

Научная статья

УДК 616.89—008.442.36

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.005

## Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии

Яна Кирей-Ситникова

Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, г. Таллинн, Эстония  
yana.kirey.sitnikova@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-9603-5114>

**Аннотация. Обоснование.** Международные данные показывают, что трансгендерные люди (ТГЛ) часто сталкиваются с негуманным отношением и низким профессионализмом в системе здравоохранения. Целью исследования является изучение удовлетворённости трансгендерных пациентов системой здравоохранения в Восточной Европе и Центральной Азии в трёх областях: освидетельствование на «транссексуализм», предоставление заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и гендерно-аффирмативных операций.

**Материалы и методы.** Одномоментное исследование количественными и качественными методами среди ТГЛ в Армении, Грузии, Кыргызстане, России и Украине.

**Результаты.** 56,4% респондентов из России и 19,5% из Украины удовлетворены качеством диагностики транссексуализма. Негативный опыт включал: некомпетентность медицинских специалистов, гендерные стереотипы, неприятные вопросы, использование неверного имени и грамматического рода, необходимость пребывания в стационаре, коррупцию. Основными барьерами в доступе к ЗГТ и хирургическим вмешательствам были их высокая стоимость, отсутствие компетентных специалистов и сложность с получением диагноза. В результате 41,4% респондентов принимали ЗГТ без консультации с эндокринологом.

**Заключение.** В целях повышения качества медицинской помощи для ТГЛ необходимо включать гендерно-аффирмативных процедур в перечень услуг, покрываемых медицинским страхованием, и проводить курсы повышения квалификации для врачей по вопросам гендерной идентичности.

**Ключевые слова:** трансгендерность; транссексуальность; гендерная дисфория; гендерное несоответствие; доступность медицинской помощи; удовлетворённость пациентов

**Для цитирования:** Кирей-Ситникова Я. Удовлетворённость и барьеры в доступе к здравоохранению для трансгендерных людей в Восточной Европе и Центральной Азии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 31—37. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.005.

### Original article

## Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia

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. Background.** According to international data, transgender people frequently face inhuman treatment and low professionalism in healthcare. This study aims to assess satisfaction of transgender patients with healthcare in Eastern Europe and Central Asia in three areas: assessment for “transsexualism,” provision of hormone-replacement therapy (HRT) and gender-affirming surgeries.

**Materials and methods.** Cross-sectional study using quantitative and qualitative methods among transgender people in Armenia, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine.

**Results.** 56.4% respondents from Russia and 19.5% from Ukraine expressed satisfaction with diagnostics of transsexualism. Negative experiences included: incompetence of medical specialists, gender stereotypes, unpleasant questions, deadnaming and misgendering, hospitalization, corruption. The main barriers in access to HRT and surgeries were their cost, lack of competent specialists, and difficulties with obtaining the diagnosis. As a result, 41.4% respondents used HRT without consultation with an endocrinologist.

**Conclusion.** Coverage of gender-affirming procedures by medical insurance and advanced training for doctors are necessary to improve the quality of medical care for transgender people.

**Key words:** transgender; transsexual; gender dysphoria; gender incongruence; access to medical care; patient satisfaction

**For citation:** Kirey-Sitnikova Y. Satisfaction and barriers in access to healthcare for transgender people in Eastern Europe and Central Asia. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):31–37. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.005.

### Обоснование

Исследование удовлетворённости пациентов является одним из важных методов оценки системы здравоохранения [1]. Удовлетворённость может

быть отнесена к следующим аспектам организации медицинской помощи: человечность, информированность, общее качество, техническая компетентность, бюрократические процедуры, доступность,

цена, инфраструктура, непрерывность ухода, исход, работа с немедицинскими проблемами [2]. Трансгендерные люди (ТГЛ), то есть люди, чья гендерная идентичность отличается от пола, приписанного им при рождении, зачастую сталкиваются с негуманным отношением и низким профессионализмом в системе здравоохранения [3]. Критически важной сферой здравоохранения для ТГЛ является так называемая гендерно-аффирмативная, или транс-специфическая медицинская помощь, то есть набор медицинских процедур, направленных на приведение первичных и вторичных половых признаков в соответствие гендерной идентичности (самоощущению человека как представителя определённого гендера). Эти процедуры можно поделить на гормональные (заместительная гормональная терапия; ЗГТ) и хирургические. Их эффективность в повышении качества жизни показана в многочисленных исследованиях [4]. Во всех странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) для официального доступа к этим процедурам требуется освидетельствование с постановкой диагноза F64.0 «Транссексуализм»; таким образом, освидетельствование также может быть отнесено к транс-специфическому здравоохранению. Целью исследования является изучение удовлетворённости трансгендерных пациентов системой здравоохранения в ВЕЦА в трёх областях: освидетельствование на «транссексуализм», предоставление ЗГТ и хирургических вмешательств.

