

Психолого-педагогическая модель формирования самосохранительного поведения у детей с ОВЗ

С.В. Летуновская

ведущий научный сотрудник

Московского городского психолого-педагогического университета

Статья посвящена актуальной проблеме поиска путей сохранения здоровья людьми, имеющими дефекты развития. Установлено, что болезни современного человека обусловлены, в большей степени, его неверным поведением в области своего здоровья, чем иными факторами. Впервые предлагается базовая модель формирования самосохранительного поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: *здоровье, самосохранительное поведение, дети с ограниченными возможностями здоровья, психолого-педагогическая модель его формирования.*

Актуальность проблемы формирования самосохранительного поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья не вызывает сомнения, поскольку, с одной стороны, касается одного из наиболее важных как для государства в целом, так и для отдельного человека вопроса сбережения своего здоровья, а с другой, затрагивает в этом плане группу лиц, для которых такая деятельность требует особых усилий из-за имеющихся в нем нарушений.

Именно неправильное поведение, как убедительно показывают результаты исследований, в большей степени, чем экономические, экологические и иные факторы вызывает наиболее распространенные и серьезные на сегодняшний день заболевания. Кроме того, прогноз относительно главных причин смертности на ближайшие двадцать лет, представленный в докладе Всемирной организации здравоохранения «Burdens of Disease», позволяет говорить, что такая ситуация будет характерна и для ближайшего будущего [9; 18; и др.].

От природы мы получаем некоторые поведенческие стратегии, которые позволяют противостоять вредящим здоровью факторам. Вместе с тем, значительная их часть формируется в ходе социализации. Верные образцы поведения, позволяющие сохранять свое здоровье, ребенку должны дать, в первую очередь, в семье, в образовательных учреждениях, через средства массовой информации, специальные службы (здравоохранения, психологической помощи и т. д.). Особая роль отводится государству, его целенаправленной политике в этой области: разработке и внедрению соответствующей концепции, законов, документов, программ и т. д.

К сожалению, как подчеркивают И.В. Журавлева, О.Ю. Малоземов, Ю.И. Громыко, С.С. Кашуркина и другие исследователи, ни один из перечисленных источников не выполняет на сегодняшний день своей задачи [8; 10; 12]. Специальный анализ средств массовой информации в плане формирования у человека возможностей по

сохранению и укреплению им своего здоровья показывает, что они в настоящее время руководствуются в большей степени коммерческим интересом: даже если сведения могут нанести вред людям, они появляются в газете, интернете, телевизионной и радиопрограмме. Наибольшую озабоченность вызывает реклама в СМИ, которая в большинстве своем представляет пропаганду антиздоровья. Газетные статьи имеют чаще всего деструктивный характер и несут негативную информацию о здоровье населения; позиция, когда индивид является субъектом, создающим свое здоровье, практически полностью отсутствует в публикациях.

Большинство родителей, как правило, не обладают необходимыми знаниями, умениями, навыками в этой области, по-настоящему не ценят своего здоровья, редко занимаются профилактикой и т. д.

Данная деятельность в средних общеобразовательных учреждениях малоэффективна. Учителя сами недостаточно осведомлены в этой области и не подают часто необходимого примера. Но «прежде всего, — указывает И.В. Журавлева, — необходимо отметить, что современная школа (как, прочем, и государственная социальная политика в целом) не имеет концепции сохранения и развития здоровья, воспитания у детей осознанного отношения к собственному здоровью и соответствующих навыков для его поддержания и совершенствования» [8, с. 280]».

В результате, как установлено в социологических, медицинских и экономических научных работах М.Ю. Абросимовой, И.Б. Назаровой, Т.В. Поздеевой, М.Б. Волковой, И.В. Журавлевой и др., самосохранительное поведение взрослого населения нашей страны оказывается на весьма низком уровне развития [1; 3; 6; 14; 16; и др.].

