

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРОФЕССИОНАЛА

УДК 159.9

ГРНТИ 15.81.29

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ И РЕСУРСЫ ЗДОРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ИТ-СПЕЦИАЛИСТОВ: СТРУКТУРА И ПРЕДИКТОРЫ¹

©2026 г. О.О. Гофман*, Е. Шумейко**

**Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии труда и организационной психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: o.o.gofman@spbu.ru*

***Инженер-исследователь, ассистент кафедры психологии труда и организационной психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: alena.shum2017@yandex.ru*

Несмотря на актуальность проблем здоровья и благополучия работающего человека, психологические факторы возникновения препятствий на пути реализации здоровьесберегающих действий остаются недостаточно изученными. Цель исследования - выявить эмпирическую структуру индивидуальных барьеров здорового поведения и ресурсов здорового поведения, а также определить их индивидуально-психологические и организационные предикторы у специалистов в сфере информационных технологий. Барьеры и ресурсы в настоящем исследовании рассматриваются как субъективно оцениваемые характеристики регуляции здорового поведения. Гипотеза 1. Предполагается, что барьерная часть опросника включает три компонента - когнитивный, эмоциональный и поведенческий, тогда как ресурсы образуют самостоятельный конструкт. Гипотеза 2. Компоненты индивидуальных барьеров и ресурсов здорового поведения характеризуются различающимися профилями

¹ Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-28-00983, <https://rscf.ru/project/25-28-00983/>

индивидуально-психологических и организационных предикторов. Психометрическая проверка опросника проведена на выборке из 242 человек (средний возраст респондентов - 37 лет, средний стаж - 12 лет; 162 мужчины и 80 женщин), предикторные модели построены на подвыборке из 168 участников (113 мужчин и 55 женщин) с полным набором показателей. Первая гипотеза подтвердилась частично: когнитивный и поведенческий компоненты индивидуальных барьеров здорового поведения не разделились и образовали единый когнитивно-поведенческий фактор, а эмоциональный компонент - отдельный фактор; ресурсная часть показала однофакторную структуру. Выделенные шкалы характеризуются приемлемой внутренней согласованностью (α Кронбаха = 0,755–0,835; ω Макдональда = 0,761–0,835). Полученные результаты поддерживают внешнюю конструктивную валидность шкал и их включенность в предполагаемую номологическую сеть. Вторая гипотеза подтвердилась: две шкалы индивидуальных барьеров и шкала ресурсов здорового поведения характеризуются различающимися предикторными моделями. Самоконтроль выступил общим предиктором компонентов барьеров и шкалы ресурсов, остальные связи отражали специфический вклад требований и ресурсов организационной среды. Регрессионные модели объяснили 29,5–40,8% дисперсии исследуемых показателей. Научная значимость полученных результатов состоит в переходе от описательной систематизации субъективных препятствий к анализу психологических факторов, связанных с их выраженностью. Ограничения исследования связаны с поперечным дизайном и использованием самоотчетных данных; полученные результаты требуют репликации на более крупных независимых выборках.

Ключевые слова: индивидуальные барьеры здорового поведения, ресурсы здорового поведения, когнитивно-поведенческие компоненты, эмоциональные компоненты, ИТ-специалисты

Благодарности 3 июля 2026 года на 87-м году жизни не стало нашего Учителя - доктора психологических наук, профессора, заслуженного деятеля науки Российской Федерации Германа Сергеевича Никифорова, основателя и ведущего идеолога отечественной психологии здоровья. Герман Сергеевич инициировал исследования барьеров здорового поведения и сопровождал работу коллектива проекта на всех этапах - от первоначального замысла до реализации исследования. Мы глубоко переживаем эту утрату и сохраняем искреннюю благодарность за совместную работу, научное наставничество и переданные нам идеи.

ВВЕДЕНИЕ

Психология здоровья и психология профессионального здоровья активно развиваются, но проблематика барьеров здорового поведения (далее — БЗП) остается недостаточно разработанной. БЗП - препятствия, возникающие во взаимодействии

человека со средой, снижающие вероятность начала и устойчивого осуществления здоровьесберегающих действий: соблюдения режима сна, регулярных перерывов в работе, физической активности, правильного питания и своевременного обращения за помощью и т.д. При этом следует различать риски для здоровья и БЗП. Риски - это условия, повышающие вероятность неблагоприятных последствий для здоровья и благополучия, а БЗП непосредственно затрудняют здоровьесберегающие действия. Один и тот же фактор может выступать в разных функциях: например, высокая рабочая нагрузка является риском истощения и одновременно может становиться барьером для восстановления. Вместе с тем риск не обязательно становится барьером при наличии достаточных индивидуальных и организационных ресурсов, барьеры могут быть и в относительно благоприятных условиях среды.

В исследовании Г.С. Никифорова среди разных возрастных групп выделено 16 категорий БЗП, общим «ядром» которых независимо от пола и возраста стали лень, недостаток времени и мотивации, вредные привычки, социальное давление и качество питания (Никифоров, 2016). Схожий перечень - недостаток времени, ресурсов, инфраструктуры, средств, мотивации и знаний, устойчивые установки и привычки, особенности идентичности, физической среды и социально-экономического положения - представлен в обзоре С. Келли и соавторов (Kelly et al., 2016). При этом психологическая природа индивидуальных барьеров и вклад характеристик личности и психических состояний в их выраженность изучаются значительно реже, чем состав и распространенность БЗП.

Теоретическим основанием для многоуровневой систематизации БЗП может выступать экологическая модель укрепления здоровья К. МакЛероя и соавторов (McLeroy et al., 1988) на основе экологической теории У. Бронфенбреннера. Применительно к работающему человеку была предложена таксономия, включающая четыре аналитических уровня БЗП: индивидуальный, межличностный, институциональный и макросоциальный (Гофман и Никифоров, 2026).