### Материалы и методы

Одномоментное исследование с помощью опросника на платформе Qualtrics. Анкета включала закрытые и открытые вопросы, поделённые на следующие блоки: демографические характеристики; данные о распространённости; социально-экономическая ситуация; транс-специфическое здравоохранение; общее здравоохранение; юридическая сфера. В настоящей статье обсуждаются лишь вопросы транс-специфического здравоохранения. Критерии включения: (1) гендерная идентичность отличается от пола, указанного при рождении; (2) проживание в одной из стран: Армения, Грузия, Кыргызстан, Россия или Украина. География выбрана исходя из наличия организаций-партнёров в указанных странах, которые помогали с распространением опросника. Время проведения: август-декабрь 2022 года.

Для вычисления оптимального размера выборки использовалась программа Raosoft [5] с параметрами 5% для ошибки и 95% для доверительного интервала. На момент проведения исследования, только в Украине была проведена оценка численности ТГЛ, которая выявила 8200 человек, или 0.019% от численности населения [6], эта цифра была экстраполирована на оставшиеся четыре страны. Население пяти стран составляет 203 млн человек; таким образом, число ТГЛ в этих странах — порядка 38410 человек. Исходя из этих данных, минимальное число респондентов было определено как 381.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью авторских скриптов в среде R, версия 3.6.3. Тематический анализ для открытых ответов.

Исследование одобрено этическим комитетом некоммерческого партнёрства «Альянс общественного здоровья» (заседание № 14 от 18.05.2022).

### Результаты

Собрано 419 ответов. Шестеро респондентов отказались дать согласие на прохождение исследования. Из оставшихся ответов удалены: 1 — тестовое заполнение, 12 — не указана гендерная идентичность, 1 — не указан пол, приписанный при рождении, 7 — гендерная идентичность соответствует полу при рождении. Таким образом, для анализа оставлены 392 ответа. На основе вопросов про гендерную идентичность и пол при рождении проведена категоризация на четыре класса: трансгендерные женщины (ТЖ); трансгендерные мужчины (ТМ); небинарные с приписанным при рождении мужским полом (male-to-neutral; MtN); небинарные с приписанным при рождении женским полом (female-to-neutral; FtN). Распределение по странам и идентичностям приводится в таблице 1. Средний возраст респондентов составил 25.3 года.

Чуть меньше половины респондентов (45.7%) обращались за получением диагноза «транссексуализм». Процент отказов (от числа обратившихся) составил 10.6%, однако наблюдаются различия по странам (табл. 2).

Наиболее распространённой причиной необращения за получением диагноза были отсутствие недостатка денег на обращение к врачам и прохождение комиссии (42.9%). 32.5% не успели обратиться в связи с тем, что лишь недавно начали перехода. Для 31.4% препятствием становился страх столкнуться с некорректным обращением врачей (табл. 3).

Респонденты описали разнообразный опыт получения диагноза, который зависел как от страны, так и времени обращения. **Армения** лидирует по числу отказов в постановке диагноза. К сожалению,

Таблица 1

Число респондентов с распределением по идентичностям и странам

|                    | ТЖ  | ТМ  | MtN | FtN | Сумма |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|-------|
| Армения            | 14  | 3   | 5   | 1   | 23    |
| Грузия             | 17  | 4   | 4   | 3   | 28    |
| Кыргызстан         | 2   | 5   | 2   | 0   | 9     |
| Россия             | 48  | 119 | 12  | 44  | 223   |
| Украина            | 47  | 32  | 6   | 24  | 109   |
| Сумма              | 128 | 163 | 29  | 72  | 392   |
| Получение диагноза |     |     |     |     |       |

Таблица 2

Обращаемость за диагнозом и результаты обращения

|                             | Все            | Армения       | Грузия        | Кыргызстан   | Россия         | Украина       |
|-----------------------------|----------------|---------------|---------------|--------------|----------------|---------------|
| Да                          | 179<br>(45.7%) | 8<br>(34.8%)  | 13<br>(46.4%) | 5<br>(55.6%) | 123<br>(55.2%) | 30<br>(27.5%) |
| Не пытались                 | 191<br>(48.7%) | 13<br>(56.5%) | 15<br>(53.6%) | 4<br>(44.4%) | 91<br>(40.8%)  | 68<br>(62.4%) |
| Отказ в постановке диагноза | 21<br>(5.4%)   | 2<br>(8.7%)   | 0<br>(0.0%)   | 0<br>(0.0%)  | 8<br>(3.6%)    | 11<br>(10.1%) |
| Процент отказов             | 10.5%          | 20.0%         | 0.0%          | 0.0%         | 6.1%           | 26.9%         |

