

ЦЕНИТСЯ ДЕШЕВО, НО СТОИТ ДОРОГО

ЗДОРОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ



Игорь ГАНЧЕРЕНОК,
доктор физико-
математических наук,
профессор



Алена РАФИКОВА,
кандидат
педагогических наук,
доцент

Сегодня уже очевидно, что здоровье человека зависит не только от физических параметров. Характер проявления каждого показателя здоровья (как элемента системы) зависит в первую очередь от осознанности поведения человека, приносящего укрепление или ущерб здоровью. Многолетние исследования эпидемиологов-социал-гигиенистов подтверждают закономерную цепочку объектов, формирующих здоровье: «среда – поведение – человек» вместо прежней классической формулы «среда – возбудитель – человек». Таким образом, выделен еще один из основных факторов сохранения здоровья – поведение индивида, субъективная категория, действующая в конкретных социальных и природных условиях.

«Государство делает все необходимое для сохранения здоровья своих граждан. Но главное в этом деле предопределяет каждый персонально – своим отношением к собственному здоровью и здоровью своих близких, осознанным соблюдением правил здорового образа жизни».

(Из послания Президента Республики Беларусь Александра Лукашенко белорусскому народу и Национальному собранию 29 апреля 2008 года)

Вопрос соотношения биологического и социального в человеке, обсуждающийся в литературе на протяжении многих лет, не потерял своего значения до настоящего времени. Напротив, интерпретация отдельных его положений и с медицинской, и с педагогической точки зрения и, в частности, необходимости придерживаться здорового образа жизни, культуры здорового поведения приобретает новое звучание в свете Национальной программы по демографической безопасности населения Республики Беларусь и выступления Александра Лукашенко с посланием белорусскому народу и Национальному собранию в апреле текущего года.

Под ЗОЖ следует понимать типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая успешное выполнение им социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций [1]. Формирование ЗОЖ как рычага первичной профилактики и укрепления здоровья подразумевает оздоровление стиля и уклада жизни населения на основе валеологических

знаний, борьбы с вредными привычками, гиподинамией и гипокинезией, преодоления неблагоприятных факторов бытовой и профессиональной деятельности.

Системное утверждение основ ЗОЖ возможно лишь на базе организованных усилий всех структур общества и государства, а не только медицинских учреждений. Не случайно начиная с 1977 года Всемирная ассамблея здравоохранения призвала правительства стран мира определить это направление в достижении «Здоровья для всех к 2000 году» главной социально-политической целью. Оно же было признано приоритетным и в 2005 году, когда на 55-й сессии Европейский региональный совет ВОЗ принял программу – воззвание к правительствам «Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе: обновление 2005 г.» [2].

Значение здорового образа жизни так велико, что достижения каждой страны в данной области оцениваются мировым сообществом. Так, «Индекс развития человеческого потенциала», традиционно публикуемый ООН (до словно «Доклад о развитии человека»), также включает фактор здорового образа жизни. Индекс оценивает средние достижения стран

по трем основным критериям: долголетие на основе ЗОЖ, доступ к знаниям и достойный уровень жизни. Рейтингом охвачены 175 стран – члены ООН, а также Гонконг и Палестинская автономия. В соответствии с докладом 2007/2008 года в десятку обладателей наиболее высокого уровня «рейтинга развития человечества» вошли Исландия, Норвегия, Австралия, Канада, Ирландия, Швеция, Швейцария, Япония, Нидерланды, Франция. Республика Беларусь занимает 64-ю позицию и относится к числу стран с высоким уровнем развития человеческого потенциала [3]. Немаловажная роль принадлежит государству, которое пристальное внимание уделяет сохранению здоровья населения республики, формированию ЗОЖ. Например, меры, принятые в отношении курения (ратификация Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и ее реализация в Беларуси), уже привели к тому, что в молодежной среде, так же как в обществе в целом, отмечается тенденция к снижению доли курящих. По информации Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, в 2007 году в возрасте от 16 лет зарегистрировано примерно 32% приверженцев этой вредной привычки, тогда как в 2001 году их было более 40%. Растет количество людей, отказывающихся от спиртных напитков. Если в 2004 году не употребляли пиво 40,5%, то в 2006-м – уже 48,4% граждан. По официальной статистике, возросла доля тех, кто не пьет крепкие алкогольные напитки: с 52,8% до 57,4%.

