Diagnoza w wychowaniu fizycznym spełnia podwójną rolę. Z jednej strony jest celem samym w sobie (na potrzeby wychowania fizycznego) jako rozpoznanie sfery zdrowia, poziomu rozwoju fizycznego i motorycznego ucznia,

a z drugiej strony ocena zdrowia, rozwoju fizycznego i motorycznego ucznia wchodzi w zakres wielu innych diagnoz. Bardzo często elementy tej diagnozy są punktem wyjścia diagnozowania sfery społecznej i psychicznej dziecka, pomagają we wczesnym rozpoznaniu dysfunkcji i dysharmonii rozwojowych, w określaniu deficytów rozwojowych, zaburzeń, ustalaniu ich przyczyn i wyjaśnienia mechanizmów. Diagnozy stawiane przez nauczycieli wychowania fizycznego muszą więc być oparte na pogłębionej znajomości procesów rozwojowych różnych sfer z zastosowaniem różnych technik diagnozowania, głównie w zakresie aukuologii, antropomotoryki, psychologii rozwojowej, pedagogiki i socjologii oraz umiejętnościach wykorzystywania wyników diagnoz lekarskich dotyczących zdrowia i kwalifikowania do zajęć wychowania fizycznego.

### *1. WYNIKI BADAŃ BILANSOWYCH W DIAGNOZOWANIU W WYCHOWANIU FIZYCZNYM*

W procesie diagnostycznym zasadniczą rolę odgrywa informacja [Kozielecki, 1969], która prowadzi do racjonalnego i skutecznego działania praktycznego. Rzetelna informacja pozwala zmniejszyć niepewność zbioru hipotez i sformułować trafniejszą diagnozę. Na przykład nauczyciel, który chce odpowiedzieć na pytanie, czy uczeń ma zdolności motoryczne, musi najpierw zgromadzić informacje o jego rozwoju i zdrowiu, cechach i postępach, warunkach domowych i wynikach, jakie uzyskuje w czasie prób sprawnościowych. Nauczyciel wychowania fizycznego, stawiając diagnozę, musi zatem korzystać z różnych źródeł informacji, między innymi tych, które są zawarte w kartach z badań bilansowych uczniów. Sam bilans zdrowia jest już swego rodzaju diagnozą medyczną związaną z określonym sposobem postępowania lekarskiego doprowadzającym do pełnego rozpoznania nieprawidłowości w stanie zdrowia. W kartach wyników badań bilansowych są również inne informacje, które można wykorzystać w diagnozach rozwiniętych, zarówno w stosunku do pojedynczego ucznia, jak i populacji danego regionu, na przykład gminy, starostwa, województwa czy całego kraju.

Koncepcja badań bilansowych zdrowia i przesiewowych została opracowana w roku 1972 [Radiukiewicz, 1987], a sam system zrealizowano w 1976

roku. Miał on na celu wczesne diagnozowanie wad rozwojowych i przewlekłych stanów chorobowych u dzieci i młodzieży, a także kwalifikowanie uczniów do odpowiednich grup na zajęcia z wychowania fizycznego. Wydane wówczas zarządzenia, obowiązujące (z pewnymi zmianami) do dzisiaj, szczególnie określają zakres powszechnych badań oraz obowiązujące dla populacji przedszkolnej i szkolnej przedziały wiekowe – 4; 6; 10 i 14 lat, w których należy je prowadzić.

W czasie prowadzenia badań bilansowych dla wszystkich kategorii wieku dokonuje się analizy dokumentacji poprzedzającego okresu oraz danych z badań przesiewowych, wcześniejszych bilansów zdrowia i ogólnej oceny stanu zdrowia, orzekania dla celów wychowania fizycznego i sportu szkolnego, a przy bilansie czternastolatka również określanie możliwości dalszego kształcenia i wyboru zawodu. Polska ma bardzo duże tradycje w orzecznictwie lekarskim na rzecz poradnictwa zawodowego. Na ten temat pisała już w 1903 roku Józefa Joteyko [Radiukiewicz, 1987]. Obecnie w obowiązującym „Świadectwie zdrowia ucznia kończącego szkołę podstawową” oprócz informacji o rozwoju fizycznym i stanie zdrowia, w VI części są podawane przeciwwskazania (stałe bądź czasowe) do zawodów wymagających dużego wysiłku fizycznego, pracy w pozycji stojącej, pracy w trudnych warunkach klimatycznych, pracy na rusztowaniach i wzniesieniach, nieregularnego trybu życia, dobrego wzroku, dobrego słuchu. Wśród zdrowotnych przeciwwskazań do wyboru zawodu są wady budowy i zniekształcenia statyczne, w tym skrzywienia kręgosłupa i płaskostopie. Wady i zniekształcenia tego rodzaju są przeciwwskazaniem w zawodach wykonywanych w pozycji stojącej, związanych z dźwiganiem ciężarów i wymuszającej jednakową pozycję ciała.