Таблица 3

## Причины не обращения за диагнозом (% от числа необращавшихся)

|                                                                              | Все        | ТЖ         | ТМ         | Россия     | Украина    |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Мне не требуется диагноз (я не планирую операции или смену документов)       | 27 (14.1%) | 8 (13.3%)  | 2 (3.4%)   | 8 (8.8%)   | 7 (10.3%)  |
| У меня нет денег на обращение к врачам и прохождение комиссии                | 82 (42.9%) | 25 (41.7%) | 30 (51.7%) | 51 (56.0%) | 26 (38.2%) |
| Я боюсь столкнуться с некорректным обращением со стороны врачей              | 60 (31.4%) | 17 (28.3%) | 19 (32.8%) | 31 (34.1%) | 25 (36.8%) |
| Я не подхожу под критерии диагноза                                           | 11 (5.8%)  | 2 (3.3%)   | 1 (1.7%)   | 5 (5.5%)   | 6 (8.8%)   |
| Прохождение комиссии затруднительно и занимает много времени                 | 39 (20.4%) | 17 (28.3%) | 6 (10.3%)  | 19 (20.9%) | 17 (25.0%) |
| Получение диагноза противоречит моим принципам                               | 8 (4.2%)   | 2 (3.3%)   | 0 (0.0%)   | 2 (2.2%)   | 3 (4.4%)   |
| Я только начал/а переход (или планирую начать) и не успел/а получить диагноз | 62 (32.5%) | 21 (35.0%) | 19 (32.8%) | 36 (39.6%) | 20 (29.4%) |
| Я не могу получить диагноз в связи с несовершеннолетием                      | 32 (16.8%) | 3 (5.0%)   | 15 (25.9%) | 21 (23.1%) | 11 (16.2%) |

респонденты из этой страны не дали подробного описания своего опыта получения диагноза.

Респонденты из **Грузии** отмечали в целом положительный опыт и быстрые сроки: «Мне поставили диагноз в 2019 году, оценка заняла 5 месяцев и не требовала пребывания в психиатрическом учреждении. Никакого жестокого обращения со мной не было» (ТЖ, 26). Или: «В 2022 году у психиатра в Тбилиси. Получила очень быстро, это не заняло больше часа» (ТЖ, 23).

В **Кыргызстане** освидетельствование осуществляется централизованно в Республиканском центре психического здоровья (РЦПЗ) согласно «Руководству по оказанию медико-социальной помощи трансгендерным, транссексуальным и гендерно неконформным людям для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств страны», утверждённому Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 году. Ни один из респондентов не сообщил о негативном опыте, однако в выборке было всего 9 человек из этой страны: «В 2008 году получил диагноз, ушло примерно 2 месяца на получение диагноза, госпитализация не требовалась. В 2009 году поменял все документы» (ТМ, 40). Или: «Я получил справку с диагнозом транссексуализм в 2018 году в г. Бишкек в РЦПЗ. Я ожидал комиссию более 3 месяцев. Госпитализация не требовалась. С некорректными вопросами от сотрудников РЦПЗ не сталкивался» (ТМ, 24).

В **России** на момент сбора данных действовал приказ Министерства здравоохранения РФ № 850н от 23.10.2017, согласно которому выдача «справки о смене пола» (форма 087/у), являющаяся юридическим основанием для хирургических вмешательств и изменения гражданского пола, выдавалась медицинской комиссией, состоящей из психиатра, сексолога и медицинского психолога. Прохождение комиссии занимало от 1 дня до 2 лет, среднее значение — 93 дня, медианное — 14 дней. Получение справки могло затягиваться из-за очереди: «Сами обследования заняли меньше недели, но в очереди ждал 3 месяца» (ТМ, 22). Затягивание могло происходить и по причинам, не зависящим от комиссии: «Начал проходить комиссию в 2016, получил справку к началу 2018. Мне приходилось ездить из соседнего города + были личные сложности, поэтому долго, можно было получить и быстрее» (FtN, 23). Несовершеннолетие могло быть причиной откладывания прохождения комиссии: «Я наблюдался в цен-

тре полгода до комиссии, поскольку был несовершеннолетним. Меня наблюдали психиатр, психолог и эндокринолог, которые помогали мне поправить здоровье, чтобы по достижении мной 18 лет спокойно выдать обе справки» (ТМ, 19). Хотя большинство респондентов отмечали быстроту прохождения комиссии как благо, другие могли сами растягивать этот процесс: «Вторая комиссия не заняла никаких таких приготовлений, я сам выбрал пройти её спустя полгода, чтобы были уже какие-то результаты ЗГТ и фото в новом паспорте было моим, а не триггерным и плохо пасующим» (ТМ, 24). Как минимум один респондент высказал недовольство в связи с поверхностным подходом врачей к обследованию: «Беседа заняла всего полчаса — на то, чтобы понять целого человека, впитать его опыт, переварить всю его жизнь, она не удосужилась потратить целый сеанс, 30 минут ей показалось достаточно» (ТМ, 35).

75 из 133 респондентов (56.4%) отметили общую удовлетворённость процедурой диагностики, тактичностью и доброжелательное отношение со стороны врачей: «Это было в мае-июне, очень приятно проходило. Врачи добрые и интересные, а я люблю болтать, так что проблем не было» (ТМ, 22). Или: «Три недели, госпитализация не была нужна, всё было шикарно. Проходил в специальном центре, из минусов только достаточно внушительная сумма — 20.000р» (FtN, 18).