Формирование ЗОЖ – это не пассивный процесс, а активная деятельность людей. Так, 20-летняя кампания в ряде стран на основе кооперативной программы по профилактике больших факторов риска (курения, избыточного веса, гиподинамии, артериальной гипертензии, алкоголизма, избыточного потребления жиров, соли, сахара) в настоящее время привела к сокращению в этих государствах на 20–30% общей смертности, на 30–40% – смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и другим положительным результатам. Для реализации программ оздоровления нации нужны энергичные, инициативные люди, чьи идеи и действия должны быть поддержаны властью. Работник системы государственного управления как раз и является рычагом, спо-

собным привести в действие государственные программы, при этом он обязан служить примером здорового поведения для широких масс. Вместе с тем, как показали результаты наших исследований, мотивированность к здоровому поведению у руководителей и специалистов-управленцев носит противоречивый характер. На когнитивном уровне представители этой сферы профессиональной деятельности имеют адекватное представление о здоровье и тех факторах, которые на него влияют. Наиболее существенным здесь они считают образ жизни, а наименее важным – качество медицинского обслуживания. Однако парадоксы проявляются при попытке оценить активность управленцев по отношению к своему здоровью. Потребность в заботе о нем актуализируется, как правило, только в случае возникновения явных проблем (у 80%). Отмечается склонность списывать ухудшение самочувствия на усталость, наличие ситуаций напряженности на работе; бытует мнение, что процессы легко обратимы без усилий с собственной стороны, здоровье поправится, как только изменится внешняя ситуация (50%). В целом для управленцев характерен завышенный уровень самооценки своего здоровья (не владея объективными данными, 75% считают, что оно у них «нормальное»). Полученные цифры находят подтверждение и в результатах исследований других специалистов [5].

ЖИВУЧИЕ СТЕРЕОТИПЫ

«Медицинская активность» является одной из форм, включенных в структуру образа жизни, и, согласно определению академика Ю.П. Лисицина, подразумевает усилия отдельных лиц, групп, населения в целом, работу органов и служб здравоохранения по обеспечению лечебной и профилактической помощи при наличии важной составляющей – гигиенического поведения, складывающегося из отношения к здоровью своему и окружающих. Сюда входит еще и психологическая установка, касающаяся сохранения здоровья на основе валеологического обучения, воспитания, информированности. В соответствии с этим в понятие «медицинская активность» включается также и целенаправленная деятельность индивида по формированию ЗОЖ.

ГАНЧЕРЕНКО

Игорь Иванович.

В 1984 году окончил физический факультет Белорусского государственного университета. Прошел научную стажировку в ряде стран Западной Европы и США, ведущих национальных университетах Японии. Выпускник Международного института управления высшей школы в университете Мериланда (США), член Международного консультативного совета этого института. В настоящее время – проректор по международным связям, научным и образовательным программам Академии управления при Президенте Республики Беларусь. Доктор физико-математических наук, профессор. Автор 5 книг, более 300 научных и научно-методических работ в области физики, синергетики и высшего образования. Имеет 12 авторских свидетельств на изобретения и патентов СССР, Беларуси и России. Сфера научных интересов: проблемы государственного управления системой высшей школы, поиск оптимальной модели ее реформирования для обеспечения конкурентоспособного и устойчивого развития в европейском пространстве высшего образования и исследований.

РАФИКОВА

Алена Робертовна.

В 1987 году окончила
Узбекский государствен-
ный институт физической
культуры, в 1990-м –
очную аспирантуру
Всесоюзного научно-
исследовательского
института физической
культуры (г. Москва).

В настоящее время зани-
мает должность замести-
теля заведующего кафед-
рой физической культуры
Академии управления

при Президенте
Республики Беларусь.
Кандидат педагогиче-
ских наук, доцент.

Автор более 80 научных и
научно-методических ра-
бот в области физической
культуры, здорового об-
раза жизни, валеологии.

Активно занимается
проблемами валеологи-
ческого сопровождения
жизнедеятельности,
в том числе профессио-
нальной деятельности.

