

БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ЗДОРОВОМУ ПОВЕДЕНИЮ

© 2016 г. Г.С. Никифоров*

BARRIERS INTERFERING HEALTHY BEHAVIOR

G.S. Nikiforov

Представлены результаты исследования представлений о барьерах, препятствующих здоровому поведению в разных возрастных группах: школьников, студентов, а также лиц, получающих второе высшее образование. Впервые приводится наиболее полная совокупность барьеров здорового поведения. Определены барьеры, которые были названы во всех группах респондентов. В число субъективно обусловленных барьеров вошли: лень, недостаток времени, отсутствие должной мотивации, вредные привычки, а в число объективно обусловленных – социальное давление, качество питания.

Ключевые слова: образ жизни, отношение к здоровью, барьеры здорового поведения.

The representations about barriers interfering healthy behavior in the different age groups such as school children as well as students and persons receiving the second higher education were presented. The set of barriers marked in all groups was revealed. The subjectively determined barriers were pointed such as laziness, lack of time, lack of the motivation, bad habits; and the objectively determined ones were pointed such as the social pressure and the food quality.

Key words: lifestyle, healthy lifestyle, attitude toward health, barriers to healthy

* Никифоров Герман Сергеевич, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологического обеспечения профессиональной деятельности ФГБОУ Санкт-Петербургский государственный университет, Nikiforov.Germ@yandex.ru.

behavior.

В общей проблематике психологии человека выявление состава и раскрытие содержания критериев психического и социального здоровья является одним из ключевых вопросов. От степени его разработанности будет зависеть мера практической востребованности психологии здоровья как научного направления, качество и полнота раскрытия ее системообразующей темы: психологическое обеспечение здоровья человека на всем протяжении его жизненного пути (Никифоров, 1996; Никифоров, Августова, 2013; Психологическое здоровье..., 2014; Психология адаптации ..., 2007). Но есть и еще одна проблема, не в меньшей степени предопределяющая развитие психологии здоровья на перспективу – это проблема барьеров, препятствующих человеку осуществлять в процессе своей жизнедеятельности здоровое поведение. Она органично сочетается с вопросами образа жизни и отношения человека к собственному здоровью (Журавлев, 2004; Проблемы психологической..., 2012; Совладающее поведение..., 2008; Стресс, выгорание, совладание..., 2011;).

На сегодняшний день общепринятым является положение о том, что определяющая роль в обеспечении здоровья человека принадлежит его образу жизни. Роль этого фактора в значительной степени опережает влияние на здоровье наследственности, внешней среды (экологии), медицинской помощи.

Под *образом жизни* понимается устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности людей, проявляющийся в их труде, быте, досуге, удовлетворении материальных и духовных потребностей, нормах общения и поведения.

Образ жизни включает в себя три составляющих: уровень, качество и стиль жизни.

Уровень жизни – категория в основном экономическая, отражающая степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей человека.

Качество жизни характеризует степень комфорта в удовлетворении человеческих потребностей и является преимущественно социологической категорией. В специальной литературе словосочетание «качество жизни» начало появляться после 1975 года. Его общепринятое определение пока еще не найдено. Качество жизни трактуется как довольно широкое понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья. К ним можно отнести:

- условия жизни;
- удовлетворенность учебной;
- удовлетворенность работой;
- семейные отношения;
- социальное окружение;
- политическая и экономическая ситуация в стране.

Субъективные стороны качества жизни находят отражение в следующих факторах:

- состояние личности, позволяющее ей безболезненно преодолевать противодействие (борьбу, агрессию, конкуренцию) внешнего мира;
- способность адекватно решать поставленные задачи;
- возможность жить полной жизнью в тесном контакте со всем, что любит человек;
- способность быть всем, чем в состоянии стать (самореализация);
- возможность находиться в психическом и физическом равновесии с природой и социальной средой, с самим собой.

Вся совокупность известных методик оценки качества жизни по предмету исследования может быть распределена на пять основных групп (Орлов, Гиляревский, 1992).

1. Физическое состояние (физические ограничения, физические способности, необходимость пребывания на постельном режиме, временная нетрудоспособность, выход на инвалидность, физическое благополучие).

2. Психическое состояние (уровни тревоги и депрессии, психологическое благополучие, самоконтроль эмоций и поведения, познавательные функции).

3. Социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи, социальная поддержка: пособия, льготы и т.д.).

4. Ролевое функционирование (на работе, дома).

5. Общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы, оценка болевых ощущений).

Согласно академику Н.М. Амосову, здоровье с позиций категории качества жизни есть выбор такого образа жизни, при котором человек получает удовольствие от здоровья, а его устойчивое наличие обеспечивает долголетие с высоким уровнем душевного комфорта (Амосов, 2003).

Стиль жизни – категория социально-психологическая. Она характеризует особенности повседневной жизни человека, то есть определенный стандарт, под который подстраивается его психология и физиология. Стиль жизни – это существенный признак индивидуальности, проявления ее относительной самостоятельности, способности сформировать себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной и интересной жизни. Здоровье человека в существенной мере зависит от стиля его жизни, который обусловлен менталитетом (национальными традициями) и личностными наклонностями.

Здоровый образ жизни – понятие комплексное, но более узкое, чем собственно образ жизни. Большинство исследователей определяют здоровый образ жизни как совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все его системы работают долговечно, а также совокупность рациональных методов, способствующих укреплению здоровья, гармоничному развитию личности, методов труда и отдыха.

Разработка проблемы барьеров здорового поведения с неизбежностью предполагает обращение к *категории отношения*. Приоритет в постановке этой темы в психологии принадлежит А.Ф. Лазурскому (Лазурский, 1925). Он рассматривал личность как биосоциальный организм, подчеркивая в качестве ее главной основы нервно-психическую организацию. Другой ее важной стороной ученый считал отношение личности к внешней среде (природе, людям, социальным группам, духовным ценностям и др.). Лазурский отводил особую роль отношениям в достижении душевной гармонии личности, под которой понимал разносторонность, полноту и согласие психических функций человека. Вершина разработки идеи отношений в отечественной психологии представлена в творчестве В.Н. Мясищева. Таков один из выводов, к которому приходит Е.В. Левченко, завершая свое обстоятельное исследование истории психологии отношений (Левченко, 1995). Одно из ключевых положений разработанной Мясищевым концепции формулируется так: личность – это система, психическое – это, прежде всего, система отношений.

Последующая разработка проблемы отношений позволила увидеть ее непосредственную связь с обеспечением психического здоровья личности (Журавлев, Позняков, 2012). Так, по мнению В.С. Мерлина, человек проявляет себя как личность лишь в процессе осуществления сознательно поставленных целей и активного воздействия на окружающий мир. При этом индивидуальные способы действия по реализации каких-либо целей, в том числе и в осуществлении здорового поведения, всегда обусловлены активными отношениями личности. Они проявляются в каждой черте характера и в индивидуальном стиле деятельности человека. Если отношения как свойство сознания в целом не нарушены, то это уже само по себе позволяет человеку оставаться личностью, даже в случае поражения его основных психических процессов. И, напротив, деформация отношений личности в целом неизбежно ведет к ее дезинтеграции, даже если при этом особенности психических процессов остаются в норме. Личность может деградировать или измениться, если изменится ее отношение к собственному поведению, к людям, к своей

профессиональной занятости или к окружающему ее социальному окружению. Только устойчивость и постоянство активных отношений позволяет личности противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и достигать, в конечном счете, поставленных целей, осуществлять реализацию своих намерений.

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с разными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Конкретные виды отношения к здоровью находят проявление в действиях, поступках, переживаниях, суждениях людей относительно факторов, влияющих на их физическое, психическое и социальное благополучие. Критерием же меры адекватности отношения к здоровью является степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены. Что касается вербально реализуемых мнений и суждений относительно форм здорового поведения, то критерием их адекватности может выступать уровень осведомленности или компетентности индивида. Соответствие самооценки индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья также является одним из критериев адекватности отношения к здоровью.

В целом отношение к здоровью является одним из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья. Поиск ответа на него сводится в своей сущности к одному: как добиться того, чтобы здоровье стало ведущей, органичной потребностью человека на всем протяжении его жизненного пути. На самом деле, формированию адекватного отношения человека к собственному здоровью и, соответственно, реализации здорового поведения препятствует ряд субъективно выраженных или объективно обусловленных барьеров. Мы попытались выделить такую

совокупность, опираясь на доступную главным образом зарубежную, а также отечественную литературу конца 90-х годов XX века (Никифоров, 2002; Березовская, Никифоров, 2003).

1) Здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, как сам собой разумеющийся факт, не видя в нем предмета особого внимания. В состоянии полного физического или психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из поля его зрения. Он верит в его нерушимость и не считает нужным (поскольку и так все хорошо) предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению своего здоровья.

2) Как правило, здоровье привлекает к себе внимание, когда с ним возникают какие-то проблемы. Здоровье приобретает актуальную жизненную необходимость, особую значимость тогда, когда оно уже нарушено.

3) В основе нездорового поведения нередко лежит феномен «нереалистичного оптимизма», неоправданного, ничем не обоснованного. Его формированию способствуют определенные психологические факторы:

- отсутствие личного опыта болезни;
- вера в то, что если проблема (заболевание) еще не появилась, то она не появится и в будущем;
- вера в то, что если проблема со здоровьем и появится, то с ней можно будет справиться, предприняв соответствующие действия.

4) Довольно типичной является ситуация, когда люди, отягощенные болезнями, остро их ощущая, тем не менее, не предпринимают действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение.

5) Одна из причин пассивного отношения к здоровью кроется в недостатке необходимых знаний о нем, о способах его формирования, сохранения и укрепления.

6) Неоднократное нездоровое поведение в ряде случаев может приносить мгновенное удовольствие (выкурить «хорошую» сигарету, съесть мороженое и

т.д.), а долговременные негативные последствия таких поступков кажутся далекими и маловероятными.

7) Нередко люди просто не осознают, с какой опасностью сопряжено то или иное нездоровое поведение (нарушения в сфере питания, личной гигиены, режима труда и отдыха, бытовой культуры).

8) Обращение к механизмам психологической защиты, целью которых является оправдание нездорового поведения. Наиболее распространенными видами психологических защит в сфере здоровья являются отрицание и рационализация. Так, механизм действия психологической защиты по типу отрицания заключается в блокировании негативной информации «на входе» (например, «этого не может быть») или в стремлении избежать новой информации (например, «мне не надо проходить медицинский осмотр, так как я совершенно здоров»). Рационализация используется, в основном, для оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне.

9) Установка на пассивное отношение к здоровью, находящая отражение в рассуждениях типа «если человеку суждено заболеть, то, что бы он ни делал, все равно заболеет», обуславливает соответствующее поведение, которое рано или поздно приводит к ослаблению здоровья.

10) Значительная часть самосохранительного поведения человека определяется его представлениями о здоровье, которые формируются в процессе индивидуального развития. В первую очередь, это обусловлено избирательностью восприятия, благодаря которой вся информация, которая поступает из средств массовой информации, от специалистов-врачей или из других источников, но не соответствует сложившимся убеждениям человека, просто не воспринимается им или подвергается критике. Поэтому и вероятность следования рекомендациям по укреплению здоровья, которые не совпадают или расходятся с вышеназванными представлениями, будет невысокой.

11) Оценка эффективности рекламы здорового образа жизни часто строится не на пропаганде сохраняющих здоровье формах поведения, а на

запрете “нездоровых” привычек (например, «Курить опасно для вашего здоровья!»). В действительности строгий запрет опасен: чем сильнее запреты, тем больше вероятности, что они вызовут обратную реакцию и пробудят интерес к запретной теме.

12) Существует возрастная динамика значимости здоровья. Его приоритетная роль чаще всего отмечается представителями среднего и особенно старшего поколения. Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага, карьера. Если они и уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей. В понимании молодежи роль психического и социального здоровья не находит должного места.

13) Социальное давление зачастую заставляет людей осуществлять нездоровое поведение. Чтобы не потерять уважение близких людей (друзей, товарищей), сохранить свою причастность к референтной группе, можно при необходимости приобщиться к тем или иным вредным привычкам, практикуемым в этой группе.

14) Существует эффект задержанной обратной связи: люди предпочитают не обременять себя работой над собственным здоровьем, поскольку результат от затраченных усилий может быть не сразу заметен и очевиден. Занятия утренней зарядкой, каким-то видом оздоровительных систем, закаливанием приносят ощутимый позитивный результат далеко не сразу, через несколько дней, а чаще через месяцы и даже годы. Люди этого не понимают, им это зачастую просто не объясняют. Их не настраивают на терпеливую, систематическую работу над собственным здоровьем. Не получив быстрого эффекта от полезных для своего здоровья действий, люди бросают упражнения и могут не вернуться к ним уже никогда. Эффект задержанной обратной связи – одна из главных причин негигиенического поведения людей, пренебрежения ими правилами здорового образа жизни.