Государственные учреждения описывались как в целом более трансфобные: «До этого были попытки получить диагноз в государственной психиатрической больнице. Там предложили платную госпитализацию, высмеяли и унизили, как только могли, обращались некорректно, после чего удивлялись, почему я плачу» (ТМ, 19). Или: «Первый раз я обращался в государственный ПНД (с другим вопросом) задолго до этого, где мои местоимения и гендерную дисфорию приняли за «плохие отношения с матерью» и пытались лечить меня от этого разговорами» (ТМ, 26). Ожидая некорректного обращения в государственных учреждениях, респонденты старались в них не обращаться: «Всё было профессионально и быстро. И дорого. Но я готов был за это платить, чтоб избежать моральных травм в государственных медицинских учреждениях» (ТМ, 34).

Три человека сообщили о деднейминге (использовании старого имени, не соответствующего гендерной идентичности) и мисгендеринге (использовании грамматического рода, не соответствующего гендерной идентичности). Например, человек, по-

лучавший диагноз в 2000 году, пишет: «Отвратительное отношение, постоянный мисгендеринг, обращение только по деднейм, вытягивание денег без каких-либо результатов, запугивание заведомо ложной информацией про короткую и ужасную жизнь людей, сменивших пол» (ТМ, 43). Из-за небольшого числа респондентов, получавших диагноз более 10 лет назад, невозможно сделать однозначных выводов о динамике, однако складывается впечатление, что в те годы обращение с пациентами было менее понимающим. Так, один человек, проходивший комиссию в 2007 году, был вынужден лечиться в стационар: «В 2007 году я проходил\_а его в Ярославле (Россия), это заняло 1 месяц, я находил\_ась в психиатрической больнице, в результате чего получил\_а справку. Это было очень унижительно, меня считали сумасшедшим и подвергали неуместным и бесчеловечным вопросам» (MtN из Грузии, 33). Другой человек, обратившийся в комиссию до 2006 года (конкретный год не сообщается), рассказал: «Общение было неприятным, с провокациями, навязыванием консультаций сексолога <>, который просил раздеться на приёме без объяснения целей, и терапевтической группы (позже в личной беседе с ведущей я узнал, что её целью была конверсионная терапия), чеки оформлялись как благотворительное пожертвование в религиозный фонд (около 100 тысяч рублей за полтора года)» (ТМ, 37).

11 человек (8.3%) сообщили о вопросах, которые они сочли некорректными: «Был ряд вопросов, которые я сочёл неприятными, например, о том, фантазирую ли я во время мастурбации, и если да, представляю ли я реальных людей или неких персонажей, являюсь ли участником или наблюдателем» (FtN, 24). Неприятные вопросы зачастую основывались на стереотипных представлениях о женщинах и мужчинах: «Было ощущение, что хотят, чтобы я отвечал стереотипно — чувствовал себя мальчиком с рождения, нравятся только девочки, мечтаю о семье с детьми и т. д. В анкете было несколько страниц подробных вопросов про мою сексуальную жизнь, и в этой анкете к заполняющему обращались в женском роде и давали только крайне традиционные и гетеросексуальные варианты ответов, которые, предположительно, могут дать цис-женщины» (ТМ, 28).

Молодой возраст и отсутствие сексуального опыта могли стать причинами отказов в постановке диагноза: «Неприятнейший опыт. Если вкратце, мне не дали внятную причину отказа, только упомянули, что у меня не было сексуальных отношений, и про мои травмы, связанные с тираничным отцом» (ТМ, 24).

Однако не все воспринимали подобные вопросы и поведение негативно: «Некорректного ничего не было, сексолог не самый приятный по части вопросов секса, но не знаю, мне кажется, такие вопросы имеют место быть в контексте того, что узнавали про всю жизнь с дисфорией, а на сексе это неизменно отражается» (ТМ, 23).

В некоторых комиссиях требовалось проходить обследования у различных специалистов, например,

кариотипирование, УЗИ матки, анализы на гормоны и ЭЭГ. Вероятно, это было связано с дифференциальной диагностикой с интерсекс-вариациями. С другой стороны, наличие интерсекс-диагноза ускорило процесс для одного респондента: «Узнав, что у меня интерсексуальная вариация, врач даже не мучила вопросами и сразу дала справку» (ТМ, 29).

104 человека обращались в одно учреждение за получением диагноза, 19 — в два, один — в три. Причинами обращения в другое учреждение было неполучение диагноза «транссексуализм» или получение другого диагноза, с которым пациенты не были согласны: «По исполнению 18 лет я перевелась в ПНД для взрослых, где вместо «F64.0 Транссексуализм» мне поставили «F60.2 Диссоциативное расстройство личности» и «F32.1 Депрессивный эпизод средней степени». В этом же году я поехала в <Москву>, где F60.2 не подтвердили, поставили F64.0 и F32.1. Была назначена ЗГТ, в 2021 я прошла заключительную комиссию и сменила документы» (ТЖ, 21).

В Украине в 2016 году произошла децентрализация диагностики транссексуализма, которая ранее проводилась только комиссией в Киеве (Приказы МОЗ Украины № 972 от 15.09.2016 и № 1041 от 05.10.2016). Поставить диагноз может комиссия в местной поликлинике после обращения к семейному врачу и наблюдения в течение 2 лет, которое может быть заменено на 2 недели стационарного обследования.