Как видно из вышеизложенного, медицин-
ская активность подразумевает не стремле-
ние к посещению медицинских учреждений и
поиск порой не существующих заболеваний,
а интенсивность деятельности по укрепле-
нию и сохранению здоровья. На наш взгляд,
эту формулировку можно поменять на более
точно отражающую смысл, например «вале-
ологическая активность» (формирование,
укрепление, профилактика, своевременная
коррекция возникающих отклонений и т. п.).
Однако в целом это сути не меняет, и мы име-
ем дело с понятием, позволяющим предметно
и конкретно квалифицировать образ жизни.
Рассматривая этот аспект здорового поведе-
ния, можно констатировать, что в среднем
уровень медицинской активности у работни-
ков сферы управления характеризуется зна-
ком «-». Большинство респондентов (более
60%) указали, что в случае заболевания или
ухудшения самочувствия предпочитают не
обращаться за профессиональной помощью
(медицинской, психологической), а решать
проблемы самостоятельно; 64% чаще перено-
сят заболевания «на ногах», реже используют
больничный лист; 77% не проводят никаких
профилактических мероприятий; 83% скры-
вают объективную информацию о состоянии
своего здоровья (чаще занимающие высокие
руководящие должности).

Такая экспозиция характерна для населения
в целом (по информации СМИ за 2007 год) и
коррелирует с данными по выборке россий-
ских руководителей [4] (см. таблицу). Пред-
ставленные результаты свидетельствуют
прежде всего о завышенной самооценке воз-
можностей управления здоровьем у насе-
ления, в том числе и руководящих работников.
Нельзя также не принимать во внимание
фактор, отражающий современную тенден-
цию детерминант медицинской активности
населения в условиях рыночной экономики.
По утверждению российских специалистов,
экономически активное население России
в целях поддержания перед работодателем
определенного профессионального имиджа
резко ограничило в последнее время обра-
щаемость за медицинской помощью к специали-
стам [5]. Доля лиц, в течение года пришедших
за профилактической и лечебной помощью
в поликлиники и диспансеры, уменьшилась,

сократилось и число случаев регистрируемой
временной нетрудоспособности населения. То
же характерно и для нашей республики, при-
чем в отношении управленцев как в коммер-
ческом секторе экономики, так и в государ-
ственном. При этом «недолеченная» острая
патология часто влечет возникновение хрони-
ческих заболеваний.

При анализе такого аспекта, как «активность
здоровьесберегающей деятельности, реализа-
ция ЗОЖ», также выявлены противоречия.
Данные свидетельствуют о декларативном ха-
рактере заботы о здоровье средствами здоро-
вого образа жизни (рационального питания,
двигательной активности, отказа от вредных
привычек, стресс-контроля и прочих). Су-
ществующий разрыв между желанием быть
здоровым и реальными усилиями, которые, в
частности, управленцы предпринимают для
его осуществления, отмеченный в предыдущих
наших публикациях [6; 7], также подтвержден
исследованиями других специалистов [8].
Низкий уровень валеологической активности
руководители и менеджеры оправдывают, как
правило, причинами объективного характера,
относящимися к внешним факторам, кото-
рые, в отличие от истинных, «хорошо звучат»:
«дефицит времени из-за большого количества
работы», «наличие других более важных дел»
и т. п. Субъективные предпосылки, а они и
есть истинные детерминанты, такие как «от-
сутствие силы воли», «неумение заботиться о
своем здоровье», «невладение здоровьесбере-
гающими технологиями», указывались лишь
в 12% случаев.

Нам представляется, что именно недостаточ-
ный уровень знаний по здоровьесбережению,
валеологической культуры в целом играет
первостепенную роль в несформированности
мотивации управленцев к соответствующей
деятельности. В качестве источников инфор-
мации о здоровье и здоровом образе жизни
опрошенные респонденты указывают в пер-
вую очередь учреждения образования (шко-
лу, вуз, учреждения системы переподготовки
и повышения квалификации), закономерно
отдавая предпочтение сведениям, получен-
ным в процессе непосредственного общения
(с позиций выживаемости знаний) (53,6%).
Подтверждается тезис, что следовые эффек-
ты живых контактов, личного примера живут



дольше: беседы с тренером в школьные годы, слова лектора, запавшие в память со студенческой скамьи. Можно говорить, что валеологическая активность в той или иной степени базируется на рефлексивном уровне сознания, пополняющемся в течение жизни путем обучения, передачи знаний, интеллектуально-познавательной деятельности.

