

Good Practices in Education
Добри практики в образованието

МОДЕЛ ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА САМОРЕГУЛАТИВНО ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДЕЦА В ПРЕДУЧИЛИЩНА И НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Светлана Ангелова

Великотърновски университет „Св. св. Кирил и Методий“ – Филиал Враца

Резюме. Статията представя модел за изграждане на саморегулативно здравно поведение при деца в предучилищна и начална училищна възраст, конкретно в периода 6 – 7/10 – 11 години. Проследява се логиката на взаимоотношенията „саморегулативно здравно поведение – детско здраве“ при регулиращата роля на психиката. Анализират се социалната предзададеност и резултативният характер на поведението, като изискващи структурирана и функционираща по определен начин контекстуална среда, в съответствие с нормативната регулация на здравното и природонаучното образование в предучилищната и началната училищна възраст. Дизайнът на средата се основава на прилагането на когнитивни, метакогнитивни и мотивационни стратегии за саморегулативно учене съобразно теоретичните постановки на B. Zimmerman. Привеждат се примери за илюстрация на влиянието им върху процесите: поставяне на цели, стратегическо планиране, самонаблюдение, самоконтрол и рефлексия като базис за изграждане на саморегулативното здравно поведение при децата.

Ключови думи: саморегулиращо се здравословно поведение; контекстуална среда, стратегии за саморегулирано обучение; здраве на децата

1. Въведение

Възрастта 6 – 7/10 – 11 години от онтогенетичното развитие на човека е периодът, в който детето усилено присвоява акумулирания във времето социален опит. То възприема и осмисля чужди мнения, различни гледни точки, но пречупвайки ги през призмата на собствения си свят. В хода на взаимоотношенията с другите все по-ясно се очертава личностният му отпечатък. Приемането и още повече разбирането на този личностен отпечатък е от особена важност, защото „поставянето на детето (ръководения, управлявания субект) под общ знаменател – ученик изобщо, и оттам средностатистически ученик“ (Gospodinov, 2018) е пагубно. В такива случаи, идеите, заявените позиции,

нормативните уредби, регламентиращи методически решения, остават встрани от детето, респ. връзката „учител – дете – родител“ бива прекъсната.

А когато става дума за образование за здраве, в неговата дълбока смисленост и потребност, е необходим друг прочит на тези отношения – на споделеност и грижа, на взаимодействие и подкрепа. И още – на вяра в способностите на детето, в неговите потенциали, в неговото „може“^е. Поведението на детето и ценността на здравето трябва да се пресичат, но не формално и фрагментарно, а за да „наситят“ тази свързаност, да я остойностят. Така че, да се опитаме да начертаем пътя към по-доброто детско здраве чрез изграждане на саморегулативно здравно поведение със съзнанието, че инвестициите в здраве и образование са сред най-значимите – за детето, за семейството, за училището / детската градина, за обществото, за страната ни.

2. Саморегулативното здравно поведение във възрастта 6 – 7/10 – 11 години: същност и взаимоотношения

В съвременната сложност и динамика на глобализиращия се свят хуманизмът, и в частност здравето на човека, не следва да бъдат поставяни в режим на изпитание – нима съществуването на човека без собствени опори, без онази изконна свързаност със средата е възможно? Още повече, когато става дума за детското здраве, акцентът неизбежно се променя. В сравнение с възрастните, грижите за здравето на децата имат далеч по-социална и хуманна същност, тъй като доброто здраве в годините на израстването е в основата на здравето за цял живот. От друга страна, само при добро здраве децата могат да растат и да се развиват като личности (Prodanov, 2005: 69). Детското здраве във възрастта 6 – 7/10 – 11 години следва да бъде интерпретирано в неговата цялост, функционираща чрез свързаност и зависимост на компонентите, които я формират: психическото и физическото здраве. Психическото здраве на детето е измеримо с психичната/психическата зрялост, отнасяща се до качеството на протичане на психичните процеси – когнитивни (усещане, възприятие, памет, мислене, реч, внимание, въображение) и емоционално-волеви (емоции, чувства, воля). Физическото здраве е измеримо с функционирането на детския организъм и йерархично свързаните му нива на организация (клетки, тъкани, органи, системи от органи) в норма. Здравето на детето е проява на пълноценното психическо и физическо развитие на неговия организъм: взаимоотношенията „развитие – здраве“ се регламентират на база психофизическата им същност и са изначално предпоставени (Angelova, 2017).

Но в хода на реализирането на своята онтогенетична програма детският организъм не се развива стихийно и случайно, а се влияе от различни групи фактори – детерминанти, с преки и опосредствани въздействия върху неговото здраве. Постановяването на тези взаимоотношения произтича от биопсихосоциалната феноменология на човешката природа и трансфера ѝ в периода

„средно детство“ – именно феноменологичната същност на човека постулира фундаменталната връзка „човек – общество – природа“ и параметрите на здравето като негов атрибут. Оттук следва да бъдат отдиференцирани групите детерминанти на детското здраве – биологични, социални и природни, влияещи поотделно и комплексно върху детското здраве, което произвежда допълнителни, кумулативни ефекти.