Только 8 из 41 респондентов (19.5%) отметили положительный опыт получения диагноза: «Я получил диагноз <> у частного психиатра в январе 2022, для этого мне было необходимо самостоятельно сдать несколько анализов и сделать ЭЭГ с МРТ, а сама постановка диагноза заняла около получаса, со мной провели короткую беседу о моём ментальном здоровье без некорректных вопросов» (ТМ, 23).

Несмотря на общее положительное впечатление, ряд респондентов называли отдельные неудобные моменты: «Стала на учёт к психиатру и периодически ходила к их психологу. Была пара некорректных вопросов, про «операции внизу» и «а вы не слишком рано к нам пришли? подождали бы ещё лет пять»» (ТЖ, 19).

Децентрализация не означает, что диагноз может быть получен в любом месте, так как не все врачи компетентны и готовы брать на себя такую ответственность, о чём сообщили четверо участвующих (9.8%): «Я пыталась получить диагноз и в родном городе, и в соседнем, но мне отказали, один из врачей был недостаточно компетентен и не смог поставить диагноз. Я прекратила попытки получить диагноз из-за отсутствия средств» (ТЖ, 19). Или: «Семейный врач вообще отказался заниматься этими вопросами, и попасть к нему стало невозможно. Все «дружественные» врачи были в двух часах езды с двумя-тремя пересадками» (ТЖ, 25).

Четверо респондентов (9.8%) пожаловались на стереотипы при обследовании, которые касались их внешности и/или сексуальной ориентации: «Психиатр сказала, что я, мол, не похожа на ТС [транссек-

суалку], не так выгляжу» (ТЖ, 19). Респонденты старались изменить поведение, чтобы соответствовать стереотипным представлениям врачей: «Мне говорили, что у меня «просто мужика нормального не было», и необходимо было тщательно следовать гендерным стереотипам, чтобы «вписаться» в картинку в голове врачей и изображать максимально гетеро: если ты транс\* мужчина, то ты только по девушкам, если транс\* девушка — только по мужчинам» (FtN, 23). Двое сообщили о неприятных вопросах: «Меня спрашивали, почему бы мне не сбросить вес вместо того, чтобы делать переход, использую ли я strapon, кто был мужчиной в моих «лесбийских» отношениях до перехода. Меня немного высмеяли из-за недостаточного физического развития» (ТМ, 23).

Пятеро (12.2%) сообщили о негативном обращении в целом: «Врача никогда не было на месте, он постоянно избегал нас и пренебрежительно к нам относился. На встречах вёл себя очень пассивно и незаинтересованно, почти ничего не спрашивал. По итогу сказал, что не считает нас транссексуалками и диагноз выдавать не будет» (ТЖ, 27). Двое пожаловались на принудительное лечение: «Меня обкалывали лекарствами, названия которых я узнал только после того, как поднял всех на уши. Мне обещали беседы с психиатром и психологом, но с последней я виделся только до госпитализации, а со вторым опять же только после того, как поднял всех на уши из-за того, что моё состояние от неназванных лекарств было максимально ужасным» (FtN, 23).

Всего четверо человек имели опыт стационарирования в психиатрические учреждения для получения диагноза, где они сталкивались с негативным обращением: «Был дневной стационар. В диагнозе везде стоит «пациентка» и «она», хотя у меня уже было однозначно мужское имя и фамилия с мужским окончанием (и грт 2 года). Отношение было ощутимо презрительным, как к сумасшедшей девушке. Часто новый персонал путался и принимал меня за транс\*женщину» (ТМ, 24). Одна респондентка рассказала, что врачи пошли ей на встречу:

«По протоколу, согласно паспортным данным, я должна была лежать в мужской палате стационара в течение двух недель, но мне была дана поблажка, поэтому я лишь утром посещала отделение, а ночевала в хостеле» (ТЖ, 19).

Обследование проводилось как в частных, так и в государственных клиниках, — в последних отмечалась коррупция: «Конечно, обследование, по результатам которого я получила диагноз, не было бесплатным — пришлось заплатить «благотворительный взнос» в размере 6000 гривен» (ТЖ, 19). Желая получить больше денег, врачи могли откладывать выдачу диагноза: «Большинство врачей просто выкачивали деньги, им на руку было тянуть как можно дольше. Вся эта тягомотина длилась 2 года. Больших издевательств я выдержать не мог и бросил ходить в врачам» (ТМ, 39). В среднем обследование заняло 187 дней, медианное значение — 60 дней.

### Заместительная гормональная терапия

Отвечая на вопрос о ЗГТ, 48.7% отметили, что принимают её, ещё 49.7% — не принимают (табл. 4). Бинарные люди (ТЖ + ТМ) больше склонны принимать ЗГТ, чем люди с небинарными идентичностями (MtN + FtN) (критерий  $\chi^2$ ,  $p$ -value =  $5.0e^{-10}$ ). ТМ чаще, чем ТЖ, принимают ЗГТ под руководством эндокринолога (критерий  $\chi^2$ ,  $p$ -value =  $2.1e^{-4}$ ), что, вероятно, объясняется большей сложностью в покупке препаратов тестостерона без рецепта по сравнению с феминизирующими препаратами.

