

Вестник Евразийской науки / The Eurasian Scientific Journal <https://esj.today>

2025, Том 17, № 3 / 2025, Vol. 17, Iss. 3 <https://esj.today/issue-3-2025.html>

URL статьи: <https://esj.today/PDF/57ECVN325.pdf>

DOI: 10.15862/57ECVN325 (<https://doi.org/10.15862/57ECVN325>)

5.2.4. Финансы (экономические науки)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Лескова, И. В. Культурные, психологические и социально-экономические барьеры мужского здоровья: аспекты исследования / И. В. Лескова, Н. А. Никитин, С. Ю. Зязин // Вестник евразийской науки. — 2025. — Т. 17. — № 3. — URL: <https://esj.today/PDF/57ECVN325.pdf>. DOI: 10.15862/57ECVN325.

For citation:

Leskova I.V., Nikitin N.A., Zyazin S.Yu. Cultural, psychological and socioeconomic barriers to men's health: aspects of the study. *The Eurasian Scientific Journal*. 2025;17(3): 57ECVN325. Available at: <https://esj.today/PDF/57ECVN325.pdf>. DOI: 10.15862/57ECVN325. (In Russ., abstract in Eng.).

УДК 31

Лескова Ирина Валерьевна

ФГАОУ ВО «Государственный университет просвещения», Москва, Россия

Заведующий кафедрой «Политологии и права»

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Москва, Россия

Центр научно-методического обеспечения государственной культурной
политики и традиционных духовно-нравственных ценностей

Заместитель директора

Доктор социологических наук, кандидат политических наук, профессор

E-mail: leskova.i@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6083-6692>

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=510760

WoS: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/AAC-8948-2020>

SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=56610215200>

Google Академия: <https://scholar.google.ru/citations?user=BfYOFYMAAAAJ>

Никитин Никита Александрович

ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница»

Министерства здравоохранения Курской области, Курск, Россия

Заведующий отоларингологическим отделением, главный внештатный специалист оториноларинголог

Кандидат медицинских наук, врач высшей категории

Зязин Сергей Юрьевич

ФГАОУ ВО «Государственный университет просвещения», Москва, Россия

Докторант

Фонд реабилитации и ресоциализации гражданского населения «СВОИ», Москва, Россия

Исполнительный директор

Кандидат социологических наук, хирург

**Культурные, психологические
и социально-экономические барьеры мужского
здоровья: аспекты исследования**

Аннотация. Статья посвящена анализу комплекса аспектов в исследовании культурных, психологических и социально-экономических барьеров, препятствующих мужчинам своевременно обращаться за медицинской помощью. Авторы подчеркивают, что данная проблема обусловлена сложным взаимодействием традиционных стереотипов маскулинности, таких как установки на силу, эмоциональную сдержанность и отрицание уязвимости с

социальными ожиданиями и экономическими ограничениями. Особую остроту проблема приобретает среди военнослужащих — участников СВО, которые даже в период краткосрочных отпусков избегают обращения к врачам (включая урологов, проктологов, психологов) из-за страха стигматизации, профессиональной дискредитации и укорененных установок на «терпение до последнего». Культурные нормы, транслируемые через семью, медиа и профессиональные среды, формируют у мужчин установку на игнорирование симптомов заболеваний, что приводит к поздней диагностике и переходу острых состояний в хронические. Особое внимание уделяется гендерным различиям: мужчины чаще обращаются за экстренной помощью, избегая профилактики, что снижает эффективность лечения и увеличивает нагрузку на систему здравоохранения.

В статье также раскрываются коммуникативные барьеры, включая стыд, недоверие к врачам и стигматизацию психического здоровья, роль социально-экономических факторов, таких как недоступность услуг, прежде всего в сельской местности, страх потери дохода и занятость на опасных производствах. Автор отмечает, что преодоление этих барьеров требует системных изменений: трансформации представлений о маскулинности, развития доступной медицинской инфраструктуры, внедрения программ, учитывающих мужские коммуникативные стили, и экономических гарантий для пациентов. В статье подчеркивается необходимость междисциплинарного подхода, объединяющего усилия общества, государства и институтов здравоохранения для формирования культуры ответственности за здоровье.

