

Обзорная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.25742/NRIPH.2022.04.011

Социальные барьеры и фасилитаторы в доступе к тестированию, профилактике и лечению ВИЧ для трансгендерных женщин: тематический обзор

Яна Кирей-Ситникова

Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, г. Таллинн,
Эстония

¹yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Аннотация. Трансгендерные женщины (ТГЖ) — это люди, которым при рождении был присвоен мужской пол, но которые идентифицируют себя как женщины. ТГЖ подвержены высоким рискам заражения ВИЧ и сталкиваются с серьёзными барьерами в доступе к медицинской помощи в связи с ВИЧ, включая тестирование, профилактику и лечение. Целью настоящего обзора является обобщение имеющихся в англоязычной литературе данных о социальных барьерах в доступе к услугам ВИЧ для ТГЖ. По результатам систематического поиска в базах Web of Science, Scopus и PubMed проанализированы 53 статьи. Основные барьеры включают в себя: отсутствие или недостаток знаний в сфере ВИЧ; стигму; неоптимальную организацию медицинской помощи; отсутствие знаний и чувствительности со стороны медицинского персонала; барьеры, связанные с гендерной идентичностью; финансовые барьеры; отсутствие поддержки семьи и близких; пересекающиеся дискриминации. Обучение медицинского персонала вопросам трансгендерности, интеграция услуг в сфере ВИЧ и трансгендерного здоровья, расширение разнообразия методов тестирования и профилактики относятся к числу возможностей повысить доступность помощи в связи с ВИЧ для ТГЖ.

Ключевые слова: трансгендерность, транссексуальность, гендерная дисфория, гендерное несоответствие, доступ к медицинской помощи, ВИЧ, обзор.

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я. Социальные барьеры и фасилитаторы в доступе к профилактике и лечению ВИЧ для трансгендерных женщин: тематический обзор // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2022. № 4. С. 57—64. doi:10.25742/NRIPH.2022.04.011.

Review article

Social barriers and facilitators in access to HIV testing, prevention and treatment for transgender women: a scoping review

Yana Kirey-Sitnikova

Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia

yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

Annotation. Transgender women (TGW) are individuals who were assigned male at birth but identify as women. TGW are at high risk of being infected with HIV and face severe barriers in access to HIV-related medical care, including testing, prevention and treatment. The present review aims to summarize the data on social barriers to HIV services for TGW published in English-language literature. Systematic search in Web of Science, Scopus and PubMed was used to identify 53 articles available for analysis. The main barriers include: lack of or insufficient knowledge on HIV issues; stigma; suboptimal organization of medical care; lack of awareness and sensitivity on behalf of medical specialists; barriers related to gender identity; financial barriers; lack of support on behalf of the family and close ones; intersectional discrimination. Raising awareness of medical professionals on trans issues, integration of HIV-related services and transgender healthcare, as well as increasing the diversity of methods of testing and prevention are among the approaches to improving the access to HIV-related care.

Key words: transgender, transsexual, gender dysphoria, gender incongruence, access to healthcare, HIV, review

For citation: Kirey-Sitnikova Y. Social barriers and facilitators in access to HIV testing, prevention and treatment for transgender women: a scoping review. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2022;(4):57–64. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2022.04.011.

Введение

Трансгендерные люди выделены ЮНЭЙДС в качестве одной из пяти ключевых групп, уязвимых перед ВИЧ. Распространённость ВИЧ среди трансгендерных женщин (ТГЖ), то есть людей, которым при рождении был присвоен мужской пол, но которые идентифицируют себя как женщины, может в 49 раз

превышать распространённость в общей популяции [1]. Имея высокие риски заражения ВИЧ, ТГЖ одновременно сталкиваются со значительными барьерами в доступе к медицинской помощи в связи с ВИЧ, включая тестирование, профилактику и лечение. Исследование этих барьеров сегодня активно ведётся в Северной и Южной Америке, а также в странах Южной и Юго-Восточной Азии, однако для

региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) систематические данные практически не доступны. Целью настоящего обзора является обобщение имеющихся в зарубежной литературе данных о социальных барьерах в доступе к услугам в сфере ВИЧ для ТГЖ. Обзор будет использован в качестве основы для планирования соответствующего исследования в регионе ВЕЦА.

Материалы и методы

Проведён систематический поиск по запросу (“trans women” OR “transgender women” OR “transsexual women” OR “MtF”) AND “barriers” AND “HIV” в названиях, резюме и ключевых словах статей из баз Web of Science, Scopus и PubMed по состоянию на сентябрь 2022 года. Критерии включения: оригинальные статьи, описывающие барьеры в доступе к медицинской помощи в связи с ВИЧ для ТГЖ, на английском. Исключались: обзоры и дискуссионные статьи, не содержащие оригинальных данных, статьи, в которых обсуждались исключительно психологические барьеры, не вызванные социальными причинами (например, страх перед тестированием, боязнь медицинских процедур), сексуальное поведение, распространённость ВИЧ, а также результаты внедрения конкретных программ, направленных на продвижение тестирования и профилактики ВИЧ. В ряде исследований ТГЖ включались в выборки с другими группами, например, MSM или трансгендерными женщинами. В таких случаях статья исключалась, если число ТГЖ составляло менее 50% выборки, за исключением исследований, где результаты для ТГЖ приводились отдельно от других групп.

Результаты

Число документов, найденных в Web of Science, — 390, в Scopus — 249, в PubMed — 214. Удалены 404 дубликата, 449 документов оставлено для изучения. В результате прочтения заголовков и абстрактов обнаружено ещё 6 дубликатов, не удалённых автоматически, 1 erratum, 2 статьи на языках, отличных от английского. Также удалены 63 документа, представляющие собой обзоры и дискуссионные статьи, 15 протоколов исследований, 230 статей на другую тему или исследующие другую популяцию. Для полнотекстового изучения оставлены 132 статьи. После прочтения удалено 79 статей, 53 оставлены для анализа. Результаты были сгруппированы по следующим темам: (1) статистические данные, показывающие ассоциации между доступом к помощи в связи с ВИЧ и социальными факторами; (2) отсутствие или недостаток знаний в сфере ВИЧ; (3) стигма; (4) неоптимальная организация медицинской помощи; (5) отсутствие знаний и сенситивности со стороны медицинского персонала; (6) барьеры, связанные с гендерной идентичностью; (7) финансовые барьеры; (8) отсутствие поддержки семьи и близких; (9) пересекающиеся дискриминации. В конце обсуждаются фасилитаторы, повышающие доступности помощи.