Отвечая на вопрос о причинах отказа от посещения эндокринолога, больше всего респондентов (41.8%) назвали затруднения с деньгами, причём особенно остро проблема с деньгами стоит перед ТЖ (табл. 5). Многие (30.4%) считают, что обладают достаточными знаниями для самостоятельного ведения ЗГТ. Если смотреть разбивку по странам, то для транс\* людей в Украине наибольшим препятствием является отсутствие диагноза «транссексуализм», который позволил бы эндокринологам назначать ЗГТ.

Таблица 4

Приём ЗГТ с разбивкой по идентичностям

|                     | Все         | ТЖ         | ТМ         | MtN        | FtN        |
|---------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| Принимают:          | 191 (48.7%) | 83 (64.8%) | 87 (53.4%) | 9 (31.0)   | 12 (16.7%) |
| с эндокринологом    | 112 (58.6%) | 38 (45.8%) | 65 (74.7%) | 2 (22.2%)  | 7 (58.3%)  |
| самостоятельно      | 79 (41.4%)  | 45 (54.2%) | 22 (25.3%) | 7 (77.8%)  | 5 (41.7%)  |
| Не принимают:       | 195 (49.7%) | 44 (34.4%) | 75 (46.0%) | 18 (62.1%) | 58 (80.6%) |
| не нуждаются        | 29 (14.9%)  | 5 (11.4%)  | 2 (2.7%)   | 8 (44.4%)  | 14 (24.1%) |
| планируют в будущем | 155 (79.5%) | 33 (75.0%) | 70 (93.3%) | 9 (50.0%)  | 43 (74.1%) |
| принимали в прошлом | 11 (5.6%)   | 6 (13.6%)  | 3 (4.0%)   | 1 (5.6%)   | 1 (1.7%)   |

Таблица 5

Причины необращения к эндокринологу (% от самолечащихся)

|                                                                      | Все        | ТЖ         | ТМ        | Россия     | Украина    |
|----------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
| Испытываю затруднения с деньгами                                     | 33 (41.8%) | 24 (53.3%) | 5 (22.7%) | 18 (43.9%) | 10 (34.5%) |
| Обладаю достаточными знаниями для самостоятельной ЗГТ                | 24 (30.4%) | 11 (24.4%) | 8 (36.4%) | 14 (34.1%) | 7 (24.1%)  |
| Не имею диагноза                                                     | 20 (25.3%) | 12 (26.7%) | 6 (27.3)  | 7 (17.1%)  | 12 (41.4%) |
| В моём населённом пункте/стране нет квалифицированных эндокринологов | 20 (25.3%) | 11 (24.4%) | 5 (22.7%) | 10 (24.4%) | 6 (20.7%)  |
| Боюсь плохого обращения/дискриминации/мисгендеринга                  | 14 (17.7%) | 9 (20.0%)  | 4 (18.2%) | 4 (9.8%)   | 8 (27.6%)  |

### Хирургические вмешательства

Данные по использованию хирургических вмешательств в сравнении с потребностью в них приведены в таблицах 6а и 6б. Феминизирующая пластика лица была самой востребованной операцией среди лиц с приписанным при рождении мужским полом (63.1%). Среди лиц с женским полом при рождении наиболее востребованной оказалась мастэктомия (74.9%). Число людей, которые прошли каждую операцию, как правило, было значительно ниже числа тех, кому она требовалась: в диапазоне от 1.2% для фаллопластики до 29.5% для мастэктомии.

Отвечая на вопрос о причинах, останавливающих их от прохождения операций, большинство отметили нехватку денег (табл. 7). Ни в одной из обсуждаемых стран данные операции не покрываются государственным медицинским страхованием.

### Обсуждение

Результаты исследования показали, что ТГЛ в странах ВЕЦА сталкиваются с многочисленными препятствиями в доступе к медицинским услугам, направленных на приведение половых признаков в соответствие гендерной идентичности. Первым по очерёдности препятствием является необходи-

мость получения диагноза «транссексуализм». В процессе освидетельствования респонденты сталкивались с некомпетентностью медицинских специалистов, гендерными стереотипами, неприятными вопросами, мисгендерингом и деднеймингом. Несмотря на это, более половины респондентов из России (56.4%) отметили общую удовлетворённость процессом. В Украине это число было значительно ниже (19.5%), в ряде случаев респонденты были вынуждены ложиться на стационарное обследование и сталкивались с коррупцией. По остальным трём странам количество данных не позволяет сделать однозначных выводов. Полученные результаты согласуются с международными данными. Так, в Новой Зеландии ТГЛ отмечали навязчивые вопросы о личной жизни и необходимость следовать стереотипам для получения диагноза «транссексуализм» [7]. В Швеции респонденты жаловались на длительное время ожидания и беспомощностью перед лицом медицинской системы, провокационные вопросы и некомпетентность специалистов [8]. В Великобритании негативный опыт включал: длительное время ожидания, некорректные вопросы, гендерные стереотипы, мисгендеринг и необходимость показывать гениталии [9]. По сравнению с рядом западных стран диагностика в ВЕЦА, как правило, занимает непродолжительное время (медианное значение 14 дней для России, 60 дней для Украины), однако достигается это за счёт возможности пройти обследование в частных клиниках — возможности, которой лишены многие ТГЛ в силу финансовых затруднений, что является особенно важным фактором, учитывая дискриминацию, с которой ТГЛ сталкиваются в сфере трудоустройства.