15) Время от времени появляется мода на здоровье, но нет попыток поставить этот вопрос на долгосрочную перспективу в качестве государственной проблемы.

Остановимся ниже на организации и результатах исследования, проведенного под нашим руководством аспиранткой Т.Б. Чугуновой (Чугунова, 2007). Его целью было выявление различий в представлениях подростков о барьерах здорового поведения в зависимости от их возраста и пола. В качестве испытуемых выступили учащиеся лица с гуманитарным уклоном (восьмые классы: 12 мальчиков, 21 девочка; одиннадцатые классы: 11 мальчиков, 20 девочек), а также учащиеся одиннадцатых классов общеобразовательной школы (20 девочек, 18 мальчиков) и учащиеся восьмых классов лица с естественнонаучным уклоном (18 мальчиков, 28 девочек). Респондентам предлагался вопросник, включавший в себя десять возможных барьеров, препятствующих здоровому поведению.

1. Здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, поэтому не видит необходимости предпринимать еще какие-то специальные меры по его поддержанию.

2. Как правило, здоровье привлекает к себе специальное внимание, когда с ним возникают какие-то проблемы.

3. Совсем не обязательно, ощутив какие-то признаки недомогания, обращаться к врачу. Через какое-то время они могут сами по себе пройти.

4. Недостаток необходимых знаний о здоровье, способах его сохранения и укрепления является причиной того, что не сосредотачиваешь на нем внимание лишний раз.

5. Чтобы не быть «белой вороной» в компании, не потерять уважение близких тебе людей (друзей, товарищей), можно при необходимости и покурить, и выпить, и попробовать наркотик.

6. Не получив достаточно быстрого положительного результата от занятий какой-то оздоровительной практикой (зарядка, закаливание, спорт),

незачем дальше тратить на нее время, а следует найти для себя что-то более подходящее в этом смысле.

7. Мода на различные виды оздоровительных практик сравнительно быстро проходит. В этом нет ничего плохого и надо просто следовать за ее изменением.

8. Здоровый человек не задумывается о своем здоровье, т.к. верит, что если заболевание не появилось, то оно не появится и в будущем.

9. Здоровый человек не уделяет особого внимания здоровью, т.к. считает, что если проблема возникнет, то с ней легко можно будет справиться, предприняв соответствующие действия.

10. Негативные последствия от поступков, связанных с получением сиюминутного удовольствия (выкурить сигарету, съесть мороженое и др.) кажутся далекими и маловероятными.

Респондентам давалась инструкция: Вам предлагается несколько высказываний об отношении человека к своему здоровью. Внимательно прочитайте каждое высказывание. Если Вы согласны с данным утверждением, напишите ответ «Да». Если оно не совпадает с Вашим мнением по данному вопросу – напишите «Нет». Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1. Частота выбора барьеров здорового поведения для учащихся восьмых и одиннадцатых классов.

	% от общего количества выборов учащихся 8-го класса		% от общего количества выборов учащихся 11-го класса	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
1. Здоровье – естественная данность	67	67	55	45
2. Здоровье значимо, когда оно уже нарушено	17	14	91	95
3. Недомогание – временное самопроходящее явление	25	38	73	50
4. Недостаток знаний о здоровье – причина его игнорирования	42	38	64	45

5. Не быть “белой вороной”, жертвуй здоровьем	75	100	9	0
6.Отсутствие быстрого положительного результата	83	76	18	35
7. Мода	58	71	9	25
8. Если нет заболевания, оно и не появится	50	67	27	30
9. Если проблема возникнет, то с ней легко можно будет справиться	33	71	46	65
10. Негативные последствия от нездоровых поступков маловероятны	42	62	64	70

В целом полученные данные позволяют говорить о том, что возраст и пол влияют на предпочтения учащихся при выборе барьеров здорового поведения.