Статистические данные

Ряд количественных исследований призван выявить социальные факторы, статистически значимо коррелирующие с приемлемостью и использованием медицинской помощи в сфере ВИЧ. Попытки установить связь между социальным статусом и готовностью обращаться за медицинской помощью дали противоречащие результаты. ТГЖ, сталкивавшиеся с дискриминацией по признаку гендера, реже посещали врача и тестировались на ВИЧ [2], а среди безработных филиппинских ТГЖ знание о ДКП было ниже, чем среди работающих [3]. Использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ), постконтактной профилактики (ПКП) и законченное среднее образование были ассоциированы с готовностью принимать доконтактную профилактику (ДКП), тогда как употребление инъекционных наркотиков, пожилой возраст и китайская этничность были связаны с отказом от ДКП среди малазийских ТГЖ [4]. ТГЖ с более высоким доходом чаще знали свой ВИЧ-статус, а те, кто избегал системы здравоохранения из-за высокой стоимости, были с меньшей вероятностью привязаны к помощи [5]. Низкая приверженность ДКП была связана с тёмным цветом кожи, низким уровнем образования, нестабильной жилищной ситуацией [6]. Опыт столкновения с трансфобией и расизмом был ассоциирован с более низким уровнем связи с медицинской помощью [7,8]. ТГЖ, живущие с ВИЧ, чаще не получали антиретровирусную терапию (АРВТ), если сталкивались с социальной и структурной маргинализацией, барьерами в доступе к помощи, трансфобии, а также имели нестабильную ситуацию с жильём [9]. Опыт бездомности, тюремного заключения, использования психоактивных веществ, физического насилия, насилия со стороны партнёра, безработица, финансовая нестабильность были ассоциированы с неподдавленной вирусной нагрузкой [7,10,11]. Негативные исходы в сфере ВИЧ были связаны с нестабильной жилищной ситуацией [12]. Из этих данных следует вывод, что низкий социальный статус является барьером к получению услуг в сфере ВИЧ.

Однако другие исследования показывают иную картину. Так, наличие знаний о ПКП было выше среди молодых темнокожих ТГЖ с низким доходом, неработающих или занятых в сфере оказания сексуальных услуг, а также обсуждавших профилактику ВИЧ с врачом [13]. ТГЖ, сталкивающиеся с социальными трудностями, чаще знали о ДКП [14]. Кластерный анализ показал, что белые ТГЖ с высшим образованием имеют меньше доверия к системе здравоохранения и выражают меньшую готовность к приёму ДКП, чем чернокожие ТГЖ со средним образованием [15]. Приемлемость ДКП была выше в случае наличия врача, удовлетворяющего медицинские потребности [16], но ниже среди белых ТГЖ старше 25 лет с более высокими доходами [17]. Работавшие ТГЖ с меньшей вероятностью удерживались на лечении, чем безработные [18]. Авторы объясняли такие результаты по-разному, например, тем, что работающие ТГЖ имели меньше времени

на посещение врачей, или же тем, что респонденты с разным уровнем достатка получали медицинскую помощь в разных клиниках.

Несколько исследований указывали на ассоциации, напрямую не связанные с социальным статусом. Так, употребление психоактивных веществ понижало вероятность привязки к помощи и посещения врача в связи с ВИЧ, однако не было статистически связано с приверженностью АРВТ и необнаруживаемой вирусной нагрузкой [19]. Перерывы в приёме АРВТ были ассоциированы с невозможностью пройти операцию по смене пола, употреблением марихуаны в последний год и неиспользованием ЗГТ на момент исследования [20]. ТГЖ, проживающие в городах и принимающие ЗГТ, с большей вероятностью имели опыт взаимодействия с ВИЧ-сервисами [21].

Отсутствие или недостаток знаний в сфере ВИЧ

ТГЖ зачастую не имеют достаточных знаний в сфере ВИЧ. Например, участницы нескольких исследований вообще не слышали о ДКП [4,22,23]. Другие не были осведомлены о существовании наборов самотестирования [24]. Незнание или ошибочные суждения могут приводить необоснованным страхам и, как следствие, становиться барьером к тестированию и профилактике [22]. Отсутствие научно обоснованной информации о совместимости заместительной гормональной терапии (ЗГТ), применяемой ТГЖ для феминизации, с препаратами ДКП и АРВТ, распространение среди ТГЖ неверных данных о том, что эти препараты якобы снижают эффективность ЗГТ, могут приводить к отказу от ДКП и АРВТ, т. к. многие ТГЖ приоритезируют гендерный переход над прочими вопросами [9,14,20,23,25—29]. К другим заблуждениям относились: мнение о том, что ДКП необходимо принимать постоянно, как и АРВТ, убеждение, что ДКП вызывает резистентность организма к АРВТ [30], убеждение в отсутствии необходимости принимать ДКП для ТГЖ, прошедших вагинопластику, и другие [23]. Некоторые респонденты отметили, применение ПКП в случае необходимости для них проще и дешевле, чем приём ДКП «на всякий случай», при этом они недооценивали сложность приёма ПКП [30]. Наконец, некоторые высказывали конспирологические теории, например, о том, что ВИЧ был изобретён специально, и/или были скептически настроены к государственным системам, фармацевтическим компаниям и врачам [14,22,26,31,32]. Отдельные ТГЖ верят в «альтернативные» или «традиционные» способы лечения ВИЧ [33].

Стигма

Стигма, связанная с ВИЧ, была идентифицирована во многих исследованиях как важнейший барьер к тестированию, профилактике и лечению ВИЧ. Респонденты отмечали обеспокоенность в связи с тем, что факт посещения ими ВИЧ-сервисных организаций станет известен окружающим, например, если их заметят входящими в здание клиники, оказывающей такие услуги [25,28,34—36].