W medycynie wieku rozwojowego przyjmuje się obecnie inne, niż było to wcześniej, zasady diagnozy i orzecznictwa lekarskiego uczniów do zajęć z wychowania fizycznego. Diagnoza skupia się bardziej na elementach pozytywnych, polegających między innymi na udzielaniu uczniom i ich rodzicom wskazówek dotyczących form ruchu korzystnych dla zdrowia i rozwoju dziecka, a nie tylko na stwierdzaniu, jak było wcześniej, przydatności (bądź nie) do zajęć ruchowych. Zgodnie z tą zasadą, całkowite zwolnienia z zajęć z wychowania fizycznego są wystawiane w sytuacjach bezwzględnie koniecznych. W wyniku takiej zmiany zwiększyły się zadania diagnostyki, a tradycyjne ba-

danie lekarskie stało się zaledwie jednym z elementów kompleksowej diagnozy oceny stanu zdrowia, tym bardziej że obowiązująca definicja zdrowia WHO znacznie wykracza poza ramy zdrowia fizycznego, tradycyjnie rozumianego jako brak choroby.

Zasady kwalifikowania uczniów do zajęć z wychowania fizycznego i sportu szkolnego zostały powiązane z ogólną zmianą systemu opieki lekarskiej nad populacją w wieku rozwojowym w naszym kraju, a bezpośrednio, jak wspomniano, z wprowadzeniem systemu badań bilansowych.

Kwalifikacji do wf dokonuje lekarz na podstawie wyników badania przedmiotowego (w tym wywiadu z uczniem, rodzicami i informacji pisemnych od wychowawcy klasy, zawartych w odpowiednim formularzu oraz analizy dotychczasowej dokumentacji, badania przedmiotowego i w razie potrzeby badań specjalistycznych i laboratoryjnych). Przyjęto jednolity podział uczniów, począwszy od klasy III, na grupy zajęć, które są wyodrębnione w ramach bilansów zdrowia. Stworzono trzy podstawowe grupy: A, B, C, a w nich trzy podgrupy: As, Bk, C1, a ponadto w podgrupie Bk dodatkowe – Bk1 (grupa kompensacyjna), grupa Bk2 (grupa korektywna) i Bk3 (korekcyjno-kompensacyjna).

Grupa A – uczniowie zdolni do zajęć wychowania fizycznego bez ograniczeń.

Podgrupa As – uczniowie zdolni do zajęć wychowania fizycznego bez ograniczeń i uprawiający sport w szkole lub poza szkoła.

Grupa B – uczniowie zdolni do zajęć z wychowania fizycznego z ograniczeniem lub wymagający specjalnej uwagi nauczyciela wychowania fizycznego.

Bk1 – grupa korekcyjna (korektywa ortopedyczna).

Bk2 – grupa kompensacyjna (ćwiczenia wyrównawcze).

Bk3 – grupa korekcyjno-kompensacyjna (korektywa ortopedyczna plus ćwiczenia wyrównawcze).

Grupa C – uczniowie niezdolni do zajęć z wychowania fizycznego w szkole i innych formach aktywności – trwale lub częściowo (w przypadku czasowej niezdolności powinien być podany czas). Uczniowie zakwalifikowani do tej grupy nie mogą brać udziału w zawodach sportowych.