Индивидуальные барьеры связаны со знаниями и представлениями о здоровье, мотивацией, привычками, возможностями планирования и саморегуляции, а также эмоциональными состояниями человека. Межличностные барьеры отражают влияние поддержки или давления со стороны семьи, коллег и непосредственного руководителя. Институциональные барьеры обусловлены организацией и дизайном работы, режимом и интенсивностью труда, условиями рабочего места и доступностью возможностей для питания, движения, отдыха и восстановления. При этом барьеры данного уровня являются одними из наиболее устойчивых и трудно преодолимых с точки зрения попыток снизить риски рабочего места, так как они закреплены в организационной и управленческой практике. Даже при высокой индивидуальной мотивации отсутствие условий для отдыха, движения, питания и восстановления существенно снижает вероятность устойчивых изменений поведения. К макроуровню относятся социально-экономические условия, законодательное регулирование и государственная политика в области охраны здоровья. Выделенные уровни взаимосвязаны: высокая индивидуальная мотивация не всегда реализуется в здоровом поведении при неблагоприятных организационных условиях, тогда как доступные ресурсы среды могут частично компенсировать индивидуальные затруднения.

Специфика БЗП зависит и от профессиональной деятельности. У ИТ-специалистов при отсутствии традиционных вредных производственных факторов риски связаны с длительным сидением, экранной, когнитивной и информационной нагрузкой, недостатком физической активности, интенсивным темпом, давлением сроков и размыванием границ работы и личного времени. Эти условия могут способствовать физическому и психическому истощению ресурсов (Gofman et al., 2025).

В классических моделях психологии здоровья основное внимание уделяется когнитивным, мотивационным и саморегуляционным детерминантам поведения, тогда как психологические предикторы субъективно воспринимаемых барьеров значительно реже становятся самостоятельным предметом эмпирического анализа. В теоретическом

обзоре О.О. Гофман и Г.С. Никифоров структурируют барьеры по их функциональной принадлежности к различным сферам психики, что позволяет выделить эмоциональные, когнитивные и поведенческие барьеры как ключевые компоненты индивидуального уровня, определяющие готовность человека к формированию и поддержанию здорового поведения (Гофман и Никифоров, 2026), что представлено в табл. 1.

Таблица 1

**Теоретическая таксономия индивидуальных барьеров здорового поведения
 работающего человека**

Компоненты	Примеры барьеров здорового поведения
Когнитивные	Ценность здоровья, искаженные установки и убеждения в отношении здоровья, дефицит знаний, низкий уровень самоэффективности и воспринимаемого контроля, конфликт ценностей здорового поведения и представлений о себе и пр.
Эмоциональные	Стресс и его проявления, тревожные состояния, стремление к сиюминутному удовольствию
Поведенческие	Отсутствие самоконтроля, нехватка ресурсов времени, конкурирующие дела и специфика деятельности, привычки

В исследованиях здорового поведения наряду с БЗП рассматриваются факторы, способствующие его началу и поддержанию, - фасилитаторы и ресурсы. В ресурсном подходе к укреплению здоровья выделяются индивидуальные характеристики, действия человека, социальная поддержка и возможности среды, находящиеся в динамическом взаимодействии (Bodryzlova et al., 2025). Метаанализ современных моделей, а именно теории запланированного поведения (TPB), теории самодетерминации (SDT), модели принятия технологий (TAM), модели ценности (VAM) и подхода к процессу действий в области здравоохранения (НАРА), показал, что удовлетворение базовых психологических потребностей в автономии, компетентности и связанности с другими формирует внутреннюю мотивацию к здоровому поведению, а его воспринимаемая ценность определяется соотношением ожидаемой пользы и удовольствия, с одной

стороны, и технических и финансовых издержек - с другой. Внутренняя мотивация, позитивное отношение и воспринимаемая ценность усиливают поведенческие намерения, которые через планирование действий и способов преодоления барьеров способствуют реализации и устойчивому поддержанию здорового поведения (Liao et al., 2025). На этом основании ресурсы здорового поведения могут рассматриваться как субъективно оцениваемые возможности поддерживать здоровьесберегающие действия в повседневной и профессиональной деятельности.

Признавая многоуровневую природу БЗП, настоящее исследование сосредоточено на индивидуальном уровне. Цель статьи - выявить эмпирическую структуру индивидуальных барьеров здорового поведения (далее - И-БЗП) и ресурсов здорового поведения (далее - РЗП), а также определить их индивидуально-психологические и организационные предикторы у ИТ-специалистов. Барьеры и ресурсы в настоящем исследовании рассматриваются как субъективно оцениваемые характеристики регуляции здорового поведения. Гипотезы исследования:

1. Предполагается, что барьерная часть опросника включает три компонента - когнитивный, эмоциональный и поведенческий, а РЗП образуют самостоятельный конструкт.
2. Компоненты И-БЗП и РЗП характеризуются различными индивидуально-психологическими и организационными предикторами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в несколько последовательных этапов:

- теоретико-конструкторский: анализ литературы по проблематике барьеров здорового поведения и профессионального здоровья, разработка теоретической модели и первичного пула пунктов барьерной и ресурсной частей опросника;
- психометрический: проведение онлайн-опроса, эксплораторный и конфирматорный факторный анализ, сравнение альтернативных факторных моделей и оценка внутренней согласованности шкал с помощью α Кронбаха и ω Макдональда;

- валидизационный: оценка внешней конструктивной валидности разработанных шкал посредством проверки их теоретически ожидаемых связей с самоконтролем, воспринимаемым стрессом, субъективной оценкой здоровья и способами заботы о здоровье; анализ взаимосвязей между шкалами барьеров и ресурсов;
- аналитический: построение множественных линейных регрессионных моделей для выявления индивидуально-психологических и организационных предикторов показателей двух шкал барьеров и шкалы ресурсов здорового поведения.

На первом этапе были составлены утверждения авторского опросника по изучению И-БЗП в логике теоретической таксономии О.О. Гофман и Г.С. Никифорова. Она включала когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты. Каждое утверждение барьерной части предлагалось оценивать по 6-балльной шкале (0 - «совсем не про меня», и далее от 1 - «бывает редко» до 5 - «полностью про меня/почти всегда»), а ресурсной части предлагалось оценивать по 5-балльной шкале (от 1 - «почти никогда», а 5 - «почти всегда/полностью про меня»). Барьерные пункты отражали предполагаемые когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, а ресурсные - субъективно оцениваемые возможности реализации здоровьесберегающих действий.