Также ТГЖ скрывают употребление таблеток, причём как ДКП, так и АРВТ [23,29,37,38]. Поскольку в состав препаратов ДКП входят те же компоненты, что и в АРВТ, респонденты опасались, что приём ими ДКП может восприниматься незнающими людьми как лечение ВИЧ [23,27,30,36]. Некоторые люди полагают, что ВИЧ — это болезнь, характерная для гомосексуальных мужчин, поэтому ТГЖ опасались, что их будут воспринимать как мужчин, узнав об их диагнозе [39]. ВИЧ и употребление ДКП ассоциируется с повышенной сексуальной активностью, наличием нескольких половых партнёров и секс-работой — моделями поведения, стигматизированными в обществе [26,27,40]. Важно отметить, что стигма в связи с ВИЧ, промискуитетом и секс-работой присутствует не только в обществе в целом, но и среди самих ТГЖ [26,28,29,33,37,39,41].

Организация медицинской помощи

Регистрационные формы большинства медицинских учреждений не предоставляют возможности указывать имя и грамматический род, в котором пациенты хотели бы, чтобы к ним обращались. Это может стать препятствием для посещения клиник теми ТГЖ, которые не сменили пол и имя в идентификационных документах и могут опасаться мисгендеринга и деднейминга, то есть использования грамматического рода и имени, не соответствующих их гендерной идентичности [25,37,39,42]. В качестве других барьеров отмечались длинные очереди [9,23] и неудобные часы работы клиник для тех ТГЖ, которые днём работают, боятся выходить на улицу или отсыпаются после работы ночью [23,25,26,41]. Во многих клиниках отсутствуют специалисты, разбирающиеся в вопросах трансгендерности или тактично относящиеся к ТГЖ [25,43], в связи с чем пациенты вынуждены проделывать долгий путь до клиник, где такие специалисты имеются [43].

Взаимодействие с медицинским персоналом

Медицинский персонал может проявлять предвзятое отношение к трансгендерным пациентам. Например, описываются истории, когда медсестра сказала ТГЖ, что ей не требуется тест на ВИЧ, исходя из предположения, что все ТГЖ имеют ВИЧ-положительный статус [37], или же врачи предполагали, что все медицинские проблемы ТГЖ связаны с наличием ВИЧ [36]. Также упоминались некорректные вопросы, некомпетентность, стремление держать дистанцию от пациента, целенаправленное использование имени, не соответствующего гендерной идентичности [26,29,36—39,41—45]. Даже если пациенты не сталкиваются с открытой неприязнью, они могут ощущать на себе пристальные взгляды и сталкиваться с изумлением [40]. Некоторым ТГЖ приходилось одеваться в мужскую одежду и скрывать свою трансгендерность, чтобы избежать дискриминации в клиниках [41,45]. Не имея должного представления о совместимости АРВТ и ЗГТ, врачи могут советовать ТГЖ отказаться от ЗГТ в пользу АРВТ, что не совпадает с приоритетами па-

циентов [28,46]. Некоторые врачи путают ТГЖ с мужчинами, практикующими секс с мужчинами (МСМ) [41,45]. Также врачи могут не предоставлять ТГЖ информацию о ДКП [22,30]. В некоторых клиниках не соблюдается конфиденциальность: например, во время консультации в помещении могут находиться посторонние люди [33]. Иногда врачи раскрывают трансгендерный статус пациентов без их согласия [9,25,41]. ТГЖ могут опасаться, что их результаты тестирования станут известны окружающим, особенно если в клинике работают другие ТГЖ [28]. Прошлый негативный опыт общения с медицинским персоналом приводит к отказу или откладыванию обращения за медицинской помощью в связи с ВИЧ [9,33,38,47]. Негативный опыт взаимодействия с медицинскими системами по вопросам, не связанным с ВИЧ (а, например, с гендерным переходом), может становиться препятствием в доступе к ВИЧ-сервисам [25,28].

Барьеры, связанные с гендерной идентичностью

Исторически ТГЖ включались в программы, направленные МСМ (в частности, в информационные кампании). Данная практика неприемлема для многих ТГЖ, которые не относят себя к мужчинам и категорически против объединения с МСМ, что может сказываться на их вовлечённости в подобные программы [22,27—30,48]. Помимо этого, персонал, работающий с МСМ, зачастую не имеет представления о специфических потребностях ТГЖ [42]. Наконец, часть ТГЖ не идентифицирует себя с терминами «трансгендерные» или «транссексуальные», считая себя «просто женщинами», что осложняет аутич-работу и продвижение программ, направленных специально на ТГЖ [25,30,48].

Финансовые барьеры

Многие ТГЖ сталкиваются с дискриминацией в сфере трудоустройства и находятся в сложном материальном положении. В странах, где профилактика и лечение ВИЧ не покрывается всеобщим медицинским страхованием (например, США), доступ к этим услугам зависит от наличия частной медицинской страховки или возможности оплачивать их из личных средств [22,23,26,35,41,49,50]. Даже если АРВТ бесплатна, финансовые трудности для ТГЖ часто стоят на первом месте, затмевая потребности в лечении [26,28,29,32,33]. Отсутствие постоянного дохода ведёт к нестабильной ситуации с жильём, что мешает регулярно принимать препараты и посещать врача [26,29].

Отсутствие поддержки семьи и близких

Отвержение со стороны семьи в связи с трансгендерностью имеет различные последствия, которые приводят к снижению доступности помощи в связи с ВИЧ: финансовые проблемы, отсутствие социальной и эмоциональной поддержки, отсутствие постоянного жилья, злоупотребление психоактивными веществами и проблемы в области ментального здоровья [25,37]. Помимо этого, многие ТГЖ скрывают от семей свой ВИЧ-статус, боясь

отвержения, что лишает их поддержки семьи в лечении ВИЧ [33]. Некоторые ТГЖ, не имеющие близких, сообщали, что им не ради кого жить и из-за этого у них отсутствует мотивация лечиться [33,34].