И тук имаме поводи за размисъл заради очертаващо се противоречие. От една страна, обществото ни инвестира в здравето на децата още от момента на тяхното раждане, с готовност тези процеси да продължат в ранното и средното детство, юношеството, младостта, зрелостта. От друга страна, статистическите данни за заболяемостта на децата от началото на новия XXI век у нас очертават редица заболявания, които извеждат страната ни на едно от челните места в Европа. Сред тях са метаболитните и респираторните заболявания, заболяванията на опорно-двигателната система, на храносмилателната система, болестите на окото, психичните и поведенческите разстройства. Хронифицирането на тези заболявания при децата е със сериозни последствия за здравето им като възрастни. А доброто здраве на хората в трудоспособна възраст допринася за по-висока производителност и други ползи за гражданите и обществото^{1,2)}. Грижите за детското здраве следователно трябва да бъдат мислени като инвестиция в бъдещи здрави поколения. Именно през детството се поставят основите на човешкото здраве с тенденция за осигуряване по-висок здравен статус на човешкия капитал. Как да бъде разрешено това противоречие, как да бъдат преодолені крайно негативните тенденции в актуалното състояние на детското здраве и предвид последствията за нацията ни?

Възможните решения за децата във възрастта 6 – 7/10 – 11 години следва да бъдат търсени в аспекта на изграждане на собствено поведение с цел поемане на лична отговорност към здравето. Психиката, в съставлящите я психични процеси и поведението на детето, имат обща структура – когнитивните и емоционално-волевите процеси. Взаимоотношенията „психика – поведение“ се основават на формирането на цялостна психоповеденческа система. Дотолкова, доколкото основната функция на психиката се явява адекватното поведение на детето към собственото му здраве, психиката не може да бъде анализирана като отделност, т.е. като независима от поведението. Следователно когнитивните и емоционално-волевите процеси встъпват в качеството си на базисни елементи на психоповеденческата система, отправена към „Аза“ на детето, като „носител на свободна активност и реализиращ най-пълно авторското начало на живота си“ (Minchev, 2006: 64).

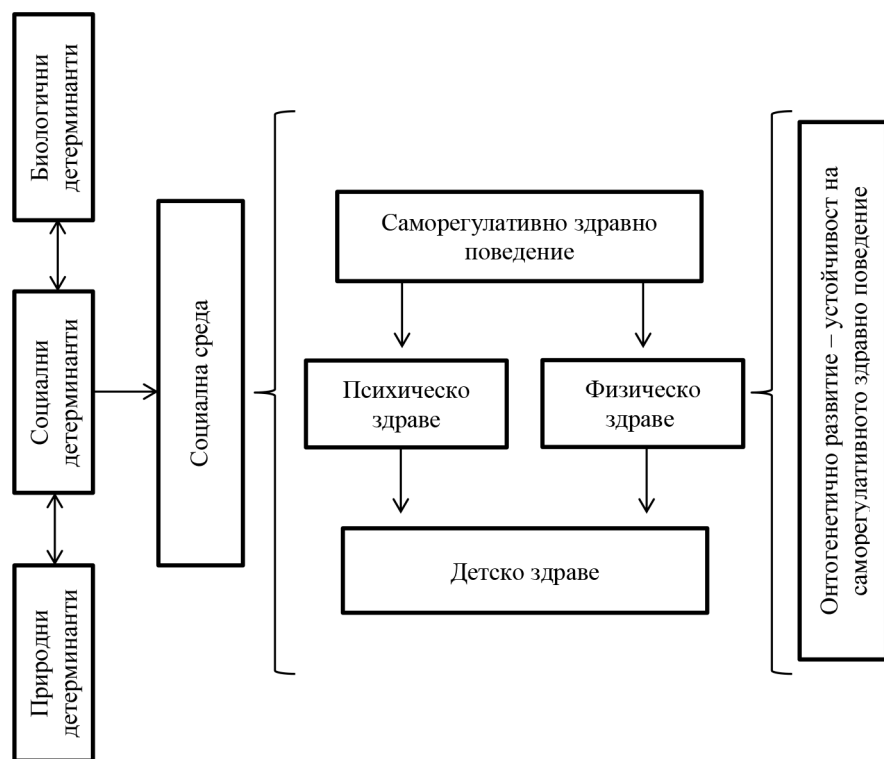
Една възможна изява на тази перспектива е саморегулацията на поведението. Саморегулацията се определя като „процес на идентифициране на цел или набор от цели, при реализирането на които се прилага както вътрешна обратна връзка (напр. чрез мисли и афекти), така и външна такава (напр.

реакции на каквото и да било в околната среда), за да се реализират целите максимално“ (Spielman, 2017: 384). Идеята за автономността е свързана със способността на „Аза“ за самоуправление „отвътре“. Човешкото поведение е определено не само от външни, но и от вътрешни въздействия... волята или самоконтролът се разглеждат чрез съзнателния избор, чрез интенциите и инициативите на „Аза“ (Stamatov, 2015: 10), освен това „Аз“-концепцията не е неизменна – нейното формиране зависи от опита и от това как се интерпретира този опит. Веднъж изградена, тя започва да влияе на опита и на преживяванията, свързани с него“ (Stamatov, 2000: 253).

Като измерение на „Аза“ на личността на детето във възрастта 6 – 7/10 – 11 години, процесът по изграждане на саморегулативното здравно поведение способства пълноценното психофизическо развитие и респективно здравето, като проява на това развитие – фиг. 1. Изграждането на саморегулативно здравно поведение предполага детското здраве, следователно – като социално предзададено и с резултативен характер – поведението изисква определени условия и структурирана по определен начин среда. Поведенческият конструкт има потенциалите да еволюира във формиране на качествено нов тип отношение към здравето, но и да бъде устойчив – в прогностичен план, като бъдещо поведение на индивида в хода на онтогенетичното му развитие.