Ключевые слова: мужское здоровье; гендерные стереотипы; маскулинность; медицинская помощь; социально-экономические барьеры; токсичная маскулинность; профилактика заболеваний; доступность здравоохранения

В современном обществе сохраняется тревожная тенденция: мужчины значительно реже женщин обращаются за медицинской помощью, что негативно сказывается на их здоровье и продолжительности жизни. Данная проблема, как отмечают исследователи, обусловлена сложным переплетением культурных норм, психологических установок и социально-экономических условий. Несмотря на декларируемую трансформацию маскулинности, традиционные стереотипы, такие как «быть сильным» и «не жаловаться», продолжают доминировать, формируя у мужчин установку на игнорирование симптомов заболеваний.

Следует отметить, что такое игнорирование часто становится неосознанным актом самоутверждения. Мужчины, воспитанные в рамках патриархальных ценностей, воспринимают заботу о себе как признак слабости, что противоречит их внутренней потребности соответствовать ожиданиям общества [1]. Эта внутренняя дихотомия — стремление сохранить здоровье и одновременное отрицание необходимости помощи — создает психологический конфликт, который усугубляется отсутствием рефлексии.

При этом важно понимать, что данный конфликт не является исключительно личностным: он формируется под давлением коллективных ожиданий, транслируемых через семейные, профессиональные и медийные каналы. Например, в трудовых коллективах, где ценится высокая работоспособность и отсутствие «слабых мест», мужчины могут сознательно игнорировать признаки усталости или боли, чтобы не подвергнуться критике или потере авторитета. В результате мужчины оказываются заложниками собственных убеждений, жертвуя физическим благополучием ради иллюзорного сохранения статуса «настоящего мужчины».

Безусловно, указанная проблема довольно острая, поскольку игнорирование симптомов нередко приводит к переходу острых состояний в хронические, что усугубляет прогноз и увеличивает нагрузку на систему здравоохранения. Например, сердечно-сосудистые

заболевания, чаще диагностируемые у мужчин на поздних стадиях, становятся ведущей причиной смертности в трудоспособном возрасте. Подчеркнем, что поздняя диагностика не только снижает эффективность лечения, но и увеличивает финансовые затраты как для семьи, так и для государства. В условиях ограниченных ресурсов здравоохранения подобная ситуация создает дополнительное давление на медицинских работников, вынужденных работать с осложненными случаями. Это создает порочный круг: избегание врачей повышает риски, а ухудшение здоровья, в свою очередь, усиливает страх перед диагнозом и необходимостью длительного лечения.

Нельзя недооценивать и роль социального окружения в поддержании этого замкнутого цикла. В семьях, где доминируют ложные стереотипы, мужчины редко получают поддержку в вопросах здоровья. Напротив, насмешки или неодобрение со стороны близких могут закрепить поведение, направленное на сокрытие симптомов. Заметим, что подобные реакции часто маскируются под заботу: фразы вроде «Ты же мужчина, потерпи» или «Не будь ребенком» не только обесценивают переживания, но и формируют установку на молчание. В долгосрочной перспективе это приводит к эмоциональной изоляции, когда мужчина лишается возможности обсуждать свои страхи даже с самыми близкими людьми. Таким образом, семья, вместо того чтобы стать ресурсом для преодоления барьеров, нередко превращается в их катализатор.

Итак, мы предприняли попытку провести междисциплинарный анализ факторов, препятствующих мужчинам своевременно обращаться за медицинской помощью.

1. Культурные стереотипы как основа поведенческих паттернов.

Традиционные представления о маскулинности, укоренённые в патриархальной культуре, формируют барьеры для обращения за медицинской помощью. Согласно теории «гегемонной маскулинности» Р. Коннелла [1], мужчины вынуждены соответствовать нормам силы, эмоциональной сдержанности и доминирования, чтобы сохранить социальный статус. И. Кон [2] в своих работах подчёркивает, что в обществе, в том числе российском, болезнь часто воспринимается как угроза мужской идентичности, что заставляет мужчин скрывать симптомы и откладывать визиты к врачу.

Важно понимать, что культурные стереотипы не статичны, они трансформируются под влиянием глобальных социальных изменений. Однако скорость этой трансформации в контексте мужского здоровья остается крайне низкой. Современные медиа, хотя и пропагандируют идеи типа *body positivity*, психического благополучия, по-прежнему редко адресуют их мужской аудитории. Реклама лекарств или медицинских услуг чаще изображает женщин в роли заботящихся о здоровье, тогда как мужчины предстают в роли активных, неуязвимых субъектов. Это создает дисбаланс в восприятии: забота о здоровье маркируется как «женская» деятельность, что дополнительно отталкивает мужчин от врачебных кабинетов.