На психометрическом этапе исследования, направленном на выявление факторной структуры и оценку надежности опросника, приняли участие 242 ИТ-специалиста (средний возраст респондентов - 37 лет, средний стаж - 12 лет; 162 мужчины и 80 женщин). Связи с самоконтролем, воспринимаемым стрессом и способами заботы о здоровье оценивались на подвыборке из 168 участников с полным набором соответствующих показателей, а связи с субъективной оценкой здоровья - на выборке из 242 участников. Регрессионные модели строились на подвыборке из 168 участников; замещение пропущенных значений не проводилось. Сбор данных осуществлялся методом добровольного анонимного онлайн-анкетирования с привлечением респондентов через специализированные профессиональные сообщества и платформы.

Из-за отсутствия опубликованного инструмента, непосредственно измеряющего барьеры и ресурсы здорового поведения, внешняя конструктивная валидность оценивалась посредством проверки теоретически обоснованных гипотез об их связях с самоконтролем, воспринимаемым стрессом, субъективной оценкой здоровья и способами заботы о здоровье. Предполагалось, что И-БЗП будут отрицательно связаны с самоконтролем и субъективным здоровьем и положительно - с воспринимаемым стрессом, тогда как для ресурсов ожидался противоположный профиль связей; а также положительные связи ресурсов с проактивным мониторингом здоровья и комплаентным поведением. Корреляции между разработанными шкалами были рассчитаны по Пирсону, а с внешними показателями - по Спирмену из-за порядкового характера части переменных и отклонения их распределений от нормального.

Представленный в табл. 2 комплекс методик использовался для решения двух задач: проверки внешней конструктивной валидности разработанных шкал и построения регрессионных моделей их индивидуально-психологических и организационных предикторов. Множественный регрессионный анализ проводился в JASP методом обратного отбора с критерием исключения $p > 0,05$. Устойчивость коэффициентов проверялась с помощью ВСа-бутстрэп-интервалов (5000 выборок) в JASP и стандартных ошибок НСЗ, рассчитанных в Python. В итоговые модели включались предикторы, сохранявшие направление связи, имевшие НСЗ-скорректированный уровень значимости $p < 0,05$ и бутстрэп-доверительный интервал, не включавший ноль.

Таблица 2

Теоретически отобранные потенциальные предикторы индивидуальных барьеров и ресурсов здорового поведения

Блок предикторов	Измеряемые характеристики	Методики
Индивидуальные саморегуляционные и когнитивно-мотивационные характеристики	Способность регулировать, планировать и поддерживать целенаправленное поведение	Краткая шкала самоконтроля Дж. Тангни, Р. Баумайстера и А.Л. Бун в адаптации Т.О. Гордеевой и др. (Гордеева и др., 2016)

	Проактивный мониторинг здоровья, активный и здоровый образ жизни, средства народной и альтернативной медицины, комплаентное поведение	Шкала способов заботы о здоровье Рассказовой и Тхостова (Рассказова и Тхостов, 2022)
Эмоциональные состояния и восстановление	Субъективно воспринимаемый дистресс и совладание с ним	Шкала воспринимаемого стресса (PSS-10), разработанная Ш. Коэном и адаптированная А.А. Золотаревой (Золотарева, 2023)
	Выгорание (отстраненность и истощенность)	Ольденбургский опросник профессионального выгорания Е. Демерути с коллегами в адаптации Смирновой (Смирнова, 2017)
	Сохранение рабочей активации и затруднение психологического переключения в нерабочее время	Авторская шкала психологической поглощенности работой в нерабочее время (разработчики - Гофман, Концевая; неопубликованная методика)
Организационные требования	Барьеры физической рабочей среды, барьеры содержания и интенсивности работы, барьеры работы в коллективе.	Авторский опросник «Организационные барьеры здорового поведения» (разработчики - Гофман, Шумейко, Никифоров; неопубликованная методика)
	Рабочие условия, затрудняющие реализацию здорового поведения: условия труда, управление расписанием и режимом работы, обработка информации, сложность действий и задач,	Опросник дизайна работы (WDQ) Ф. Моргесона и С. Хамфри в адаптации Смольянова А.В. и соавт. (Смольянов и др., 2025)
Организационные ресурсы	Командная культура заботы, корпоративная культура заботы	Авторский опросник «Культура заботы в организации» (разработчики - Гофман, Концевая; неопубликованная методика)
	Уровень воспринимаемой организационной поддержки	Опросник воспринимаемой организационной поддержки

		(SPOS) Р. Айзенберга в адаптации Смирновой А.Ю. (Смирнова, 2015)
	Автономия в принятии решений, автономия в выборе методов работы, социальная поддержка, обратная связь от других людей, обратная связь об эффективности	Опросник дизайна работы (WDQ) Ф. Моргесона и С. Хамфри в адаптации Смольянова А.В. и соавт., (Смольянов и др., 2025)

В исследовании использовались три неопубликованные авторские методики. Шкала психологической поглощенности работой в нерабочее время включает 4 пункта и имеет однофакторную структуру; по данным отдельной апробации ее внутренняя согласованность составила $\alpha = 0,878$. Опросник «Организационные барьеры здорового поведения» содержит 16 пунктов и три шкалы; в настоящей выборке ($n = 168$) значения α составили 0,847–0,916, ω - 0,848-0,917, для общего показателя $\alpha = \omega = 0,934$. В опроснике культуры заботы выделены две шкалы; в настоящей выборке значения α составили 0,881–0,899 и $\omega = 0,882–0,899$ (общий показатель: $\alpha = 0,916$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Факторные структуры барьерной и ресурсной частей опросника первоначально оценивались отдельно, так как они операционализируют теоретически различающиеся конструкты и используют разные шкалы ответов: шестибалльную (0–5) и пятибалльную (1–5) соответственно. Показатели всех трех шкал рассчитывались как средние арифметические ответов на входящие в них пункты. Эксплораторный факторный анализ проводился методом максимального правдоподобия с вращением «промакс». В конфирматорном факторном анализе пункты рассматривались как квазинепрерывные, а параметры оценивались методом максимального правдоподобия. Внутренняя согласованность шкал оценивалась с помощью α Кронбаха и ω Макдональда. Пригодность данных для факторного анализа подтверждена для барьерного ($KMO =$

0,890; $\chi^2(28) = 763,36$; $p < 0,001$) и ресурсного блоков ($KMO = 0,817$; $MSA = 0,793-0,873$; $\chi^2(10) = 330,32$; $p < 0,001$).

