

УДК 316.622

UDC 316.622

**САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ КАК
ВНЕЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКТОР
СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ
В ЗАРУБЕЖНОЙ СОЦИОЛОГИИ****SELF-PRESERVATION
BEHAVIOR AS A
NON-ECONOMIC FACTOR
OF SOCIAL WELL-BEING
IN INTERNATIONAL SOCIOLOGY****Т. Н. Шушунова,***кандидат социологических наук,
доцент кафедры социально-
гуманитарных дисциплин БГПУ;***Л. П. Галич,***кандидат социологических наук,
доцент кафедры социально-
гуманитарных дисциплин БГПУ***T. Shushunova,***PhD in Sociology, Associate Professor
of the Department of Social and
Humanitarian Disciplines, BSPU;***L. Galich,***PhD in Sociology, Associate Professor
of the Department of Social and
Humanitarian Disciplines, BSPU*

Поступила в редакцию 17.01.19.

Received on 17.01.19.

В статье предлагается рассмотреть опыт западных социологических исследований в сфере социального самочувствия населения через внеэкономический фактор, влияющий на него, – самосохранительное поведение. Долгое время все происходящее в социуме объяснялось преимущественно с точки зрения экономического детерминизма. Однако при изучении социального самочувствия в современной социогуманитарной науке сложилась очевидная необходимость более разностороннего, многомерного видения общества и многопланового рассмотрения факторов, влияющих на происходящее в нем и на перспективы его развития. А поскольку изучение самосохранительного поведения в нашей стране существует на позиции развития и становления, то есть смысл обратиться к богатому опыту западных исследований. Так, в данной статье показан генезис понятия health promotion (западного аналога самосохранительному поведению), рассмотрены основные теории, способствующие его популяризации в западной социологии, а также история развития аналоговых понятий в рамках изучения социального самочувствия населения (social well-being, happiness).

Ключевые слова: социальное самочувствие, самосохранительное поведение, жизненное благополучие, здоровье, счастье, поведение.

The article proposes to consider the experience of Western sociological research in the field of social well-being of the population through the non-economic factor affecting it such as self-preservation behavior. For a long time, everything that happens in the society was explained mainly in terms of economic determinism. However, in the study of social well-being in modern social and humanitarian science there is an obvious need for a more versatile, multidimensional vision of society and a multifaceted consideration of the factors affecting what is happening in it and the prospects for its development. And since the study of self-preservation behavior in our country exists in the position of development and formation, it makes sense to turn to the rich experience of Western studies. Thus, this article shows the Genesis of the concept of "health promotion" (Western analogue of self-preservation behavior), the basic theories that contribute to its popularization in Western sociology. As well as the history of analog concepts in the study of social well-being (social well-being, happiness).

Keywords: social well-being, self-preservation behavior, life well-being, health, happiness, behavior.

Изучение «самосохранительного поведения» в западной социологии началось примерно в начале 70-х гг. XX в. как аналог западного понятия Health Promotion (обеспечение здоровья – англ.). Изначально этот концепт возник как направление соци-

альной политики, предполагающей формирование у граждан осознанного понимания своей активной роли в процессе формирования и сохранения здоровья. Она ставила перед собой цель изменить существующие стереотипы поведения в отношении к свое-

му здоровью, то есть вместо пассивного потребления лекарств – активный здоровый образ жизни. Действуя в русле социальной политики, на макроуровне, направление Health Promotion получило развитие в специально разработанной государственной стратегии, социальных и образовательных программах, главная цель которых была оказывать содействие различного уровня (информационного, законодательного и т. д.) людям в вопросах сохранения и улучшения оптимальных показателей здоровья. Не случайно, теории, которые возникали в рамках данного направления, были сформулированы с акцентом на поведенческий фактор здоровья человека и относились в большей степени к поведенческой социологии и социальной психологии. С другой стороны, просматривается и микроуровень исследования, где изучаемое понятие разворачивается как индивидуальное поведение, имеющее целью укрепить здоровье в различных аспектах. В таком варианте западную категорию Health Promotion можно перевести и отождествить с отечественным понятием «самосохранительное поведение» [1].