Если говорить об осуществлении такой деятельности в специальных образовательных учреждениях, где наряду с массовыми обучаются и дети с ОВЗ, то целенаправленная работа в данном направлении, согласно анализу программ обучения, тоже не ведется, и можно предположить, что в необходимом объеме самосохранительное поведение у выпускников не формируется. Это допущение основано на понимании, что для этих учащихся получение необходимых знаний, навыков требует еще больших усилий, чем для их сверстников из массовых школ, т. е. при стихийном освоении будет еще более затруднительным. Кроме того, это подтверждают и результаты наших исследований, в процессе которых рассматривалось данное поведение у старшеклассников с интеллектуальной недостаточностью (специальные коррекционные (образовательные) учреждения VIII вида). Несмотря на то что с ними часто, в связи со сложностью дефекта, обсуждают вопросы сохранения и укрепления здоровья, при существующем обучении и воспитании полноценного овладения ими самосохранительным поведением не происходит [11].

Как показывает анализ научных исследований, непосредственно касающихся данного поведения, созданию концепции его формирования у подрастающего поколения в целом и у детей с ОВЗ, в частности, препятствует недостаточная теоретическая изученность проблемы в психолого-педагогических исследованиях. Практически все работы, целенаправленно рассматривающие самосохранительное поведе-

ние*, выполнены в русле решения задач социологии, демографии, медицины, экономики и посвящены лицам от 15 лет и старше, не имеющим отклонений в развитии. Ряд ее аспектов в отношении аномальных учащихся обсуждается в исследованиях по коррекционной педагогике и психологии: формирование ценности здоровья и здорового образа жизни, профилактика и коррекция действий, вредящих здоровью, технологии приобщения учащихся к здоровому образу жизни, особенности развития и формирования некоторых общих жизненных навыков и т. д. Однако описания психолого-педагогической модели изучаемого поведения, которая включала бы в себя рассмотрение ключевых понятий, механизма, условий, факторов его функционирования и овладения, источников становления, цели, основных направлений мы не встретили ни в отношении детей с нарушениями развития, ни их сверстников, не имеющих таких дефектов. Вместе с тем, эти сведения необходимы для поиска путей целенаправленного формирования самосохранительного поведения у детей с ОВЗ.

Конструирование такой модели и является целью настоящей статьи. Поскольку данная группа воспитанников чрезвычайно неоднородна, речь пойдет о базовых элементах, которые могут быть использованы в дальнейшем в качестве основы при создании методик работы с учащимися конкретной категории (с нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой и комплексными нарушениями развития и т. д.).

В первую очередь, важно определиться с ключевым понятием искомой модели: что представляет собой самосохранительное поведение. Его имеющиеся формулировки предложены социологами и отражают область анализируемого объекта, которая изучается данной наукой; они же используются и в исследованиях по медицине, демографии, экономике. В большинстве работ показано, что такое поведение представляет собой «систему действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни человека», «систему действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни» (А.И. Антонов, И.В. Журавлева, М. Ю. Абросимова, Т.В. Поздеева, Л.С. Сафиуллина и др.) [1; 3; 8; 16; 17]. На наш взгляд, такое объяснение не совсем удачно для психолого-педагогической модели формирования рассматриваемого поведения, поскольку не совсем ясно показывает конечную цель его развития у подрастающего поколения.

Уточнению понятия может способствовать обращение к современным взглядам на здоровье человека. Ранее под ним подразумевали исключительно соматическое и физическое состояния. Однако впоследствии ученые отметили, что они всегда так или иначе связаны с его психологическим и социальным состоянием. Такие подходы привели к тому, что в последние десятилетия содержание термина «здоровье» стало трактоваться по-иному. Так, в наиболее часто цитируемом определении, представленном в документах ВОЗ, отмечается, что оно представляет собой состояние

* Исследователи пользуются терминологией: «самосохранительное», «здоровьесберегающее», «здоровьехранительное», «витальное», «здоровьесохранительное». Анализ представленных определений позволяет говорить об их синонимичности.

полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов. Исследователи все чаще характеризуют его как категорию, в значительной степени связанную с благополучием, с состоянием гармонии. В частности, И.И. Брехман в содержание понятия «здоровье» включает физическую, социальную, психологическую гармонию человека, доброжелательные, спокойные отношения с людьми, с природой и самим собой [4]. В.А. Ананьев подчеркивает, что здоровье — это, прежде всего, целостность, гармоничное равновесие физиологических, психических и социальных аспектов индивида [2]. Важно понимание, что гармония проявляется не в том, что у человека отсутствуют болезненные проявления, он полностью находится в ладу с собой и окружающим, а в состоянии, при котором им найдено максимально возможное равновесие между различными аспектами здоровья, при котором его организм оптимально функционирует. Иначе те, кто имеет отклонения в развитии (скажем, интеллектуальное, сенсорное нарушение) или какой-либо физический недостаток, уже никогда не могут считаться здоровыми. Вместе с тем, известно немало случаев, когда люди, имея какой-либо дефект, живут абсолютно полноценной жизнью и ощущают себя таковыми.

Исходя из вышесказанного, можно в качестве рабочего определения для психолого-педагогической модели предложить следующую формулировку самосохранительного поведения: оно представляет собой поведение, позволяющее человеку максимально сохранить состояние гармонии, равновесия в физическом, душевном и социальном планах.

Так, например, при покупке костюма индивид будет пытаться найти вариант, понравившейся ему (психологический аспект здоровья), не нарушающий норм по одежде, принятых в обществе (социальный) и с отсутствием в нем того, что может отрицательно повлиять на соматическое состояние: вредная для здоровья ткань, не подходящий размер и т. п. Подбирая новую работу, будет стараться максимально соотнести интересы свои и семьи, общества, степень ее воздействия на его физическое состояние и т. п.

Соответственно, цель формирования у детей данного поведения — научить их в процессе жизнедеятельности выбирать и применять такие варианты поведения, которые позволяли бы им находиться в состоянии максимальной гармонии в физическом, психологическом и нравственном планах.

Используя в качестве основы классификации различные признаки, можно выделить несколько типов самосохранительного поведения:

- по аспектам здоровья — поведение в области физического, психологического (духовного) и нравственного (социального) здоровья. Речь идет о том, какой его вид представлен в большей степени. Но поскольку все стороны рассматриваемого поведения взаимосвязаны, такое деление условно и не всегда возможно;
- по направленности — восстанавливающее, когда произошел сбой в здоровье и профилактическое — для его недопущения.

Кроме того, можно говорить о его позитивных видах — они направлены на сохранение и укрепление здоровья, и негативных — когда индивид предпочитает смерть возможной или условной перспективе неполноценной в физиологическом, психологическом, социальном или ином отношениях жизни.

Бывают врожденные формы самосохранительного поведения, которые имеют генетическую основу и практически не поддаются изменениям. Когда речь идет о формировании данного поведения, то подразумеваются приобретенные его формы. Именно их и развивают в процессе научения.

Для выделения основных направлений и оптимальных условий организации деятельности по его целенаправленному развитию важно понимание его структуры, механизма и основных условий становления и функционирования.

Самосохранительное поведение — это один из видов поведения, следовательно, к нему можно отнести и все его основные характеристики.

Любой поведенческий акт, согласно концепции функциональных систем П.К. Анохина, имеет ряд определенных взаимосвязанных звеньев, происходящих в центральной нервной системе [7]. Если рассмотреть их в плане изучаемого поведения, то этапы его развертывания можно представить следующим образом:

а) Возникновение ситуации, при которой создается необходимость сохранения человеком своего здоровья;

б) После ее осознания появляется мотивация; на основе синтеза и анализа необходимой информации происходит формирование программы поведения (подбор возможных вариантов решения, выбор наиболее эффективного, планирование его выполнения) по устранению нарушения здоровья или по профилактике отклонений в нем;

в) Реализация выбранной программы поведения;

г) Сопоставление полученного результата с желаемым. В случае совпадения — прекращение активности, а если этого не произошло — формирование новой или повторение созданной до этого программы поведения.