Вместе с тем в перечисленных источниках информации отсутствует такой источник, как семья. Это говорит о пока еще сниженной роли ячейки общества в прививании валеологических знаний, умений и навыков, мотивации к ведению здорового образа жизни. Данный тезис подтверждается и анализом ответов молодежи (результаты опроса студентов и слушателей Академии управления). Очевидно, что отсутствие примера старшего поколения применительно к здоровьесбережению мы впоследствии транслируем своим детям, будучи уже сами родителями. Если на бытовом уровне не воспитывать валеологическую активность, то она и остается в повседневной жизни в большей степени декларативной. Именно бытийный уровень сознания проявляется в общении и поведении людей и является наблюдаемым, поскольку, будучи базовым, он усваивается в детстве и соблюдается в дальнейшем бессознательно, а, согласно научным данным, бессознательно определяет до 92–98% поведения человека.

Сложность заключается в том, что индивид и общество в целом могут усвоить некоторые ценности на рефлексивном уровне сознания, обсуждать их, декларировать и приветствовать, но при этом сохранять прежнее традиционное бытийное сознание, прежнее поведение. Это ярко прослеживается на примере вредных привычек. Подтверждением служат и собственные исследования, и данные сравнительных исследований российских ученых (на примере китайских и российских студентов) [9]. Так, у российских студентов, представляющих регион, к которому относятся и белорусы, заметно выше показатели частоты употребления никотина и алкоголя, чем у китайских, при этом они оценивают свое здоровье как более благополучное и чаще используют различные модели здоровьесберегающей деятельности. Еще одно противоречие: значительная автономная мотивация к здоровьесберегающему поведению (например, отме-

Сравнительные показатели медицинской активности населения Республики Беларусь и работников управления

Население Республики Беларусь (1500 респондентов, данные СМИ)		Работники сферы управления (руководители, специалисты)	
При недомогании обязательно обращаются к врачу	17%	В случае ухудшения самочувствия не обращают на это внимание	30%
Скорее да, чем нет	33%	Стремятся избежать новой информации о состоянии своего здоровья	30%
Не обращаются к врачу	50%		
За последний год ни разу не обращались к врачу	27%	Не обращаются за квалифицированной помощью в случае недомогания, считая явление временным	50%
Считают свое здоровье «отличным»	5%	Занимаются «самолечением» на основании прошлого опыта, пользуясь советами друзей, знакомых	50%
Считают свое здоровье «хорошим»	27%		

чаемое стремление к правильному питанию) у российских студентов сочетается с такими же высокими показателями здоровьеразрушающего поведения (тем же курением). Похожие тенденции мы отмечаем и у белорусских студентов, например неэффективное сочетание занятий физкультурой (спортом) и курения; наличие субъективного чувства благополучия при этом пристрастии, несмотря на знание о пагубном его воздействии на здоровье, желание запретить курение своим будущим детям и собственная приверженность этой вредной привычке и т. п.

Анализ причин сниженной двигательной активности молодежи (лишь 18% юношей и 20,5% девушек часть своего свободного времени «регулярно» используют для занятий физическими упражнениями) свидетельствует, что недооценка этого важнейшего фактора ЗОЖ вызвана прежде всего несформированностью личной мотивации. Необходимость получения зачета по физической культуре для большинства является основным и иногда единственным стимулом посещения регламентированных занятий. Немаловажными обстоятельствами, препятствующими проявлению большей физкультурно-спортивной активности, студенты считают отсутствие компании, разделяющей спортивные интересы (в среднем 25%), и недостаток свободного времени (21,7%). Однако свыше половины молодых людей указали на отсутствие привычки к самостоятельным занятиям физической культурой. Согласно исследованиям специалистов,

подавляющее большинство опрошенных родителей в Беларуси считают формирование ЗОЖ обязательным условием физического и духовного развития личности ребенка, признают ключевую роль занятий физическими упражнениями в этом вопросе. Вместе с тем только 29,9% из них сами занимаются физкультурой и являются для своих детей примером и консультантами в данном смысле. Регулярно выполняют физические упражнения со своими детьми 19,8%, лишь в отдельных семьях (6,3%) эти занятия разносторонние: дети катаются зимой на санках, коньках, лыжах, посещают с родителями спортивные сооружения, секции и кружки по видам спорта.