Пересекающиеся дискриминации

Языковые барьеры ограничивают в доступе к ВИЧ-сервисам ТГЖ, не владеющих официальным языком страны [44]. Стигматизация секс-работниц становилась дополнительным барьером в доступе к помощи для ТГЖ, вовлечённых в секс-работу [22,25,41], а хаотичный образ жизни становился препятствием для приёма препаратов в положенное время для этой группы [23,25]. Трансгендерные секс-работницы опасаются потери дохода, если их положительный ВИЧ-статус станет известен клиентам от других ТГЖ, и это служит дополнительным мотивом скрывать своё лечение [33]. Трансгендерные мигрантки, занимающиеся секс-работой, рискуют быть депортированными, если расскажут об опыте секс-работы врачам [42]. ТГЖ, относящиеся к коренным народам, испытывают дополнительную стигматизацию и дискриминацию в системе здравоохранения [39,42].

Фасилитаторы

Наряду с барьерами в ряде исследований упоминались и фасилитаторы. Позитивные взаимоотношения с врачами, выражающиеся в их понимании вопросов трансгендерности, поддержке и использовании правильной терминологии и имени/рода, соответствующего гендерной идентичности, повышали доступности помощи в связи с ВИЧ [9,25,28,29,34,47,48,51]. Интеграция услуг в сфере ВИЧ и трансгендерного здоровья (например, назначения гормонотерапии) приводила к тому, что ТГЖ имели возможность удовлетворить все свои медицинские потребности в одном месте [25,28,48,50—52]. Важно специфическое упоминание ТГЖ как группы, которой оказывается медицинская помощь, т. к. в противном случае ТГЖ могут опасаться дискриминации [52]. Некоторые респонденты поддерживали создание ВИЧ-сервисов, специфичных для трансгендерных людей [52], однако другие ТГЖ, не определяющие себя через термин «трансгендерные», предпочли бы посещать центр, не предназначенный исключительно для ТГЖ, но где сотрудники были бы компетентны в вопросах трансгендерности [48]. Полезно также включать в штат сотрудниц ТГЖ, с тем чтобы пациенты из числа данной группы чувствовали себя более комфортно [32,36,42]. Также ТГЖ зачастую чувствуют себя комфортнее, если профилактика и лечение предоставляется некоммерческими организациями, а не государственными структурами [23,52]. При предоставлении услуг важно учитывать опыт насилия, стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются ТГЖ [42].

Говоря о фасилитаторах за пределами медицинской системы, респонденты отмечали важность поддержки со стороны других ТГЖ, в том числе, при

получении информации и сопровождении в центры СПИД [14,30,31,33,37,44,48]. Не менее значимой является поддержка со стороны семьи [28,29,47] и романтического партнёра [26].

Говоря о приемлемости различных способов тестирования на ВИЧ, часть ТГЖ связывала наборы само тестирования с большим удобством и конфиденциальностью, в то время как другие предпочитали тестироваться в организациях или клиниках, где они могли получить консультацию и где результаты представлялись более надёжным [49,53]. Инъекционные формы ДКП могут повысить удобство и конфиденциальность [54]. Таким образом, гибкая организация помощи с предоставлением различных способов тестирования и предохранения повысит их доступность для ТГЖ.