Для старшеклассников ведущим является барьер «Здоровье значимо, когда оно уже нарушено». У них сочетается «нереалистичный оптимизм» с осознанным отношением к здоровью. Это выражается в том, что с одной стороны, они выделяют такой барьер, как «Недомогание – временное самопроходящее явление», а с другой стороны, они соглашались с тем, что «недостаток знаний о здоровье – причина того, что не сосредотачиваешь на нем лишней раз внимание». Можно предположить, что они меньше уделяют внимание самочувствию, здоровью, т.к. на первый план выходят ценностные ориентации, связанные с их профессиональным самоопределением, осмыслением своих будущих перспектив. Показательно, что старшие подростки игнорируют барьер «Не быть “белой вороной”, жертвуй здоровьем». Это связано, вероятно, с характерным для данного возраста стремлением отделиться от группы, функционировать независимо.

Для младших подростков на первый план выходит общение, на них значительное влияние оказывает группа сверстников. Поэтому они выделяют те барьеры нездорового поведения, которые возникают под давлением окружения: «Не быть “белой вороной” в компании», «Мода на различные виды

оздоровительных практик». При этом девочки проявляют большую конформность, они в большей степени ориентированы на референтную группу. Младшие подростки заметно реже связывают свой выбор с такими барьерами, как «Недомогание – временное самопроходящее явление», «Здоровье значимо, когда оно уже нарушено». Возможно, это связано с тем, что физиологические изменения, доставляющие им неудобства и вызывающие болезненные ощущения, вынуждают задумываться о важности здоровья и способах его сохранения.

Для восьмиклассников разного профиля обучения барьеры, препятствующие здоровому поведению, имеют разную ценность. Учащиеся гимназии с гуманитарным уклоном демонстрируют более «легкое» отношение к своему здоровью. Они ориентированы на быстрый видимый результат и референтную группу сверстников. Восьмиклассники естественнонаучного профиля обучения не считают здоровье естественной данностью, но препятствием на пути к здоровому образу жизни для них является недостаток знаний о способах сохранения здоровья, а также уверенность в преодолении проблем со здоровьем в случае их возникновения.

Перейдем теперь к исследованию, которое было проведено нами на выборке в 725 человек. В нее вошли: 142 человека, проходивших обучение по программе второго высшего образования при факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета (возраст от 28 до 45 лет); 140 студентов (девушки) заочного отделения факультета психологии; 334 девушки и 109 юношей – студенты очного отделения этого же факультета. Участникам исследования давалась следующая инструкция: Опираясь на собственный опыт, а также полученные Вами знания, напишите пять самых важных, по Вашему мнению, барьеров, препятствующих человеку осуществлять здоровое поведение. По каждому из них дайте краткий письменный комментарий в обоснование его выбора. Опрос носил анонимный характер. В последующий анализ полученных результатов по каждой из четырех групп респондентов включались только те барьеры, которые набирали пять и более процентов от

общей совокупности полученных ответов. Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрического критерия χ^2 . Результаты исследования представлены в таблице №2.

Таблица 2. Барьеры, препятствующие здоровому поведению у студентов (юношей и девушек) различных форм обучения

№	Наименование барьера	Второе высшее образование		Студенты заочного отделения, девушки		Студенты дневного отделения, девушки		Студенты дневного отделения, юноши	
		Частота выбора барьеров	частоты выбора барьеров	Частота выбора барьеров	частоты выбора барьеров	Частота выбора барьеров	частоты выбора барьеров	Частота выбора барьеров	частоты выбора барьеров
1	Лень	58	41	79	56	156	47	22	20
2	Нет времени	49	35	82	59	122	37	31	28
3	Экология	34	24	14	10	105	31	–	–
4	Мотивация	30	21	17	12	40	12	6	5
5	Питание	22	16	5	4	75	23	22	20
6	Социум	16	11	47	34	139	41	35	32
7	Недостаток знаний о здоровом образе жизни	13	9	12	9	10	3	–	–
8	Вредные привычки	12	9	35	25	193	58	55	50
9	Стресс	12	9	15	11	32	10	–	–
10	Сон	6	4	–	–	–	–	3	3
11	Отсутствие самодисциплины	6	4	–	–	–	–	–	–
12	Низкая двигательная активность	5	4	–	–	–	–	–	–
13	Воля	–	–	8	6	49	15	3	3
14	Семья	–	–	11	8	12	3	–	–
15	Материальное положение	–	–	51	36	94	29	14	13

16	Средства массовой информации	–	–	–	–	12	4	3	3
----	------------------------------	---	---	---	---	----	---	---	---