Ключевым аспектом является подавление эмоций. Как показали исследования американских психологов [3], мужчины с детства учатся ассоциировать проявление страха, грусти или уязвимости с «женственностью», что приводит к отрицанию проблем со здоровьем. В российском контексте этот феномен усугубляется культурным нарративом «терпеть до последнего», который транслируется через семью, СМИ и даже систему образования [4]. Появился даже термин «токсичная маскулинность», который, по утверждению психологов-практиков, означает «набор социальных норм и ожиданий, которые предписывают мужчинам быть жесткими, эмоционально сдержанными, агрессивными и доминирующими».¹ И.Н. Тартаковская в связи с этим анализирует выделенные Р. Бренноном компоненты

¹ Мигунова Е. Токсичная маскулинность. История, причины, примеры и последствия // Сайт профессиональных психологов. 11 февраля 2025 г. URL: https://www.b17.ru/blog/toxic_masculinity/ (дата обращения — 17.05.2025).

«мужской роли» и констатирует, что «категория «маскулинность» является не самостоятельной, а бинарной по отношению к фемининности, или женственности, потому что обретает смысл лишь при противопоставлении всему, что «не-мужское».²

Примечательно, что в разных сообществах, даже тех, где гендерные роли подвергаются пересмотру, мужчины сталкиваются с двойными стандартами. С одной стороны, их призывают быть более открытыми, с другой — любое проявление уязвимости может использоваться против них в профессиональной или личной сфере. Например, работодатели нередко ассоциируют частые бюллетени с ненадежностью, что вынуждает мужчин скрывать недомогания. Это демонстрирует, как структурные элементы общества — рынок труда, корпоративная культура — усиливают индивидуальные барьеры.

2. Гендерные различия в обращении за медицинской помощью.

Статистические данные однозначно свидетельствуют о гендерном дисбалансе в сфере здравоохранения. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения [5], проанализированных, в частности, Н.С. Григорьевой и Т.В. Чубаровой [4; 6], мужчины обращаются за медицинской помощью реже женщин, разрыв увеличивается среди лиц трудоспособного возраста. При этом, как подчёркивают исследователи, гендерные различия сохраняются даже с учетом уровня дохода и места проживания, что указывает на глубину культурных и психологических барьеров.

Интересно, что гендерный разрыв проявляется не только в частоте обращений, но и в характере запрашиваемой помощи. Мужчины чаще обращаются за экстренной помощью, когда болезнь уже перешла в критическую стадию, тогда как женщины склонны к профилактическим консультациям. Это отражает разницу в подходе к здоровью: для мужчин оно становится предметом внимания лишь в контексте кризиса, что снижает шансы на успешное лечение. Кроме того, мужчины реже используют возможности диспансеризации, воспринимая их как формальность, а не как инструмент ранней диагностики [7].

Мужчины, как показывают данные Росстата³, оценивают свое здоровье как очень хорошее чаще, чем женщины (8,8 % против 5,2 %). Эта самооценка, однако, часто не соответствует реальности. Исследования показывают, что мужчины склонны преувеличивать свои физические возможности и недооценивать риски. Например, даже при наличии хронических заболеваний многие продолжают считать себя здоровыми, оправдывая это отсутствием явных симптомов. Такой когнитивный диссонанс может быть связан с защитными механизмами психики, которые позволяют сохранить самооценку в условиях внутреннего конфликта между осознанием проблемы и страхом ее признать [8].

3. Коммуникативные барьеры: от стыда до недоверия.

Коммуникативные барьеры определяются (1) дискомфортом мужчин при обсуждении интимных или эмоциональных тем с врачами, (2) недостатком доверия к медицинским рекомендациям, предпочтение самолечения.