Эти и ряд других исследований дают основания утверждать, что на современном этапе поиск путей со стороны учебных учреждений, общественных и государственных структур к привлечению семьи как эффективного инструмента формирования органичной потребности индивида в сохранении здоровья на всем протяжении жизненного пути становится важнейшим условием оздоровления населения в нашей республике. Это подчеркнуто и в вышеназванном выступлении Президента Беларуси.

ВРЕД ДВОЙСТВЕННОЙ МОРАЛИ

Используя схему профессора Г.С. Никифорова, мы построили психологический профиль причин противоречивого проявления отношения управленцев к ЗОЖ:

- потребность в здоровье актуализируется, как правило, в случае его потери или по мере утраты. В состоянии полного благополучия потребность в здоровье выпадает из поля зрения человека, и он не склонен заботиться о сохранении того, что кажется нерушимым (позиция 44% обследованных работников управления);
- действие механизмов психологической защиты по принципу отрицания, который заключается в блокировании негативной информации о здоровье «на входе» (например, «этого не может быть»), или в стремлении избежать знакомства с ней (например, предложение оценить свой уровень здоровья 18% управленцев считают пустой тратой времени – «я и так знаю, что совершенно здоров»).

Механизм рационализации как психологической защиты используется для оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне (оправдание нездорового поведения);

- установка на пассивное отношение к здоровью, находящая отражение в рассуждениях типа «если человеку суждено заболеть, что бы он ни делал, все равно заболеет», обуславливает соответствующее поведение, которое рано или поздно приводит к ослаблению здоровья. Основная причина такого подхода – недостаток необходимых знаний о здоровье, способах его укрепления и сохранения (позиция 43% обследованных управленцев);
- влияние прошлого опыта, из которого в процессе индивидуального развития складывается значительная часть самосохранительного поведения. В первую очередь это объясняется избирательностью восприятия информации, поступающей из различных источников: если она не совпадает со сложившимися представлениями, то она отторгается или подвергается критике. Например, сведения о состоянии своего здоровья, которые слушатели института государственной службы получают на занятии, они оценивают по-разному. В 16% случаев в ответ на неудовлетворяющую информацию проявляется стремление утаить полученные результаты от огласки, придать им шуточный оттенок, защитная реакция в виде заявлений вроде «это необъективная методика», «эти приборы неисправные» и т. п.;
- эффект теории реактивности, гласящей: чем строже запрет, тем сильнее желание его нарушить (например, бравада курением в запретном месте или после предоставления информации о его вреде – в данной позиции признаются 12% управленцев);
- особенности социального микро- и макроокружения. Социальное одобрение выступает сильнейшим мотивирующим фактором, заставляющим нарушать принципы ЗОЖ в угоду компании. Порой люди готовы терпеть даже физический дискомфорт, скажем неприятные ощущения от курения или употребления алкоголя, лишь бы «не отрываться от коллектива» (позиция 9% управленцев). Наши исследования также показывают, что в организационной среде отмечена взаимосвязь между наличием вредных привычек у

ЛИТЕРАТУРА

1. Касперович, Е.В. Проблемы в формировании здорового образа жизни / Е.В. Касперович, Н.В. Богданчик // Здоровый образ жизни: сб. ст. /Ред. кол.: В.М. Киселев. – Вып. 3. – Мн.: БГУ, 2005. – С. 49.
2. Доклад академика В.Р. Кучмы «Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.» на Пленуме Всероссийской конференции с международным участием «Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи» (Москва 15.05–17.05.2006).



руководства и подчиненных. Число «дымящих» работников при некурящем руководителе значительно ниже, чем при начальстве, которое подвержено этому пороку;

- действие эффекта задержанной обратной связи. Люди предпочитают не обременять себя заботой о здоровье, поскольку результат от затраченных усилий очевиден не сразу (позиция 12%).