Възрастовият период 6 – 7/10 – 11 години се отличава с изключителна интензивност в развитието на когнитивните и емоционално-волевите процеси – формират се психични новообразувания като качествени особености на психиката. Саморегулацията, рефлексията, самоконтролът, планирането (вътрешният план на действията), произволността и опосредстваността на психическите процеси – Р. Стаматов, Е. Василева, Г. Бонева, И. Факирска, Р. Пенев, Д. Гюров, В. Гюрова, Хр. Недялкова, Г. Иванова, С. Дерменджиева, П. Конакчиева, В. Давыдов, М. Гамезо, Е. Петрова, Л. Орлова, А. Зак, М. Хилько, М. Ткачева, М. I. Posner, М. K. Rothbart, С. Ponitz, М. McClelland, J. Knoetze R. Vallerand, L. Pelletier и др., са дотолкова значими, че да предопределят изцяло хода на изграждането на саморегулативното здравно поведение. Е. Василева задава закономерния въпрос: Готово ли е детето да подчини своите действия на инвариативността, наложена от ситуацията? Липсата на готовност предизвиква шок, който може да остане като трайно състояние и да предизвика дезадаптивни ефекти... Но съществува и разковниче, наречено успех. Известен е неугасимият, ситуативен стремеж на детето към различни дейности с цел постигане на по-висока степен на позитивен резултат и оттам – на удовлетвореност (Vasileva, 2007).

Детето се приучава да изразява този свой свят, който невинаги съответства на очакванията на другите. Като формираща се личност, то постепенно изработва тази своя поведенческа позиция, която съхранява, но трансформира и надгражда в хода на онтогенезата. Б. Минчев прави уточнението, че „Детето



Фигура 1. Взаимоотношенията „саморегулативно здравно поведение – детско здраве“ във възрастта 6 – 7/10 – 11 години

започва самó да решава колко да се доверява на указанията и авторитета на родителите си, доколко ефективно да използва свободното си време, образците на кои деца и възрастни да копира, доколко мотивирано да извършва едни или други дейности и пр. При това тези избори се правят не абстрактно и еднократно, а в множество съвсем конкретни ситуации, наситени с опции и ограничения. Тези, да ги наречем, ситуативни избори, се сумират и дават посока и качество на индивидуалното развитие на детето“ (Minchev, 2005: 28).

Декомпозицията и конкретизацията на тези поведенчески особености за целите на здравето и изграждането на саморегулативно здравно поведение, в частност, изискват отчитане ролята на социалните детерминанти, като израз на взаимовлияването им с биологичните и природните детерминанти. В хода на индивидуалното развитие на детето социалната среда се разширява – процесите на социализацията му в периода „средно детство“ са ключови в аспектите на изграждането на саморегулативното здравно поведение.

Утвърждаването на здравето в контекста на нормите, идеалите и ценностите в обществото изисква от детето възпроизвеждане на определен тип социални отношения, което предполага предразполагането и адаптирането му към социалната среда. Възпроизвеждането на тези отношения е началото – предвид нивото на психичната зрялост във възрастта 6 – 7/10 – 11 години, чрез когнитивните и емоционално-волевите психични процеси. Постепенно отношенията се вграждат в личността на детето, но „пречупени“ през неговата субектност, трансформират се, за да се изявят като индивидуално, саморегулативно здравно поведение. Как се осъществява този преход?

3. Модел за изграждане на саморегулативно здравно поведение при деца в предучилищна и начална училищна възраст – относно корелацията „саморегулативно учене – саморегулативно здравно поведение“

Изграждането на саморегулативното здравно поведение при деца в предучилищна и начална училищна възраст се определя като функция на проксималните процеси. Училището/детската градина, връстниците и родителите, като социални детерминанти, моделират, но и медиират, опосредяват саморегулацията на поведенческите реакции, отправена собствено към детското здраве. Закономерностите по изграждане на поведенческия конструкт извеждат на преден план целесъобразността на конструкта и неговото обективно съдържание – условията, средствата, способите.

Целесъобразността на изграждането на саморегулативното здравно поведение е заявена чрез нормативната регулация на здравното образование. Документите, които очертават общата критериална рамка на здравното образование у нас, са Държавните образователни стандарти³⁾ (наричани по-долу за кратко „Стандарти“). Сред тях са: Държавният образователен стандарт за предучилищно образование, съгласно който здравното образование е част от образователното направление „Околен свят“, Държавният образователен стандарт за общообразователната подготовка, придобивана в хода на училищното образование, съгласно който здравното образование е част от учебните предмети „Околен свят“, I и II клас, „Човекът и природата“, III и IV клас, а също и Държавният образователен стандарт за гражданско, здравно, екологично и интеркултурно образование³⁾, който предоставя свобода на избор на учителя за реализиране на здравно образование в предучилищна и начална училищна възраст по отношение на самостоятелното му изучаване или интегрирането му в други предметни полета (учебни предмети/образователни направления), както и в смисъла на това какви източници на знание да бъдат използвани, също как да бъде организиран процесът на усвояване на знанието и т.н.

Анализът на трите стандарта и произтичащите от тях следващи по ранг нормативни документи очертава общ замисъл по отношение създа-

ване на цялостен образ за психическото и физическото здраве чрез формиране на компетентности. Елементите на компетентностите са знанията за здравето, присъстващи в техния номинативен, номологичен, аксиологичен и праксеологичен аспект, когнитивните и практическите умения, а също и отношенията към здравето, като комплексни образувания от най-висок ранг. Качественото своеобразие на отношенията в аспекта „детско здраве“ следва логиката на предразполагащи и насочващи здравното поведение на децата.