Заключение

ТГЖ сталкиваются с всеобъемлющей дискриминацией на межличностном и структурном уровнях, как в повседневной жизни, так и при посещении учреждений здравоохранения, что становится препятствием к тестированию, профилактике и лечению ВИЧ. Ситуация усугубляется в связи со стигматизацией ВИЧ, из-за чего ТГЖ скрывают факты тестирования, употребления препаратов и посещения врачей от близких и знакомых. За исключением специализированных центров, оказывающих помощь ТГЖ, медицинский персонал большинства учреждений не имеет представления о специфических потребностях этой группы и не может предоставлять компетентную и чувствительную помощь. Регистрационные формы не содержат возможности указывать желаемое имя и грамматический род, что ведёт к мисгендерингу и деднеймингу и, как следствие, отказу со стороны ТГЖ обращаться за помощью или откладывать обращение. Серьёзным барьером в доступе к ВИЧ-сервисам являются финансовые трудности, особенно в странах, не имеющих государственной системы медицинского страхования. Мигрантки, секс-работницы и люди, не принадлежащие к титульной нации, из числа ТГЖ сталкиваются с дополнительными барьерами в доступе. Говоря о мерах, которые могли бы снизить барьеры, можно упомянуть обучение медицинского персонала вопросам трансгендерности, интеграцию услуг в сфере ВИЧ и трансгендерного здоровья, расширение разнообразия методов тестирования и профилактики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214–22.
2. Leite BO, Medeiros DS, Magno L, Bastos FI, Coutinho C, Brito AM, et al. Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. *Int J Equity Health*. 2021 Dec;20(1):1–1.
3. Restar AJ, Adia A, Cu-Uvin S, Operario D. Characterizing PrEP awareness and interest among Filipina transgender women. *AIDS Educ Prev*. 2020 Jun;32(3):212–28.
4. Galka JM, Wang M, Azwa I, Gibson B, Lim SH, Shrestha R, et al. Willingness to Use Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention and PrEP Implementation Preferences Among Transgender Women in Malaysia. *Transgender Health*. 2020 Dec 1;5(4):258–66.
5. Jin H, Restar A, Biello K, Kuhns L, Reisner S, Garofalo R, et al. Burden of HIV among young transgender women: factors associated with HIV infection and HIV treatment engagement. *AIDS Care*. 2019 Jan 2;31(1):125–30.
6. Jalil EM, Torres TS, Luz PM, Monteiro L, Moreira RI, Castro CR, et al. Low PrEP adherence despite high retention among transgender women in Brazil: the PrEPARadas study. *J Int AIDS Soc*. 2022 Mar;25(3):e25896.
7. Baguso GN, Turner CM, Santos GM, Raymond HF, Dawson-Rose C, Lin J, et al. Successes and final challenges along the HIV care continuum with transwomen in San Francisco. *J Int AIDS Soc*. 2019 Apr;22(4):e25270.
8. Chakrapani V, Shaikh S, Arumugam V, Chawla U, Mehta S. Factors Influencing Willingness to Use Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Among Transgender Women in India. *Transgender Health*. 2021 Apr 1;6(2):64–73.
9. Lacombe-Duncan A, Bauer GR, Logie CH, Newman PA, Shokoohi M, Kay ES, et al. The HIV care cascade among transgender women with HIV in Canada: a mixed-methods study. *AIDS Patient Care STDs*. 2019 Jul 1;33(7):308–22.
10. Bukowski LA, Chandler CJ, Creasy SL, Matthews DD, Friedman MR, Stall RD. Characterizing the HIV care continuum and identifying barriers and facilitators to HIV diagnosis and viral suppression among black transgender women in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018 Dec 1;79(4):413–420.
11. Hotton AL, Perloff J, Paul J, Parker C, Ducheny K, Holloway T, et al. Patterns of exposure to socio-structural stressors and HIV care engagement among transgender women of color. *AIDS and Behavior*. 2020 Nov;24(11):3155–63.
12. Wilson EC, Turner C, Arayasirikul S, Woods T, Nguyen T, Lin R, et al. Housing and income effects on HIV-related health outcomes in the San Francisco Bay Area—findings from the SPNS transwomen of color initiative. *AIDS care*. 2018 Nov 2;30(11):1356–9.
13. Koblin BA, Usher D, Nandi V, Tieu HV, Bravo E, Lucy D, et al. Post-exposure prophylaxis awareness, knowledge, access and use among three populations in New York City, 2016–17. *AIDS Behav*. 2018 Aug;22(8):2718–32.
14. Poteat T, Malik M, Merwe LL, Cloete A, Adams D, Nonyane BA, et al. PrEP awareness and engagement among transgender women in South Africa: a cross-sectional, mixed methods study. *Lancet HIV*. 2020 Dec 1;7(12):e825–34.
15. D'Avanzo PA, Bass SB, Brajuha J, Gutierrez-Mock L, Ventriglia N, Wellington C, et al. Medical mistrust and PrEP perceptions among transgender women: a cluster analysis. *Behav Med*. 2019 Apr 3;45(2):143–52.
16. Restar AJ, Kuhns L, Reisner SL, Ogunbajo A, Garofalo R, Mimiaga MJ. Acceptability of antiretroviral pre-exposure prophylaxis from a cohort of sexually experienced young transgender women in two US cities. *AIDS Behav*. 2018; 22(11):3649–57.
17. Soares F, MacCarthy S, Magno L, Silva LA, Amorim L, Nunn A, et al. Factors associated with PrEP refusal among transgender women in Northeastern Brazil. *AIDS Behav*. 2019 Oct;23(10):2710–8.
18. Ingram MV, Amodei N, Perez VV, German V. Factors predicting 12-month retention in care for minority women living with HIV. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*. 2022 Apr;9:20499361221089815.
19. Reback CJ, Rüniger D, Fletcher JB. Drug use is associated with delayed advancement along the HIV care continuum among transgender women of color. *AIDS Behav*. 2021 Jul;25(1):107–15.
20. Rosen JG, Malik M, Cooney EE, Wirtz AL, Yamanis T, Lujan M, et al. Antiretroviral treatment interruptions among Black and Latina transgender women living with HIV: characterizing co-occurring, multilevel factors using the gender affirmation framework. *AIDS Behav*. 2019 Sep;23(9):2588–99.
21. Yi S, Sok S, Chhim S, Chhoun P, Chann N, Tuot S, et al. Access to community-based HIV services among transgender women in Cambodia: findings from a national survey. *Int J Equity Health*. 2019 Dec;18(1):1–3.
22. Cahill SR, Keatley J, Wade TS, Sevelius J, Elsesser SA, Geffen SR, et al. “Some of us, we don't know where we're going to be tomorrow.” Contextual factors affecting PrEP use and adherence among a diverse sample of transgender women in San Francisco. *AIDS care*. 2020 May 3;32(5):585–93.
23. Chakrapani V, Shunmugam M, Rawat S, Baruah D, Nelson R, Newman PA. Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis among transgender women in India: a qualitative investigation. *AIDS Patient Care STDs*. 2020 Feb 1;34(2):92–8.

