

Обзорная статья

УДК 616.89-008.442.36

doi:10.25742/NRIPH.2023.01.009

Сексуальное и репродуктивное здоровье трансгендерных и небинарных людей: 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 люди (ТГЛ) — это люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, приписанного им при рождении. Небинарные люди (НБЛ) — люди, имеющие небинарную гендерную идентичность (отличную от женской или мужской). В связи с нестандартным сочетанием гендерных и половых характеристик ТГЛ и НБЛ имеют специфические потребности в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), которые остаются недостаточно изученными. Целью обзора является сбор литературных данных о СРЗ ТГЛ и НБЛ за исключением тем, связанных с ВИЧ/ИППП, информация по которым публиковалась ранее на русском. В результате поиска в базах PubMed, Scopus и Web of Science найдено 64 статьи, оставленные для обзора. ТГЛ и НБЛ имеют различные сексуальные ориентации и сексуальные практики. Их удовлетворённость сексуальной жизнью ниже по сравнению с общей популяцией, что связано с неприятием своего тела из-за гендерной дисфории, страхом отвержения со стороны партнёра и осложнениями после операций. Большинство отмечали сложности с поиском достоверной информации о СРЗ для лиц с их телами и идентичностями. Тестостерон не является надёжной формой контрацепции для лиц с приписанным женским полом; для многих выбор метода контрацепции был обусловлен опытом гендерной дисфории. Заместительная гормональная терапия и хирургические вмешательства ведут к снижению или потере фертильности, в связи с чем в ряде гендерных клиник пациентам предлагаются мероприятия по её сохранению. ТГЛ, как правило, пользовались вспомогательными репродуктивными технологиями, чтобы забеременеть. Беременность требовала отказа от приёма тестостерона и могла провоцировать гендерную дисфорию. Некоторым ТГЛ и НБЛ, забеременевшим случайно, требовались аборт. ТГЛ и НБЛ сталкиваются со значительными барьерами при обращении за медицинской помощью в сфере СРЗ в связи с бинарной сегрегацией таких услуг по признаку биологического пола и негативным отношением медицинского персонала.

Ключевые слова: трансгендер, транссексуализм, гендерная дисфория, сексуальное здоровье, репродуктивное здоровье, неравенство, барьеры в доступе к здравоохранению.

Для цитирования: Кирей-Ситникова Я. Сексуальное и репродуктивное здоровье трансгендерных и небинарных людей: тематический обзор // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 1. С. 53—60. doi:10.25742/NRIPH.2023.01.009.

Review article

Sexual and reproductive health of transgender and non-binary individuals: 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 individuals (TG) are individuals whose gender identity does not correspond to the sex assigned to them at birth. Non-binary individuals (NB) are individuals with a non-binary gender identity (different from female or male). Because of an unusual set of gender/sex characteristics TG and NB have peculiar needs in the sphere of sexual and reproductive health (SRH) which have not been properly explored. The review aims to collect published data on SRH of TG and NB except for topics related HIV/STI, since those topics have already been covered in Russian. A systematic search was conducted in PubMed, Scopus and Web of Science; 64 articles were selected for review. TG and NB have different sexual orientations and engage in various sexual practices. Their sexual quality of life is lower than that in the general population. The reasons include: being unable to accept one's body because of gender dysphoria, fear of rejection on behalf of the partner and complications after surgeries. Most respondents mentioned difficulties finding credible information about SRH for individuals with their bodies and identities. Testosterone is not a reliable form of contraception; for many respondents the choice of contraception methods depended on their experience with gender dysphoria. Hormone-replacement therapy and surgeries lead to decreased fertility or its permanent loss, for which reason some gender clinics provide patients with options for fertility preservation. TG usually rely on assisted reproductive technologies to get pregnant. Pregnancy necessitated stopping using testosterone and could provoke gender dysphoria. Some TG and NB who got pregnant accidentally need access to abortion. TG and NB face significant barriers in access to medical care related to SRH because of binary segregation of such services based on biological sex and negative attitudes of medical personnel.

Key words: transgender, transsexualism, gender dysphoria, sexual health, reproductive health, inequality, barriers in access to healthcare

For citation: Kirey-Sitnikova Y. Sexual and reproductive health of transgender and non-binary individuals: a scoping review. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(1):53–60. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.01.009.

Введение

Трансгендерные люди (ТГЛ) — это люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, приписанного им при рождении (на основе биологических признаков). В частности, трансгендерные женщины (ТГЖ) — это люди, имеющие женскую гендерную идентичность, которым при рождении был приписан мужской пол, тогда как трансгендерные мужчины (ТГМ) — люди, имеющие мужскую гендерную идентичность, которым при рождении был приписан женский пол. Небинарные люди (НБЛ) — имеют небинарную гендерную идентичность (отличную от женской или мужской) вне зависимости от пола, приписанного им при рождении. Часть ТГЛ и НБЛ ощущает дистресс, связанный с несовпадением гендерной идентичности и пола, приписанного при рождении, известный как гендерная дисфория. Некоторые ТГЛ и НБЛ совершают гендерный переход (в просторечии «смена пола»), заключающийся в изменении первичных и вторичных половых признаков, социальной роли и/или гражданского пола.

В связи с нестандартным сочетанием гендерных и половых характеристик ТГЛ и НБЛ имеют специфические потребности в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Как одна из пяти ключевых групп, уязвимых к ВИЧ, ТГЛ получают внимание со стороны исследователей в сфере ВИЧ и ИППП [1, 2], однако другие аспекты их СРЗ остаются малоизученными. Целью настоящего обзора является сбор литературных данных о СРЗ ТГЛ и НБЛ (за исключением ВИЧ/ИППП) для дизайна будущего исследования о СРЗ среди этих групп в Восточной Европе и Центральной Азии.