Като психоповеденческа система, саморегулативното здравно поведение интегрира формираните компетентности – обособява се на функционално ниво като качествено „ново цяло“ в „Аза“ на личността на детето. Декомпозирането и конкретизацията на нормативните документи в аспекта „изграждане на саморегулативно здравно поведение при децата в предучилищна и начална училищна възраст“ се отнасят до: спазване на правила и норми за здравословно хранене; спазване на правила относно лична хигиена; спазване на правила за безопасност; придържане към здравословен стил на живот; прилагане на дневен режим; самооценка относно влиянието на собственото поведение върху психофизическото развитие; разграничаване на рисково от нерисково поведение; отстояване на правото на избор; прояви на подкрепа към другостта и различието; прояви на социализация и партньорски взаимодействия; участие в природозащитни дейности и инициативи по опазване на природата; разумно потребление на природни ресурси; прояви на толерантност към природата; поддържане на чистота в заобикалящата среда; споделяне на ценности; прилагане на принципи на равнопоставеност на различна основа; комуникация и сътрудничество и т.н.³⁾

Очертаната целесъобразност в изграждането на саморегулативното здравно поведение предявява изисквания към условията, средствата, способите. Предвид необходимостта от устойчивост на релацията „развитие – здраве“ и механизмите на функционирането ѝ чрез изграждане на саморегулативно здравно поведение при децата, възможните решения могат да бъдат търсени в създаването на контекстуална учебна среда за саморегулативно учене. Според М. Михова знанието е неразделна част от средата и дейността, в която то се реализира. Социалното познание е в основата на ученето, защото взаимодействията, реализиращи се в учебната, социалната среда, са основният фактор, който определя какво е научено и как познанието да се използва. Ученето се случва тогава, когато новата информация, която се усвоява от учащия, има личностен смисъл за него и е свързана с миналия му опит (Mihova, 2003: 242 – 243). Контекстуалната учебна среда за изграждане на саморегулативно здравно поведение е многокомпонентна и респ. многопластова по отношение на същността и своеобразието на контекстите – учител, дете, родител, връстник, но и във връзка с характера на взаимодействието им – фиг. 2.



Фигура 2. Модел за изграждане на саморегулативно здравно поведение при деца в предучилищна и начална училищна възраст

В настоящия модел изборът „саморегулативно учене“ се вписва в идеята, че „вместо да бъдат пасивни получатели на информация, учещите се допринасят активно за своите цели, като упражняват контрол върху постигането на тези цели“ (Schunk & Zimmerman, 2003: 59), но също и в идеята за произведени ефекти от едновременното насърчаване на ученици и учители за стратегическо действие, което ще способства високи нива на метапознание и вътрешна мотивация (Perry & VandeKamp, 2000). Водещи изследователи на взаимоотношенията „учебна среда – саморегулация“, сред които R. Ryan, E. Deci, P. Pintrich, B. Zimmerman, Ph. Blumenfeld, D. Smith, J. Ravitz и др., са единодушни, че средата за учене има ключова роля за изграждане на саморегулацията. Към учещия е необходимо да се подхожда синтезно, интегративно, предвид необходимостта личността му да бъде възприемана в нейната сложност и разнопосочни измерения.

Трансферът на тези постановки предявява изисквания към „ролите“ на учителя, родителите, връстниците. Безспорно, педагогическите решения на

учителя относно реализирането на ефективно здравно образование и създаването на образователен проект за изграждане на саморегулативно здравно поведение на децата в предучилищна и начална училищна възраст са от изключителна важност. В настоящия модел ролята на професионално компетентния учител е да разработи дизайн на контекстуалната среда, в това число да определи/разпредели „ролите“ на съучениците в класа/децата в групата, родителите в процесите на саморегулативно учене. Допълнително влияние могат да оказват индивиди и общности, институции и организации, обединени от каузата „детско здраве“ чрез съдействие и подкрепа по изграждане на саморегулативното здравно поведение при децата в предучилищна и начална училищна възраст. Това е и споделеност на целите, на пътя (процесите), на резултата. Всеки един от тези контексти има своята специфика, но и многопосочни измерения в „Аза“ на детето – като същност и проява на активността на ученика в ученето, в това число чрез взаимодействие с останалите контексти. Съобразно нормативната регулация активността на ученика в ученето се насърчава чрез адекватен избор на методи и стратегии на обучение, на средства за обучение, чрез разработване на ресурси за обучение предвид това, че не са налични съдържателни ресурси, съответстващи на конкретизацията на целите на здравното образование за предучилищна и начална училищна възраст, чрез осъществяването на ефективен контрол и оценка на резултатите, чрез адекватна обратна връзка / корекционна дейност, предвид необходимостта от целенасочена интервенция върху деца, изпитващи трудности в процеса на саморегулативното учене.