Таким образом, одним из основных условий полноценного функционирования данного механизма является наличие у человека потребности в сохранении своего здоровья, той гармонии, о которой шла речь выше. Такая потребность должна появиться в ответ на ситуацию, нарушающую равновесие организма при возникновении проблем или при желании не допустить их. Именно она и приводит к развертыванию самосохранительного поведения.

Потребность не появится, если индивид не ценит свое здоровье, все его аспекты. Такая ценность имеет своеобразие: часто по-настоящему осознается только в случае уже появления проблем. Человек стремится занять престижную должность, хотя понимает, что это может вызвать отклонения в психологическом и соматическом здоровье; брать взятки, думая о материальном достатке, а не о том, что постепенно можно потерять друзей, уважение окружающих и т. п.

Еще одним важным условием нормального становления поведения в области сохранения и укрепления здоровья является умение адекватно оценивать его состояния и свои возможности. Самооценка выполняет три основные функции: регулятивную, оценочную и прогностическую. Неадекватно завышенная самооценка («У меня все хорошо» либо «У меня не так все плохо»), скорее всего, повлечет за собой отсутствие действий или неверное поведение. Заниженная («У меня все совсем плохо») — к неправильным действиям, в том числе к чрезмерному, порой уже вредящему здо-

ровью, увлечению профилактикой. Интересен тот факт, что самооценка людьми своего здоровья довольно точно, как показывает в своем исследовании И.В. Журавлева, соответствует его объективной характеристике [8]. Этот момент оказывается весьма важным особенно в отношении тех, кто сообщает о наличии проблем в здоровье, но при этом не стремится их решить, т. е. возможной группе риска.

Полноценное функционирование самосохранительного поведения невозможно и без определенных знаний в этой области: о воздействующих на него положительных и отрицательных факторах (в том числе о вредящих ему действиях), о признаках нарушений разных видов здоровья, путях их восстановления и профилактики, субъектах помощи, источниках получения недостающей информации и т. д. Как было показано выше, здоровье людей представляет собой категорию, связанную с состоянием гармонии между физической, психической и социальной сферами. Исходя из этого, весьма важным является и понимание индивидом при выборе варианта поведения, что нарушение в одной из них рано или поздно приведет к проблемам в другой, что свое здоровье можно сохранить, только стремясь к благополучию в каждой из них, к гармонии между ними.

В качестве основных регуляторов рассматриваемого поведения выступают социальные нормы, образованные в процессе социального взаимодействия. Это определенные правила, стандарты, выработанные обществом, социальной группой. Недостаточно просто знать их. Чтобы они воплотились в поведении, важно наличие социальных установок (аттитюдов), а в свете нашего исследования — валеоустановок. Каждая из них включает в себя три компонента: знания (когнитивный), положительное отношение к получаемой информации (аффективный) и намерение поступать тем или иным образом (поведенческий). Валеоустановки представляют собой, по мнению О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова, группу феноменов, которые обеспечивают регуляцию здоровья на индивидуально-личностном уровне. Показано, что именно от них во многом зависят особенности восприятия, отношения и реагирования человека на возникающую ситуацию, связанную со здоровьем, в том числе выбор мотива [5].

Для полноценного развертывания самосохранительного поведения важно и наличие соответствующих умений и навыков по исполнению задуманного. Сюда можно, например, отнести гигиенические навыки, владение техниками снятия стресса, способами выхода из конфликтных ситуаций, различными вариантами поиска недостающей информации и др.