Стоит подчеркнуть, что коммуникативные барьеры имеют двустороннюю природу. Не только пациенты, но и медицинские работники могут неосознанно поддерживать стереотипы. Врачи, воспитанные в той же культурной среде, иногда проявляют меньшую эмпатию к мужчинам, ожидая от них stoического поведения; жалобы на боль могут

² Тартаковская И.Н. Смертельная ноша маскулинности // Демоскоп Weekly: демографический электронный журнал. № 425–426. 7–20 июня 2010 года. URL: https://www.demoscope.ru/weekly/2010/0425/analit02.php#_FN_14 (дата обращения — 17.05.2025).

³ Здравоохранение в России. 2023: стат. сб. / Росстат. М., 2023. 179 с. [Электронный ресурс]: <https://youthlib.mirea.ru/ru/reader/6229> (дата обращения — 17.05.2025).

восприниматься как «преувеличение», если пациент — мужчина, что заставляет последних замалчивать симптомы. Таким образом, система здравоохранения, вместо того чтобы стать безопасным пространством, воспроизводит паттерны, усиливающие отчуждение.

Даже при наличии доступа к медицинским услугам мужчины часто сталкиваются с психологическим дискомфортом при взаимодействии с врачами. Так, практические психологи утверждают (см. об этом, например:⁴), что мужчины могут чувствовать себя неловко или стыдиться обращаться за помощью по деликатным вопросам, например, о психическом здоровье или сексуальной дисфункции [9]. Особую актуальность проблема коммуникативных барьеров приобретает в контексте здоровья военнослужащих — участников СВО. Даже в период краткосрочных отпусков многие из них избегают обращения к узким специалистам, например, к урологам или проктологам, из-за глубоко укорененного страха стигматизации и восприятия таких визитов как угрозы своей репутации. Мужчины могут считать, что врачи не воспринимают их проблемы всерьёз или что во время приёма к ним будут относиться неуважительно; они могут не решиться обратиться за медицинской помощью также из-за страха перед медицинскими процедурами или лечением. Для военнослужащих этот барьер усугубляется спецификой профессиональной среды, где демонстрация физической и психической устойчивости становится неотъемлемой частью идентичности. Страх быть воспринятым как «ненадежный» или «слабый» в коллективе заставляет их терпеть симптомы, что нередко приводит к переходу заболевания в хроническое.

Особую сложность представляет обсуждение психического здоровья. В обществе до сих пор сильны предрассудки о том, что депрессия или тревожность не что иное, как признаки слабости, а не медицинские состояния. Мужчины, испытывающие эмоциональные трудности, часто маскируют их агрессией или уходом в работу, что еще больше дистанцирует их от возможности получить помощь. Важно отметить, что стигматизация психических расстройств не только ограничивает обращаемость за медицинской помощью, но и способствует развитию сопутствующих заболеваний, таких как алкоголизм, который нередко становится «приемлемым» способом преодоления стресса.

4. Психологические факторы: страх, травмы и их последствия.

Страх диагноза и медицинских процедур у мужчин — распространённая причина затягивания обращения к врачам или вовсе отказа от медицинской помощи. В случае военнослужащих — участников СВО психологические барьеры усиливаются из-за травматического опыта, связанного с боевыми действиями и страха дискредитации. Даже при наличии возможности обратиться к психологам или психотерапевтам во время отпусков многие предпочитают скрывать эмоциональные проблемы, маскируя их агрессивным поведением или гипертрофированной работоспособностью.⁵

Страх перед диагнозом часто коренится в психологических травмах, например, в негативном опыте лечения в детстве или потере близких из-за болезни. Мужчины, пережившие такие события, могут подсознательно ассоциировать медицинские учреждения с утратой контроля и беспомощностью. Этот страх усугубляется в условиях, когда медицинская система воспринимается как авторитарная и обезличенная, что характерно для многих постсоветских

⁴ Чурина Ю. Почему мужчины меньше обращаются за медицинской помощью и как это влияет на их здоровье // Сайт профессиональных психологов. 16 марта 2023 г. URL: <https://www.b17.ru/blog/368271/> (дата обращения — 17.05.2025).

⁵ Дмитрий Хубезов: Участникам СВО разошлют по почте опросники о психологическом состоянии и попросят их заполнить // Парламентская газета. 17.04.2023. URL: <https://www.pnp.ru/social/dmitriy-khubezov-uchastnikam-svo-razoshlyut-po-pochte-oprosniki-o-psikhologicheskom-sostoyanii-i-poprosyat-ikh-zapolnit.html> (дата обращения — 17.05.2025).