В западной социологической мысли возникали разнообразные прикладные теории по изучению отношения человека к своему здоровью, которые были сформулированы с акцентом на сферу здравоохранения, где медицинским работникам отводилась важная активная роль в популяризации и обеспечении здорового образа жизни граждан. Так, существовали специальные медицинские образовательные программы по обеспечению здоровья населения. Одновременно с этим осуществлялась работа по изучению отношения человека к своему здоровью на междисциплинарном теоретическом уровне в рамках поведенческой социологии и социальной психологии. Значимость этих теорий возрастала в связи с тем, что они представляли собой более обобщенный анализ всех факторов, оказывающих влияние на здоровье человека, с учетом физического, эмоционального и социального благополучия человека. В отличие от программ здравоохранения, которые фокусировали свое внимание на таких единичных аспектах, препятствующих здоровому образу жизни, как, например, курение или алкоголь, что само по себе не было эффективным, поскольку человек, испытывающий проблемы

с алкоголем, мог одновременно иметь проблемы с избыточным весом и регулярным сном, постоянно испытывать стресс на работе, которая в свою очередь могла быть расположена в местности с плохим качеством воздуха. Теоретики Health Promotion ставили перед собой цель изучить здоровье на разных уровнях, не исключая из фокуса своего внимания все существующие теоретические и практические наработки по изучению отношения человека к своему здоровью. Следовательно, требовались многочисленные точки зрения на сложный феномен отношения человека к своему здоровью, а также ключ к пониманию того, какова целевая аудитория тех людей, которые заинтересованы в сохранении своего здоровья; почему люди в определенной ситуации выбирают соответствующий стандарт поведения по отношению к своему здоровью; анализ каждой ситуации в отдельности, что в итоге поможет лучше объяснить особенность самосохранительного поведения [2, с. 56].

Теории должны были обосновать, почему вмешательство в поведение человека необходимо и как обеспечить это вмешательство наилучшим образом, чтобы достигнуть в этом направлении успехов. А теперь мы кратко рассмотрим некоторые из таких теорий [3].

Социально-когнитивная теория (англ.: Social cognitive theory). Этот класс теорий ставит перед собой цель объяснить, почему в одних случаях люди выбирают ориентацию на здоровье, а в других случаях нет. Многие из них в качестве основных объяснительных понятий используют самоэффективность и мотивацию, где самоэффективность есть способность человека управлять событиями, воздействующими на его жизнь [4, с. 191–215]. Социально-когнитивная теория была разработана американским психологом, профессором Стэнфордского университета А. Бандурой с целью понимания роли социального научения при формировании поведения. Согласно социально-когнитивной теории, восприятие самоэффективности оказывает существенное влияние на эмоциональные реакции и на мотивацию, побуждающую к различным действиям. Результаты различных исследований в области здоровья показывают связь чувства самоэффективности с реакциями на стресс, а также с желаниями осознанно выбирать

для себя здоровый образ жизни. Выявлено, что слабое чувство самоэффективности связано с более сильными реакциями на стресс и на боль, а также со слабым желанием следовать программам здорового образа жизни. И наоборот, возросшее чувство самоэффективности коррелирует с более низким уровнем стресса (по самоотчетам), с меньшим числом физиологических реакций, характерных для стресса, с большей способностью совладать со стрессом и с большей вовлеченностью в программы, предписанные специалистами в области здоровья [5].

Теория «веры в здоровье» (англ.: Health belief model). Эта теория была сформулирована еще в 1950-х гг. в США социальными психологами в рамках медицинских исследований для объяснения причин, по которым люди практически не принимают участия в бесплатных правительственных программах профилактики и диагностики различных заболеваний. Ярким представителем этого направления считают Ирвина Розенстока, который представил его как наиболее влиятельное в процессе обеспечения здоровья. Согласно этой теории, вероятность того, что пациент будет предпринимать меры профилактики, зависит от четырех условий:

1) *«осознаваемости уязвимости»*, то есть он должен осознавать свою уязвимость по отношению к заражению ИППП, что предполагает общую информированность о рискованности данного вида поведения;

2) *«осознаваемости тяжести последствий»* – пациент должен понимать, что заражение будет иметь для него достаточно тяжелые последствия, как физиологические (боль, снижение качества жизни, инвалидность, даже смерть), так и социальные (стигматизация, непривлекательность, ограничение трудоспособности, обременение близких и т. д.);

3) *«выгоды профилактики»* – пациент должен быть убежден, что позитивное самосохранительное поведение позволит эффективно снизить риск инфицирования;

4) *«трудности профилактики»* – это вера в то, что выгоды от применения мер профилактики перевесят трудности, связанные с их реализацией [6].