Рассматривая механизм данного поведения, важно остановиться на характеристике внутренней (психической) активности, которая выполняет побудительную, познавательную и регулятивную функции и имеет важное значение на всех этапах его функционирования. Исходя из представлений современной психологии, можно говорить, что рассматриваемое поведение, как и любое другое, управляется, регулируется и контролируется сознанием, функционирующим на основе сенсорных, интеллектуальных, эмоциональных и волевых процессов. Ведущими являются высшие познавательные процессы — воображение и мышление. Благодаря им, создается образ будущего объекта. Материалом для его построения становится информация,

представляемая сенсорными и перцептивными процессами — ощущениями и восприятиями. Кроме того, немаловажная роль принадлежит вниманию, воле, чувствам. Первое направляет и сосредоточивает сознание на необходимых предметах и явлениях, второе — помогает преодолевать препятствия, возникающие на пути к достижению поставленной цели, проявлять усилия, необходимые для осуществления задуманного. Чувства побуждают к активности, определяют отношение индивида к ней и к ее результатам.

Анализ научной литературы, касающейся вопросов здоровья, дает основание выделить еще одно важное условие полноценного развертывания механизма самосохранительного поведения. Речь идет о так называемых персональных ресурсах здоровья. Известно, что на него постоянно воздействуют разнообразные отрицательные факторы, которые могут вызвать проблемы. В ряде исследований показано, что противодействовать им людям помогают так называемые ресурсы здоровья, среди которых наиболее значимые — персональные. Это личностные силы, которые дают возможность человеку преодолевать воздействие отрицательно действующих на здоровье факторов. К ним относят инструментализм против фатализма, самостоятельность против наученной беспомощности, общие жизненные навыки в области здоровья и др. Детальный анализ проблемы развития последних у учащихся был проведен Всемирной организацией здравоохранения [13]. Они рассматриваются как способности к адаптации и практике безопасного поведения, компетенции, позволяющие людям эффективно решать самые разнообразные проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни, что дает возможность сохранять и укреплять здоровье. Установлено, что независимо от того, в какой стране проживает ребенок, у него важно развитие трех групп жизненных навыков: коммуникации и межличностного общения, принятия решений и критического мышления, навыков самоуправления и решения проблем. При этом каждая группа включает в себя ряд компонентов. В частности, навык коммуникации и межличностного общения состоит из навыков межличностного общения, ведения переговоров/отказа, сопереживания/эмпатии, сотрудничества и коллективной/групповой работы, пропаганды/защиты интересов.

Таким образом, можно говорить, что основными направлениями деятельности по целенаправленному развитию у детей с ОВЗ самосохранительного поведения являются формирование у них потребности в восстановлении и профилактики отклонений в здоровье; осознания ценности каждого его вида, адекватной самооценки состояния; валеоустановок, умений и навыков в области здоровья; персональных ресурсов.

Исходя из представленного выше механизма его развертывания при создании системы его формирования у группы воспитанников с конкретным нарушением важно ориентироваться на своеобразие их психического и личностного развития.

Для полноценного овладения школьниками изучаемым поведением необходим учет ряда других условий, в которых организуется процесс его формирования. Он будет успешным, если взрослые, участвующие в этом, знают все основные источники, взаимодействуя с которыми ребенок может получать образцы самосохранительного поведения, учиться правильно его оценивать, осознавать ценность и т. д. Это важно для видения общей картины, понимания степени воздействия таких субъек-

тов, установления связей между положительно влияющими на его освоение источниками с целью повышения эффективности деятельности, для выбора наиболее оптимальных вариантов собственной работы и т. д.

Источниками его развития могут быть все те, кто так или иначе, контактируя с индивидом, способствует овладению им перечисленными выше компонентами рассматриваемого поведения. Но, в первую очередь, это члены семьи и значимые взрослые, сверстники, образовательные учреждения, государственные и негосударственные службы, связанные со здоровьем человека (здравоохранения, наркологическая, психологической помощи, религиозные организации и др.), печатные и электронные СМИ, кумиры, представители культуры и искусства, разнообразные группы и общества (спортивная команда, клубы по интересам, в частности, фанатские) и т. д. При этом важно не только вычленить основных агентов, но и учесть, что на разных возрастных этапах их состав специфичен (например, в начале развития — это члены семьи, в подростковом — прежде всего, сверстники, а затем уже родители, родственники, соседи, учителя и др.). Кроме того, по своей роли они различаются в зависимости от того, насколько значимы для человека, как строятся с ними отношения, в каком направлении и какими средствами они оказывают свое влияние, насколько поддаются регуляции.