24. Pal K, Ngin C, Tuot S, Chhoun P, Ly C, Chhim S, Luong MA, et al. Acceptability study on HIV self-testing among transgender women, men who have sex with men, and female entertainment workers in Cambodia: a qualitative analysis. *PLoS One*. 2016 Nov 9;11(11):e0166129.
25. Bockting W, MacCrate C, Israel H, Mantell JE, Remien RH. Engagement and retention in HIV care for transgender women: perspectives of medical and social service providers in New York City. *AIDS Patient Care STDs*. 2020 Jan 1;34(1):16–26.
26. Ogunbajo A, Storholm ED, Ober AJ, Bogart LM, Reback CJ, Flynn R, et al. Multilevel barriers to HIV PrEP uptake and adherence among black and Hispanic/Latinx transgender women in southern California. *AIDS Behav*. 2021 Jul;25(7):2301–15.
27. Rael CT, Martinez M, Giguere R, Bockting W, MacCrate C, Mellman W, et al. Barriers and facilitators to oral PrEP use among transgender women in New York City. *AIDS Behav*. 2018;22(11):3627–36.
28. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Johnson MO. Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med*. 2014;47(1):5–16.
29. Sevelius JM, Keatley J, Calma N, Arnold E. I am not a man': Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Glob Public Health*. 2016;11(7–8):1060–75.
30. Bass SB, Kelly PJ, Brajuha J, Gutierrez-Mock L, Koester K, D'Avanzo P, et al. Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas: implications for messaging and communication. *BMC Public Health*. 2022 Dec;22(1):1–0.
31. Longino A, Montano MA, Sanchez H, Bayer A, Sanchez J, Tossas-Milligan K, et al. Increasing PrEP uptake and adherence among MSM and TW sex workers in Lima, Perú: what and whom do different patients trust? *AIDS Care*. 2020 Feb 1;32(2):255–60.
32. Poteat T, Wirtz A, Malik M, Cooney E, Cannon C, Hardy WD, et al. A gap between willingness and uptake: findings from mixed methods research on HIV prevention among black and Latina transgender women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019 Oct 1;82(2):131–140.
33. Chakrapani V, Newman PA, Shunmugam M, Dubrow R. Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS Care*. 2011 Dec 1;23(12):1687–94.
34. Hines DD, Draucker CB, Habermann B. HIV testing and entry to care among trans women in Indiana. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017 Sep 1;28(5):723–36.
35. Mitchell E, Lazuardi E, Rowe E, Antintya I, Wirawan DN, Wisaksana R, et al. Barriers and enablers to HIV care among Waria (transgender women) in Indonesia: a qualitative study. *AIDS Education and Prevention*. 2019 Dec;31(6):538–52.
36. Sevelius J, Murray LR, Martinez Fernandes N, Veras MA, Grinsztejn B, Lippman SA. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. *Cult Health Sex*. 2019 May 4;21(5):543–58.
37. Chakrapani V, Gulfam FR, Arumugam V, Aher A, Shaikh S, Prasad R, et al. Intersectional stigma and gender non-affirmation hinder HIV care engagement among transgender women living with HIV in India. *AIDS Care*. 2022;13:1–9.
38. Wilson EC, Jalil EM, Castro C, Martinez Fernandez N, Kamel L, Grinsztejn B. Barriers and facilitators to PrEP for transwomen in Brazil. *Glob Public Health*. 2019 Feb 1;14(2):300–8.
39. Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc*. 2012 Apr;15(2):10–7448.
40. Monteiro S, Brigeiro M. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *Cad Saude Publica*. 2019 Apr 8;35(4):e00111318.
41. Ssekamatte T, Isunju JB, Naume M, Buregyeya E, Mugambe RK, Wanyenze RK, et al. Barriers to access and utilisation of HIV/STIs prevention and care services among trans-women sex workers in the greater Kampala metropolitan area, Uganda. *BMC Infect Dis*. 2020 Dec;20(1):1–5.
42. Lacombe-Duncan A, Kia H, Logie CH, Todd KP, Persad Y, Leblanc G, et al. A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: perspectives of transgender women and service providers. *Health Soc Care Community*. 2021 Sep;29(5):e33-46.
43. Munro L, Marshall Z, Bauer G, Hammond R, Nault C, Travers R. (Dis) integrated care: barriers to health care utilization for trans women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017 Sep 1;28(5):708–22.
44. Nieto O, Fehrenbacher AE, Cabral A, Landrian A, Brooks RA. Barriers and motivators to pre-exposure prophylaxis uptake among Black and Latina transgender women in Los Angeles: perspectives of current PrEP users. *AIDS Care*. 2021 Feb 1;33(2):244–52.
45. Tun W, Pulerwitz J, Shoyemi E, Fernandez A, Adeniran A, Ejiogu F, et al. A qualitative study of how stigma influences HIV services for transgender men and women in Nigeria. *J Int AIDS Soc*. 2022 Jul;25:e25933.
46. Restar AJ, Santamaria EK, Adia A, Nazareno J, Chan R, Lurie M, et al. Gender affirmative HIV care framework: Decisions on feminizing hormone therapy (FHT) and antiretroviral therapy (ART) among transgender women. *Plos One*. 2019 Oct 21;14(10):e0224133.
47. Dowshen N, Lee SS, Castillo M, Hawkins L, Barg FK. Barriers and facilitators to HIV prevention, testing, and treatment among young transgender women. *J Adolesc Health*. 2016 Feb 1;58(2):S81-2.
48. Melendez RM, Pinto RM. HIV prevention and primary care for transgender women in a community-based clinic. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009 Sep 1;20(5):387–97.
49. Lippman SA, Moran L, Sevelius J, Castillo LS, Ventura A, Treves-Kagan S, et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among transgender women in San Francisco: a mixed methods pilot study. *AIDS Behav*. 2016 Apr;20(4):928–38.
50. Wood SM, Lee S, Barg FK, Castillo M, Dowshen N. Young transgender women's attitudes toward HIV pre-exposure prophylaxis. *J Adolesc Health*. 2017 May;1;60(5):549–55.
51. Storholm ED, Ogunbajo A, Nacht CL, Opalo C, Horvath K, Lyman P, et al. Facilitators of PrEP Persistence among Black and Latinx Transgender Women in a PrEP Demonstration Project in Southern California. *Behav Med*. 2022;23:1–2.
52. Everhart AR, Boska H, Sinai-Glazer H, Wilson-Yang JQ, Burke NB, LeBlanc G, et al. I'm not interested in research; i'm interested in services': How to better health and social services for transgender women living with and affected by HIV. *Soc Sci Med*. 2022;292:114610.
53. Wirtz AL, Clouse E, Veronese V, Thu KH, Naing S, Baral SD, et al. New HIV testing technologies in the context of a concentrated epidemic and evolving HIV prevention: qualitative research on HIV self-testing among men who have sex with men and transgender women in Yangon, Myanmar. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21796.
54. Rael CT, Lopez-Ríos J, McKenna SA, Das D, Dolezal C, Abascal E, et al. Transgender Women's barriers, facilitators, and preferences on tailored injection delivery strategies to administer long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) for HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP). *AIDS Behav*. 2021;Dec;25(12):4180–92.

REFERENCES

1. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214–22.
2. Leite BO, Medeiros DS, Magno L, Bastos FI, Coutinho C, Brito AM, et al. Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. *Int J Equity Health*. 2021 Dec;20(1):1–1.
3. Restar AJ, Adia A, Cu-Uvin S, Operario D. Characterizing PrEP awareness and interest among Filipina transgender women. *AIDS Educ Prev*. 2020 Jun;32(3):212–28.
4. Galka JM, Wang M, Azwa I, Gibson B, Lim SH, Shrestha R, et al. Willingness to Use Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention and PrEP Implementation Preferences Among Transgender Women in Malaysia. *Transgender Health*. 2020 Dec 1;5(4):258–66.
5. Jin H, Restar A, Biello K, Kuhns L, Reisner S, Garofalo R, et al. Burden of HIV among young transgender women: factors associated with HIV infection and HIV treatment engagement. *AIDS Care*. 2019 Jan 2;31(1):125–30.
6. Jalil EM, Torres TS, Luz PM, Monteiro L, Moreira RI, Castro CR, et al. Low PrEP adherence despite high retention among transgender women in Brazil: the PrEPParadas study. *J Int AIDS Soc*. 2022 Mar;25(3):e25896.
7. Baguso GN, Turner CM, Santos GM, Raymond HF, Dawson-Rose C, Lin J, et al. Successes and final challenges along the HIV care continuum with transwomen in San Francisco. *J Int AIDS Soc*. 2019 Apr;22(4):e25270.
8. Chakrapani V, Shaikh S, Arumugam V, Chawla U, Mehta S. Factors Influencing Willingness to Use Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Among Transgender Women in India. *Transgender Health*. 2021 Apr 1;6(2):64–73.