Grupa C1 – uczniowie niezdolni do zajęć z wychowania fizycznego w szkole, ale uczestniczący w gimnastyce leczniczej lub w zajęciach rehabilitacyjnych

W każdym przypadku ograniczeń udziału w zajęciach wf lub ich modyfikacji lekarz powinien przedyskutować ten fakt z nauczycielem wf, uczniem i jego rodzicami w celu wyjaśnienia im przyczyn takiej decyzji i zachęcania do czynnego udziału w zmodyfikowanej formie ruchu (na przykład o charakterze rekreacyjnym). Jeśli rodzice lub sam uczeń domagają się zwolnienia z lekcji wf, należy ustalić rzeczywiste przyczyny takiego stanowiska oraz dokonać analizy dotychczasowej aktywności ruchowej ucznia. Można także w razie potrzeby (na przykład długotrwałe wcześniejsze zwolnienie, dysproporcja między ocenami z wf i z innych przedmiotów) wnioskować o czasowe zwolnienie z oceniania ucznia z wychowania fizycznego.

Jak wspomniano, w stawianiu diagnoz niezbędne są informacje pochodzące z wielu źródeł. Tymczasem dostęp do różnego rodzaju informacji staje się coraz trudniejszy. Ustawa sejmowa z 29 sierpnia 1997 roku „o ochronie danych osobowych” podaje, w jakich warunkach, w jakim zakresie i kto może wykorzystywać dane osobowe. Nowe druki kart badań bilansowych w szkołach mają klauzulę: „informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną”. Są już pierwsze przejawy trudności w zbieraniu w szkołach danych, które powinny być wykorzystywane w diagnozach.

## *2. DIAGNOZOWANIE SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ*

Odrębnym zagadnieniem w wychowaniu fizycznym jest diagnozowanie sprawności fizycznej i uzdolnień ruchowych, na których zasadzają się oceny aktualnego poziomu, przyrostów sprawności różnych cech i postępów uczniów w tym zakresie, a które są uzupełnieniem diagnozy rozszerzonej o zdrowiu ucznia i jego rozwoju. W pierwszym okresie badania nad pomiarem motoryczności dzieci bardzo silnie były związane z doświadczeniami pedagogiki i psychologii eksperymentalnej końca XIX wieku. W ślad za badaniami nad testami psychologicznymi i pedagogicznymi prowadzono (z pewnym opóźnieniem) prace nad oceną zdolności ruchowych dzieci. Intensywność prac nad testowym

diagnozowaniem zdolności ruchowych dziecka wzmogło się od czasu, gdy W. Stern wprowadził do psychologii pojęcie psychofizyczna naturalność, rozszerzające pojęcie uzdolnienia, wśród których znalazło się miejsce dla uzdolnień ruchowych.

Wzorując się na skali inteligencji A. Bineta, lekarz i psycholog rosyjski N. Ozierecki w 1923 roku opublikował swoją skalę do badania motoryczności u dzieci i młodzieży. Skalą tą zainteresowali się psychologowie i pedagodzy w takim stopniu, że stała się ona znana i jest do dzisiaj często (po pewnych modyfikacjach) wykorzystywana do oceny zdolności motorycznych dzieci i młodzieży. W latach 1924, 1925 i 1929 Komitet Amerykańskiego Związku Wychowawców Fizycznych posługiwał się szerokim zakresem testów sprawności ruchowych. Testy te były oparte na analizie treściowej składników ruchowych w różnych dziedzinach motoryki.

W Polsce początki teoretycznego ujęcia zagadnienia oceny sprawności fizycznej dzieci i młodzieży sięgają lat międzywojennych. Pierwsze próby oceny sprawności na odznakę sportową prowadzono przed 1925 rokiem, najpierw przez ppłka W. Sikorskiego, a później w odmiennej formie przez innych autorów i związki sportowe. W roku 1924 Sz. Połomski jako wizytator wychowania fizycznego w Łodzi, wykorzystując swoje bogate doświadczenie pedagogiczne, podjął próbę ustalenia zasad oceny uczniów z wychowania fizycznego. Jednak prekursorem diagnozy sprawności fizycznej na podstawie testów ruchowych z zastosowaniem metod statystycznych był J. Mydlarski [1934, 1934/1935], autor miernika sprawności fizycznej, będącego bardzo ważnym narzędziem w teorii i praktyce wychowania fizycznego. Pozwalał on bowiem nie tylko na ocenę aktualnego poziomu sprawności, ale także na określanie rocznych przyrostów sprawności fizycznej w różnych grupach wiekowych, porównania międzyosobnicze i międzygrupowe.