Еще одним немаловажным условием, которое нужно учитывать при формировании самосохранительного поведения у различных категорий школьников с ОВЗ, является выделение основных факторов, которые воздействуют на процесс его становления и функционирования.

Все их можно условно разделить на две группы. Воздействие первых придает поведению целых групп людей определенное своеобразие, что важно учитывать при подготовке концепций, программ, методических материалов для конкретных городов, районов, общества в целом. Это особенности региона, климата, географического положения, социальных условий, в которых живет население, и т. д. Так, в частности, В.А. Мудрик приводит мнение Мишеля Монтеня, который полагает, что люди в зависимости от климата могут быть более или менее воинственными, склонными к послушанию или непослушанию, к наукам или искусствам и т. п. [15]. В некоторых педагогических научных работах косвенно представлены сведения об особенностях ценностной направленности на здоровьесбережение у детей, своеобразии их здорового образа жизни и процесса его формирования, связанные географическим положением, с культурой их народа, типа поселения (село, город, поселок и т. д.) [17; и др.].

Факторы второй группы могут повлиять на становление самосохранительного поведения конкретного человека вне зависимости от места и времени его проживания, содействуя его развитию или мешая ему. К ним можно отнести возраст, пол, стиль семейного воспитания, структуру семьи, ее социально-экономическое положение, изоляцию от сверстников, количество контактов с ними, успеваемость в школе, особенности ее среды и др. Некоторые такие данные представлены в отношении различных групп детей с ОВЗ в специальной литературе, в частности, влияние семейных факторов на возникновение действий, вредящих здоровью. К сожалению, имеющихся на сегодняшний день сведений по этому направлению явно недостаточно.

Весьма важным для разработки методик формирования самосохранительного поведения у подрастающего поколения имеет и представление, какие механизмы задействованы в этом процессе. В современных научных работах показаны различные варианты механизма социализации, посредством которых ребенок усваивает социальный опыт. Их, на наш взгляд, можно применить и в отношении рассматриваемого поведения. Наиболее интересным является обобщение имеющихся данных, представленное в книге В.А. Мудрик, поскольку такие механизмы рассмотрены с точки зрения обучения, возможности использования в процессе воспитания человека на разных возрастных этапах [15]. Автор выделяет:

импринтинг (запечатление) — фиксирование ребенком на рецепторном и подсознательном уровнях особенностей воздействующих на него жизненно важных объектов,

экзистенциальный нажим — овладение языком и неосознаваемое усвоение норм социального поведения, обязательных в процессе взаимодействия со значимыми людьми,

подражание — следование какому-либо примеру, образцу (один из путей произвольного, но чаще всего непроизвольного усвоения социального опыта),

идентификацию (отождествление) — процесс неосознаваемого отождествления индивида себя с другим человеком, группой, образцом,

рефлексию — внутренний диалог, в процессе которого индивид рассматривает, оценивает, принимает или отвергает те или иные ценности, свойственные различным институтам общества, значимым лицам и др. Бывает внутренний диалог между различными Я человека, с реальными или вымышленными лицами и др. С помощью этого механизма люди могут формироваться и изменяться в результате осознания и переживания ими той реальности, в которой живут, своего места в ней, себя самих.

Кроме того, автор подчеркивает, что в зависимости от того, с кем взаимодействует человек, механизм присвоения может быть нескольких видов.