Съобразно възрастовата специфика ролята на връстниците – съучениците в класа / децата в групата, е подчинена на закономерностите на контекстуалната учебна среда. Активността на детето/ученика в ученето е имплицитно заложена в процесите на социализация с връстниците – детето слуша това, което говорят неговите връстници, наблюдава това, което се случва с тях, прави това, което правят те. По този начин, първоначално детето се чувства по-сигурно и по-защитено. Изграждането на саморегулативното здравно поведение „преминава“ през груповата/екипната работа, ученето по двойки – т.нар. class wide peer tutoring (CWPT), което предоставя възможност на деца, справящи се ефективно, успешно и бързо решаващи задачи, да предоставят подкрепа на други деца, които не се справят така ефективно със задачите. Въвеждането на тюторска система във възрастта 6 – 7/10 – 11 години е безспорно ценно, особено що се отнася до изграждане на поведение и предвид това, че е основана на реципрочни обучения на връстници от връстници, при което цялата класна стая от ученици е активно ангажирана в процеса на обучение едновременно по систематичен и забавен начин. Изискванията за успешно изграждане на поведенчески модел при прилагане на тюторската система се отнасят до: прилагане на мултимодален формат; реципрочна и разпределена

практика на тютюрството; незабавно коригиране на грешки и обратна връзка; игров вариант с партньори и състезаващи се отбори; „вградена“ подкрепа; регистриране на резултати⁴⁾.

Що се отнася до родителите, установяването на партньорски взаимоотношения между училището и семейството в процесите на изграждане на саморегулативно здравно поведение способства за създаването на цялостен образ за здравето в съзнанието на детето. А това означава учителят да бъде гъвкав и адаптивен в дейностите по организиране и планиране на механизмите за партньорство с родителите в зависимост от субективни и/или обективни фактори, потенциращи или ограничаващи партньорството. Възможните решения следва да бъдат търсени в определяне на това „в какво родителят е добър, кои са ситуацияите, в които той може да се включи с опит и желание, а не какво не достига, за да се случи идеалното партньорство, според представите на учителя или на ръководството“ (Tzvetanska, 2015). Реализирането на обучения за родители, провеждането на тристранни конференции „дете – родител – учител“, създаването на т.нар. „училище в общността“, организиране на работилници/ателиета, посещения вкъщи (Moore & Lasky, 2005) са сред добрите практики за партньорство и могат успешно да бъдат прилагани в аспектите на изграждането на саморегулативното здравно поведение.

Тези социализиращи влияния, които съставляват дизайна на контекстуалната среда за изграждане на саморегулативно здравно поведение в настоящия модел, се упражняват чрез прилагане на когнитивни, метакогнитивни и мотивационни стратегии за саморегулативно учене. „Ученето се разглежда като дейност, чрез която учениците учат по проактивен начин, а не като скрито събитие, което се случва с тях в отговор на преподаването. Саморегулирането се характеризира със самостоятелно генерирани мисли, чувства и поведение, които са ориентирани към постигане на целите (Zimmerman, 2002). Когнитивните стратегии са насочени пряко към развитие на когнитивните психични процеси и изграждането на саморегулативното здравно поведение като психоповеденческа система. Сетивната опора при усвояване на знанието за здравето тук е от особено значение, предвид възрастовата специфика при непосредственото и опосредстваното усвояване на обекти от действителността. Присъствието на конкретни обекти, с цялото им многообразие и изобилие от признаци, или техни модели, илюстриращи признаците в съкратен и обобщен, т.е. абстрактен вид, способства усвояването на здравното знание като елемент на компетентностите. Логическите операции способстват формирането на когнитивните и практическите умения – изграждат се отношенията (Angelova, 2016).

Метакогнитивните стратегии при децата са насочени към способностите им да регулират собствените си когнитивни процеси, макар и не непременно осъзнато, т.е. да осъществяват контрол и мониторинг над собствената си поз-

навателна дейност по отношение на усвояване знанието за здравето. Стратегиите се отнасят до управление и разпределение на времето, самонаблюдение и самооценка, оценка „стойността“/„ценността“ на продукта/задачата (Schunk & Bursuck, 2015). От особено значение тук са субектите, които задават рамката на поведенческите модели, образците, подлежащи на наблюдение в процесите на прехода от неосъзнатост към осъзнатост на ценността на здравето, защото първоначално детето прилага стратегиите по образец, в условия на външен контрол (на учител, родител), за да ги интернализира впоследствие, т.е. за да ги превърне в свои „собствени“.

Що се отнася до мотивационните стратегии – във фокус са механизмите на влияние върху мотивацията при децата в предучилищна и начална училищна възраст. Прилагането на мотивационни стратегии в тази възраст е от ключово значение – важно е те да съпътстват изцяло хода на изграждане на саморегулативно здравно поведение. Спецификата на въздействие на мотивиращите стратегии върху саморегулацията е свързана с развитието на волевите ресурси на детето предвид това, че мотивацията е „ключът“ за развитие на волята, проявяваща се в самодетерминация и саморегулация на поведенческите реакции, но и предвид това, че волята е психически процес, част от емоционално-волевия блок на психиката. Развитието на този блок встъпва в преки и опосредствани отношения с останалите психични процеси и допринася за пълноценното психофизическо развитие на детето като предпоставка за неговото здраве. Палитрата на мотиватори е голяма, но професионално компетентният учител трябва да диференцира онези от тях, които ще бъдат адекватни на процесите по изграждане на саморегулацията при децата: интересът към задачата, целевата ориентация – онези цели, които имат смисъл и значение за децата, насочеността към резултатите – като ефекти от дейността, подкрепата от учител, родител, връстник, влиянието върху емоционално-чувствените преживявания на детето и т.н. (De Boer et al., 2012; Angelova, 2015).

