



АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПО БАЗОВОЙ ОЦЕНКЕ ОТНОШЕНИЯ
К ТРАНС* ЛЮДЯМ СРЕДИ ЭКСПЕРТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЛЮДЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ
РЕШЕНИЯ В ПЯТИ СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ
И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

Таллинн, 2022

Трофименко О., Рокицкая О., Касянчук М. **Исследование по базовой оценке отношения к транс* людям среди экспертов здравоохранения и людей, принимающих решения, в пяти странах Восточной Европы и Центральной Азии** / Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию (ЕКОМ). — Таллинн, 2022. — 154 с.

Представленный аналитический отчет может быть полезен как для неправительственных организаций и активистов/активисток сообществ, так и для представителей государственных структур при планировании мероприятий по повышению качества жизни трансгендерных (транс*) людей в странах ВЕЦА, включая улучшение нормативно-правовой базы и доступа к сервисам и услугам. Данное исследование является базовым и предусматривает последующую оценку отношения к транс* людям с охватом тех же целевых групп в конце проекта — летом 2023 года.

ЕКОМ благодарит национальных партнеров проекта «Транс*Карта в ВЕЦА» за их вовлеченность в рабочую группу исследования и систематичную поддержку при создании концепта исследования и рассмотрения документов, а также за активное участие в полевой работе и вычитке аналитического отчета. ЕКОМ отдельно благодарит локальных консультанток и консультантов, которые проводили интервью, делали расшифровку и осуществляли перевод. ЕКОМ выражает благодарность всем эксперткам и экспертам здравоохранения и людям, принимающим решения, которые поделились экспертизой и мнением и внесли свой вклад в данное исследование.

Олеся Трофименко — менеджерка исследования: координация реализации исследования, разработка Протокола и инструментария исследования, проведение обучения для региональных исполнителей, обработка глубинных интервью в программе MAXQDA, подготовка аналитического отчета по результатам исследования.

Оксана Рокицкая — ассистентка менеджера проекта: участие в подготовке Протокола и инструментария исследования, составление транскриптов глубинных интервью с экспертками и экспертами Украины, обработка глубинных интервью в программе MAXQDA, подготовка аналитического отчета по результатам исследования.

Максим Касянчук — социолог: участие в разработке Протокола и инструментария исследования, подготовка аналитического отчета по результатам исследования.

Данияр Орсеков — координатор адвокации ЕКОМ: супервайзинг реализации исследования, создание концепции исследования, вычитка протокола и инструментария, аналитического отчета.

Егор Бурцев — равный рецензент: создание концепции исследования, вычитка протокола и инструментария.

Кристина Убайдуллаева — редакторка, грамматическая редактура аналитического отчета.

Анастасия Данилевская — дизайн и верстка аналитического отчета.



*Документ подготовлен и опубликован в рамках региональной программы «Транс*Карта в ВЕЦА», реализуемой Евразийской коалицией по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию (ЕКОМ).*

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения доноров проекта.

Распространяется бесплатно.

При использовании материалов ссылка на Евразийскую коалицию по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию (ЕКОМ) обязательна.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	ВСТУПЛЕНИЕ	3
	АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ	4
	ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ	5
	МЕТОДОЛОГИЯ	7
	РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭКСПЕРТАХ	13
	1.1. Место и опыт работы ЛПР	14
	1.2. Профессиональные обязанности ЛПР	16
	1.3. Место и опыт работы экспертов и эксперток в сфере здравоохранения	17
	1.4. Профессиональные обязанности экспертов здравоохранения	19
	1.5. Опыт экспертов и эксперток здравоохранения в предоставлении медицинских услуг	21
	1.6. Оценка знаний о трансгендерных людях	22
	1.7. Наличие пациентов — трансгендерных людей и определение их в качестве целевой группы	24
	1.8. Вопросы, с которыми обращались трансгендерные люди	26
	1.9. Оценка количества трансгендерных пациентов в соотношении с другими пациентами	27
	РАЗДЕЛ 2. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ	29
	2.1. Понимание терминов «пол» и «гендер»	30
	2.2. Представление о типичных и нетипичных мужчинах и женщинах	33
	2.3. Отношение к праву на распоряжение своим телом	36
	2.4. Гендерная идентичность и сексуальная ориентация	39
	РАЗДЕЛ 3. ОТНОШЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ К ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ	42
	3.1. Знания и представления о трансгендерных людях	43
	3.2. Ассоциации, связанные с трансгендерностью и небинарностью	45
	3.3. Оценка личного отношения к трансгендерным людям	47
	3.4. Оценка отношения других экспертов к трансгендерным людям	51
	3.5. Социальная дистанция в отношении трансгендерных людей	55

