

О МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ИННОВАЦИЙ В ОБРАЗОВАНИИ

И.Ш. Мухаметзянов

Россия, г. Москва

Сегодня активные инновационные процессы в образовании России происходят на фоне имеющегося неблагополучия в состоянии здоровья детей (В.Р. Кучма, 2009). Новая модель образования смещает фокус внимания общества с формирования у учащихся знаний, умений и навыков на целостное развитие личности. В этих условиях возрастает социальная и педагогическая значимость формирования ценностного отношения к здоровью у учащихся в процессе образовательной деятельности, определяющего в дальнейшем полноту реализации их жизненных целей и смыслов. Новые формы обучения, информатизация образования, новые педагогических технологии сопровождаются увеличением учебной нагрузки и ухудшением здоровье учащихся. При этом до настоящего времени недостаточно изучена структура нарушений здоровья, как преподавателей, так и учащихся, при обучении по инновационным программам. Кроме того, в настоящее время:

- отсутствует система дифференцированного медико-педагогического сопровождения учащихся, обучающихся в различных условиях;
- недостаточно медицинских рекомендаций по отбору учащихся в профильные группы и медицинского контроля за ними в процессе обучения по программам повышенной сложности;
- не выделены особенности оздоровительных и реабилитационных мероприятий с ними;
- не определены новые требования в структуре и содержанию образования с учетом здоровья учащихся. Требования к «бумажным» образовательным технологиям экстраполированы на дистанционное образование и информационно-коммуникационную составляющую

образования без учета их специфических возможностей и негативных последствий для здоровья учащихся.

В ряде исследований (Поляков В.К. 2010, Иванова И.В. 2010 и др.) отмечается, что состояние здоровья учащихся ухудшилось за последние 10 лет. Только 33% детей в возрасте 7-8 лет и 25% в 13-14 лет не имеют хронической патологии. Согласно комплексной оценке среди городских учащихся 0,3% детей I-ой группы здоровья, 32,8% детей – II-ой, 66,9% детей III-ей и IV-ой группы. Число больных учащихся возрастает с 50,9% в 7 лет до 79,6% в 17 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 14 лет, после чего ее уровень остается практически неизменным (Р.А. Маткивский, 2009).

Информатизация образования и ее возможности в части интерактивного информационного взаимодействия между участниками педагогического процесса позволяют оптимизировать соотношений потребностей личности и его возможностей, которые определяют состояние благополучия и могут достигаться целями и средствами образовательного процесса (И.В. Роберт, 2010). Вместе с тем, пока еще только учебное заведение может быть местом, где возможно проводить эффективную оздоровительную и реабилитационную работу. Существенным недостатком большинства имеющихся технологий здоровьесбережения является их групповая направленность и низкая адресность применительно к конкретному учащемуся или группе учащихся, не учитываются и не используются личностные особенности учащихся, которые могут существенно повысить эффективность этих программ. Говоря о личносно-ориентированном обучении, мы можем говорить и о необходимости формирования личносно-ориентированной образовательной среды и личносно-ориентированного здоровьесбережения (Р.А. Маткивский, 2009).

Высокая образовательная нагрузка в неблагоприятных образовательных условиях, изменение факторов внешней среды и характера взаимоотношений в рамках группы и в межгрупповом взаимодействии, оказывают неблагоприятное влияние на нервно – психическую сферу детей и подростков, особенно имеющих пограничные нервно – психические расстройства (68.1%). В исследованиях

ряда авторов (И.Е. Бобошко, И.Ф. Тимербулатов, 2010) обращено внимание на конституциональные характеристики учащихся в зависимости от типа направленности психической активности, особенностей их морфологической, психической и регуляторной организации, влияющих на предрасположенность к различным нарушениям здоровья. Существуют закономерности формирования психогенных форм школьной дезадаптации среди учащихся общеобразовательных учреждений как следствие существования большой группы факторов риска, обусловленных образом жизни школьников, особенностями учебно-воспитательного процесса, личностными и половозрастными характеристиками учащихся, наличием или отсутствием у них пограничных нервно-психических расстройств. В зависимости от типа учебных заведений организация учебно-воспитательного процесса оказывает то или иное воздействие на здоровье учащихся. Чем выше статус учебного заведения, тем выше образовательные нагрузки и риск развития психогенных форм школьной дезадаптации, особенно у учащихся с пограничными нервно – психическими расстройствами (от 83,2% в гимназиях до 9,5% в традиционных школах). Все это происходит на фоне имеющегося у двух третей учащихся среднего уровня интеллектуального развития. У половины учащихся отмечаются различия в уровнях вербального и невербального интеллекта, чаще за счет более низких значений при оценке предметно-действенных функций, а также негармоничное сочетание интеллектуального и физического развития (А.В. Шишова, 2010). Избыточные нагрузки приводят к нарушению режима труда и отдыха и вне учебного заведения, обуславливая сокращение продолжительности ночного сна и пребывания на свежем воздухе, превышение установленных нормативов времени на домашние задания, игнорированию активных форм отдыха и переключение на просмотр телепередач и Интернет. Это, в свою очередь, повышает риск формирования психогенных форм школьной дезадаптации.