Экологические теории (Ecological models). Экологические теории и модели представляют здоровье как взаимодействие между человеком и его экосистемой, а так-

же его социальным миром, который в свою очередь представлен семьей, общностями, культурой и окружающим миром. Как человек своим поведением влияет на окружающую среду, так и окружающий мир влияет на здоровье человека и его заболеваемость. К числу экологических теорий относится теория салютогенеза израильского социолога Аарона Антоновского, работающего в рамках социологии здравоохранения и медицины. Салютогенез – это исследовательское направление, которое занимается изучением источника физического, душевного и духовного здоровья человека, а главный вопрос салютогенеза связан с происхождением здоровья. Концепция салютогенеза возникла в 1970-х гг., в попытках ответить на вопрос, благодаря чему человек способен остаться соматически и психологически здоровым, несмотря на воздействие стресса. Концепция салютогенеза А. Антоновского отвечала на вопрос о том, что помогает людям, пережившим, например, концентрационные лагеря, не только сохранять психологическое здоровье, но и оставаться счастливыми. По мнению автора, сам по себе стресс не всегда является патогенным: при определенных условиях он может быть и салютогенным фактором. Успешное преодоление кризисной ситуации может привести человека к приобретению позитивного опыта. Для объяснения того, как человек переживает кризисную ситуацию, А. Антоновский вводит понятие «чувство когерентности», под которым понимает личностную черту, отражающую склонность человека видеть мир осмысленным и управляемым [7]. Степень выраженности чувства когерентности у индивида определяет его позицию по шкале «здоровье – болезнь». Это понятие включает в себя три важных компонента:

1. Постижимость – когда все происходящее воспринимается индивидом как четкое, продуманное и упорядоченное.

2. Управляемость – когда индивид ощущает, что у него достаточно ресурсов, чтобы справиться с разными жизненными обстоятельствами.

3. Осмысленность – когда индивид ощущает собственную причастность к происходящему.

Антоновский предположил, что «основные ресурсы сопротивления», такие как

«деньги, хорошая экология, культурная стабильность, социальная поддержка и т. п.», дают людям возможность противостоять постоянным стрессовым факторам окружающей среды.

Транстеоретическая модель изменения поведения (Stages of change model transtheoretical model). Данная теория была актуализирована потребностью объяснить суть процесса изменения поведения в контексте его направленности к здоровому образу жизни; выяснить, является ли такой переход простым и однонаправленным, связан ли он с определенными событиями. С этой целью в 1980-х гг. психологами Дж. Прочаска и К. Ди Клементе была предложена всесторонняя модель изменения поведения, то есть транстеоретическая модель изменения поведения [8]. Она может быть описана как всеохватывающая многофакторная концепция процесса изменения поведения. Важно отметить, что данная модель отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением [9].

Эмпирические исследования поведения двух групп курильщиков (одни решили бросить курение по собственной инициативе, а другие – поддержали противотабачные программы) выявили, что все участники проходили через одинаковые этапы. Это позволило выделить 5 стадий поведения.

1. *Предобдумывание.* На этой стадии индивид еще не имеет серьезного намерения изменить свое вредное для здоровья поведение, по крайней мере в ближайшие полгода. Этот срок был выбран в качестве критерия, поскольку он представляется максимальным для планирования каких-то изменений поведения в будущем. Важно отметить, что человек, находящийся в стадии предобдумывания, обычно стремится избегать контактов, которые могли бы помочь в изменении образа жизни. Он не проявляет интереса к предлагаемым методам самопомощи и не склонен к обсуждению своих вредных привычек.

2. *Обдумывание.* Стадия обдумывания – это период, когда человек начинает всерьез рассматривать возможность изменения своего вредного для здоровья поведения в ближайшие полгода. На этой стадии индивид обычно оценивает за и против свое-

го образа жизни как примерно равные (и имеющие высокую ценность).

3. *Подготовка.* Стадия подготовки начинается, когда человек намерен изменить свое поведение в течение ближайшего месяца. Обычно на протяжении года перед этим какие-то попытки уже предпринимались, и теперь делаются, может быть, небольшие, но важные шаги в новой попытке изменения поведения.