Материалы и методы

В июне 2022 года проведён поиск в базах PubMed, Scopus и Web of Science по запросу (“transgender” OR “transsexual” OR “gender dysphoria”) AND (“sexual health” OR “reproductive health”). Исключались: материалы, не содержащие оригинальных данных (обзоры, дискуссионные статьи), статьи, основной темой которых были ВИЧ/ИППП, статьи не на английском или русском языке.

Результаты

Обнаружено 1070 уникальных документов. Для подробного изучения оставлено 131 документа, из которых 71 удалена после прочтения. Для обзора оставлены 60 статьи.

Сексуальные практики. ТГЛ имеют различные ориентации, их сексуальными партнёрами могут становиться как трансгендерные, так и цисгендерные люди (ЦГЛ), как женщины, мужчины, так и небинарные люди; их сексуальные практики также различаются в широком диапазоне [3—8]. Некоторые респонденты сообщали об изменении направленности сексуального влечения в связи с гормональной терапией [9]. В исследовании, проведённом среди американских школьников 13—18 лет, установлено, что ТГЛ чаще имели сексуальный опыт и реже использовали презерватив, чем ЦГЛ [10]. Большин-

ство ТГЛ мастурбируют [11,12]. В британской выборке 19.9% ТГЛ и НБЛ занимались рискованными сексуальными практиками, такими как химсекс, фистинг и групповой секс [13].

Удовлетворённость сексуальной жизнью. ТГЛ имели более низкие показатели сексуальной удовлетворённости по сравнению с общей популяцией [11, 14, 15]. В одном исследовании 23% ТГЛ сообщили, что были удовлетворены сексуальной жизнью, тогда как 35% не были удовлетворены [5]. 39,2% ТГМ, имевших секс с мужчинами, выразили высокую удовлетворённость своей сексуальной жизнью, 33,3% — среднюю, 27,5% — низкую [3]. Гендерная дисфория, связанная с проявлением внимания со стороны партнёра к гениталиям или груди, часто вела к негативному сексуальному опыту [16] и/или отказу от секса [4,5]. Нестандартные тела и идентичности могут приводить к страху отвержения со стороны партнёра и/или необходимости скрывать гендерную идентичность, что также снижало удовлетворённость сексуальной жизнью [5, 16]. Большинство респондентов одного из исследований никогда не раздевались полностью в присутствии партнёра, не позволяли смотреть и трогать гениталии [12]. Помимо этого, ТГЛ могут восприниматься как фетиш или сексуальная игрушка со стороны партнёров-ЦГЛ [5]. Напротив, поддержка со стороны партнёра приводила к более высокой удовлетворённости, причём зачастую наиболее принимающими партнёрами ТГЛ или НБЛ оказывались другие ТГЛ и НБЛ [16]. Респонденты более молодого возраста и более удовлетворённые своими гениталиями имели более высокую удовлетворённость сексуальной жизнью [11].

Большинство ТГЛ сообщали о наличии, как минимум, одной сексуальной дисфункции, к самым распространённым из которых относились сложность в достижении оргазма, сложность в иницировании сексуального контакта и боль во время полового акта; причём ТГЛ, находящиеся на гормонотерапии и прошедшие операции, как правило, реже жаловались на дисфункции, чем ТГЛ, не начавшие гендерный переход [4]. Большинство ТГЛ, находящихся на гормонотерапии, сообщали об изменениях в ощущении оргазма: у ТГМ они становились сильнее и короче, а у ТГЖ, напротив, мягче и длиннее [17]. У ТГМ, как правило, повышалось либидо, тогда как у ТГЖ оно снижалось или оставалось на прежнем уровне [9]. У ТГЖ появлялись новые эрогенные зоны, и источник сексуального удовольствия мог перемещаться от гениталий к груди, ногам, спине и иным частям тела [18]. Медианное время до достижения возможности получить оргазм среди ТГЖ, прошедших вагинопластику, равнялось 180 дням; спустя год после операции 86% пациенток могли достичь оргазма [19]. Среди ТГМ, прошедших фаллопластику, большинство оказалось удовлетворено результатом [20]. Осложнения после операции, такие как потеря чувствительности, приводила к снижению качества сексуальной жизни или полному отказу от неё [4]. Среди других проблем, связанных с вагинопластикой, можно отметить рост волос во

влагалище, короткую длину влагалища, проблемы с мочеиспусканием, испражнения из влагалища [21] — также оказывающие негативное влияние на сексуальную жизнь. Также с отсутствием сексуальной активности у ТГЖ были ассоциированы: возраст, проживание за пределами крупных городов, невозможность пройти генитальную операцию и другие факторы [22].

Контрацепция. Использование тестостерона снижает вероятность беременности среди лиц с приписанным женским полом, однако не подавляет её полностью. В ряде исследований большинство ТГМ были осведомлены о возможности забеременеть несмотря на ЗГТ и о необходимости применения контрацептивов [23—25], хотя в других случаях могут присутствовать заблуждения [26]. Использование контрацептивов было статистически ассоциировано с медицинскими мероприятиями по гендерному переходу и наличием большого числа сексуальных партнёров [27]. ТГМ могут использовать все доступные методы контрацепции, включая презервативы, оральные контрацептивы, импланты и внутриматочные спирали, однако выбор метода может различаться в зависимости от личного опыта с гендерной дисфорией: например, некоторые респонденты сообщали, что ежедневное использование оральных контрацептивов для них ассоциируется с женским опытом, в связи с чем они выбирали имплант [23,28]. Другим аргументом против оральных контрацептивов служило содержание в них эстрогенов, воспринимаемых как «женские» гормоны, и предположение, что их использование будет способствовать феминизации тела или, как минимум, замедлит маскулинизацию [23, 24, 28]. Использование влагалищных колец и связанная с этим необходимость прикасаться к гениталиям могла также вызывать гендерную дисфорию [28]. С другой стороны, многие ТГЛ предпочитали использовать контрацептивы, прекращающие месячные, которые, как правило, способствовали росту гендерной дисфории [24, 28]. Использование презервативов было наиболее распространённым методом предотвращения беременности среди ТГМ, имеющих секс с мужчинами [25, 29].