	РАЗДЕЛ 4. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ	60
	4.1. Трансгендерные люди как отдельная социальная группа	61
	4.2. Услуги для трансгендерных людей в столице и других городах	65
	4.3. Места обращений трансгендерных людей за услугами	71
	4.4. Внесение изменений в МКБ-11 и их влияние на трансгендерных людей	76
	4.5. Наличие особых услуг для трансгендерных людей	82
	4.6. Факторы, влияющие на изменение отношения к трансгендерным людям	88
	4.7. Оценка численности небинарных людей	92
	4.8. Миграция среди трансгендерных людей	94
	4.9. Изменение услуг для трансгендерных людей	98
	РАЗДЕЛ 5. СЛУЧАИ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТОВ	104
	5.1. Влияние случаев стигмы и дискриминации на качество услуг, предоставляемых трансгендерным людям	105
	5.2. Нарушения при предоставлении услуг трансгендерным людям	108
	5.3. Риски, связанные с трансгендерностью или небинарностью, в контексте ВИЧ	110
	РАЗДЕЛ 6. ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С ТРАНСГЕНДЕРНЫМИ ЛЮДЬМИ	112
	6.1. Опыт ЛПР в прохождении тренингов по работе с трансгендерными людьми	113
	6.2. Опыт экспертов и эксперток здравоохранения в прохождении тренингов по работе с трансгендерными людьми	116
	РАЗДЕЛ 7. ОПЫТ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ТРАНСГЕНДЕРНЫХ И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ	119
	ВЫВОДЫ	123
	РЕКОМЕНДАЦИИ	134
	ПРИЛОЖЕНИЯ	135
	Приложение 1А. Скрининговая анкета для ЛПР	135
	Приложение 1Б. Скрининговая анкета для экспертов и эксперток здравоохранения	137
	Приложение 2. Форма устного информированного согласия	139
	Приложение 3А. Форма рекрутинга для экспертов и эксперток здравоохранения	141
	Приложение 3Б. Форма рекрутинга для ЛПР	142
	Приложение 4А. Гайд по проведению полуструктурированного интервью для ЛПР	143
	Приложение 4Б. Гайд по проведению полуструктурированного интервью для экспертов и эксперток здравоохранения	149

ВСТУПЛЕНИЕ

Из-за высокого уровня трансфобии в обществе в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), подтверждаемого опросами общественного мнения в Украине¹, Эстонии², России³, Армении⁴, Беларуси⁵, большинство транс* людей вынуждены скрывать свою гендерную идентичность, что затрудняет оказание помощи (как социальной, так и медицинской) этим социальным группам. К сожалению, до сих пор не существует ни одного количественного исследования уровня трансфобного/гомофобного насилия и дискриминации в региональном масштабе, а закрытость транс* людей и членов ЛГБТ-сообществ в целом значительно усложняет осуществление таких исследований, как, например, исследование, проведенное в Украине⁶. Данные за 2016–2020 гг. по региону ВЕЦА^{7,8}, говорят об отсутствии стратегической информации по институционализированной трансфобии, продвигающей патологизацию транс* людей, в том числе через несовершенство или отсутствие законодательных инструментов для юридического перехода, экономическую уязвимость транс* сообществ, социальную стигму, с которой транс* люди повсеместно сталкиваются, также преследования со стороны сотрудников правоохранительных органов.