1. Традиционный. Действует при усвоении опыта, характерного для семьи и ближайшего окружения. Идет, как правило, на неосознанном уровне с помощью запечатления, некритического восприятия господствующих стереотипов. Работая с ребенком, важно помнить, что усвоенные таким способом нормы, эталоны поведения могут войти в противоречие со знаниями, которые предлагаются ему в процессе воспитания. Кроме того, приобретенное в детстве, а затем забытое, в связи с изменившимися условиями может неожиданно проявиться в поведении человека.

2. Институциональный. Наблюдается в ходе взаимодействия с различными социальными институтами и организациями. У ребенка накапливаются знания и опыт социально одобряемого поведения, а также опыт его имитации, конфликтного (бесконфликтного) избегания выполнения социальных норм.

3. Стилизованный. Функционирует в рамках определенной субкультуры. Его наличие у индивида будет зависеть от значимости для него данной группы.

4. Межличностный. Наблюдается при взаимодействии личности с субъективно значимыми для него людьми. В качестве основы — психологический механизм межличностного переноса, идентификации и т. д. Следует иметь в виду, что общение со

значимыми лицами может отличаться от влияния, какое оказывает на него группа или организация, в которую входит данный значимый человек. Поэтому рекомендуется выделять межличностный механизм социализации как специфический.

Данный материал — первая попытка рассмотрения вопроса формирования самосохранительного поведения, играющего весьма важную роль в сохранении здоровья у детей, имеющих дефекты развития, в связи с чем встает больше вопросов, чем получено ответов. Более детальное изучение заявленной темы — цель наших дальнейших исследований, а также тех специалистов, которых она волнует.

Литература

1. *Абросимова М.Ю.* Состояние здоровья и самосохранительное поведение молодежи: Комплексное медико-социальное исследование по материалам Республики Татарстан: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Казань, 2005.
2. *Ананьев В.А.* Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб., 2006.
3. *Антонов А.И.* Самосохранительное поведение // Народонаселение: энциклопедический словарь. М., 1994.
4. *Брехман И.И.* Валеология — наука о здоровье. М., 1990.
5. *Васильева О.С., Филатов Ф.Р.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М., 2001.
6. *Волкова М.Б.* Здравоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: Автореф. дисс. ... канд. соц. наук. Саратов, 2005.
7. *Данилова Н.Н., Крылова А.Л.* Физиология высшей нервной деятельности. М., 1997.
8. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью как социокультурный феномен: Дисс. ... д-ра соц. наук. М., 2005.
9. Здоровье молодых людей и окружающая их среда. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг. // Политика здравоохранения в отношении детей и подростков. 2007. № 4. Электронная версия: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf.
10. *Кашуркина С.С.* Самосохранительное поведение детей и молодежи в современном российском обществе: Дисс. ... канд. соц. наук. Казань, 2006.
11. *Летуновская С.В.* О необходимости проведения специальной работы с умственно отсталыми детьми по формированию у них здоровьесберегающего поведения // Сб. мат-лов Всероссийск. науч.-практич. конф. «Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития у детей: коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья (Москва, 17–18 октября 2011 г.)». М., 2011.
12. *Малоземов О.Ю., Громько Ю.И.* Здоровьесбережение: социальные и психолого-педагогические аспекты: Учеб. пособие. Екатеринбург, 2006.

13. Навыки, необходимые для здоровья. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.who.int/school_youth_health/media/sch_skills4health_russian.pdf.
14. *Назарова И.Б.* Здоровье и самосохранительное поведение занятого населения в России: Дисс. ... д-ра экон. наук. М., 2007.
15. *Мудрик А.В.* Социальная педагогика: Учеб. для студ. пед. вузов / Под ред. В.А. Слостенина. М., 2000.
16. *Поздеева Т.В.* Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2008.
17. *Сафиуллина Л.С.* Состояние здоровья и самосохранительное поведение учащихся подростков, проживающих в большом городе (комплексное социально-гигиеническое исследование): Дисс. ... канд. мед. наук. Казань, 2003.
18. World Health Statistics 2011 Электронная версия: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>.