4. *Действие.* К стадии действия относится полугодовой период, следующий за решительным изменением образа жизни и характеризующийся стабильным сохранением нового стиля поведения. Проблемой, стоящей перед индивидом, является избегание рецидива.

5. *Поддержание.* К этой стадии относится период после истечения шести месяцев с момента явного поведенческого изменения до тех пор, когда нежелательное поведение окончательно преодолено. Уровень соблазна продолжает понижаться, а уверенность в себе по-прежнему растет. Момент прекращения существования вредной привычки определяется по полному отсутствию соблазна в любых проблемных ситуациях и по максимальной уверенности в собственной способности предотвратить рецидив в любых условиях.

В зарубежной социологии в области исследований социального самочувствия можно выделить два направления: первое связано с феноменом счастья (happiness), второе – с жизненным благополучием (life well-being). Часто в социологических исследованиях социального самочувствия используется понятие субъективного благополучия (subjective well-being), которое отражает индивидуальные или групповые оценки собственной жизни с точки зрения разных критериев: счастья, благосостояния, успеха, социального статуса, достижений, жизненной удовлетворенности и т. п. С этой точки зрения субъективное благополучие (то есть то, как оценивает человек свою жизнь) во многом зависит от личных предрасположенностей и установок индивида, в которые входят представления о благополучии и его стандарты, сформированные и заложенные во внутреннюю структуру личности в процессе воспитания, которые можно обозначить как внешний фактор. Также в формировании определенного отношения к благопо-

лучию участвует и внутренний фактор, то есть то, что мы называем природой, то, что дано человеку, его исходные данные, а именно свойства темперамента, характерологические особенности личности, обусловленные наследственностью. Речь идет об оптимистичной (или пессимистичной) предрасположенности личности как своеобразной призме, сквозь которую человек так или иначе воспринимает жизненные события, условия и ситуацию. Существует теория, согласно которой люди рождаются с определенной предрасположенностью к счастью. Специалисты в сфере нейронауки утверждают, что генетика каждого человека задает определенный уровень счастья, поэтому способность испытывать счастье наполовину определяется нашими хромосомами, а внешние условия влияют на нее в пределах всего 10 %. В итоге оставшиеся 40 % дают людям поле для маневра [10].

Самое общее определение благополучия предложил Э. Динер [11]. По его мнению, в субъективном благополучии отражается оценка человеком своей жизни, включающая в себя счастье, положительные эмоции, удовлетворенность жизнью и относительное отсутствие негативных эмоций и настроений. Исследователем были выделены три различных уровня оценки жизни: уровень общей удовлетворенности жизнью, уровень удовлетворенности отдельными сферами жизнедеятельности (браком, учебой, работой) и уровень эмоциональной удовлетворенности (качество и частота испытываемых человеком эмоциональных состояний). Динером была задана двухкомпонентная структура благополучия, в которой определены когнитивная и эмоциональная составляющие. Причем отмечается, что, несмотря на их взаимосвязь, они не имеют прямой зависимости в субъективных переживаниях и являются независимыми компонентами благополучия.

Наряду с субъективным благополучием можно выделить и объективное, которое соответствует реальному уровню жизни, показателям здоровья и образования, реальным возможностям человека.

Следует отметить, что измерения социального самочувствия двумя способами, то есть с помощью объективного и субъективного индикаторов, как правило, показывают разные результаты. Субъективный кри-

терий является более чувствительным в ходе таких измерений. Использование только одного показателя приведет к неполному и фрагментарному пониманию социального самочувствия, так как по своей сути оба они взаимодополняемые. Интересно то, что в сфере государственного управления лидеры разных стран высказывались о необходимости изучения социального самочувствия населения. Так, в 2011 г. британский премьер-министр Д. Кэмерон заявил, что необходимо признать, что пора сосредоточить внимание не только на измерениях ВВП, но и общего благополучия, то есть ОБ, поскольку в жизни есть нечто большее, чем экономический фактор, большее, чем деньги [12]. В начале 1990-х гг. эта идея была подхвачена учеными и взята на вооружение в качестве одного из основных направлений исследований. Так рождаются понятия «экономика счастья», «эмоциональное процветание», «парадокс Истерлина». В 1970-х гг. экономист Р. Истерлин (Richard Easterlin) опубликовал результаты одного исследования, которые свидетельствовали о том, что рост богатства на протяжении десятилетий не сопровождался ростом уровня счастья. Профессор психологии Гарвардского университета Д. Гилберт в книге «Спотыкаясь о счастье» писал о том, что при оценке счастья или удовлетворенности жизнью деньги имеют значение при переходе из нижнего класса в средний. Затем действие этого фактора снижается, а возрастает значение других факторов, неэкономического характера. Экономика счастья – это концепция, во главе угла которой лежит не постоянная максимизация прибыли, а минимизация своих страданий, измерение и повышение удовлетворенности и счастья каждого человека и каждого субъекта рынка, данное направление возникло на стыке трех наук: экономики, социологии и психологии в 70-е гг. XX в. Одной из экономических причин обращения политиков к субъективному благополучию является растущее число научных данных о том, что счастье способствует сохранению хорошего здоровья.