По результатам первого в Украине биоповеденческого исследования среди трансгендерных людей⁹, проведенного Центром социальных экспертиз им. Ю. Саенка в период 2019–2020 гг., было выявлено, что респонденты, как транс* мужчины, так и транс* женщины, сталкивались со случаями стигмы и дискриминации. Такая же ситуация наблюдалась и по результатам биоповеденческого исследования среди транс* женщин, проведенного в Армении в 2018 г¹⁰.

Проект «Транс*Карта ВЕЦА» был запущен с учетом вызовов, в том числе институционально обусловленной невидимости и игнорирования транс* людей в процессах противодействия ВИЧ в регионе ВЕЦА, чрезвычайной ограниченности ресурсов для транс* специфических профилактических проектов, практически полного отсутствия стратегической информации о транс* людях в контексте ВИЧ, а также низкой осведомленности о ВИЧ в транс* сообществах, широко распространенной трансфобии, дискриминации и использования патологизирующего подхода на государственном уровне.

Результатом проекта «Транс*Карта ВЕЦА» должно стать повышение потенциала транс* людей, использование ими комплексных транс* компетентных услуг, соответствие мер, предпринимаемых в ответ на ВИЧ, потребностям транс* людей, наличие поддержки со стороны сенситизированных людей, принимающих решения, и экспертов(-ок). К сожалению, исследования, проведенные ранее, использовали несопоставимые методологии, а в регионе ВЕЦА отсутствуют систематические данные об отношении к транс* людям среди экспертов(-ок)¹¹ здравоохранения и людей, принимающих решения.

¹ <https://genderindetail.org.ua/library/ukraina/pislyarevolutsiyna-ukraina-tolerantnist-chi-uhil-vpravo-134565.html>

² https://ecom.ngo/resource/files/2022/02/ecom_report_t_rus.pdf

³ <https://www.levada.ru/2021/10/15/otnoshenie-rossiyan-k-lgbt-lyudyam/>

⁴ https://ge.boell.org/sites/default/files/pink_study_on_homophobic_attitudes_eng.pdf

⁵ http://gay.org.ua/publications/hate_crime_2016-u.pdf

⁶ http://gay.org.ua/publications/hate_crime_2016-u.pdf

⁷ Chikhladze S., Kasianczuk M. Two years of progress: Assessment of Existing Strategic Information on HIV among MSM and Trans People in Armenia, Belarus, Estonia, Georgia, Kyrgyzstan, and North Macedonia / Eurasian Coalition on Male Health (ECOM). — Tallinn, 2019. — 38 p.

⁸ <https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2020/12/Regional-context-and-trans-people-of-EECA.pdf>

⁹ https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/trans-IBBS-Ukraine_2020_all.pdf

¹⁰ http://www.armmaids.am/images/IBBS_ARMENIA_2018_eng_FINAL.pdf

¹¹ В процессе подготовки отчета были приложены усилия по использованию феминитивов при обозначении различных специалистов и специалисток. Если специалисты указаны в форме маскулинитива во множественном или в единственном числе, просим принять во внимание, что данные люди могут идентифицировать себя как женщины, мужчины или по-другому.

АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВЕЦА	Страны Восточной Европы и Центральной Азии
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
Глобальный Фонд	Глобальный фонд для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией
ЕКОМ	Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному разнообразию
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ЛГБТ	Лесбиянки, геи, бисексуалы(-ки), трансгендерные люди
ЛПР	Люди, принимающие решения
МСМ	Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НПО	Неправительственные организации
Секс-работник(-ца)	Человек, предоставляющий сексуальные услуги за вознаграждение
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез

ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ — внутреннее самоощущение человека как представителя того или иного гендера, то есть как мужчины, женщины или представителя другой категории, связанное с социальными и культурными стереотипами о поведении и качествах представителей того или иного биологического пола. Гендерная идентичность необязательно совпадает с биологическим полом. Люди, чья гендерная идентичность совпадает с приписанным при рождении полом, называются цисгендерными, а те, у кого эти характеристики не совпадают, — трансгендерными.