Первоначально барьерная часть включала 18 пунктов. В ходе последовательных итераций исключены 10 пунктов с факторными нагрузками менее 0,40, выраженными перекрестными нагрузками или недостаточной содержательной согласованностью с выделенными факторами. Число факторов определялось на основании параллельного анализа, графика «каменистой осыпи» и содержательной интерпретируемости. Итоговая восьмипунктовая версия показала двухфакторную структуру, объясняющую 52,6% дисперсии (табл. 3).

Таблица 3

Факторные нагрузки утверждений барьерной части опросника «Индивидуальные барьеры здорового поведения»

Утверждения	Фактор 1 Когнитивно- поведенческий компонент	Фактор 2 Эмоциональный компонент
Я редко планирую заранее: что и когда буду есть, когда сделаю паузу или разминку, во сколько лягу спать	0,800	
У меня нет устойчивых привычек (сон/еда/перерывы/движение), поэтому многое зависит от настроения или обстоятельств	0,750	
Мне сложно контролировать свой режим (сон, питание, паузы), часто получается «как выйдет»	0,687	
Мне кажется, что небольшие изменения (прогулка, паузы, ранний сон) не дадут заметного эффекта - поэтому я их откладываю	0,487	
Мне кажется, что я не смогу долго придерживаться здоровых привычек (сон/питание/движение), даже если начну	0,467	
После рабочего дня у меня часто нет эмоциональных сил на восстановление (сон вовремя, прогулка, разминка, расслабление)		0,807
Когда я нарушаю здоровый режим, я сильно себя критикую - и из-за этого мне труднее вернуться к полезным привычкам		0,708

В периоды стресса я чаще выбираю то, что ухудшает здоровье (нарушение режима сна, вредная еда, отсутствие движения)		0,574
Сумма квадратов нагрузок	2,351	1,854
% дисперсии	29,4%	23,2%

Примечание. Нагрузки менее 0,40 не приводятся.

В фактор 1 («Когнитивно-поведенческий компонент», α Кронбаха=0,835; ω Макдональда=0,835, $M = 2,49$, $SD = 1,20$) вошли 5 пунктов, отражающих отсутствие планирования режима, несформированность устойчивых привычек, сложности самоконтроля и скептицизм относительно эффекта мелких действий. В фактор 2 («Эмоциональный компонент», α Кронбаха=0,755; ω Макдональда=0,761, $M = 2,51$, $SD = 1,24$) вошли 3 пункта, описывающих дефицит эмоциональных сил на восстановление после работы, самокритику и склонность к срывам поведения в условиях стресса.

Конфирматорный факторный анализ на той же выборке показал в целом приемлемое соответствие двухфакторной модели данным: $\chi^2(19) = 42,797$; $p = 0,001$; CFI = 0,968; TLI = 0,953; RMSEA = 0,072, 90% ДИ [0,043; 0,101]; SRMR = 0,037. Стандартизированные факторные нагрузки составили 0,586–0,791. Альтернативная однофакторная модель соответствовала данным хуже: $\chi^2(20) = 72,427$; $p < 0,001$; CFI = 0,930; TLI = 0,902; RMSEA = 0,104, 90% ДИ [0,079; 0,131]. Различие между моделями было статистически значимым: $\Delta\chi^2(1) = 29,630$; $p < 0,001$. Корреляция факторов составила 0,828, что указывает на их тесную связь при сохранении эмпирической различимости. Поскольку отбор пунктов и оценка факторной структуры проводились на одной выборке, полученное решение имеет предварительный характер и требует проверки на независимых данных.

Ресурсная часть включала пять пунктов. Эксплораторный факторный анализ выявил однофакторную структуру, объясняющую 44,3% дисперсии (табл. 4).

Таблица 4

Факторные нагрузки утверждений ресурсной части опросника «Индивидуальные ресурсы здорового поведения»

Утверждения	Общая шкала ресурсов здорового поведения
Даже в напряженные периоды мне удастся уделить время восстановлению (сон, перерывы, отдых).	0,782
Мне обычно удастся заранее продумать базовые вещи для здоровья на рабочий день (когда поесть/попить воду/сделать паузу или разминку)	0,726
Мне обычно удастся завершать работу вовремя и переключаться на восстановление (сон, отдых) без переработок	0,636
Обычно мне удастся делать короткие паузы и разминаться в течение рабочего дня	0,604
Если я чувствую перегрузку или ухудшение самочувствия, мне обычно легко обратиться за помощью (к врачу/психологу/ руководителю)	0,557
Сумма квадратов нагрузок	2,21
% дисперсии	44,3%

Шкала имеет приемлемую внутреннюю согласованность (α Кронбаха = 0,792; ω Макдональда = 0,795; $M = 3,20$; $SD = 0,84$). Проверка однофакторной структуры с помощью конфирматорного факторного анализа показала в целом хорошее соответствие модели данным: $\chi^2(5) = 8,426$; $p = 0,134$; CFI = 0,989; TLI = 0,979; RMSEA = 0,053, 90% ДИ [0,000; 0,114]; SRMR = 0,024. Стандартизированные факторные нагрузки составили 0,553–0,780.

Также проверенная совместная трехфакторная модель, включавшая два фактора барьеров и фактор ресурсов, показала неоднородное соответствие данным: $\chi^2(62) = 169,811$; $p < 0,001$; CFI = 0,909; TLI = 0,886; RMSEA = 0,085, 90% ДИ [0,070; 0,100]; SRMR = 0,057. Поэтому основными результатами психометрической проверки выступают отдельно оцененные модели барьерной и ресурсной частей, тогда как совместная модель рассматривается как дополнительная и требует проверки на независимой выборке. Полученные результаты не предполагают расчета общего

показателя барьеров и ресурсов. В табл. 5 представлены корреляции Пирсона между показателями шкал.