Исследование выявило значительную долю (41.4%) ТГЛ, принимающих ЗГТ без консультации с эндокринологом. Похожие результаты были получены как российскими, так и зарубежными авторами [10—14]. Ведущей причиной самолечения является отсутствие денег на обращение к эндокринологу (41.8%). Другими причинами были отсутствие диагноза «транссексуализм», позволяющего официально назначить терапию, отсутствие компетентных специалистов и страх негативного обращения в учреждениях здравоохранения.

Большинство респондентов нуждались в одном или более хирургических вмешательств, направленных на приведение половых признаков в соответствие гендерной идентичности, однако потребность в данных услугах во много раз превышала их доступность, основной причиной чего назывались фи-

Таблица 6а

Использование хирургических вмешательств в сравнении с потребностью в них среди респондентов с приписанным мужским полом при рождении

| Операции                                  | Прошли данную операцию | Хотели бы пройти данную операцию | % потребностей удовлетворено |
|-------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Вагинопластика                            | 6 (3.8%)               | 47 (29.9%)                       | 12.8%                        |
| Изменение голоса                          | 1 (0.6%)               | 8 (5.1%)                         | 12.5%                        |
| Маммопластика                             | 3 (1.9%)               | 49 (31.2%)                       | 6.1%                         |
| Орхиэктомия                               | 12 (7.6%)              | 59 (37.6%)                       | 20.3%                        |
| Увеличение ягодиц                         | 2 (1.3%)               | 42 (26.8%)                       | 4.8%                         |
| Феминизирующая пластика лица              | 16 (10.2%)             | 99 (63.1%)                       | 16.2%                        |
| Хондроларингопластика (уменьшение кадыка) | 4 (2.5)                | 50 (31.8%)                       | 8.0%                         |

Таблица 6б

Использование хирургических вмешательств в сравнении с потребностью в них среди респондентов с приписанным женским полом при рождении.

| Операции         | Прошли данную операцию | Хотели бы пройти данную операцию | % потребностей удовлетворено |
|------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Изменение голоса | 7 (3.0%)               | 60 (25.5%)                       | 11.7%                        |
| Гистерэктомия    | 13 (5.5%)              | 121 (51.5%)                      | 10.7%                        |
| Мастэктомия      | 52 (22.1%)             | 176 (74.9%)                      | 29.5%                        |
| Фаллопластика    | 1 (0.4%)               | 82 (34.9%)                       | 1.2%                         |

Таблица 7

### Причины непрохождения всех необходимых операций

|                                                    | Все         | ТЖ          | ТМ          | Россия      | Украина    |
|----------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Нехватка денег                                     | 288 (73.5%) | 102 (79.7%) | 126 (77.3%) | 167 (74.9%) | 75 (68.8%) |
| Отсутствие квалифицированных специалистов в стране | 100 (25.5%) | 29 (22.7%)  | 50 (30.7%)  | 56 (25.1%)  | 27 (24.8%) |
| Боязнь осуждения со стороны окружающих             | 48 (12.2%)  | 14 (10.9%)  | 12 (7.4%)   | 27 (12.1%)  | 11 (10.1%) |
| Боязнь операций                                    | 71 (18.1%)  | 28 (21.9%)  | 20 (12.3%)  | 38 (17.0%)  | 19 (17.4%) |
| Отсутствие диагноза, позволяющего пройти операции  | 89 (22.7%)  | 22 (17.2%)  | 36 (22.1%)  | 50 (22.4%)  | 34 (31.2%) |
| Медицинские противопоказания                       | 16 (4.1%)   | 10 (7.8%)   | 3 (1.8%)    | 4 (1.8%)    | 8 (7.3%)   |
| Возраст                                            | 54 (13.8%)  | 12 (9.4%)   | 23 (14.1%)  | 31 (13.9%)  | 19 (17.4%) |

нансовые затруднения (73.5%), в меньшей степени барьерами становились отсутствие компетентных специалистов и отсутствие диагноза.

Основываясь на этих данных, можно сделать вывод о том, что основными барьерами для ТГЛ к получению качественной медицинской помощи являются отсутствие финансовых возможностей и некомпетентность (сюда можно включить и нетактичность) медицинских специалистов. Решениями должно стать включение транс-специфических процедур в перечень услуг, покрываемых медицинским страхованием, и организация курсов повышения квалификации для врачей по вопросам гендерной идентичности.