ДИСКРИМИНАЦИЯ — это умышленное ограничение прав части населения, отдельных социальных групп по определенному признаку (раса, возраст, пол, национальность, религиозные убеждения, сексуальная ориентация, гендерная идентичность, состояние здоровья, вид занятости и др.).

ЭКСПЕРТЫ(-КИ) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — практикующие медицинские работники(-цы) с опытом работы не менее 1 года, предоставляющие услуги медицинского характера различным группам населения.

ЗАКАЗЧИК ИССЛЕДОВАНИЯ — ЕКОМ.

ЛГБТИК+ — акроним, возникший в английском языке для обозначения лесбиянок, геев, бисексуалов(-к), трансгендерных (транс*) людей, интерсексов и квир-персон. Знак «+» может включать также множество других вариантов гендерной идентичности, сексуальной ориентации, паттернов поведения и этических воззрений (например, агендеры, бигендеры, небинарные персоны, гендерно неконформные люди, гендерквир-персоны).

ЛЮДИ, ПРИНИМАЮЩИЕ РЕШЕНИЯ (ЛПР) — представители управленческих структур, которые обладают властью в различных сферах жизни, касающихся, в частности, транс* людей (изменение законодательства и правоприменительных практик, создание или изменение услуг, привлечение и распределение ресурсов, создание и внедрение социальных или медицинских программ, защита прав).

НЕБИНАРНЫЕ ЛЮДИ — это люди, чья гендерная идентичность / самоощущение не вписывается в жесткую бинарную оппозицию «мужчина — женщина»; люди, которые не имеют гендерной идентичности / самоощущения; люди, которые не признают правомерность гендерной системы как таковой.

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ (НПО) — организации, учрежденные частными лицами и/или другими общественными (некоммерческими, неправительственными) организациями без участия официальных (государственных) институтов и осуществляющие свою деятельность на основании устава и на собственные средства.

ПОЛЕВОЙ ЭТАП — часть исследования, в ходе которого осуществляется непосредственный сбор данных путем интервьюирования респондентов.

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННЫЕ ИНТЕРВЬЮ (SEMI-STRUCTURED INTERVIEW) — это метод качественного исследования, тип индивидуального глубинного интервью. Это слабоструктурированная беседа с целью узнать мнение человека насчет конкретной ситуации. Это вид интервью, предполагающий использование не только закрытых, но и открытых вопросов в некотором количестве. В таком интервью жестко стандартизируют только самые важные, с точки зрения целей и задач исследования, вопросы и варианты ответов к ним. При этом интервьюер имеет возможность произвольно формулировать определенные вопросы, ориентируясь по ситуации, дополняя и углубляя ответы на закрытые вопросы.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — система логических и последовательных методологических, методических и организационно-технических процедур для получения научных знаний о социальном явлении, процессе.

СТИГМА — упрощенное, стереотипное мнение о группе лиц или ее представителях; восприятие группы лиц или ее представителей сквозь призму сконструированных обществом предвзятых представлений, а также распространение реальных или воображаемых качеств такой социальной группы на каждого ее представителя; приписывание негативных характеристик индивиду как реальному или предполагаемому члену определенной группы.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ — это способность без агрессии воспринимать мысли, которые отличаются от собственных, а также особенности поведения и образа жизни других. Терпимость к чужому образу жизни, поведению, обычаям, чувствам, идеям, верованиям выступает условием стабильности и единства обществ, особенно тех, которые не являются гомогенными ни в религиозном, ни в этническом, ни в других социальных измерениях.

ТРАНС* ЛЮДИ — люди, идентифицирующие себя как трансгендерные, чья гендерная идентичность отличается от приписанного пола (вне зависимости от наличия медицинского или юридического перехода, равно как и опыта социализации, проживания в самоидентифицируемом гендере).