Американские социологи А. Кемпбел, Дж. Рабье, К. Роджерс высказали важную мысль, что если пытаться объяснять мироощущение людей на основе объективных обстоятельств, то остается непонятой большая часть того, что необходимо изучить. Так

подчеркивается значимость «воспринимаемой стороны качества жизни» как общей оценки личного существования, степени удовлетворенности жизнью и счастья человека. М. Аргайл, исследуя психологию счастья, утверждает, что большинству людей, если не всем, свойственно желать быть счастливыми. На двух выборках респондентов-американцев он продемонстрировал, что счастье и смысл жизни значат гораздо больше для «хорошей жизни», чем деньги, или нравственная добродетель, или даже возможность попасть в рай. Хотя, к примеру, если студенты не расценивали деньги как нечто важное, взрослые отмечали это как один из факторов благополучия. Или, например, в процессе изучения нескольких фокус-групп в Англии обнаружили, что счастье признается как важнейшая составляющая качества жизни, более значимая, чем деньги, здоровье или сексуальная жизнь. «Сегодня нам известно, что такие виды отношений, как романтическая любовь, брак и дружба, – главные причины положительных эмоций и счастья, а также и прочих аспектов благополучия, например, психического и физического здоровья. Эту роль они играют потому, что дают человеку социальную поддержку, проявляющуюся в форме практической помощи, эмоционального подкрепления и совместного проведения времени за приятными занятиями. Здоровье является важным и, более того, объективным аспектом общего благополучия. Оно самым тесным образом связано со счастьем и считается одним из его главных детерминант. Было проведено множество исследований, направленных на анализ зависимости между здоровьем и счастьем» [13]. В результате опросов на данную тему, М. Аргайл отметил, что под счастьем люди подразумевают либо состояние, когда человек испытывает радость или другие позитивные эмоции, либо удовлетворенность жизнью. Существенными, на взгляд автора, источниками счастья являются социальные взаимоотношения, работа и досуг. На самом деле, гармония в отношениях с людьми, удовлетворенность профессиональной деятельностью, занимающей большую часть жизни человека, проведение свободного времени в соответствии со своими интересами выступают в качестве существенных оснований благоприятного самочувствия. Таким образом, забота о здоровье, самосо-

хранительное поведение является одним из главных факторов жизненного благополучия: «Вполне возможно, однако, что и счастье в свою очередь является фактором здоровья. Иными словами, есть все основания рассматривать здоровье как еще один компонент благополучия. Во всяком случае здоровье зависит от всех перечисленных нами переменных, однако в деталях могут наблюдаться некоторые различия. Например, стресс губителен как для физического, так и психического здоровья; социальная поддержка компенсирует эти воздействия, хотя протекающие при этом процессы имеют свои особенности. В Англии и США здоровье как фактор удовлетворенности ставится на второе по важности место после семейной жизни. Однако подобная оценка имеет место не во всех странах. В Корее, например, в списке целей и ценностных ориентации здоровье находится только на девятнадцатом месте».