Таблица 5

**Корреляции между показателями шкал индивидуальных барьеров и ресурсов
здорового поведения**

Фактор	Когнитивно- поведенческий компонент	Эмоциональный компонент	Ресурсы здорового поведения
Когнитивно-поведенческий компонент	1	0,64*	-0,32*
Эмоциональный компонент	0,64*	1	-0,27*
Ресурсы здорового поведения	-0,32*	-0,27*	1

*Примечание. * $p < 0,001$.*

Связи шкал с внешними показателями соответствовали теоретическим ожиданиям. На подвыборке из 168 участников когнитивно-поведенческий и эмоциональный компоненты барьеров отрицательно коррелировали с самоконтролем ($r = -0,51$ и $-0,36$) и положительно - с воспринимаемым стрессом ($r = 0,39$ и $0,44$); ресурсы демонстрировали противоположные связи ($r = 0,27$ и $-0,31$ соответственно; все $p < 0,001$). На выборке из 242 участников оба компонента барьеров были отрицательно связаны с субъективной оценкой здоровья ($r = -0,19$; $p = 0,003$ и $r = -0,24$; $p < 0,001$), а ресурсы - положительно ($r = 0,30$; $p < 0,001$). Ресурсы также коррелировали с проактивным мониторингом здоровья ($r = 0,21$; $p = 0,008$), комплаентным поведением ($r = 0,21$; $p = 0,006$) и совладанием ($r = 0,32$; $p < 0,001$), но не были статистически значимо связаны с активным и здоровым образом жизни ($r = 0,14$; $p = 0,076$). Полученный профиль связей поддерживает внешнюю конструктивную валидность шкал и их соответствие предполагаемой номологической сети.

Модель 1 статистически значима: $F(3, 164) = 31,11$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,363$; R^2 (скор.) = $0,351$ (табл. 6). Наиболее сильная отрицательная связь выявлена для самоконтроля; барьеры содержания и интенсивности работы и разнообразие навыков

связаны с большей выраженностью когнитивно-поведенческого компонента. Последняя связь требует проверки из-за возможного эффекта подавления.

Таблица 6

Результаты регрессионного анализа предикторов когнитивно-поведенческого компонента И-БЗП

Предиктор	B	β	r Пирсона	p НСЗ	95% бутстрэп- ДИ для B
Общий самоконтроль	-1,101	-0,501	-0,528	<0,001	[-1,359; - 0,843]
Барьеры содержания и интенсивности работы	0,239	0,221	0,356	0,006	[0,073; 0,403]
Разнообразие навыков	0,169	0,152	0,132	0,032	[0,024; 0,321]

Наиболее сильным отрицательным предиктором когнитивно-поведенческого компонента выступил самоконтроль, что соответствует содержанию шкалы, отражающей трудности планирования, контроля режима и формирования привычек. Положительная связь с барьерами содержания и интенсивности работы указывает на вклад организационных требований; более слабая связь с разнообразием навыков требует дополнительной проверки.

Модель 2 (табл. 7) статистически значима: $F(4, 163) = 28,03$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,408$; R^2 (скор.) = 0,393. Эмоциональный компонент выражен сильнее при высокой психологической поглощенности работой и интенсивности труда и слабее - при более высоких самоконтроле и возрасте.

Таблица 7

Результаты регрессионного анализа предикторов эмоционального компонента И-БЗП

Предиктор	B	β	r Пирсона	ρ НСЗ	95% бутстрэп-ДИ для B
Психологическая поглощенность работой в нерабочее время	0,089	0,305	0,476	<0,001	[0,048; 0,129]
Барьеры содержания и интенсивности работы	0,348	0,310	0,480	<0,001	[0,193; 0,507]
Возраст	-0,016	-0,135	-0,171	0,017	[-0,029; -0,004]
Общий самоконтроль	-0,529	-0,232	-0,389	0,002	[-0,841; -0,203]

Эмоциональный компонент был положительно связан с психологической поглощенностью работой в нерабочее время и барьерами содержания и интенсивности работы и отрицательно - с самоконтролем и возрастом. Такой профиль соответствует содержанию шкалы, отражающей недостаток эмоциональных сил для восстановления и нарушения поведения при стрессе.

Модель 3 (табл. 8) статистически значима: $F(4, 163) = 17,08$; $\rho < 0,001$; $R^2 = 0,295$; R^2 (скор.) = 0,278. РЗП положительно связаны с культурой заботы в организации, самоконтролем и управлением расписанием и отрицательно - со сложностью действий и задач.

Таблица 8

Результаты регрессионного анализа предикторов ресурсов здорового поведения

Предиктор	B	β	r Пирсона	ρ НСЗ	95% бутстрэп-ДИ для B
Культура заботы в организации	0,241	0,261	0,422	0,005	[0,080; 0,396]
Общий самоконтроль	0,311	0,202	0,317	0,009	[0,086; 0,544]
Сложность действий и задач	-0,135	-0,210	-0,306	0,013	[-0,230; -0,031]

Управление режимом	расписанием	и	0,122	0,151	0,377	0,049	[0,006; 0,243]
-----------------------	-------------	---	-------	-------	-------	-------	----------------

Модель ресурсов объединила индивидуальные и организационные характеристики: положительные связи выявлены для самоконтроля, культуры заботы и управления расписанием, отрицательная — для сложности задач. Это отличает модель ресурсов от моделей индивидуальных барьеров.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Объединение когнитивного и поведенческого компонентов И-БЗП показывает, что оценка эффективности изменений и собственных возможностей, планирование, контроль режима и устойчивость привычек образуют взаимосвязанную систему перехода от намерения к действию, соединяющую мотивационно-когнитивные и исполнительные процессы. Это согласуется с данными о том, что высокий самоконтроль помогает опираться на осознанные установки и воспринимаемый контроль, формировать полезные привычки и реализовывать намерения (Conner et al., 2023; Hagger et al., 2024).

Эмоциональный компонент - недостаток сил для восстановления, самокритика и нарушения поведения при стрессе - отражает другой аспект регуляции: ограничение способности действовать при неблагоприятном эмоциональном состоянии. Это соответствует «парадоксу восстановления»: при высокой нагрузке потребность в восстановлении возрастает, а способность использовать его возможности снижается (Bennett et al., 2018; Sonnentag et al., 2022).

Ресурсная часть образовала самостоятельную однофакторную шкалу и умеренно отрицательно коррелировали с обоими компонентами барьеров. Ресурсы представляют собой не отсутствие препятствий, а самостоятельные возможности поддержания здорового поведения; барьеры и фасилитаторы могут одновременно присутствовать в одной жизненной ситуации (Deslippe et al., 2023).

Связи шкал с внешними показателями соответствовали теоретическим ожиданиям: оба компонента барьеров сочетались с более низким самоконтролем, более высоким

воспринимаемым стрессом и более низкой оценкой здоровья, тогда как ресурсы демонстрировали противоположный профиль. Положительные связи ресурсов с проактивным наблюдением за здоровьем, выполнением медицинских рекомендаций и совладанием дополнительно поддерживают содержательную интерпретацию шкалы. В целом результаты поддерживают внешнюю конструктивную валидность шкал, но требуют репликации с применением независимых критериев и выборок.