Представляется, что для преодоления декларативности здоровьесбережения и перехода к реализационно-практическому воплощению ЗОЖ на современном этапе необходимо определенное административное принуждение. Сейчас возникает не только новая, но и принципиально отличная от прежних времен ситуация. В системе рыночных отношений здоровье становится базовым свойством человека, его субъективной ценностью, экономическим фактором, поэтому важнейшая задача – выработать социально-психологическую установку на возрастающую роль взаимной ответственности за здоровье как со стороны непосредственного руководителя, так и со стороны управляемого персонала. Специалистами в области общественного здоровья предприняты попытки продвижения новой политики в этой области. В частности, подчеркивается, что категория «здоровье работника» должна иметь экономическую ценность наряду с эффективностью производства. На наш взгляд, в частности, низкий уровень мотивированности управленцев на сохранение здоровья вызван в немалой степени отсутствием четкой регламентации в инструктивных документах по критерию профессионального здоровья при оценке профпригодности к руководящей должности. По-видимому, это обусловлено и слабой научно-методической проработанностью данного вопроса, когда в качествах руководителя наряду с высокими моральными стандартами упоминаются лишь абстрактные «физическое и психологическое здоровье» [10]. С другой стороны, еще Авиценна утверждал, что понятия физического и психического здоровья неразделимы. По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это полное физическое, душевное и социальное благополучие человека.

Мотивацию готовящегося резерва управленческих кадров к улучшению здоровья целе-

сообразно формировать именно через связь последнего с успешностью профессиональной деятельности. Ассоциация наличия хорошего самочувствия, отменных физических кондиций с карьерным ростом, развитием благоприятных межличностных отношений, продвижением по службе может служить действенным рычагом осуществления побуждений к здоровьесбережению.

При подборе инновационных подходов к формированию мотивации целесообразно воспользоваться имеющейся значительной базой для экспериментальных исследований в этой области, касающихся, в частности, того, как воспринимается здоровое поведение в молодежной среде, во взрослом обществе, в корпоративном профессиональном общении, какие знаковые функции здоровье выполняет в обществе и т. д.

Таким образом, проблема на сегодняшний день имеет определенную «заикленность»: уровень валеологической образованности и валеологической культуры в целом остается достаточно низким, поскольку не подкреплен мотивами личности, складывающимися в процессе ее эволюции в обществе, а отсутствие мотивации, в свою очередь, связано с недостаточной валеологической образованностью и культурой, обеспечиваемыми учреждениями образования. С этой точки зрения нельзя не признать, что высокое качество образования управленческих кадров как значимая мера политики государства способна стать одной из составляющих обеспечения достойного уровня национального здоровья.

Закончить хотелось бы словами профессора А.Г. Щедриной: «Размышления над проблемой здорового (разумного) образа жизни позволяют рассматривать ее шире, чем решение чисто здоровьесберегающих вопросов; это проблема организации всего стиля жизни человека, его поведения... Здоровый образ жизни человека зависит как от участия государства, его социальной политики, позволяющей создать человеку достойные условия жизнедеятельности, гарантирующие социальную безопасность, так и от личной активности самого человека. Двойственная мораль в оправдании поступков, наносящих вред здоровью, является одним из главнейших факторов, препятствующих оздоровлению нации» [11]. ■

3. Весті Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Спец. вып. – Мн., 2007.
4. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
5. Психология профессионального здоровья: Учебное пособие / Под ред. профессора Г.С. Никифорова. – СПб.: ООО «Речь», 2006. – 480 с.
6. Рафикова, А.Р. Формирование навыка сохранения здоровья как перспектива подготовки кадрового резерва / А.Р. Рафикова // Кіраванне ў адукацыі. – 2006. – № 7. – С. 26–30.
7. Князев, С.Н. Здоровьесбережение как приоритет для построения сильного и процветающего государства / С.Н. Князев, И.И. Ганчуренко, А.Р. Рафикова, И.И. Лосева // Адукацыя і выхаванне. – 2007. – № 8. – С. 38–42.
8. Хотунцев, Ю.Л. Проблема формирования технологической культуры учащихся / Ю.Л. Хотунцев // Педагогика. – 2006. – № 4. – С. 13.
9. Лебедева, Н.М. Культурно-психологические особенности отношения к здоровью российских и китайских студентов / Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко, В.И. Чирков, Ц. Лю // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28. – № 4. – С. 64–74.
10. Веснин, В.Р. Менеджмент в схемах и определениях. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007. – 120 с.
11. Щедрина, А.Г. Здоровый образ жизни: методологические, социальные, биологические, медицинские, психологические, педагогические, экологические аспекты / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: ООО «Альфа-Виста», 2007. – 144 с.