Сохранение фертильности. Согласно различным опросам, от 27.8% до 35.9% ТГЛ и НБЛ заинтересованы в биологическом родительстве [27,30,31]. Хотя многие ТГЛ готовы к удочерению или усыновлению, некоторые отмечали важность для них биологической связи с ребёнком [32]. Однако с началом ЗГТ, а также при проведении операций на гениталиях, ТГЛ теряют фертильность. В некоторых странах законодательные процедуры по изменению гражданского пола по-прежнему требуют прохождения стерилизации или подтверждения нефертильности. Таким образом, сохранение фертильности является важным вопросом для ТГЛ, которые хотели бы иметь биологических детей в будущем. ТГЛ получают информацию о фертильности из различных источников, включая врачей, друзей и семью, а также из онлайн ресурсов [33]. К опциям по сохранению фертильности относят криоконсервацию спер-

мы для лиц с приписанным при рождении мужским полом. Для лиц с приписанным женским полом доступны такие опции как криоконсервация яйцеклеток, эмбрионов или тканей яичников. Приём тестостерона или блокаторов пубертата не является противопоказанием для использования криоконсервации яйцеклеток [34]. Респонденты высказались о недостатке исследований и материалов о фертильности ТГЛ, в частности о влиянии гормонов на фертильность, при этом некоторые сообщали о дискомфорте при обсуждении темы фертильности [30]. В ряде клиник, оказывающих услуги в сфере гендерного перехода, предоставляется консультирование по вопросам сохранения фертильности, однако всего 3% пациентов в итоге согласились на мероприятия по сохранению фертильности [35]. Отказ от них среди трансгендерных подростков объяснялся чаще всего нежеланием иметь детей, нежеланием откладывать переход или утверждением, что они ещё слишком молоды, чтобы думать об этом [36].

Беременность. Многие ТГМ до перехода сталкиваются с давлением социума, особенно со стороны близких родственников, которые ожидают от них материнской роли — роли, часто вызывающей у них отторжение [37]. Выходом может служить создание «альтернативного нарратива», где они видят себя в роли не матери, а отца. ТГМ, имеющие цисгендерных женщин (ЦГЖ) в качестве партнёрок, были обычно использовали вспомогательные репродуктивные технологии, включая искусственное осеменение и экстракорпоральное оплодотворение, причём они зачастую сталкивались с некорректным отношением в репродуктивных клиниках, в связи с чем использование донора из числа знакомых выглядело более привлекательной опцией. Для зачатия ТГМ вынуждены отказываться от приёма тестостерона, что для многих было связано с серьёзным повышением гендерной дисфории. Характерные для беременности изменения, такие как рост груди, ещё сильнее увеличивали отвращение к своему телу. Опыт кормления грудью описывался как наиболее дисфоричный. Не желая сталкиваться с мисгендерингом, некоторые ТГМ уходили в полную социальную самоизоляцию, причём чувство одиночества усиливалось из-за того, что беременность ТГМ не освещена в научной литературе и информационных материалов [37].

Аборты. 12% ТГМ и НБЛ с приписанным при рождении женским полом имели хотя бы одну беременность, 54% из них были не запланированы и 21% заканчивался абортом [38,39]. Люди, совершающие аборты, часто подвергаются социальному осуждению; в случае ТГЛ, делающих аборт, это может приводить к двойной стигматизации [28]. В связи с негативным опытом в медицинских учреждениях, высокой ценой или желанием сохранить тайну некоторые осуществляют аборты самостоятельно, без помощи медицинских специалистов [40].

Информация о СРЗ. ТГЛ получают информацию о сексуальном здоровье из различных источников, включая школьные занятия, поставщиков медицинских услуг, знакомых, группы поддержки, интернет

и порнографию [23, 41—43]. Тем не менее, как среди самих ТГЛ, так и медицинских специалистов бытуют ошибочные взгляды, например, о том, что ТГМ, принимающие тестостерон, не могут забеременеть [23, 25]. Респонденты отмечали сложности с доступом к проверенной информации, например, о сочетании контрацептивов с ЗГТ или о влиянии тестостерона на фертильность [23, 24]. Говоря о сексуальном образовании, многие участники жаловались на отсутствие информации о телах и сексуальных практиках ТГЛ в мейнстримных курсах по СРЗ и неинклюзивную терминологию [9, 42—44].

Барьеры в доступе к медицинским услугам. ТГЛ значительно реже обращаются в клиники по сексуальному здоровью, чем ЦГЛ [45]. ТГМ могут сталкиваться с непонимающими взглядами, когда обращаются в клиники по «женскому здоровью»; в других случаях сотрудники думают, что они пришли за рецептом или результатами анализов своей жены [23, 46, 47]. Также они сталкивались с изумлением, недоверием к своей идентичности и неприятными вопросами [48]. Даже в отсутствии негативных комментариев или взглядов ТГМ ощущали дискомфорт от необходимости ждать своей очереди в окружении женщин в гинекологической клинике [49].

Встречаются прямые отказы в предоставлении услуг [28, 37, 50]. Распространены мисгендеринг (использование грамматического рода, не соответствующего гендерной идентичности) [16, 23], деднейминг (использование имени, данного при рождении и не соответствующего гендерной идентичности) [16], медикализация/патологизация трансгендерности [47, 51], восприятие ТГЛ как людей, имеющих психические расстройства [52, 53]. Медицинские работники могли сообщать о трансгендерности пациентов своим коллегам или другим пациентам без их согласия [47, 53]. В отдельных случаях врачи использовали религиозные аргументы для неприятия идентичности пациентов и предлагали конверсионную терапию [50].