Сквозная роль самоконтроля согласуется с концепцией Г.С. Никифорова, в которой его механизмы встроены в общий контур психического самоуправления и обеспечивают сопоставление фактического поведения с заданным эталоном (Никифоров, 2020). Отсутствие планирования режима соотносится с предварительным контролем, трудности его соблюдения и неустойчивость привычек - с текущим, а сомнения в эффективности изменений - с результирующим контролем. Поэтому когнитивно-поведенческий компонент И-БЗП может отражать нарушения всего цикла регуляции здоровьесберегающего поведения.

Усиление эмоционального компонента И-БЗП при высокой интенсивности труда и психологической поглощенности работой в нерабочее время указывает на то, что сохранение рабочей активации при характерных для ИТ-деятельности когнитивной нагрузке и размытых временных границах может ограничивать возможности восстановления. Отрицательная связь возраста с эмоциональным компонентом может отражать возрастные различия в регуляции нагрузки.

Отличие предикторной модели РЗП от моделей И-БЗП согласуется с теорией требований и ресурсов работы (Bakker et al., 2023). Возможность управлять расписанием создает условия для включения перерывов, питания, движения и восстановления в рабочий день, а культура заботы поддерживает их нормативную приемлемость. Формально предоставленная возможность становится ресурсом, если сотрудник считает допустимым ее использовать. Напротив, сложные задачи могут сокращать субъективно доступные возможности для здоровьесберегающих действий.

Совокупность полученных моделей конкретизирует экологическую модель укрепления здоровья: И-БЗП проявляются на уровне субъекта, но их выраженность связана с требованиями и ресурсами организационной среды.

Ограничения исследования. Поперечный дизайн и использование самоотчетных показателей не позволяют устанавливать причинно-следственные отношения. Психометрическая проверка авторского опросника носит предварительный характер, а применение пошагового отбора повышает зависимость состава регрессионных моделей от конкретной выборки. Полученные факторные и предикторные структуры требуют репликации на более крупных независимых выборках. Тест–ретестовая надежность вследствие анонимного однократного сбора данных не оценивалась.

ВЫВОДЫ

1. Первая гипотеза подтвердилась частично: когнитивный и поведенческий компоненты И-БЗП образовали единый когнитивно-поведенческий фактор, тогда как эмоциональный компонент выделился в отдельный фактор. Ресурсная часть показала однофакторную структуру.
2. Теоретически ожидаемые связи шкал с самоконтролем, воспринимаемым стрессом, субъективной оценкой здоровья и способами заботы о здоровье поддерживают их внешнюю конструктивную валидность.
3. Вторая гипотеза подтвердилась: три шкалы характеризовались различающимися наборами статистических предикторов, а общим предиктором выступил самоконтроль. Когнитивно-поведенческий компонент был связан с самоконтролем, барьерами содержания и интенсивности работы и разнообразием навыков; эмоциональный - с самоконтролем, возрастом, интенсивностью труда и психологической поглощенностью работой.
4. РЗП были положительно связаны с самоконтролем, культурой заботы и управлением расписанием и отрицательно - со сложностью рабочих задач.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Научная значимость результатов состоит в разграничении когнитивно-поведенческого и эмоционального компонентов И-БЗП, выявлении различий в моделях их предикторов и рассмотрении РЗП как самостоятельного конструкта. Сопоставление барьеров и ресурсов в дальнейшем позволит выделить профили сочетания уровня БЗП и доступных ресурсов.

В практическом плане полученные результаты показывают двойственную функцию организационной среды: содержание и интенсивность работы связаны с усилением барьеров, тогда как культура заботы и возможность управления расписанием - с ресурсами. Это значит, что программы укрепления здоровья не должны ограничиваться развитием мотивации и самоконтроля. Индивидуальные интервенции целесообразно сочетать с регулированием интенсивности труда, обеспечением временной автономии, поддержанием психологического переключения после работы и формированием организационной культуры, в которой использование возможностей восстановления не воспринимается как недостаточная профессиональная вовлеченность.

Перспективами дальнейшего исследования является верификация гипотезы о том, что ресурсы могут ослаблять действие барьеров, и выделение специфических профилей сочетания уровня БЗП и доступных организационных ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

- Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Сучков Д.Д., Иванова Т.Ю., Сычев О.А., Бобров В.В. Самоконтроль как ресурс личности: диагностика и связи с успешностью, настойчивостью и благополучием // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 2. С. 46–58. DOI:10.17759/chr.2016120205
- Гофман О.О., Никифоров Г.С. Таксономия барьеров здорового поведения у работающего человека // Организационная психология. 2026. Т. 16. № 1. С. 164–191. DOI:10.17323/2312-5942-2026-16-1-164-191
- Золотарева А.А. Психометрические свойства русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса (версии PSS-4, 10, 14) // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12. № 1. С. 18–42. DOI:10.17759/cpse.2023120102

- Никифоров Г.С. Барьеры, препятствующие здоровому поведению // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. 2016. Т. 1. № 4. С. 74–93.
- Никифоров Г.С. Психология самоконтроля: учебное пособие. СПб.: Скифия, 2020. 232 с.
- Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация шкалы способов заботы о здоровье: возможности дифференциальной диагностики представлений и поведения // Вопросы психологии. 2022. Т. 68. № 3. С. 157–171.
- Смирнова А.Ю. Роль организационной поддержки в профессиональном развитии персонала // Акмеология. 2015. № 4 (56). С. 142–150.
- Смирнова А.Ю. Ольденбургский опросник профессионального выгорания: диагностика изменения психического состояния субъекта труда по континууму: увлеченность работой-профессиональное выгорание // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 17. № 2. С. 211–218. DOI:10.18500/1819-7671-2017-17-2-211-218
- Смолянов А.В., Марарица Л.В., Кинунен Т.А., Гуриева С.Д., Удавихина У.А. Опросник дизайна работы Work Design Questionnaire (WDQ): адаптация и проверка психометрических свойств русскоязычной версии // Российский психологический журнал. 2025. Т. 22. № 2. С. 65–94. DOI:10.21702/8r5kyx50
- Bakker A.B., Demerouti E., Sanz-Vergel A. Job Demands–Resources Theory: Ten Years Later // Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2023. V. 10. P. 25–53. DOI:10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933
- Bennett A.A., Bakker A.B., Field J.G. Recovery from work-related effort: A meta-analysis // Journal of Organizational Behavior. 2018. V. 39. № 3. P. 262–275. DOI:10.1002/job.2217
- Bodryzlova Y., Moullec G., Kelly M.P. The Dynamic Model of Health Assets: a model development // Global Health Promotion. 2025. V. 32. № 1. P. 9–18. DOI:10.1177/17579759241248624
- Conner M., Wilding S., Wright C.E., Sheeran P. How Does Self-Control Promote Health Behaviors? A Multi-Behavior Test of Five Potential Pathways // Annals of Behavioral Medicine. 2023. V. 57. № 4. P. 313–322. DOI:10.1093/abm/kaac053
- Deslippe A.L., Soanes A., Bouchaud C.C., Beckenstein H., Slim M., Plourde H., Cohen T.R. Barriers and facilitators to diet, physical activity and lifestyle behavior intervention adherence: a qualitative systematic review of the literature // International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2023. V. 20. № 1. Article 14. DOI:10.1186/s12966-023-01424-2