Особое значение субъективному благополучию придают в Скандинавских странах, где исследования уровня счастья («хюгге» – датское понятие, обозначающее душевный комфорт, который можно получить, наслаждаясь мелочами) являются неотъемлемым научно-исследовательским проектом и осуществляются в рамках ежегодного мониторинга. В Дании почти десятилетие существует Научно-исследовательский институт счастья (The Happiness Research Institute), который является независимым мозговым центром, исследующим, почему некоторые общества счастливее, чем другие [14]. Сотрудники Института в качестве своей миссии видят информирование лиц, принимающих решения, о причинах и последствиях человеческого счастья, а также сделать субъективное благополучие частью обсуждения государственной политики и улучшить качество жизни граждан во всем мире. Исследования счастья основаны на том, чтобы спрашивать людей, как они себя чувствуют, вместо того, чтобы делать выводы на основе уровня их доходов. В датской социологической традиции для измерения субъективного благополучия ученые используют следующие три категории людей с точки зрения того, как они оценивают свое социальное самочувствие:

- первая категория – Thriving (в переводе с англ. 'те, кто процветает преуспевает,

бурно развивается, благоухает'). К ним относятся респонденты, кто по 10-балльной шкале находится между 7 и 10;

- вторая категория – Struggling (в переводе с англ. 'борющийся, пытающийся, старающийся, пробивающийся, а также находящийся в бедственном положении'). К ним относятся те люди, которые находятся в промежутке между 5 и 6 пунктами;
- третья группа – Suffering (в переводе с англ. 'пострадавшие, мучающиеся, испытывающие страдания'): те, кто набрал от 0 до 4 баллов.

В ежегодном докладе о счастье, а последний вариант 2018 г. был назван «В тени счастья», эти три термина используются для описания того, кто субъективно испытал определенную степень счастья или несчастья. Люди в скандинавском регионе, как правило, счастливее, чем люди в других регионах мира. Неравенство в благосостоянии бросает вызов высокому уровню доверия в странах Северной Европы. Если неравенство в благосостоянии растет, это имеет серьезные последствия для уровня доверия между людьми, а также социальной сплоченности. По мнению Кристиана Бьорнскова, датского профессора экономики Орхусского университета, существуют универсальные основы, обеспечивающие счастье населения, – демократическая система, определенный уровень национального процветания, работоспособное правосудие и мирная жизнь. Исследователь полагает, что «тридцать-сорок стран удовлетворяют этим критериям. И тут уже на уровень счастья влияют другие факторы, в том числе доверие к людям и возможность выбирать образ жизни» [15, с. 17–18].

Опыт исследований социального самочувствия показывает необходимость учета факторов как экономического характера, так и тех, которые не связаны с доходами, благосостоянием и потреблением. К внеэкономическому блоку факторов можно отнести социальное взаимодействие, общественную интеграцию, доверие между людьми и к ос-

новным социальным институтам, здоровье и др. Ценность здоровья занимает лидирующую позицию в иерархии жизненных ценностей белорусов по результатам социологических исследований. Однако в наследство от советских времен им достался низкий уровень культуры самосохранения. Важным неэкономическим фактором социального самочувствия населения является особенность его самосохранительного поведения, которое представляет собой форму социального поведения и включает в себя сознательные действия индивида по сохранению своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном отношениях. Основными элементами самосохранительного поведения являются потребности, мотивы, установки, действия индивида, направленные на самосохранение. Основными факторами, влияющими на формирование самосохранительного поведения, выступают: качество жизни, общепринятые стандарты здорового образа жизни, сложившееся в общественном сознании отношение к самоубийству, социально опосредованные представления о желаемой продолжительности жизни. Воздействие факторов на элементы структуры самосохранительного поведения обуславливает выстраивание конкретного вида самосохранительного поведения.

Следует отметить, что между социальным самочувствием и самосохранительным поведением существуют прямые и обратные связи. Прямая связь состоит в том, что самосохранение является одним из главных факторов социального самочувствия. Обратная связь становится возможной благодаря деятельностной функции или психофизиологической сущности социального самочувствия, которая заключается в том, что содержательные его компоненты в совокупности побуждают субъекта к выбору тех или иных форм социальной активности, то есть к выбору поведенческих стратегий, в том числе и самосохранительной направленности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шушунова, Т. Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов) / Т. Н. Шушунова. – Минск : Право и экономика, 2010. – 184 с.

REFERENCES

1. Shushunova, T. N. Samosokhranitelnoye povedeniye studencheskoy molodezhi: sotsiologicheskiy analiz (na primere minskikh vuzov) / T. N. Shushunova. – Minsk : Pravo i ekonomika, 2010. – 184 s.