стран. Пациент чувствует себя объектом, а не субъектом лечения, что усиливает сопротивление обращению за помощью. Также из-за психологических проблем, страха самораскрытия, страха обнаружения себя с неприятной, новой стороны, возможное снижение самооценки из-за нарушения, по мнению мужчин, социальных норм, мужчины также не решаются обращаться к специалистам.

Р.А. Шаповалов и В.В. Колпачников провели специальное исследование об отношении мужчин к психологической помощи, результаты которого подтверждают выводы о том, что мужчины обращаются за психологической помощью реже, чем женщины, и что у мужчин отношение к здоровью «менее адекватное, чем у женщин» [10].

Важно понимать, что недоверие к психологам и психотерапевтам связано не только со страхом осуждения, но и с отсутствием позитивных примеров. В массовой культуре редко изображаются мужчины, открыто обращающиеся за психологической помощью, тогда как женские персонажи чаще демонстрируют эмоциональную рефлексивность. Это создает иллюзию, что терапия «не мужское дело». Преодоление этого барьера требует не только изменения общественного дискурса, но и создания специализированных программ, учитывающих мужские коммуникативные стили, например, терапия через деятельность или онлайн-консультации.

5. Социально-экономические условия: неравенство как барьер.

Социально-экономические барьеры определяются влиянием образования, дохода, доступности медицинских услуг на поведение мужчин; кроме того, имеют место различия между городскими и сельскими жителями. Доступ к медицинской помощи остаётся неравномерным. Эта неравномерность не только отражает географические различия, но и усугубляется глубокими культурными установками, где здоровье часто воспринимается как второстепенный ресурс, особенно в контексте мужской роли «добытчика». Общество ожидает от мужчины непрерывной трудовой активности, а любое внимание к собственному благополучию нередко трактуется как слабость, подрывающая его социальный статус.

Экономическая нестабильность играет ключевую роль в формировании отношения к здоровью. Мужчины, особенно в условиях кризиса, склонны жертвовать своим благополучием ради финансовой стабильности семьи. Например, отказ от визита к врачу может быть связан с нежеланием брать бюллетень и терять доход. Этот выбор редко бывает осознанным — скорее, он становится вынужденной реакцией на систему, где отсутствие социальных гарантий ставит человека перед дилеммой: здоровье сегодня или выживание завтра. В сельской местности эта проблема усугубляется сезонностью работы и зависимостью от физического труда, где любое заболевание грозит потерей заработка. Таким образом, здоровье становится не личной ценностью, а ресурсом, который приносится в жертву ради экономического выживания.

О.А. Кислицина и Т.В. Чубарова, проанализировав данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, выявили: реже обращаются за медицинской помощью (а то и вовсе отказываются от нее) одинокие мужчины, проживающие в сельской местности, а также мужчины с низким уровнем образования [4].

Примечательно, что низкий уровень образования не только ограничивает доступ к информации, но и формирует специфическое мировоззрение, где доверие к авторитетам (включая псевдомедицинские источники) заменяет критическое мышление. Следует добавить, что низкий уровень образования коррелирует не только с недостатком знаний о профилактике, но и с ограниченной критичностью к информации. Мужчины с низким уровнем образования чаще доверяют мифам о «народной медицине» или сомнительным интернет-источникам, что приводит к самолечению и ухудшению состояния. Этот феномен можно рассматривать как форму адаптации к системной беспомощности: когда официальная медицина недоступна, альтернативные методы становятся иллюзией контроля над ситуацией. Кроме того, в сельских

районах доступ к квалифицированной помощи осложняется нехваткой специалистов и устаревшей инфраструктурой, делает поездку в городскую клинику практически невозможной для многих.