- Gofman O.O., Shumeyko E., Nikiforov G.S. Workplace Risks for IT Professionals Associated with Barriers to Healthy Behavior: A Review of International Research in the Context of the Healthy Workplace Model // RUDN Journal of Psychology and Pedagogics. 2025. V. 22. № 4. P. 671–691. DOI:10.22363/2313-1683-2025-22-4-671-691
- Hagger M.S., Hamilton K. Trait self-control as a determinant of health behavior: Recent advances on mechanisms and future directions for research // Current Opinion in Psychology. 2024. V. 60. Article 101887. DOI:10.1016/j.copsyc.2024.101887
- Kelly S., Martin S., Kuhn I., Cowan A., Brayne C., Lafortune L. Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review // PLoS ONE. 2016. V. 11. № 1. Article e0145074. DOI:10.1371/journal.pone.0145074
- Liao Y.K., Liu Y.Y., Wu W.Y., Chi H.K., Huang K.C., Vuong B.H. Synthesizing comprehensive models for health behavior studies: connecting dots and revealing links on health enhancement through a meta-analysis approach // Frontiers in Psychology. 2025. V. 16. Article 1518834. DOI:10.3389/fpsyg.2025.1518834
- McLeroy K.R., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs // Health Education Quarterly. 1988. V. 15. № 4. P. 351–377. DOI:10.1177/109019818801500401
- Sonnentag S., Cheng B.H., Parker S.L. Recovery from Work: Advancing the Field Toward the Future // Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2022. V. 9. P. 33–60. DOI:10.1146/annurev-orgpsych-012420-091355

Статья поступила в редакцию: 27.09.2026. Статья опубликована: 01.10.2026.

INDIVIDUAL BARRIERS AND RESOURCES FOR HEALTHY BEHAVIOR IN IT-PROFESSIONALS: STRUCTURE AND PREDICTORS²

© 2026 O.O. Gofman*, E. Shumeyko**

**Candidate of Psychology, Docent, Associate Professor at the Department of Work Psychology and Organizational Psychology, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
E-mail: o.o.gofman@spbu.ru*

***Research Engineer, Assistant at the Department of Work Psychology and Organizational Psychology, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
E-mail: alena.shum2017@yandex.ru*

Despite the recognized importance of employee health and well-being, the psychological factors underlying barriers to health-promoting actions remain underexplored. This study aimed to identify the empirical structure of individual barriers to healthy behavior and resources for healthy behavior, as well as their individual psychological and organizational predictors among information technology professionals. Barriers and resources were conceptualized as subjectively perceived characteristics involved in the regulation of healthy behavior. Hypothesis 1 proposed that the barrier section of the questionnaire would comprise three components - cognitive, emotional, and behavioral - whereas resources for healthy behavior would constitute a separate construct. Hypothesis 2 proposed that the barrier components and resources for healthy behavior would show distinct profiles of individual psychological and organizational predictors. The psychometric evaluation of the questionnaire was conducted on a sample of 242 participants (mean age = 37 years; mean work experience = 12 years; 162 men and 80 women). Predictor models were estimated on a subsample of 168 participants (113 men and 55 women) with complete data on all measures. Hypothesis 1 was partially supported: the cognitive and behavioral components of individual barriers to healthy behavior did not emerge as separate factors but formed a single cognitive-behavioral factor, while the emotional component formed

² The study was supported by the Russian Science Foundation (RSF), project no. 25-28-00983, <https://rscf.ru/project/25-28-00983/>.

a separate factor; the resource section showed a one-factor structure. The resulting scales demonstrated acceptable internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.755$ – 0.835 ; McDonald's $\omega = 0.761$ – 0.835). The observed pattern of associations with external measures provided preliminary support for the external construct validity of the scales. Hypothesis 2 was supported: the two barrier scales and the resource scale showed distinct predictor profiles. Self-control emerged as a common predictor of both barrier scales and the resource scale, whereas the remaining associations reflected the specific contributions of demands and resources within the organizational environment. The regression models explained 29.5–40.8% of the variance in the outcome measures. The scientific contribution of the findings lies in moving beyond the descriptive systematization of subjectively perceived barriers toward an analysis of psychological factors associated with their severity. The study is limited by its cross-sectional design and reliance on self-report data; the findings require replication in larger independent samples.