В настоящия модел прилагането на стратегиите за изграждане на саморегулативно здравно поведение при деца в предучилищна и начална възраст е съобразно теоретичните постановки за поведенческа саморегулация на B. Zimmerman. Според B. Zimmerman саморегулативното поведение на ученика (детето, б.а.) се изгражда посредством последователно преминаване през определени фази – на *преднамереност*, *изпълнение* и *рефлексия*, които формират т.нар. триадна зависимост. Фазата на преднамереност включва категориите *анализ на задачи* (чрез поставяне на цели и стратегическо планиране за тяхното реализиране) и *източници на самомотивация*; фазата на изпълнение е представена чрез категориите *самоконтрол* и *самонаблюдение*, фазата на рефлексия – чрез категориите *самостоятелна преценка* и *самостоятелна реакция* (Zimmerman & Moylan, 2009; Zimmerman, 2002; Zimmerman et al., 1992).

Моделът се основава на интеграция на когнитивните, метакогнитивните и мотивационните стратегии във всяка една от фазите при изграждане на поведението на детето. Рязка граница между стратегиите не може да бъде поставена поради комплексното им влияние върху саморегулативното здравно поведение. За разлика от теоретичните постановки на В. Zimmerman, мотивацията в модела е имплицирана във всички фази, за да се поддържа ходът на процеса по изграждане на саморегулацията при децата предвид възрастта им. Представените по-долу групи стратегии са примерни. Моделът предоставя възможност за интегриране на стратегиите в процесите по формиране на компетентности чрез техните елементи – знанията, уменията и отношенията (вж. по-горе), в рамките на здравното и природонаучното предучилищно и начално училищно образование. Ролята на социалните контексти следва да бъде прецизирана и адаптирана съобразно спецификата на задачата и индивидуалните способности на децата.

Като насочени към категориите „поставяне на цели“ и „стратегическо планиране“, прилагането на стратегиите във фазата на преднамереност изисква дейността по решаване на задачата да следва етапи/стъпки от алгоритмично предписание. Стратегиите се конкретизират чрез: избор на интересна, значима, важна за децата задача, свързана с тяхното психофизическо здраве; използване на ключови думи / думи „помощници“ на децата, съответстващи на целите; преформулиране на задачата така, че целите/резултатите да бъдат очевидни за децата; отдиференциране на етапите на решение на задачата и постигането на крайния резултат с акцент върху значимостта на задачата; беседа върху всеки етап от задачата, формулиране на потенциални трудности при изпълнението на задачата; определяне на екипи/групи/двойки и възлагане на дейности по решаването на задачата – с участието на децата; уточняване на формата на презентиране на резултатите: писане на съчинения, изработване на модели, на аликации и други продукти, представящи резултата от дейността – с участието на децата; определяне на механизмите за обратна връзка (постепенна и по крайния резултат) – с участието на децата (Demidova, 2009).

Стратегиите във фазата на изпълнение са насочени към изграждане на самоконтрол и самонаблюдение. Способността за самоконтрол и самонаблюдение при децата се обособява съвместно с другите в процесите на прилагане на инструкции/правила, а впоследствие правилата се интернализират, децата започват да се самонаблюдават и да контролират себе си. Прилагането на стратегиите се отнася до: следване на инструкции/правила при решаване на задачата в рамките на определено време; предоставяне на възможност децата да правят коментар за своята дейност в хода на решаване на задачата; поставянето им в ситуация, позволяваща да определят равнището на трудност на възложената задача; възможност за проследяване на собствените им постижения/резултати при решаване на задачата; създаване на условия за промяна

на действията им в хода на дейността при решаване на задачата; съставяне на план за проверка на решението; предоставяне на възможност децата да търсят грешки при решаване на задачата и да осъществяват анализ на грешките като причина за несъответствие между целите и очакваните резултати; корекция на грешките съобразно хода и резултата от дейността; проследяване на последствията от грешките – осъзнаване на необходимостта от самоконтрол (Basilio & Whitebread, 2012; Petriv, 2018).

Съотнесени към категориите „самостоятелна преценка“ и „самостоятелна реакция“, стратегиите във фазата на рефлексия предполагат създаване на реалистична нагласа към тях самите – това способства създаването на положителна самооценка у децата. Стратегиите се изразяват в: създаване на условия те да оценяват усилията си за решаване на задачата; предоставяне на възможност да изразяват отношение към оценката и да обясняват смисъла на оценяването; включване на децата в дейност по решаване на задача, която съдържа способа на решение и оценка на изпълнението на задачата; предоставяне образци на задача и осигуряване на възможност децата сами да изработят критерии за решаването ѝ; организиране на реципрочно оценяване с връстници, което ще позволи на децата да вземат предвид и други мнения; „прехвърляне“ към ситуация на комуникация с поведенчески модели на изграждане на самооценка при възрастните; организация на дейности по осъществяване на рефлексията относно чувствата и емоциите при решаване на задачата – чрез цветове, рисунки, описания; изготвяне на алгоритъм за самооценяване – с участието на децата; беседа върху причините за успеха/неуспеха при решаване на задачата; отработване на грешките въз основа на пакет от дейности, изготвен съвместно с децата, и последващ преход към изготвяне на пакета от самите деца; включване на децата в анализ и оценка на общата успеваемост по решаване на задачата и на резултатите от собствената им дейност (Sergeeva & Gabeliya, 2018).