Зачастую врачи не обладают минимальными знаниями о трансгендерности, что вынуждает пациентов обучать врачей во время приёма [28, 47, 52]. Респонденты отмечали цис- и гетеронормативность врачей, включая некорректные предположения о том, кто является их сексуальными партнёрами, и том, какие операции они прошли или хотят пройти [24, 47, 52]. Например, некоторые врачи полагали, что ТГМ занимаются сексом исключительно с ЦГЖ, а потому риск забеременеть или заразиться ИППП для них отсутствует [23, 41]. Напротив, в случае НБЛ с приписанным женским полом врачи ошибочно предполагали, что их партнёрами являются только цисгендерные мужчины (ЦГМ) [16]. В случаях, когда пациенты сообщали, что занимаются сексом с женщинами, врачи некорректно предполагали, что речь идёт только о ЦГЖ, не принимая во внимание, что к женщинам относятся также и ТГЖ [41]. Врачи могут иметь стереотипные представления о том, что ТГМ не занимаются сексом, а ТГЖ, напротив, гиперсексуальны [28]. Пациенты отзывались о принуждении к моногамии со стороны врачей или

предположениях, что они непременно захотят забеременеть в будущем [47]. НБЛ испытывали давление со стороны врачей, желающих, чтобы те придерживались одной из двух бинарных гендерных ролей [16]. Также врачи игнорировали нежелание ТГМ использовать гормональные контрацептивы, не принимая во внимание, что приём этих препаратов может повышать гендерную дисфорию [23]. Даже если специалисты были осведомлены о трансгендерности, трансгендерные респонденты могли ощущать дискомфорт в общении с ними из-за того, что они являются цисгендерными людьми [41]. Несмотря на высокий уровень циснормативности и трансфобии в клиниках по сексуальному здоровью, он всё же был ниже, чем на приёме у терапевта или при госпитализации в стационар [54].

Использование неинклюзивной гендерированной терминологии, такой как «женское здоровье», может повышать гендерную дисфорию у ТГМ [16, 24, 41, 47, 48, 50]. В некоторых клиниках по репродуктивному здоровью могут использоваться регистрационные формы голубого цвета для лиц, желающих криоконсервировать сперму, и розового цвета для тех, кому требуется криоконсервация яйцеклеток [55]. Помимо этого, в некоторых системах здравоохранения использование определённых процедур может быть привязано к гражданскому полу: например, обследование шейки матки [50] или криоконсервация яйцеклеток [55] доступна только людям с женским гражданским полом, в связи с чем ТГМ, изменившие пол в документах на мужской, испытывали затруднения в доступе к этим процедурам. ТГЛ могли испытывать затруднения в связи с посещением общественных туалетов в клиниках, разделённых по признаку пола, и часто были вынуждены искать гендерно нейтральный туалет для людей с инвалидностью [53].

Даже если респонденты не сталкивались лично с дискриминацией и негативным обращением, страх, основанный на рассказах других, может служить поводом не обращаться за медицинской помощью в сфере СРЗ, не раскрывать свою гендерную идентичность или гендер своих партнёров [23, 28, 49, 50, 53].

Для того, чтобы сделать свой опыт посещения медицинских организаций более комфортным, ТГЛ часто полагаются на рекомендации других ТГЛ, а также приводят на приём сопровождающих, включая сексуальных партнёров [41].

Помимо «внешних» барьеров, связанных с организацией здравоохранения и некомпетентностью врачей, трансгендерные пациенты часто страдали от гендерной дисфории, которая повышалась при осмотре (например, при необходимости раздеваться или при прикосновении к гениталиям), и это становилось дополнительным препятствием для посещения врачей [47, 50]. Наконец, многие ТГЛ находятся в сложной экономической ситуации и не имеют достаточных средств для посещения платных клиник, в то время как их медицинская страховка не покрывает услуги в сфере СРЗ [28, 51, 56].

Взгляд врачей. В то время как предыдущие исследования сосредоточены на опыте пациентов, ряд ис-

следователей интересовались опытом медицинского персонала, оказывающего помощь ТГЛ и НБЛ в сфере СРЗ [55,57—60]. Так, акушерки отмечали, что им было бы странно видеть рожаящего мужчину, и несмотря на лучшие намерения, им было сложно использовать мужской род и имя [59]. Врачи рассказывали, что информация, которую они получали о трансгендерности от самих ТГЛ, была более полезной, чем лекции психиатров [55]. Тем не менее, после обучения многие ощущали страх перед работой с ТГЛ из-за большого числа слов, нежелательных для употребления, и необходимостью постоянно следить за собой, чтобы случайно не задеть пациента [55,60]. Несмотря на желание удовлетворить потребности пациентов, врачи часто не понимали, чем эти потребности вызваны, многие требования казались им странными и трудно выполнимыми. Сталкиваясь с претензиями трансгендерных пациентов, которые они не считали необоснованными, врачи впоследствии стремились избегать приёма этой группы пациентов [28,55]. Напротив, другие изменяли свои практики осмотра и коммуникации, чтобы сделать их более сенситивными, например, использовали слово «гаметы» вместо «яйцеклетки», «родители» вместо «мать и отец» и т. д. [55,60]. Респонденты отмечали, что научиться медицинским аспектам сопровождения трансгендерных пациентов (например, выписыванию гормонов) им было проще, чем корректному обращению (например, использованию терминологии и правильного грамматического рода), особенно с НБЛ [58].