2. Bonnie Raingruber Contemporary Health Promotion in Nursing Practice, Jones & Bartlett Publishers, 2014. – P. 56.
3. Health promotion and Diseases Prevention Theories and models [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models>. – Дата доступа: 03.01.2019.
4. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change / Psychological Review, 84, 191–215.
5. Самоэффективность и здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lib.sale/uchebnik-psihologiya-lichnosti/samoeffektivnost-zdorove.html>. – Дата доступа: 03.01.2019.
6. Теория веры в здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medic.studio/venericheskie-zabolevaniya-kojnyie/teoriya-veryi-zdorove-39314.html>. – Дата доступа: 03.01.2019.
7. Здоровье, взаимосвязь и salutогенез [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://shamenkov.ru/zdorove-vzaimosvyaz-i-salyutogenez/>. – Дата доступа: 03.01.2019.
8. Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://www.voppsy.ru/issues/1994/942/942113.htm>. – Дата доступа: 03.01.2019.
9. Электронный ресурс. – Режим доступа: <http://medic.studio/venericheskie-zabolevaniya-kojnyie/16-transtoreticheskaya-model-izmeneniya-39319.html>. – Дата доступа: 03.01.2019.
10. Большая книга о счастье / под ред. Лео Борманса. – М. : Изд-во : Эксмо. – М., 2015. – 352 с.
11. Динер, Э. Раскрытие тайн психологического благополучия. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.amazon.com/dp/1405146613/ref=rdr_ext_tmb. – Дата доступа: 02.01.2019.
12. Эффект счастья. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-020411/ru/>. – Дата доступа: 29.12.2018.
13. Аргайл, М. Психология счастья / М. Аргайл. – М. : Прогресс, 1990. – С. 336.
14. Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://www.happinessresearchinstitute.com/publications>. – Дата доступа: 02.01.2019.
15. Рюдаль, М. Счастливы как датчане / М. Рюдаль ; пер. с фр. Е. Клоковой. – М., 2016. – 197 с.
2. Bonnie Raingruber Contemporary Health Promotion in Nursing Practice, Jones & Bartlett Publishers, 2014. – P. 56.
3. Health promotion and Diseases Prevention Theories and models [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models>. – Data dostupa: 03.01.2019.
4. Bandura, A. Selfefficacy: Toward a unifying theory of behavioral change / Psychological Review, 84, 191–215.
5. Samoeffektivnost i zdorovye [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: <http://lib.sale/uchebnik-psihologiya-lichnosti/samoeffektivnost-zdorove.html>. – Data dostupa: 03.01.2019.
6. Teoriya very v zdorovye [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: <http://medic.studio/venericheskie-zabolevaniya-kojnyie/teoriya-veryi-zdorove-39314.html>. – Data dostupa: 03.01.2019.
7. Zdorovye, vzaimosvyaz i salyutogenez [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: <https://shamenkov.ru/zdorove-vzaimosvyaz-i-salyutogenez/>. – Data dostupa: 03.01.2019.
8. Elektronnyy resurs. – Rezhim dostupa: <http://www.voppsy.ru/issues/1994/942/942113.htm> (data obrashcheniya 03.01.2019).
9. Elektronnyy resurs. – Rezhim dostupa: <http://medic.studio/venericheskie-zabolevaniya-kojnyie/16-transtoreticheskaya-model-izmeneniya-39319.html>. – Data dostupa: 03.01.2019.
10. Bolshaya kniga o schastye / pod red. Leo Bormansa. – M. : Izd-vo : Eksmo. – M., 2015. – 352 s.
11. Diner, E. Raskrytiye tain psikhologicheskogo blagopoluchiya. [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: https://www.amazon.com/dp/1405146613/ref=rdr_ext_tmb. – Data dostupa: 02.01.2019.
12. Effekt schastya. Byulleten Vsemirnoy organizatsii zdravookhraneniya. Elektronnyy resurs. – Rezhim dostupa: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-020411/ru/>. – Data dostupa: 29.12.2018.
13. Argayl, M. Psikhologiya schastya / M. Argayl. – M. : Progress, 1990. – S. 336.
14. Elektronnyy resurs. – Rezhim dostupa: <https://www.happinessresearchinstitute.com/publications>. – Data dostupa: 02.01.2019.
15. Ryudal, M. Schastlivy kak datchane / M. Ryudal ; per. s fr. Ye. Klokovoy. – M., 2016. – 197 s.