Деятельность в условиях неблагоприятной образовательной среды может ослаблять или усиливать влияние на уровень здоровья тех или иных свойств

каждого типа личности, что обуславливает необходимость дифференцированного подхода к медико-социальному обеспечению образовательного процесса, интеграции в образовательный процесс специализированных для определенной группы учащихся реабилитационных методик и формирования профилированной здоровьесберегающей инфраструктуры образовательного учреждения. Кроме того, при подготовке образовательных ресурсов, используемых в преподавании, необходимо исходить из особенностей их представления для различных групп пользователей с различной направленностью психической активности. При организации учебного процесса ориентация на тип психической активности учащегося позволяет правильно организовать программу медико-социального сопровождения в зависимости от типа их психосоматической конституции, включающую рекомендации, касающиеся режима дня, питания, физического воспитания, мероприятий, направленных на повышение резистентности, профилактику соматических и неврологических заболеваний, коррекцию поведенческих и эмоциональных расстройств.

Из всего многообразия существующих в настоящее время методов обучения все больше внимания уделяется интерактивным методам в условиях здоровьесберегающей образовательной среды. Это обусловлено как широкой интеграцией информационных и коммуникационных технологий в образование. Вместе с тем, информационные и коммуникационные технологии предъявляют определенные требования к психике учащегося, т.к. имеют более личностную ориентацию и позволяют обеспечивать реальный интерактивный диалог между пользователем, преподавателем и системой, наглядную визуализацию процесса или его модели, в том числе скрытого в реальном мире, автоматизируют контроль результатов усвоения знаний. Данный метод обучения позволяет выйти за рамки традиционной классно-урочной системы, что позволяет строить персонализированное обучения исходя из личностных особенностей обучаемого, когда и учащийся и учитель являются субъектами образования. Существенное значение имеет обращение к знаниям и опыту

учащегося и формирование у учащегося умений созидания и представления нового знания. Эффективность методики обуславливается тем, что учащийся может не только слушать и видеть представляемое новое знание, но и может сам участвовать в данном процессе. По форме реализации могут использоваться индивидуальные и групповые творческие проекты, игры, проекты, работа в группах и т.д. При обучении в группах значение приобретает не только потребности конкретного учащегося, но и наличие возможности и потребности деятельности в группе. Для реализации целей и задач интерактивного обучения необходимо корректировать все основные компоненты дидактической системы обучения: содержание, методы и приемы, организационные формы, средства, обеспечить переход от пассивного к активному познанию. Интерактивный компонент обеспечивается за счет включения в процесс не только обучающего и обучаемого, но и иных обучаемых и средств обучения на базе ИКТ. В основе реализации интерактивных подходов к содержанию обучения находится разработка и использование профилированных интерактивных заданий и упражнений, охватывающих как конкретную предметную область, так и аспект безопасной для здоровья их реализации. При этом в процессе освоения нового материала, обучаемый должен не только закрепить полученный материал, но и реализовать его в виде конкретных умений и навыков. Оптимальным является использование такой организации процесса обучения, при которой невозможно неучастие обучаемых в групповом процессе познания. Примером творческого задания, направленного на формирование культуры здоровья, может быть определение уровня здоровья конкретного учащегося или безопасности образовательной среды по месту его проживания и освоение методик оценки их динамики. К особенностям форм и методов интерактивного информационного взаимодействия в условиях здоровьесберегающей образовательной среды можно отнести создание безопасной среды активной познавательной деятельности. При этом сами средства обучения, обеспечивающие безопасный

и эффективный диалог и доступ к безопасному содержанию в режиме реального времени и есть интерактивное средство обучения.

Исходя из вышеизложенного, необходимо говорить о том, что информационное взаимодействие в условиях здоровьесберегающей образовательной среды должно быть направлено на индивидуальное здоровьесбережение в условиях лично-ориентированной образовательной среды, а не среды образовательного учреждения. Формирование такой среды возможно только с учетом различных аспектов физического, психического и социального здоровья конкретного учащегося. Данный вид деятельности в условиях информатизации образования реализуется через объектно-субъектные подходы, определяющие два взаимосвязанных компонента: организацию лично-ориентированной информационной образовательной среды и формирование у учащегося навыков создания и деятельности в условиях безопасной образовательной среды вне образовательного учреждения как базового компонента его личной безопасности. Критерием эффективности такой модели организации информационного взаимодействия в условиях здоровьесберегающей образовательной среды между участниками интерактивного обучения будет уменьшение зависимости успешности обучения учащегося от текущего состояния его здоровья. Это, в свою очередь, снижает интенсивность ограничения его к обучению и профессиональной подготовке для последующей деятельности. Вместе с тем, одновременное увеличение объема и качества профилактической и оздоровительной помощи непосредственно по месту обучения будет способствовать сохранению и развитию соматического здоровья учащегося.

Литература

1. Бобошко И.Е. Системный анализ конституциональных особенностей детей школьного возраста и дифференцированные программы формирования их здоровья: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иваново, 2010. 50 с.

2. Иванова И.В. Факторы, определяющие и формирующие здоровье подростков-школьников: пути оценки и механизмы управления ими в современных социально-экономических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.: 2010. 48 с.

3. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И. Гигиенические проблемы школьных инноваций. М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. 240 с.

4. Маткивский Р.А. Управление здоровьем школьников на основе здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.: 2009. 47 С.

5. Поляков В.К. Состояние здоровья школьников: соматометрические показатели, особенности питания и коррекции нарушений нутритивного статуса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов: 2010. 40 с.

6. Роберт И.В. Развитие дидактики в условиях информатизации образования // Ученые записки ИИО РАО. 2010. № 33. С. 3-21.

7. Тимербулатов И.Ф. Гигиенические основы профилактики психогенных форм школьной дезадаптации у учащихся общеобразовательных учреждений разного типа: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Оренбург: 2010. 46 с.

8. Шишова А.В. Формирование здоровья детей 7–11 лет и дифференцированная система их медико-педагогического сопровождения при различных программах обучения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иваново: 2010. 48 с.