Лучшие практики. ТГЛ и НБЛ отметили следующие изменения, которые сделали бы посещение ими клиник по СРЗ более комфортным:

- Наличие в штате сотрудников трансгендерных людей [41, 50];
- Врачи должны задавать вопросы пациентам о том, в каком роде и по какому имени к ним обращаться [48];
- Врачи должны объяснять необходимость определённых процедур, например, гинекологического осмотра для ТГЛ и упоминать о возможности отказаться [48];
- Использование негендеризованного языка: например, вместо «занимались ли вы сексом с женщинами/мужчинами?» можно задать вопрос «занимались ли вы сексом с людьми, имеющими влагалище/половой член?» [41] либо говорить «человек, который будет вынашивать ребёнка» [38,48];
- Спрашивать, какие слова для описания частей тела предпочтительны для пациентов [16, 28, 41, 61];
- Использование наборов для самотестирования, где это возможно [46, 48, 50];
- Проведение тренингов для персонала по вопросам гендерной идентичности и сексуальной ориентации [28, 50, 62];
- Разработка внутренних политик клиник, инклюзивных по отношению к ТГЛ/НБЛ [62];
- Включение личного опыта других ТГЛ/НБЛ в информационные материалы по различным

аспектам сексуального здоровья и/или создание отдельных материалов для ТГЛ/НБЛ [30, 50];

- Включение вопросов сексуальной ориентации и гендерной идентичности в программы сексуального образования [42];
- Создание специализированных клиник по трансгендерному здоровью [50];
- Совмещение услуг в сфере СРЗ с услугами по гендерному переходу, например, предоставлением гормонов [62];
- Развитие партнёрств между организациями на базе сообщества и медицинскими центрами [28];
- Использование символики (например, флагов, значков) и информационных материалов, показывающих инклюзивность в отношении ТГЛ [24, 46, 49];
- Создание в клиниках гендерно нейтральных туалетов [24, 46].

Заключение

Сексуальное и репродуктивное здоровье является областью медицины, наиболее сегрегированной по признаку биологического пола. Услуги для женщин чётко отделены от услуг для мужчин, при этом существование людей с небинарными гендерными идентичностями или людей, изменяющих свои половые признаки и гендерное самовыражение, не учитывается. Это ведёт к значительным барьерам в доступе к здравоохранению для этих групп населения. Для улучшения ситуации необходимо обучение медицинских специалистов работе с ТГЛ и НБЛ, изменение языка на более гендерно нейтральный, включение информации о ТГЛ и НБЛ в информационные материалы и т. д.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кирей-Ситникова Я. Комплексный пакет мероприятий в связи с ВИЧ для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии. Таллинн: ЕКОМ; 2022.
2. Кирей-Ситникова Я. Трансгендерные мужчины и небинарные люди в контексте ВИЧ: тематический обзор. 2022.
3. Bauer GR, Redman N, Bradley K, Scheim AI. Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: results from Ontario, Canada. *Int J Transgenderism*. 2013;14(2):66—74.
4. Kerckhof ME, Kreukels BP, Nieder TO, Becker-Héblly I, Grift TC, Staphorsius AS, et al. Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. *J Sex Med*. 2019;16(12):2018—29.
5. Lindroth M, Zeluf G, Mannheimer LN, Deogan C. Sexual health among transgender people in Sweden. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):318—27.
6. Pletta DR, White Hughto JM, Peitzmeier S, Deutsch MB, Pardee D, Potter J, et al. Individual and partnership-level correlates of protective barrier use in a sample of transmasculine adults with diverse sexual partnerships. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(5):237—46.
7. Prasanth BK. Sexual Health Status and Quality of Life among Transgender Population in Chennai. *AMHSR*. 2021;11:1—5.
8. Reisner SL, Perkovich B, Mimiaga MJ. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care STDs*. 2010;24(8):501—13.
9. Warwick RM, Araya AC, Shumer DE, Selkie EM. Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(2):138—46.
10. Andrzejewski J, Pampati S, Johns MM, Sheremenko G, Lesesne C, Rasberry CN. Sexual behaviors, referral to sexual health services,