4. Заключение

Изграждането на саморегулативно здравно поведение във възрастта 6 – 7/10 – 11 години е посоката за насърчаване и утвърждаване на доброто детско здраве. Особено важно е да бъдат преосмислени приоритетите относно правата и свободите на избор на децата да влияят върху собственото си здраве, като изказват мнение, изразяват отношение, „виждат“ проблеми, вземат решения. Но строго погледнато, извън здравето, като обект на саморегулация, такъв тип поведение на децата ще способства тяхната успешна социална интеграция в бъдеще и очаквано ще допринесе за по-високи нива на благополучие. Въз основа на собствените си саморегулиращи процеси те ще усвояват приемливи стандарти за поведение и като възрастни, ще избягват ненужни рискове, ще изработват реална преценка за собствената си ефективност и ще

преценяват необходимостта от подкрепа. А нали тъкмо вярата и увереността на децата в собствените им възможности осмислят ролята на предучилищното и училищното образование днес!

БЕЛЕЖКИ

1. WHO Regional Office for Europe (WHO/Europe) Retrieved from: www.euro.who.int/en
2. Национален център по общественото здраве и анализи. Достъпно на: <http://ncpha.government.bg>
3. www.mon.bg
4. ClassWide Peer Tutoring. The University of Kansas. Retrieved from: http://www.specialconnections.ku.edu/?q=instruction/classwide_peer_tutoring

ЛИТЕРАТУРА

- Ангелова, С. (2015). Проект-базираното обучение – контекстът за формиране на мотивация за учене по природни науки. *Списание на Софийския университет за образователни изследвания*, 1, 27 – 49.
- Ангелова, С. (2017). Компетентностно базирана програма за формиране на здравословен стил на живот на учениците от началното училище. *Педагогика*, 89 (6), 759 – 771.
- Ангелова, С. (2016) *Моделирането като изследователска задача в аспекта качество на обучението по дисциплината „Училищен курс „Човек – природа“* (с. 1 – 6). В: Търново: Св. св. Кирил и Методий.
- Basilio, M. & Whitebread, D. (2012). The emergence and early development of self-regulation in young children. *Journal of Curriculum and Teacher Education*, 16 (1), 15 – 34.
- Господинов, Б. (2018). „Спорът за детето“ в педагогиката – размисли за „бездетната педагогика“, (с. 87 – 97). В: Рашева-Мерджанова, Я., Петкова, И. Стефанова-Косева, М. (съст.). *Детето и педагогиката*. София: Св. Кл. Охридски.
- De Boer, H., Bergstra, A. & Kostons, D. (2012). *Effective strategies for self-regulated learning: A meta-analysis*. Groningen: GION.
- Демидова, Т. (2009). Формирование умения целеполагания у младших школьников. *Начальная школа плюс До и После*, 4, 18 – 22.
- Михова, М. (2003). *Дизайн на обучението*. Пловдив: Астарта.
- Минчев, Б. (2005). *Психология на човешкото развитие*. Варна: Варненски свободен университет.
- Минчев, Б. (2006). *Обща психология*. София: Сиела.

- Perry, N. & VandeKamp, K. (2000). Creating classroom contexts that support young children's development of self-regulated learning. *International Journal of Educational Research*, 33, 821 – 843.
- Петрив, Е. (2018). *Формирование навыков самоконтроля у младших школьников, испытывающих трудности в обучении*. Бийск: Институт педагогики и психологии.
- Проданов, В. (2005). *Бъдещето на философията*. Велико Търново: Фабер.
- Schunk, D. & Bursuck, W. (2015). *Self-Efficacy, Agency, and Volition. Handbook of Individual Differences in Reading. Student Beliefs and Reading Motivation*. Routledge.
- Schunk, D. & Zimmerman, B. (2003). Self-Regulation and Learning. (pp. 59 – 79). In: Reynolds, W., Miller, G. (Eds.). *Handbook of psychology. Educational psychology*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Сергеева, Б. & Габелия, Т. (2018). Модель формирования самооценки младших школьников как достижение личностных результатов обучения. *Перспективы науки и образования*, 1 (31), 107 – 114.
- Spielman, R. (2017). *Psychology*. Rice University: OpenStax.
- Стаматов, Р. (2000). *Детска психология*. Пловдив: Хермес.
- Стаматов, Р. (2015). Самоконтролът в пространството на позитивните измерения на развитието (с. 5 – 17). В: Стаматов, Р., Койчев, О. (съст.) *Образование, развитие, изкуство. Позитивно развитие*. Пловдив: Паисий Хилендарски.
- Цветанска, С. (2015). Комуникация на партньорството между учители и родители в училище. *Реторика и комуникации*.
- Василева, Е. (2007). *Детето в началното училище*. София: Фараго.
- Zimmerman, B., Bandura, A. & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663 – 676.
- Zimmerman, B. (2002). Becoming a Self-Regulated Learner: An Overview. *Theory into practice*, 41(2), 64 – 70.
- Zimmerman, B. & Moylan, A. (2009). Self-Regulation. Where Metacognition and Motivation Intersect. In: Douglas J. Hacker, John Dunlosky, Arthur C. Graesser (Eds.). *Handbook of Metacognition in Education*. New York: Routledge.

REFERENCES

- Angelova, S. (2015). Proekt-baziranoto obuchenie – kontekstat za formirane na motivatsiya za uchene po prirodni nauki. *Spisanie na Sofiyskiya universitet za obrazovatelni izsledvaniya*, 1, 27 – 49.