Keywords: individual barriers to healthy behavior, resources for healthy behavior, cognitive-behavioral components, emotional components, IT professionals

REFERENCES

- Gordeeva, T.O., Osin, E.N., Suchkov, D.D., Ivanova, T.Yu., Sychev, O.A., & Bobrov, V.V. (2016). Samokontrol' kak resurs lichnosti: Diagnostika i svyazi s uspeshnost'yu, nastoychivost'yu i blagopoluchiem [Self-control as a personality resource: Assessment and associations with performance, persistence, and well-being]. *Kul'turno-Istoricheskaya Psikhologiya*, 12(2), 46–58. (in Russian). DOI:10.17759/chp.2016120205
- Gofman, O.O., & Nikiforov, G.S. (2026). Taksonomiya bar'eroz zdorovogo povedeniya u rabotayushchego cheloveka [Taxonomy of barriers to healthy behavior among the working population]. *Organizatsionnaya Psikhologiya*, 16(1), 164–191. (in Russian). DOI:10.17323/2312-5942-2026-16-1-164-191
- Zolotareva, A.A. (2023). Psikhometricheskie svoystva russkoyazychnoy versii Shkaly vosprinimaemogo stressa (versii PSS-4, 10, 14) [Psychometric properties of the Russian version of the Perceived Stress Scale (PSS-4, 10, 14)]. *Klinicheskaya i Spetsial'naya Psikhologiya*, 12(1), 18–42. (in Russian). DOI:10.17759/cpse.2023120102
- Nikiforov, G.S. (2016). Bar'ery, prepyatstvuyushchie zdorovomu povedeniyu [Barriers to healthy behavior]. *Institut Psikhologii Rossiyskoy Akademii Nauk. Sotsial'naya i Ekonomicheskaya Psikhologiya*, 1(4), 74–93. (in Russian).
- Nikiforov, G.S. (2020). *Psikhologiya samokontrolya: Uchebnoe posobie* [Psychology of self-control: A textbook]. Saint Petersburg: Skifiya. (in Russian).

- Rasskazova, E.I., & Tkhostov, A.Sh. (2022). Aprobatsiya shkaly sposobov zaboty o zdorov'e: Vozmozhnosti differentsial'noy diagnostiki predstavleniy i povedeniya [Validation of the Health Care Practices Scale: Possibilities for the differential assessment of beliefs and behavior]. *Voprosy Psikhologii*, 68(3), 157–171. (in Russian).
- Smirnova, A.Yu. (2015). Rol' organizatsionnoy podderzhki v professional'nom razvitii personala [Perceived organizational support as a factor in personnel professional development]. *Akmeologiya*, 4(56), 142–150. (in Russian).
- Smirnova, A.Yu. (2017). Ol'denburgskiy oprosnik professional'nogo vygoraniya: Diagnostika izmeneniya psikhicheskogo sostoyaniya sub'ekta truda po kontinuumu «uvlechenost' rabotoy—professional'noe vygoranie» [The Oldenburg Burnout Inventory: Assessment of changes in employees' mental states along the work engagement—professional burnout continuum]. *Izvestiya Saratovskogo Universiteta. Novaya Seriya. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika*, 17(2), 211–218. (in Russian). DOI:10.18500/1819-7671-2017-17-2-211-218
- Smolyanov, A.V., Mararitsa, L.V., Kinunen, T.A., Gurieva, S.D., & Udavikhina, U.A. (2025). Oprosnik dizayna raboty Work Design Questionnaire (WDQ): Adaptatsiya i proverka psikhometricheskikh svoystv russkoyazychnoy versii [Work Design Questionnaire (WDQ): Russian version adaptation and validation]. *Rossiyskiy Psikhologicheskiy Zhurnal*, 22(2), 65–94. (in Russian). DOI: 10.21702/8r5kyx50
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands—resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25–53. DOI:10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933
- Bennett, A.A., Bakker, A.B., & Field, J.G. (2018). Recovery from work-related effort: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 39(3), 262–275. DOI:10.1002/job.2217
- Bodryzlova, Y., Moullec, G., & Kelly, M.P. (2025). The dynamic model of health assets: A model development. *Global Health Promotion*, 32(1), 9–18. DOI:10.1177/17579759241248624
- Conner, M., Wilding, S., Wright, C.E., & Sheeran, P. (2023). How does self-control promote health behaviors? A multi-behavior test of five potential pathways. *Annals of Behavioral Medicine*, 57(4), 313–322. DOI:10.1093/abm/kaac053
- Deslippe, A.L., Soanes, A., Bouchaud, C.C., Beckenstein, H., Slim, M., Plourde, H., & Cohen, T. R. (2023). Barriers and facilitators to diet, physical activity and lifestyle behavior intervention adherence: A qualitative systematic review of the literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 20(1), Article 14. DOI:10.1186/s12966-023-01424-2

- Gofman, O.O., Shumeyko, E., & Nikiforov, G.S. (2025). Workplace risks for IT professionals associated with barriers to healthy behavior: A review of international research in the context of the Healthy Workplace Model. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*, 22(4), 671–691. DOI:10.22363/2313-1683-2025-22-4-671-691
- Hagger, M.S., & Hamilton, K. (2024). Trait self-control as a determinant of health behavior: Recent advances on mechanisms and future directions for research. *Current Opinion in Psychology*, 60, Article 101887. DOI:10.1016/j.copsyc.2024.101887
- Kelly, S., Martin, S., Kuhn, I., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2016). Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: A rapid systematic review. *PLOS ONE*, 11(1), Article e0145074. DOI:10.1371/journal.pone.0145074
- Liao Y.K., Liu Y.Y., Wu W.Y., Chi H.K., Huang K.C., Vuong B.H. Synthesizing comprehensive models for health behavior studies: connecting dots and revealing links on health enhancement through a meta-analysis approach // *Frontiers in Psychology*. 2025. V. 16. Article 1518834. DOI:10.3389/fpsyg.2025.1518834
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. DOI:10.1177/109019818801500401
- Sonnentag, S., Cheng, B.H., & Parker, S.L. (2022). Recovery from work: Advancing the field toward the future. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 9, 33–60. DOI:10.1146/annurev-orgpsych-012420-091355

The article was received: 27.09.2026. Published online: 01.10.2026.

Библиографическая ссылка на статью:

Гофман О.О., Шумейко Е. Индивидуальные барьеры и ресурсы здорового поведения ИТ-специалистов: структура и предикторы // Институт психологии Российской академии наук. Организационная психология и психология труда. 2026. Т. 11. № 3. С. 87–112. DOI: 10.38098/ipran.opwp_2026_40_3_004

Gofman, O.O., Shumeyko, E. (2026). Individual'nye bar'ery i resursy zdorovogo povedeniya IT-specialistov: struktura i prediktory [Individual barriers and resources for healthy behavior in it professionals: structure and predictors]. Institut psihologii Rossijskoj akademii nauk. Organizacionnaya psihologiya i psihologiya truda. [Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Organizational psychology and psychology of work]. 11(3). 87–112. DOI: 10.38098/ipran.opwp_2026_40_3_004

Адрес статьи: <http://work-org-psychology.ru/engine/documents/document1263.pdf>