- and use of sexual health services among transgender high school students. *J Sch Health*. 2020;90(5):349–57.
11. Gieles NC, Grift TC, Elaut E, Heylens G, Becker-Hebly I, Nieder TO, et al. Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *Int J Transgender Health*. 2022;1–13.
12. Gil-Llario MD, Gil-Juliá B, Giménez-García C, Bergero-Miguel T, Ballester-Arnal R. Sexual behavior and sexual health of transgender women and men before treatment: Similarities and differences. *Int J Transgender Health*. 2021;22(3):304–15.
13. Day S, Smith J, Perera S, Jones S, Kinsella R. Beyond the binary: sexual health outcomes of transgender and non-binary service users of an online sexual health service. *Int J STD AIDS*. 2021;32(10):896–902.
14. Vedovo F, Blas L, Aretusi F, Falcone M, Perin C, Pavan N, et al. Physical, mental and sexual health among transgender women: a comparative study among operated transgender and cisgender women in a national tertiary referral network. *J Sex Med*. 2021;18(5):982–9.
15. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009;6(3):752–60.
16. Eiduson R, Murchison GR, Agénor M, Suarez L, Gordon AR. Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. *Cult Health Sex*. 2021;1–17.
17. Cuyper G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):679–90.
18. Rosenberg S, Tilley PJ, Morgan J. I couldn't imagine my life without it": Australian trans women's experiences of sexuality, intimacy, and gender-affirming hormone therapy. *Sex Cult*. 2019;23(3):962–77.
19. Blasdel G, Kloer C, Parker A, Castle E, Bluebond-Langner R, Zhao LC. Coming Soon: Ability to Orgasm After Gender Affirming Vaginoplasty. *J Sex Med*. 2022;19(5):781–8.
20. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med*. 2011;8(12):3379–88.
21. Suchak T, Hussey J, Takhar M, Bellringer J. Postoperative trans women in sexual health clinics: managing common problems after vaginoplasty. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41(4):245–7.
22. Scheim AI, Bauer GR. Sexual inactivity among transfeminine persons: A Canadian respondent-driven sampling survey. *J Sex Res*. 2019;56(2):264–71.
23. Agénor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive beliefs, decision making and care experiences among transmasculine young adults: a qualitative analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020;52(1):7–14.
24. Gomez AM, Dó L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *J Adolesc Health*. 2020;67(4):597–602.
25. Light A, Wang LE, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266–9.
26. Jones K, Wood M, Stephens L. Contraception choices for transgender males. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(3):239–40.
27. Stark B, Hugtho JM, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL. The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception*. 2019;100(6):468–73.
28. Fix L, Durden M, Obedin-Maliver J, Moseson H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the US. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2683–702.
29. Cipres D, Seidman D, Cloniger III C, Nova C, O'Shea A, Obedin-Maliver J. Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*. 2017;95(2):186–9.
30. Chen D, Matson M, Macapagal K, Johnson EK, Rosoklija I, Finlayson C, et al. Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2018;63(1):62–8.
31. Hague AM, Reynolds-Wright JJ. Sexual behaviour, pregnancy intention and sexually transmitted infection risk varies extensively among transgender and non-binary patients in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(1):71–2.
32. Tornello SL, Bos H. Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*. 2017;4(2):115–20.
33. Morrison A, Oleszki C, Cron J, Kallen AN. A pilot study to assess attitudes toward future fertility and parenthood in transgender and gender expansive adolescents. *Transgender Health*. 2020;5(2):129–37.
34. Insogna IG, Ginsburg E, Srouji S. Fertility preservation for adolescent transgender male patients: a case series. *J Adolesc Health*. 2020;66(6):750–3.
35. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low fertility preservation utilization among transgender youth. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):40–4.
36. Nahata L, Chen D, Quinn GP, Travis M, Grannis C, Nelson E, et al. Reproductive attitudes and behaviors among transgender/nonbinary adolescents. *J Adolesc Health*. 2020;66(3):372–4.
37. Charter R, Ussher JM, Perz J, Robinson K. The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *Int J Transgenderism*. 2018;19(1):64–77.
38. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):376 1–376 11.
39. Moseson H, Fix L, Hastings J, Stoeffler A, Lunn MR, Flentje A, et al. Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *Int J Transgender Health*. 2020;22(1–2):30–41.
40. Moseson H, Fix L, Gerdt S, Ragosta S, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion attempts without clinical supervision among transgender, nonbinary and gender-expansive people in the United States. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(e1):22–30.
41. Agénor M, Zubizarreta D, Geffen S, Ramanayake N, Giraldo S, McGuirk A, et al. Making a Way Out of No Way: Understanding the Sexual and Reproductive Health Care Experiences of Transmasculine Young Adults of Color in the United States. *Qual Health Res*. 2022;32(1):121–34.
42. Bradford NJ, DeWitt J, Decker J, Berg DR, Spencer KG, Ross MW. Sex education and transgender youth: Trust means material by and for queer and trans people. *Sex Educ*. 2019;19(1):84–98.
43. Haley SG, Tordoff DM, Kantor AZ, Crouch JM, Ahrens KR. Sex education for transgender and non-binary youth: Previous experiences and recommended content. *J Sex Med*. 2019;16(11):1834–48.
44. Tordoff DM, Haley SG, Shook A, Kantor A, Crouch JM, Ahrens K. Talk about bodies": Recommendations for using transgender-inclusive language in sex education curricula. *Sex Roles*. 2021;84(3):152–65.
45. Hibbert MP, Wolton A, Weeks H, Ross M, Brett CE, Porcellato LA, et al. Psychosocial and sexual factors associated with recent sexual health clinic attendance and HIV testing among trans people in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;46(2):116–25.
46. Gibson AF, Drysdale K, Botfield J, Mooney-Somers J, Cook T, Newman CE. Navigating trans visibilities, trauma and trust in a new cervical screening clinic. In: *Culture, Health & Sexuality*. 2021. p. 1–14.
47. Pulice-Farrow L, Lindley L, Gonzalez KA. Wait, What Is That? A Man or Woman or What?": Trans Microaggressions from Gynecological Healthcare Providers. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 2022. p. 1–12.
48. Asklov K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgender Health*. 2021;6(6):325–31.
49. Harb CY, Pass LE, Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and barriers to accessing sexual health care services for transgender/genderqueer individuals assigned female sex at birth. *Transgender Health*. 2019;4(1):58–67.
50. Berner AM, Connolly DJ, Pinnell I, Wolton A, MacNaughton A, Challen C, et al. Attitudes of transgender men and non-binary people to cervical screening: a cross-sectional mixed-methods study in the UK. *Br J Gen Pract*. 2021;71(709):614–25.
51. Calderón-Jaramillo M, Mendoza Á, Acevedo N, Forero-Martínez LJ, Sánchez SM, Rivillas-García JC. How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people—a qualitative study in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1–8.
52. Lefkowitz AR, Mannell J. Sexual health service providers' perceptions of transgender youth in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):1237–46.
53. Luvuno ZP, Ncama B, Mchunu G. Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in KwaZulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):1–9.