- Angelova, S. (2017). Kompetentnostno-bazirana programa za formirane na zdravosloven stil na zhivot na uchenitsite ot nachalnoto uchilishte. *Pedagogika*, 89 (6), 759 – 771.
- Angelova, S. (2016). Modeliraneto kato izsledovatel'ska zadacha v aspekta kachestvo na obuchenieto po distsiplinata „Uchilishten kurs Chovek – priroda“ (ss. 1 – 6). V: Hristova – Kotseva, R. (red). Sb. „*Mezhdunarodna nauchna konferentsiya Pedagogicheskoto obrazovanie – traditsii i savremennost*“. V. Tarnovo: Sv. sv. Kiril i Metodiy.
- Basilio, M. & Whitebread, D. (2012). The emergence and early development of self-regulation in young children. *Journal of Curriculum and Teacher Education*, 16 (1), 15 – 34.
- De Boer, H., Bergstra, A. & Kostons, D. (2012). *Effective strategies for self-regulated learning: A meta-analysis*. Groningen: GION.
- Demidova, T. (2009). Formirovanie umeniya tselepolaganiya u mladshih shkol'nikov. *Nachal'naya shkola plus Do i Posle*, 4, 18 – 22.
- Gospodinov, B. (2018). „Sporat za deteto“ v pedagogikata – razmisli za „bezdetnata pedagogika“, (ss. 87 – 97). V: Rasheva-Merdzhanova, Ya., Petkova, I., Stefanova-Koseva, M. (sast.). *Deteto i pedagogikata*. Sofia: Sv. Kl. Ohridski.
- Mihova, M (2003). *Dizayn na obuchenieto*. Plovdiv: Astarta.
- Minchev, B. (2005). *Psihologiya na choveshkoto razvitie*. Varna: Varnenski svoboden universitet.
- Minchev, B. (2006). *Obshta psihologiya*. Sofia: Siela.
- Perry, N. & VandeKamp, K. (2000). Creating classroom contexts that support young children's development of self-regulated learning. *International Journal of Educational Research*, 33, 821 – 843.
- Petriv, E. (2018). *Formirovanie navkov samokontrolya u mladshih shkol'nikov, isptvayushtih trudnosti v obuchenii*. Biysk: Institut pedagogiki i psihologii.
- Prodanov, V. (2005). *Badeshteto na filosofiyata*. Veliko Tarnovo: Faber
- Schunk, D. & Bursuck, W. (2015). *Self-Efficacy, Agency, and Volition. Handbook of Individual Differences in Reading. Student Beliefs and Reading Motivation*. Routledge.
- Schunk, D. & Zimmerman, B. (2003). Self-Regulation and Learning. (pp. 59 – 79). In: Reynolds, W., Miller, G. (Eds.). *Handbook of psychology. Educational psychology*, vol. 7, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sergeeva, B. & Gabeliya, T. (2018). Modely formirovaniya samootsenki mladshih shkol'nikov kak dostizhenie lichnostnykh rezulytatov obucheniya. *Perspektiv Nauki i Obrazovaniya*, 1 (31), 107 – 114.
- Spielman, R. (2017). *Psychology*. Rice University: OpenStax.
- Stamatov, R. (2000). *Detska psihologiya*. Plovdiv: Hermes.

- Stamatov, R. (2015). Samokontrolat v prostranstvoto na pozitivnite izmereniya na razvitiето (5 – 17). V: Stamatov, R. Koychev, O. (sast.) *Obrazovanie, razvitie, izkustvo. Pozitivno razvitie*. Plovdiv: Paisiy Hilendarski.
- Tsvetanska, S. (2015). Komunikatsiya na partnyorstvoto mezhdu uchiteli i roditeli v uchilishte. *Retorika i komunikatsii*.
- Vasileva, E. (2007). *Deteto v nachalното uchilishte*. Sofia: Farago.
- Zimmerman, B., Bandura, A. & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663 – 676.
- Zimmerman, B. (2002). Becoming a Self-Regulated Learner: An Overview. *Theory into practice*, 41(2), 64 – 70.
- Zimmerman, B. & Moylan, A. (2009). Self-Regulation. Where Metacognition and Motivation Intersect. In: Douglas J. Hacker, John Dunlosky, Arthur C. Graesser (Eds.). *Handbook of Metacognition in Education*. New York: Routledge.

A MODEL FOR DEVELOPMENT OF SELF-REGULATION IN PRESCHOOL AND PRIMARY SCHOOL CHILDREN'S HEALTH BEHAVIOR

Abstract. This paper presents a model for development of self-regulation in preschool and primary school children's health behavior, particular in the period 6-7 – 10-11 years. The logic of the relationship “self-regulatory health behavior – child health” through the forming role of the psyche is presented. The social predisposition of the behavior as an essence is analyzed. The development of behavior requires a structured and functioning contextual environment in regulative way, pursuant to the normative documents for health and science education at pre-school and primary school age. The design of this environment is based on the implementation of cognitive, metacognitive and motivational strategies for self-regulated learning, according to B. Zimmerman's theoretical formulations. The impact of the categories: goal setting, strategic planning, self-observation, self-control and reflection on the self-regulatory health behavior in children is illustrated using examples.

Keywords: self-regulatory health behavior; contextual environment; strategies for self-regulated learning; child health

✉ **Dr. Svetlana Angelova, Assist. Prof.**

ORCID: 0000-0003-4150-9594

Department of Pedagogy

Faculty of Education

St. Cyril and St. Methodius University of Veliko Turnovo – Branch Vratza

Vratza, Bulgaria

E-mail: sv_p_angelova@abv.bg