9. Lacombe-Duncan A, Bauer GR, Logie CH, Newman PA, Shokoohi M, Kay ES, et al. The HIV care cascade among transgender women with HIV in Canada: a mixed-methods study. *AIDS Patient Care STDs*. 2019 Jul 1;33(7):308—22.
10. Bukowski LA, Chandler CJ, Creasy SL, Matthews DD, Friedman MR, Stall RD. Characterizing the HIV care continuum and identifying barriers and facilitators to HIV diagnosis and viral suppression among black transgender women in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018 Dec 1;79(4):413—420.
11. Hotton AL, Perloff J, Paul J, Parker C, Ducheny K, Holloway T, et al. Patterns of exposure to socio-structural stressors and HIV care engagement among transgender women of color. *AIDS and Behavior*. 2020 Nov;24(11):3155—63.
12. Wilson EC, Turner C, Arayasirikul S, Woods T, Nguyen T, Lin R, et al. Housing and income effects on HIV-related health outcomes in the San Francisco Bay Area—findings from the SPNS transwomen of color initiative. *AIDS care*. 2018 Nov 2;30(11):1356—9.
13. Koblin BA, Usher D, Nandi V, Tieu HV, Bravo E, Lucy D, et al. Post-exposure prophylaxis awareness, knowledge, access and use among three populations in New York City, 2016—17. *AIDS Behav*. 2018 Aug;22(8):2718—32.
14. Poteat T, Malik M, Merwe LL, Cloete A, Adams D, Nonyane BA, et al. PrEP awareness and engagement among transgender women in South Africa: a cross-sectional, mixed methods study. *Lancet HIV*. 2020 Dec 1;7(12):e825-34.
15. D'Avanzo PA, Bass SB, Brajuha J, Gutierrez-Mock L, Ventriglia N, Wellington C, et al. Medical mistrust and PrEP perceptions among transgender women: a cluster analysis. *Behav Med*. 2019 Apr 3;45(2):143—52.
16. Restar AJ, Kuhns L, Reisner SL, Ogunbajo A, Garofalo R, Mimiaga MJ. Acceptability of antiretroviral pre-exposure prophylaxis from a cohort of sexually experienced young transgender women in two US cities. *AIDS Behav*. 2018; 22(11):3649—57.
17. Soares F, MacCarthy S, Magno L, Silva LA, Amorim L, Nunn A, et al. Factors associated with PrEP refusal among transgender women in Northeastern Brazil. *AIDS Behav*. 2019 Oct;23(10):2710—8.
18. Ingram MV, Amodei N, Perez VV, German V. Factors predicting 12-month retention in care for minority women living with HIV. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*. 2022 Apr;9:20499361221089815.
19. Reback CJ, Rünger D, Fletcher JB. Drug use is associated with delayed advancement along the HIV care continuum among transgender women of color. *AIDS Behav*. 2021 Jul;25(1):107—15.
20. Rosen JG, Malik M, Cooney EE, Wirtz AL, Yamanis T, Lujan M, et al. Antiretroviral treatment interruptions among Black and Latina transgender women living with HIV: characterizing co-occurring, multilevel factors using the gender affirmation framework. *AIDS Behav*. 2019 Sep;23(9):2588—99.
21. Yi S, Sok S, Chhim S, Chhoun P, Chann N, Tuot S, et al. Access to community-based HIV services among transgender women in Cambodia: findings from a national survey. *Int J Equity Health*. 2019 Dec;18(1):1—3.
22. Cahill SR, Keatley J, Wade TS, Sevelius J, Elsesser SA, Geffen SR, et al. "Some of us, we don't know where we're going to be tomorrow." Contextual factors affecting PrEP use and adherence among a diverse sample of transgender women in San Francisco. *AIDS care*. 2020 May 3;32(5):585—93.
23. Chakrapani V, Shunmugam M, Rawat S, Baruah D, Nelson R, Newman PA. Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis among transgender women in India: a qualitative investigation. *AIDS Patient Care STDs*. 2020 Feb 1;34(2):92—8.
24. Pal K, Ngin C, Tuot S, Chhoun P, Ly C, Chhim S, Luong MA, et al. Acceptability study on HIV self-testing among transgender women, men who have sex with men, and female entertainment workers in Cambodia: a qualitative analysis. *PLoS One*. 2016 Nov 9;11(11):e0166129.
25. Bockting W, MacCrate C, Israel H, Mantell JE, Remien RH. Engagement and retention in HIV care for transgender women: perspectives of medical and social service providers in New York City. *AIDS Patient Care STDs*. 2020 Jan 1;34(1):16—26.
26. Ogunbajo A, Storholm ED, Ober AJ, Bogart LM, Reback CJ, Flynn R, et al. Multilevel barriers to HIV PrEP uptake and adherence among black and Hispanic/Latinx transgender women in southern California. *AIDS Behav*. 2021 Jul;25(7):2301—15.
27. Rael CT, Martinez M, Giguere R, Bockting W, MacCrate C, Mellman W, et al. Barriers and facilitators to oral PrEP use among transgender women in New York City. *AIDS Behav*. 2018;22(11):3627—36.
28. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Johnson MO. Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med*. 2014;47(1):5—16.
29. Sevelius JM, Keatley J, Calma N, Arnold E. I am not a man': Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. *Glob Public Health*. 2016;11(7—8):1060—75.
30. Bass SB, Kelly PJ, Brajuha J, Gutierrez-Mock L, Koester K, D'Avanzo P, et al. Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas: implications for messaging and communication. *BMC Public Health*. 2022 Dec;22(1):1—0.
31. Longino A, Montano MA, Sanchez H, Bayer A, Sanchez J, Tossas-Milligan K, et al. Increasing PrEP uptake and adherence among MSM and TW sex workers in Lima, Perú: what and whom do different patients trust? *AIDS Care*. 2020 Feb 1;32(2):255—60.
32. Poteat T, Wirtz A, Malik M, Cooney E, Cannon C, Hardy WD, et al. A gap between willingness and uptake: findings from mixed methods research on HIV prevention among black and Latina transgender women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019 Oct 1;82(2):131—140.
33. Chakrapani V, Newman PA, Shunmugam M, Dubrow R. Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS Care*. 2011 Dec 1;23(12):1687—94.
34. Hines DD, Draucker CB, Habermann B. HIV testing and entry to care among trans women in Indiana. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017 Sep 1;28(5):723—36.
35. Mitchell E, Lazuardi E, Rowe E, Anintya I, Wirawan DN, Wisaksana R, et al. Barriers and enablers to HIV care among Waria (transgender women) in Indonesia: a qualitative study. *AIDS Education and Prevention*. 2019 Dec;31(6):538—52.
36. Sevelius J, Murray LR, Martinez Fernandes N, Veras MA, Grinsztejn B, Lippman SA. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. *Cult Health Sex*. 2019 May 4;21(5):543—58.
37. Chakrapani V, Gulfam FR, Arumugam V, Aher A, Shaikh S, Prasad R, et al. Intersectional stigma and gender non-affirmation hinder HIV care engagement among transgender women living with HIV in India. *AIDS Care*. 2022;13:1—9.
38. Wilson EC, Jalil EM, Castro C, Martinez Fernandez N, Kamel L, Grinsztejn B. Barriers and facilitators to PrEP for transwomen in Brazil. *Glob Public Health*. 2019 Feb 1;14(2):300—8.
39. Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc*. 2012 Apr;15(2):10—7448.
40. Monteiro S, Brigeiro M. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *Cad Saude Publica*. 2019 Apr 8;35(4):e00111318.
41. Ssekamatte T, Isunju JB, Naume M, Buregyeya E, Mugambe RK, Wanyenze RK, et al. Barriers to access and utilisation of HIV/STIs prevention and care services among trans-women sex workers in the greater Kampala metropolitan area, Uganda. *BMC Infect Dis*. 2020 Dec;20(1):1—5.
42. Lacombe-Duncan A, Kia H, Logie CH, Todd KP, Persad Y, Leblanc G, et al. A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: perspectives of transgender women and service providers. *Health Soc Care Community*. 2021 Sep;29(5):e33-46.
43. Munro L, Marshall Z, Bauer G, Hammond R, Nault C, Travers R. (Dis) integrated care: barriers to health care utilization for trans women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017 Sep 1;28(5):708—22.
44. Nieto O, Fehrenbacher AE, Cabral A, Landrian A, Brooks RA. Barriers and motivators to pre-exposure prophylaxis uptake among Black and Latina transgender women in Los Angeles: perspectives of current PrEP users. *AIDS Care*. 2021 Feb 1;33(2):244—52.
45. Tun W, Pulerwitz J, Shoyemi E, Fernandez A, Adeniran A, Ejiogu F, et al. A qualitative study of how stigma influences HIV services for transgender men and women in Nigeria. *J Int AIDS Soc*. 2022 Jul;25:e25933.
46. Restar AJ, Santamaria EK, Adia A, Nazareno J, Chan R, Lurie M, et al. Gender affirmative HIV care framework: Decisions on feminizing hormone therapy (FHT) and antiretroviral therapy (ART) among transgender women. *Plos One*. 2019 Oct 21;14(10):e0224133.
47. Dowshen N, Lee SS, Castillo M, Hawkins L, Barg FK. Barriers and facilitators to HIV prevention, testing, and treatment among young transgender women. *J Adolesc Health*. 2016 Feb 1;58(2):S81-2.