Как следует из таблицы 1, 5%-ный порог преодолели шестнадцать барьеров. При этом только шесть барьеров были названы во всех группах. Это: «лень»; «нет времени»; «мотивация»; «питание»; «социум»; «вредные привычки». Прочерки в таблице означают, что данный вид барьера в соответствующей группе либо вообще не назывался, либо он остался за 5%-ным порогом. В первой колонке таблицы (второе высшее образование) барьеры приведены в порядке убывания частоты их выбора. В трех остальных колонках эта закономерность уже не соблюдается. Соотношение субъективных (например: лень; нет времени; вредные привычки; мотивация и др.) и объективно обусловленных барьеров (например: экология; социум; семья; материальное положение и др.) примерно равное (соответственно 9 и 7), но при этом на субъективные барьеры приходится подавляющее число выборов.

Отметим один показательный результат, полученный в группе второго высшего образования. В ней лидерами по частоте выбора оказались барьеры «лень» и «нет времени». По отношению друг к другу они не получили значимых предпочтений, а по сравнению со всеми остальными барьерами назывались значимо чаще ($p \leq 0,01$). Возможное объяснение такого результата заключается в следующем. В эту группу входили преимущественно женщины зрелого возраста, для которых включенность в актуальную профессиональную деятельность и учебный процесс, связанный с обретением новой специальности, а также семейные обязательства, в том числе и воспитание детей, являются характерными составляющими их жизнедеятельности, требующими не только временных, но и соответствующих энергозатрат. В итоге проявление лени к каким-то специальным, дополнительным формам поддержания здорового образа жизни является следствием недостатка времени и, что не следует исключать, дефицита энергоресурса.

В этой же группе выделились еще три блока, в которых не было выявлено значимых различий между вошедшими в них барьерами. Так, равновероятными оказались выборы «экологии» и «мотивации». Отсутствуют значимые различия между такими барьерами, как «питание»; «социум»; «недостаток знаний о здоровом образе жизни»; «вредные привычки»; «стресс». И, наконец, не оказалось значимых предпочтений между «сном»; «отсутствием самодисциплины» и «низкой двигательной активностью».

В группе девушек, обучающихся на заочном отделении, как и в предыдущем случае (второе высшее образование), на передний план вышли два барьера: «лень» и «нет времени». Между ними нет статистически значимых различий по частоте их выбора, а оба они значимо ($p \leq 0,01$) чаще выбираются по сравнению со всеми остальными названными в этой группе барьерами. На наш взгляд, в этом случае вполне допустима та же интерпретация полученного результата, о которой шла речь применительно к данным барьерам в группе второго высшего образования. Только теперь, наряду с профессиональной занятостью студенток-заочниц, их дополнительные временные затраты обусловлены получением первого высшего образования, а семейные заботы и воспитание детей для многих из них уже являются данностью.

Применительно к этой группе можно говорить еще о двух блоках, с равновероятным выбором барьеров, представленных в них. В один из них вошли «социум», «вредные привычки» и «материальное положение». Они, как это видно из таблицы 2, оказались включенными в совокупности барьеров во всех трех студенческих группах, но не были названы в группе второго высшего образования.

По сравнению с другими группами девушки, обучающиеся на дневном отделении, назвали наибольшее число барьеров здорового поведения, которые распределились и по большему числу блоков, включивших в себя барьеры, не имеющие по отношению друг к другу статистически значимых предпочтений по их выбору. Показательно, что в первый блок, наряду с «ленью», вошел барьер «вредные привычки», чего не было в предыдущих группах. Иными

словами, в данной группе статус этого барьера значительно возрастает. Что касается оставшихся блоков, то их содержание наполнилось следующим образом. Второй блок: «нет времени», «социум», «экология». Третий блок: «материальное положение», «питание». Четвертый блок: «мотивация», «воля», «стресс». Пятый блок: «недостаток знаний о здоровом образе жизни», «семья», «средства массовой информации».

Выбор барьеров в группе юношей, обучающихся на дневном отделении, не носит столь дифференцированный характер, как это имело место в других группах, и особенно в группе девушек, с которыми они совместно обучаются. Наибольшее значение среди барьеров здорового поведения они придают «вредным привычкам». Можно сказать, что этот барьер – лидер в данной группе. Частота его выбора значимо ($p \leq 0,01$) превышает выбор всех остальных барьеров, совокупность которых распределилась по двум блокам. В первый вошли: «социум»; «нет времени»; «лень»; «питание». Во второй: «материальное положение»; «мотивация»; «сон»; «воля»; «средства массовой информации».