### Заключение

Исследование показало смешанные результаты в области удовлетворённости трансгендерных пациентов системой здравоохранения. Благодаря росту информированности врачей о трансгендерности качество услуг, по-видимому, повышается, однако по-прежнему актуальными проблемами остаются низкая компетентность, обращение к пациентам по старому имени и в неверном грамматическом роде, некорректные вопросы. Серьёзным барьером в доступе к транс-специфическим медицинским услугам является их цена. В целях повышения качества и доступности этой области здравоохранения необходимо добиваться включения указанных процедур в перечень бесплатных медицинских услуг и проведение образовательных мероприятий для работников здравоохранения.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829—43.
2. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science & medicine*. 1988;27(6):637—44.
3. Bockting W, Robinson B, Benner A, Scheltema K. Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2004;30(4):277—94.
4. Кирей-Ситникова Я. Некоторые проблемы разработки клинических рекомендаций по гендерной дисфории и гендерному несоответствию. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021;(9—10):47—53.
5. Raosoft I. Sample size calculator by Raosoft. Raosoft. 2004.
6. Kasianczuk M, Trofymenko O. Population size estimation for transgender people in Ukraine. SE "Center of Social Expertises named after Yu. Saenko" of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine; 2020.
7. Pitts M, Couch M, Croy S, Mitchell A, Mulcare H. Health service use and experiences of transgender people: Australian and New Zealand perspectives. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*. 2009;5(3):167.
8. Linander I, Alm E, Hammarström A, Harryson L. Negotiating the (bio)medical gaze — Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*. 2017;(174):9—16.
9. Ellis SJ, Bailey L, McNeil J. Trans people's experiences of mental health and gender identity services: a UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2015;19(1):4—20.

10. Макарова ЕВ, Соловьева НВ, Кременицкая СА. Проблема применения гормональной терапии, направленной на коррекцию пола, трансгендерными лицами по собственной инициативе. *Проблемы эндокринологии*. 2021;68(2):40—7.
11. Чумаков ЕМ, Петрова НН, Ашенбреннер ЮВ, Азарова ЛА, Лиманкин ОВ. Социальные и медицинские аспекты практики трансгендерного перехода в России. *Неврологический вестник*. 2022;54(1):11—22.
12. Baba T, Endo T, Ikeda U, Ikeda H, Ichihara K, Masumori N, et al. Self-administration of gender-affirming hormones and supratherapeutic dosing are relatively common in Japanese transgender women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(8):2208—13.
13. Liu Y, Xin Y, Qi J, Wang H, Hong T, Yang X, et al. The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;17(11):2291—8.
14. Maschiao LF, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, Pestana T, et al. Nonprescribed sex hormone use among trans women: the complex interplay of public policies, social context, and discrimination. *Transgender Health*. 2020;5(4):205—15.

### REFERENCES

1. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829—43.
2. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science & medicine*. 1988;27(6):637—44.
3. Bockting W, Robinson B, Benner A, Scheltema K. Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2004;30(4):277—94.
4. Кирей-Ситникова Я. Some Challenges of Developing Clinical Practice Guidelines on Gender Dysphoria and Gender Incongruence. *Health Care Standardization Problems*. [Problemy standartizatsii v zdavookhraneni]. 2021;(9—10):47—53 (in Russian).
5. Raosoft I. Sample size calculator by Raosoft. Raosoft. 2004.
6. Kasianczuk M, Trofymenko O. Population size estimation for transgender people in Ukraine. SE "Center of Social Expertises named after Yu. Saenko" of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine; 2020.
7. Pitts M, Couch M, Croy S, Mitchell A, Mulcare H. Health service use and experiences of transgender people: Australian and New Zealand perspectives. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*. 2009;5(3):167.
8. Linander I, Alm E, Hammarström A, Harryson L. Negotiating the (bio)medical gaze — Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*. 2017;(174):9—16.
9. Ellis SJ, Bailey L, McNeil J. Trans people's experiences of mental health and gender identity services: a UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2015;19(1):4—20.
10. Makarova EV, Solovieva NV, Kremenitskaya SA. The problem of the use of hormonal therapy aimed for sex correction by transgender persons on their own initiative. *Problems of Endocrinology*. [Problemy endokrinologii]. 2021;68(2):40—7 (in Russian).
11. Chumakov EM, Petrova NN, Ashenbrenner YV, Azarova LA, Limankin OV. Social and medical practices of gender transition in Russia. *Neurology bulletin*. [Nevrologicheskiy vestnik]. 2022;54(1):11—22 (in Russian).
12. Baba T, Endo T, Ikeda U, Ikeda H, Ichihara K, Masumori N, et al. Self-administration of gender-affirming hormones and supratherapeutic dosing are relatively common in Japanese transgender women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(8):2208—13.
13. Liu Y, Xin Y, Qi J, Wang H, Hong T, Yang X, et al. The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;17(11):2291—8.
14. Maschiao LF, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, Pestana T, et al. Nonprescribed sex hormone use among trans women: the complex interplay of public policies, social context, and discrimination. *Transgender Health*. 2020;5(4):205—15.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 03.10.2023; одобрена после рецензирования 26.10.2023; принята к публикации 03.11.2023.  
The article was submitted 03.10.2023; approved after reviewing 26.10.2023; accepted for publication 03.11.2023.