М.И. Кашутина в ходе исследования приходит к выводам о том, что городское население, например, более информировано, чем сельское, о возможностях диспансеризации, а доступ к медицинским услугам в городах оперативнее и качественнее; при этом мужчины характеризуются «низкой приверженностью» к диспансеризации.⁶

Парадокс заключается в том, что даже при наличии возможностей мужчины избегают профилактики, воспринимая её как вмешательство в свою автономию. Это отражает конфликт между рациональным пониманием необходимости заботы о здоровье и внутренним сопротивлением, коренящимся в стереотипах о «сильном поле», которое не должно демонстрировать уязвимость. Из этого следует, что экономические трудности заставляют мужчин уделять приоритетное внимание своей работе в ущерб здоровью. Добавим к этому и мнение о том, что чем беднее регион, тем сложнее получить бесплатную медицинскую помощь и меньше возможностей решить проблему, обратившись в частные клиники.⁷

Нельзя игнорировать и гендерные аспекты трудовой занятости. Мужчины чаще заняты на опасных производствах (стройки, заводы), где высок риск травм и профессиональных заболеваний. Однако страх потерять работу заставляет их скрывать травмы или отказываться от лечения, что ведет к хроническим патологиям. Работодатели, в свою очередь, редко создают условия для профилактики: отсутствие страховок, давление со стороны руководства и пренебрежение безопасностью превращают здоровье работника в разменную монету [11].

При этом, по данным Росстата за 2022 год, сельские жители в меньшей степени не удовлетворены работой медицинских организаций, чем городские жители (23,4 % против 35,6 %), однако испытывают большие трудности в доступе к медицинским организациям, чем городские жители (7,9 % против 3,5 %), и чаще прибегают к самолечению (53,0 % против 46,9 %), хотя показатель численности прибегающих к самолечению в стране очень высок (48,3 %).⁸ Этот парадокс можно объяснить «привыканием» к хроническим проблемам: сельские жители, годами сталкиваясь с недоступностью медицины, начинают воспринимать самолечение как норму, а низкие ожидания от системы здравоохранения снижают уровень недовольства [12].

Как видим, преодоление барьеров обращения мужчин за медицинской помощью требует системных изменений на нескольких уровнях. Отдельного внимания заслуживает ситуация с военнослужащими СВО, чьи барьеры обращения за помощью усугубляются экстремальными условиями службы и страхом профессиональной дискредитации. Культурная трансформация должна начинаться с переосмысления маскулинности: сила не в игнорировании боли, а в способности сохранять здоровье ради себя и близких. Для военных необходимы специализированные программы, включающие анонимные консультации, мобильные медицинские бригады и психологическую поддержку, адаптированную к их коммуникативным стилям. Институциональные реформы невозможны без устранения «медицинских пустынь» в сельской местности и внедрения мобильных клиник, способных работать в удалённых районах. Экономические меры должны включать не только субсидии, но и гарантии сохранения дохода

⁶ Кашутина М.И. Детерминанты обращения городского населения за медицинской помощью: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2023. 24 с.

⁷ Соколов А. Деньги не лечат: к чему ведет реформа здравоохранения // Ведомости. 15 октября 2020. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat> (дата обращения — 17.05.2025).

⁸ Здравоохранение в России. 2023.: стат. сб. / Росстат. М., 2023. 179 с.

на время лечения, чтобы мужчины не чувствовали себя заложниками выбора между заработком и здоровьем.