Завершая статью, сделаем некоторые замечания, относящиеся к результатам проведенного нами исследования. Так, следует особо отметить, что среди называемых респондентами барьеров здорового поведения встречались и индивидуально-психологические особенности, что, на наш взгляд, имеет несомненное значение для раскрытия обсуждаемой темы. Но это были единичные ответы, и встречались они только в женских группах. В их число вошли: нелюбовь к себе, незнание себя, повышенная тревожность, суетливый стиль поведения, недоброжелательность, раздражительность, неуверенность в себе, низкая самооценка, дефицит самоконтроля, нетерпеливость и др.

Суть большинства выявленных в исследовании барьеров достаточно хорошо понимается из самого их названия. Комментарии участников исследования по некоторым барьерам совсем не обязательно совпадают буквально, но, тем не менее, по смыслу сказанного их можно было объединить под общим названием. Это следующие барьеры.

Социум. Больное общество не может воспитать здоровую личность. Государство не в должной мере озабочено сохранением и укреплением здоровья нации. Намерение и попытки человека придерживаться здорового образа жизни не встречают понимания, поддержки, одобрения в референтной для него группе.

Семья. Тяжелый психологический климат в семье; отсутствие сплоченности; атмосфера конфликтности; запущенность воспитательного процесса; наконец, отсутствие традиций здорового образа жизни препятствуют формированию правильного отношения к здоровью у ее членов, в том числе и у подрастающего в ней поколения.

Материальное положение. Даже при стремлении к здоровому поведению его осуществление может быть серьезно затруднено из-за недостатка соответствующих материальных (финансовых) возможностей, которые необходимы для поддержания здорового питания, посещения занятий в оздоровительных центрах, прохождения профилактических обследований, организации полноценного отдыха во время отпуска и др.

Результаты проведенного нами исследования носят констатирующий характер, отражая определенные различия в представлениях респондентов о тех препятствиях, которые, по их мнению, затрудняют осуществление здорового поведения. Из общей совокупности названных барьеров выделилось их некое “ядро”, в которое вошли шесть барьеров, отмеченных всеми участниками исследования независимо от их пола и возраста. Еще раз напомним их, это: лень; недостаток времени; нет должной мотивации; вредные привычки; социальное давление; качество питания. Эти барьеры, как, впрочем, и те, название которых носит более дифференцированный характер, связаны с представлениями разных групп респондентов и ориентируют на продолжение дальнейших исследований с целью выявления факторов и условий противодействия их проявлению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Амосов Н.М.* Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Человек и общество. М.: ООО «Издательство АСТ»; Донецк: Изд-во «Сталкер», 2003.
- Березовская Р.А., Никифоров Г.С.* Отношение к здоровью// Психология здоровья: Учебник / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. С. 279-283.
- Журавлев А.Л.* Психологические факторы физического и психического здоровья человека (по материалам исследований ИП РАН) // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 3. С. 107-117.
- Журавлев А.Л., Позняков В.П.* Социальная психология российского предпринимательства. Концепция психологических отношений. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.
- Лазурский А.Ф.* Классификация личностей. Ленинград, 1925.
- Левченко Е.В.* История психологии отношений: Автореф. ...докт. психол.наук. СПб., 1995.
- Никифоров Г.С.* К вопросу о критериях психического здоровья // Психология: итоги и перспективы / Под ред. А.А. Крылова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1996.
- Никифоров Г.С.* Психология здоровья. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2002.
- Никифоров Г.С., Августова Л.И.* Представления о критериях здоровья человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. 2013. Вып. 4. С.4-13.
- Орлов В.А., Гиляревский С.Р.* Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. М., 1992.
- Проблемы психологической безопасности / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.
- Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / Отв. ред. А.Л. Журавлев, М.И. Воловикова, Т.В. Галкина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН»; 2014.
- Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008.

Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011.

Чугунова Т.Б. Представления подростков о барьерах, препятствующих здоровому поведению // Ананьевские чтения – 2007: Материалы научно-практической конференции 23-25 октября 2007. СПб.: СПбГУ, 2007. С. 595-596.