W dzisiejszym znaczeniu słowa zdolności motoryczne to "kompleks indywidualnych właściwości psychofizycznych rozwijających się na bazie wrodzonych zadatków biologicznych, które warunkują skuteczność ruchowego działania" [Raczek, Mynarski, 1992]. Każda cecha sprawności fizycznej występuje z różnym nasileniem i na tym stwierdzeniu jest oparta teoria i metodyka badań nad sprawnością fizyczną i zdolnościami. W praktyce spotykamy się z wielkim różnicowaniem czynności ruchowych, co uzasadnia potrzebę dostrzegania

uzdolnień ruchowych. Nie ulega wątpliwości, że oprócz ogólnych uzdolnień ruchowych są również uzdolnienia specjalne, silnie uwarunkowane dziedzicznie i wymagające specjalnych badań. W przyszłości ich wyniki mogą w znacznym stopniu rozwiązać wiele kwestii w diagnozowaniu i prognozowaniu.

W ostatnim dziesięcioleciu szczególnie postęp na skalę światową dokonał się w dziedzinie interpretacji i klasyfikacji zdolności motorycznych, które są istotą tak zwanej potencjalnej strony motoryki człowieka [Raczek, Mynarski, 1992]. Zainteresowanie badaczy aktualnie koncentruje się na syndromie tak zwanych koordynacyjnych zdolności motorycznych możliwościach ich trafego diagnozowania. Poszukiwania rozwiązań teoretycznych i praktycznych trwają w różnych krajach. W ubiegłych latach w Instytucie Badań Pediatrii Społecznej i Medycyny Młodzieżowej Uniwersytetu w Monachium opracowano nowe metody testowania rozwoju psychoruchowego dzieci, określane jako „funkcjonalna diagnostyka rozwojowa”. Dotyczy ona ośmiu ważnych funkcji: wieku raczkowania, wieku siadania, wieku chodzenia, wieku chwytania, wieku percepcji, wieku mówienia, wieku rozumienia mowy, wieku społecznego [Hellbrugge, Wimpffen, 1995]. Istnieje zatem pilna potrzeba konstruowania narzędzi do diagnozowania opartego na nowych zdobyczach nauki.

W ostatnich latach wydano w naszym kraju testy do badania sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, które są wynikiem kontynuacji prac nad testami wydanymi wcześniej. Obecnie najczęściej wykorzystywanymi testami są: wrocławski test sprawności fizycznej dla dzieci w wieku przedszkolnym, międzynarodowy test sprawności fizycznej ze skalami punktowymi do oceny sprawności fizycznej polskiej młodzieży, europejski test sprawności i test sprawności fizycznej dzieci i młodzieży YMCA. Skale tych testów są wyrazem praktycznych badań w Polsce i na świecie nad sprawnością fizyczną i stanowią dziś bardzo ważne narzędzie w teorii i praktyce diagnozowania w wychowaniu fizycznym.

#### LITERATURA

- Hellbrugge T., Wimpffen J.H., von.: *Pierwsze 365 dni życia dziecka. Rozwój niemowlęcia*. Warszawa 1995.

- Kozielecki J.: *Psychologia procesów przeddecyzyjnych*. Warszawa 1969.
- Mydlarski J.: *Sprawność fizyczna młodzieży w Polsce*. Cz. 1. *Chłopcy*. Cz. 2. *Dziewczęta*. Normy i mierniki. „Przegląd Fizjologii Ruchu” 1934, 1934, 1935.
- Raczek J., Mynarski: *Koordynacyjne zdolności motoryczne dzieci i młodzieży*. *Struktura wewnętrzna i zmienność osobnicza*. „Studia nad Motorycznością Ludzką” 1992.
- Radiukiewicz S.: *Medycyna szkolna*. Warszawa 1987.
- Szopa J., Mleczek E., Żak S.: *Podstawy antropomotoryki*. Warszawa-Kraków 1996.
- Szuman S.: *O testach ruchowych i możliwości zastosowania ich w wychowaniu fizycznym*. Warszawa 1927.