54. Rosenberg S, Callander D, Holt M, Duck-Chong L, Pony M, Cornelisse V, et al. Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections. *Find Aust Trans Gend Diverse Sex Health Surv Plos One*. 2021;16(7):0253589.
55. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Stefenson M, Rodriguez-Wallberg KA. Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: a qualitative study. *Ther Adv Reprod Health*. 2020;14:2633494120911036.
56. Tishelman AC, Sutter ME, Chen D, Sampson A, Nahata L, Kolbuck VD, et al. Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *J Assist Reprod Genet*. 2019;36(3):579–88.
57. Chen D, Kolbuck VD, Sutter ME, Tishelman AC, Quinn GP, Nahata L. Knowledge, practice behaviors, and perceived barriers to fertility care among providers of transgender healthcare. *J Adolesc Health*. 2019;64(2):226–34.
58. Ingraham N, Rodriguez I. Clinic staff perspectives on barriers and facilitators to integrating transgender healthcare into family planning clinics. *Transgender Health*. 2022;7(1):36–42.
59. Johansson M, Wirén AA, Ssempana D, Wells M. A qualitative study of midwives' challenges to support transmen during childbirth: A short report. *Eur J Midwifery*. 2020;4:1–3.
60. Ruderman M, Berro T, Torrey Sosa L, Zayhowski K. Genetic counselors' experiences with transgender individuals in prenatal and preconception settings. *J Genet Couns*. 2021;30(4):1105–18.
61. Ragosta S, Obedin-Maliver J, Fix L, Stoeffler A, Hastings J, Capriotti MR, et al. From 'shark-week' to 'mangina': An analysis of words used by people of marginalized sexual orientations and/or gender identities to replace common sexual and reproductive health terms. *Health Equity*. 2021;5(1):707–17.
62. Porsch LM, Dayananda I, Dean G. An exploratory study of transgender New Yorkers' use of sexual health services and interest in receiving services at planned parenthood of New York City. *Transgender Health*. 2016;1(1):231–7.
1. Kirey-Sitnikova Y. A Comprehensive HIV Intervention Package for Transgender People in Eastern Europe and Central Asia. Tallinn: ECOM; 2022. (In Russian).
2. Kirey-Sitnikova Y. Transgender men and nonbinary people in the context of HIV: a thematic review. 2022. (In Russian).
3. Bauer GR, Redman N, Bradley K, Scheim AI. Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: results from Ontario, Canada. *Int J Transgenderism*. 2013;14(2):66–74.
4. Kerckhof ME, Kreukels BP, Nieder TO, Becker-Héblly I, Grift TC, Staphorsius AS, et al. Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. *J Sex Med*. 2019;16(12):2018–29.
5. Lindroth M, Zelfu M, Mannheimer LN, Deogan C. Sexual health among transgender people in Sweden. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):318–27.
6. Pletta DR, White Hughto JM, Peitzmeier S, Deutsch MB, Pardee D, Potter J, et al. Individual and partnership-level correlates of protective barrier use in a sample of transmasculine adults with diverse sexual partnerships. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(5):237–46.
7. Prasanth BK. Sexual Health Status and Quality of Life among Transgender Population in Chennai. *AMHSR*. 2021;11:1–5.
8. Reisner SL, Perkovich B, Mimiaga MJ. A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS Patient Care STDs*. 2010;24(8):501–13.
9. Warwick RM, Araya AC, Shumer DE, Selkie EM. Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022;35(2):138–46.
10. Andrzejewski J, Pampati S, Johns MM, Sheremenko G, Lesesne C, Rasberry CN. Sexual behaviors, referral to sexual health services, and use of sexual health services among transgender high school students. *J Sch Health*. 2020;90(5):349–57.
11. Gieles NC, Grift TC, Elaut E, Heylens G, Becker-Héblly I, Nieder TO, et al. Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *Int J Transgender Health*. 2022;1–13.
12. Gil-Llario MD, Gil-Juliá B, Giménez-García C, Bergero-Miguel T, Ballester-Arnal R. Sexual behavior and sexual health of transgender women and men before treatment: Similarities and differences. *Int J Transgender Health*. 2021;22(3):304–15.
13. Day S, Smith J, Perera S, Jones S, Kinsella R. Beyond the binary: sexual health outcomes of transgender and non-binary service users of an online sexual health service. *Int J STD AIDS*. 2021;32(10):896–902.
14. Vedovo F, Blas L, Aretusi F, Falcone M, Perin C, Pavan N, et al. Physical, mental and sexual health among transgender women: a comparative study among operated transgender and cisgender women in a national tertiary referral network. *J Sex Med*. 2021;18(5):982–9.
15. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, et al. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009;6(3):752–60.
16. Eiduson R, Murchison GR, Agénor M, Suarez L, Gordon AR. Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. *Cult Health Sex*. 2021;1–17.
17. Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2005;34(6):679–90.
18. Rosenberg S, Tilley PJ, Morgan J. I couldn't imagine my life without it": Australian trans women's experiences of sexuality, intimacy, and gender-affirming hormone therapy. *Sex Cult*. 2019;23(3):962–77.
19. Blasdel G, Kloer C, Parker A, Castle E, Bluebond-Langner R, Zhao LC. Coming Soon: Ability to Orgasm After Gender Affirming Vaginoplasty. *J Sex Med*. 2022;19(5):781–8.
20. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med*. 2011;8(12):3379–88.
21. Suchak T, Hussey J, Takhar M, Bellringer J. Postoperative trans women in sexual health clinics: managing common problems after vaginoplasty. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41(4):245–7.
22. Scheim AI, Bauer GR. Sexual inactivity among transfeminine persons: A Canadian respondent-driven sampling survey. *J Sex Res*. 2019;56(2):264–71.
23. Agénor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive beliefs, decision making and care experiences among transmasculine young adults: a qualitative analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020;52(1):7–14.
24. Gomez AM, Dö L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *J Adolesc Health*. 2020;67(4):597–602.
25. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266–9.
26. Jones K, Wood M, Stephens L. Contraception choices for transgender males. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(3):239–40.
27. Stark B, Hughto JM, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL. The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception*. 2019;100(6):468–73.
28. Fix L, Durden M, Obedin-Maliver J, Moseson H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the US. *Arch Sex Behav*. 2020;49(7):2683–702.
29. Cipres D, Seidman D, Cloniger III C, Nova C, O'Shea A, Obedin-Maliver J. Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*. 2017;95(2):186–9.
30. Chen D, Matson M, Macapagal K, Johnson EK, Rosoklija I, Finlayson C, et al. Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2018;63(1):62–8.
31. Hague AM, Reynolds-Wright JJ. Sexual behaviour, pregnancy intention and sexually transmitted infection risk varies extensively among transgender and non-binary patients in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(1):71–2.
32. Tornello SL, Bos H. Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*. 2017;4(2):115–20.
33. Morrison A, Oleszki C, Cron J, Kallen AN. A pilot study to assess attitudes toward future fertility and parenthood in transgender and gender expansive adolescents. *Transgender Health*. 2020;5(2):129–37.
34. Insogna IG, Ginsburg E, Srouji S. Fertility preservation for adolescent transgender male patients: a case series. *J Adolesc Health*. 2020;66(6):750–3.

35. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low fertility preservation utilization among transgender youth. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):40—4.
36. Nahata L, Chen D, Quinn GP, Travis M, Grannis C, Nelson E, et al. Reproductive attitudes and behaviors among transgender/non-binary adolescents. *J Adolesc Health*. 2020;66(3):372—4.
37. Charter R, Ussher JM, Perz J, Robinson K. The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *Int J Transgenderism*. 2018;19(1):64—77.
38. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(4):376 1—376 11.
39. Moseson H, Fix L, Hastings J, Stoeffler A, Lunn MR, Flentje A, et al. Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *Int J Transgender Health*. 2022;22(1—2):30—41.
40. Moseson H, Fix L, Gerdts C, Ragosta S, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion attempts without clinical supervision among transgender, nonbinary and gender-expansive people in the United States. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(e1):22—30.
41. Agénor M, Zubizarreta D, Geffen S, Ramanayake N, Giraldo S, McGuirk A, et al. Making a Way Out of No Way: Understanding the Sexual and Reproductive Health Care Experiences of Transmasculine Young Adults of Color in the United States. *Qual Health Res*. 2022;32(1):121—34.
42. Bradford NJ, DeWitt J, Decker J, Berg DR, Spencer KG, Ross MW. Sex education and transgender youth: Trust means material by and for queer and trans people. *Sex Educ*. 2019;19(1):84—98.
43. Haley SG, Tordoff DM, Kantor AZ, Crouch JM, Ahrens KR. Sex education for transgender and non-binary youth: Previous experiences and recommended content. *J Sex Med*. 2019;16(11):1834—48.
44. Tordoff DM, Haley SG, Shook A, Kantor A, Crouch JM, Ahrens K. Talk about bodies: Recommendations for using transgender-inclusive language in sex education curricula. *Sex Roles*. 2021;84(3):152—65.
45. Hibbert MP, Wolton A, Weeks H, Ross M, Brett CE, Porcellato LA, et al. Psychosocial and sexual factors associated with recent sexual health clinic attendance and HIV testing among trans people in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020;46(2):116—25.
46. Gibson AF, Drysdale K, Botfield J, Mooney-Somers J, Cook T, Newman CE. Navigating trans visibilities, trauma and trust in a new cervical screening clinic. In: *Culture, Health & Sexuality*. 2021. p. 1—14.
47. Pulice-Farrow L, Lindley L, Gonzalez KA. Wait, What Is That? A Man or Woman or What?: Trans Microaggressions from Gynecological Healthcare Providers. In: *Sexuality Research and Social Policy*. 2022. p. 1—12.
48. Asklov K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgender Health*. 2021;6(6):325—31.
49. Harb CY, Pass LE, Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and barriers to accessing sexual health care services for transgender/genderqueer individuals assigned female sex at birth. *Transgender Health*. 2019;4(1):58—67.
50. Berner AM, Connolly DJ, Pinnell I, Wolton A, MacNaughton A, Challen C, et al. Attitudes of transgender men and non-binary people to cervical screening: a cross-sectional mixed-methods study in the UK. *Br J Gen Pract*. 2021;71(709):614—25.
51. Calderón-Jaramillo M, Mendoza A, Acevedo N, Forero-Martínez LJ, Sánchez SM, Rivillas-García JC. How to adapt sexual and reproductive health services to the needs and circumstances of trans people—a qualitative study in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1—8.
52. Lefkowitz AR, Mannell J. Sexual health service providers' perceptions of transgender youth in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):1237—46.
53. Luvuno ZP, Ncama B, Mchunu G. Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in KwaZulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):1—9.
54. Rosenberg S, Callander D, Holt M, Duck-Chong L, Pony M, Cornelisse V, et al. Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections. *Find Aust Trans Gen Diverse Sex Health Surv Plos One*. 2021;16(7):0253589.
55. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Stefenson M, Rodriguez-Wallberg KA. Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: a qualitative study. *Ther Adv Reprod Health*. 2020;14:2633494120911036.
56. Tishelman AC, Sutter ME, Chen D, Sampson A, Nahata L, Kolbuck VD, et al. Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *J Assist Reprod Genet*. 2019;36(3):579—88.
57. Chen D, Kolbuck VD, Sutter ME, Tishelman AC, Quinn GP, Nahata L. Knowledge, practice behaviors, and perceived barriers to fertility care among providers of transgender healthcare. *J Adolesc Health*. 2019;64(2):226—34.
58. Ingraham N, Rodriguez I. Clinic staff perspectives on barriers and facilitators to integrating transgender healthcare into family planning clinics. *Transgender Health*. 2022;7(1):36—42.
59. Johansson M, Wirén AA, Sempasa D, Wells M. A qualitative study of midwives' challenges to support transmen during childbirth: A short report. *Eur J Midwifery*. 2020;4:1—3.
60. Ruderman M, Berro T, Torrey Sosa L, Zayhowski K. Genetic counselors' experiences with transgender individuals in prenatal and preconception settings. *J Genet Couns*. 2021;30(4):1105—18.
61. Ragosta S, Obedin-Maliver J, Fix L, Stoeffler A, Hastings J, Capriotti MR, et al. From 'shark-week' to 'mangina': An analysis of words used by people of marginalized sexual orientations and/or gender identities to replace common sexual and reproductive health terms. *Health Equity*. 2021;5(1):707—17.
62. Porsch LM, Dayananda I, Dean G. An exploratory study of transgender New Yorkers' use of sexual health services and interest in receiving services at planned parenthood of New York City. *Transgender Health*. 2016;1(1):231—7.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 25.01.2023; одобрена после рецензирования 30.01.2023; принята к публикации 17.02.2023.

The article was submitted 25.01.2023; approved after reviewing 30.01.2023; accepted for publication 17.02.2023.