Трансформация маскулинности, таким образом, не отказ от традиций, а их адаптация к современным вызовам. Это процесс, где общество, государство и сам человек совместно перестраивают систему ценностей, заменяя культуру молчания культурой ответственности. Только комплексный подход, учитывающий российскую специфику, позволит улучшить показатели мужского здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Connell R.W. Masculinities / R.W. Connell. — 2nd ed. — Berkeley: University of California Press, 2005. — 327 с.
2. Кон И.С. Гегемонная маскулинность как фактор мужского (не)здоровья / И.С. Кон // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2008. — № 4. — С. 5–16.
3. Аддис М.Э. Мужчины, мужественность и контексты обращения за помощью / М.Э. Аддис, Дж.Р. Махалик // Американский психолог (American Psychologist). — 2003. — 58(1). — С. 5–14. — URL: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5> (дата обращения: 17.05.2025).
4. Кислицина О.А. Факторы, влияющие на обращаемость россиян за медицинской помощью: гендерный аспект / О.А. Кислицина, Т.В. Чубарова // Женщина в российском обществе. — 2023. — № 2. — С. 94–108. — URL: <https://ivanovo.ac.ru/upload/medialibrary/a94/a94493032d2b5c7658daef91627dd71c.pdf> (дата обращения: 17.05.2025).
5. Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE). Вып. 11 / отв. ред. П.М. Козырева. — М.: Нац. исслед. ун-т "Высшая школа экономики", 2021. — 206 с. — URL: <https://www.hse.ru/rlms/vestnik#vestnik11> (дата обращения: 17.05.2025).
6. Григорьева Н.С. Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект / Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова — DOI: 10.19181/population.2020.23.2.10 // Народнонаселение. — 2020. — Т. 23, № 2. — С. 112–124.
7. Левшин В.Ф. Исследование отношения и участия населения в диспансеризации и выполнение программы диспансеризации в системе здравоохранения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко, Н.И. Рыжова [и др.] // Лечащий врач. — 2022. — Т. 25, № 10. — С. 81–87.
8. Лемиш В.В. Системный анализ социальных представлений о здоровье у мужчин на разных этапах взрослости / В.В. Лемиш — DOI: 10.25688/2223-6872.2022.43.3.03. // Системная психология и социология. — 2022. — № 3(43). — С. 25–34.
9. Романова Е.С. Половозрастные особенности самооценки антропоцентрических видов мотивации / Е.С. Романова, Б.Н. Рыжов, О.В. Котова — DOI: 10.25688/2223-6872.2021.40.4.1. // Системная психология и социология. — 2021. — № 4(40). — С. 5–22.
10. Шаповалов Р.А. Проблема отношения мужчин к психологической помощи / Р.А. Шаповалов, В.В. Колпачников // Мир психологии. — 2019. — № 1 (97). — С. 152–164.
11. Муртазина И.Р. Качество жизни и личностные характеристики взрослых в контексте здорового образа жизни / И.Р. Муртазина // Мир науки. Педагогика и

психология. — 2019. — Т. 7, № 1. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/03PSMN119.pdf> (дата обращения: 23.05.2025).

12. Семенова Л.В. Причины отказа населения от участия в профилактических медицинских мероприятиях / Л.В. Семенова, П.В. Журавлева, М.Н. Сидоркина, Е.Н. Миронова — DOI: 10.17116/profmed20242712158 // Профилактическая медицина. — 2024. — Т. 27, № 12. — С. 58–60.

Leskova Irina Valeryevna

Federal State University of Education, Moscow, Russia
Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia
E-mail: leskova.i@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6083-6692>

RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=510760

WoS: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/AAC-8948-2020>

SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=56610215200>

Google Scholar: <https://scholar.google.ru/citations?user=BfYOFYMAAAAJ>

Nikitin Nikita Alexandrovich

«Kursk Regional Multidisciplinary Clinical Hospital» Ministry of Health of the Kursk Region, Kursk, Russia

Zyazin Sergey Yuryevich

Federal State University of Education, Moscow, Russia
Foundation for the Rehabilitation and Resocialization of the Civilian Population «SVOI», Moscow, Russia

Cultural, psychological and socioeconomic barriers to men's health: aspects of the study

Abstract. The article is devoted to the analysis of a complex of aspects in the study of cultural, psychological and socio-economic barriers that prevent men from seeking medical help in a timely manner. The authors emphasize that this problem is due to the complex interaction of traditional stereotypes of masculinity, such as attitudes towards strength, emotional restraint and denial of vulnerability, with social expectations and economic constraints. The problem becomes especially acute among military personnel — participants of the RWT, who even during short-term vacations avoid going to doctors (including urologists, proctologists, psychologists) because of fear of stigmatization, professional discrediting and rooted attitudes towards «patience to the last». Cultural norms, broadcast through family, media and professional environments, form in men the attitude to ignore the symptoms of diseases, which leads to late diagnosis and the transition of acute conditions to chronic ones. Gender differences are highlighted: men are more likely to seek emergency help by avoiding prevention, which reduces the effectiveness of treatment and increases the burden on the health care system.

The article also reveals communication barriers, including shame, mistrust of doctors and stigmatization of mental health, the role of socio-economic factors such as inaccessibility of services, primarily in rural areas, fear of loss of income and employment in hazardous industries. The author notes that overcoming these barriers requires systemic changes: transformation of ideas about masculinity, the development of affordable medical infrastructure, the introduction of programs that take into account male communication styles, and economic guarantees for patients. The article emphasizes the need for an interdisciplinary approach that brings together the efforts of society, the state and health institutions to form a culture of responsibility for health.

Keywords: male health; gender stereotyping; masculinity; medical care; socioeconomic barriers; toxic masculinity; disease prevention; healthcare accessibility