48. Melendez RM, Pinto RM. HIV prevention and primary care for transgender women in a community-based clinic. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009 Sep 1;20(5):387—97.
49. Lippman SA, Moran L, Sevelius J, Castillo LS, Ventura A, Treves-Kagan S, et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among transgender women in San Francisco: a mixed methods pilot study. *AIDS Behav*. 2016 Apr;20(4):928—38.
50. Wood SM, Lee S, Barg FK, Castillo M, Dowshen N. Young transgender women's attitudes toward HIV pre-exposure prophylaxis. *J Adolesc Health*. 2017 May;1;60(5):549—55.
51. Storholm ED, Ogunbajo A, Nacht CL, Opalo C, Horvath K, Lyman P, et al. Facilitators of PrEP Persistence among Black and Latinx Transgender Women in a PrEP Demonstration Project in Southern California. *Behav Med*. 2022;23:1—2.
52. Everhart AR, Boska H, Sinai-Glazer H, Wilson-Yang JQ, Burke NB, LeBlanc G, et al. I'm not interested in research; i'm interested in services': How to better health and social services for transgender women living with and affected by HIV. *Soc Sci Med*. 2022;292:114610.
53. Wirtz AL, Clouse E, Veronese V, Thu KH, Naing S, Baral SD, et al. New HIV testing technologies in the context of a concentrated epidemic and evolving HIV prevention: qualitative research on HIV self-testing among men who have sex with men and transgender women in Yangon, Myanmar. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21796.
54. Rael CT, Lopez-Ríos J, McKenna SA, Das D, Dolezal C, Abascal E, et al. Transgender Women's barriers, facilitators, and preferences on tailored injection delivery strategies to administer long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) for HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP). *AIDS Behav*. 2021;Dec;25(12):4180—92.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.06.2022; одобрена после рецензирования 03.08.2022; принята к публикации 01.09.2022.

The article was submitted 30.06.2022; approved after reviewing 03.08.2022; accepted for publication 01.09.2022.