ТРАНС* МУЖЧИНЫ — люди, чей пол при рождении был определен как женский, но которые идентифицируют себя как мужчины.

ТРАНС* ЖЕНЩИНЫ — люди, чей пол при рождении был определен как мужской, но которые идентифицируют себя как женщины.

ТРАНСФОБИЯ — негативное отношение к трансгендерным людям. Трансфобия может выражаться в форме насилия, дискриминации, ненависти, отвращения, агрессивного поведения по отношению к людям, которые не соответствуют существующим в обществе гендерным ожиданиям и нормам.

МЕТОДОЛОГИЯ



ЦЕЛЬ

Целью исследования является изучение отношения к транс* людям среди экспертов и эксперток здравоохранения, а также людей, принимающих решения, в пяти странах Восточной Европы и Центральной Азии (Армения, Грузия, Кыргызстан, Россия, Украина).



ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ

Эксперты и экспертки в сфере здравоохранения, а также люди, принимающие решения, в Армении, Грузии, Кыргызстане, России и Украине.



МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Полуструктурированные интервью. Запланированная выборка составляла 120 респондентов (60 респондентов из числа экспертов и эксперток здравоохранения, 60 — из числа лиц, принимающих решения), реализованная выборка составляет 75 респондентов: 34 — эксперты здравоохранения, 41 — лица, принимающие решения (Табл. 1).

Таблица 1. Распределение запланированной и реализованной выборочной совокупности

СТРАНЫ	ЗАПЛАНИРОВАННАЯ ВЫБОРОЧНАЯ СОВОКУПНОСТЬ			РЕАЛИЗОВАННАЯ ВЫБОРОЧНАЯ СОВОКУПНОСТЬ		
	Эксперты в сфере здравоохранения*	ЛПР	Итого	Эксперты в сфере здравоохранения*	ЛПР	Итого
Армения	10	10	20	5	10	15
Грузия	10	10	20	10	6	16
Кыргызстан	10	10	20	8	5	13
Россия, Новосибирск	10	10	20	0	10	10
Россия, Санкт-Петербург	10	10	20	1	1	2
Украина	10	10	20	10	9	19
ИТОГО	60	60	120*	34	41	75



РЕКРУТИНГ РЕСПОНДЕНТОВ

Осуществлялся с помощью партнерских неправительственных организаций (НПО) в странах, охваченных исследованием, которые принимают участие в реализации проектов ЕКОМ.

Отбор респондентов проводился по четко определенным критериям включения.

① **Работники(-цы) здравоохранения:**

- Практикующие медицинские работники(-цы);
- Опыт работы не менее 1 года.

Среди медицинских работников и работниц в качестве респондентов могли выступать практикующие врачи, которые предоставляли населению, в том числе трансгендерным людям, услуги в области здравоохранения (семейные врачи, инфекционисты, эндокринологи, психологи, психиатры, хирурги, гинекологи, проктологи и т. д.).

② **Лица, принимающие решения:**

- Представители управленческих структур, которые обладают властью в различных сферах жизни, касающихся, в частности, транс* людей (изменение законодательства и правоприменительных практик, создание или изменение услуг, привлечение и распределение ресурсов, создание и внедрение социальных или медицинских программ, защита прав);
- Опыт работы в управленческой сфере не менее 1 года.

На этапе определения потенциальных респондентов региональные координаторы в каждой стране проводили картирование различных учреждений и предварительный отбор респондентов. Предварительный список всех потенциальных участников, а также альтернативных кандидатур в каждой стране был согласован и утвержден ЕКОМ. Если во время реализации полевого этапа оказывалось невозможным участие той или иной кандидатуры из списка, то в качестве респондента привлекался альтернативный участник. Во всех остальных случаях исполнители полевого этапа в странах немедленно ставили в известность ЕКОМ о необходимости внесения дополнительной кандидатуры эксперта или замены утвержденной.



СБОР ДАННЫХ

Согласно инструкции, все организации привлекли для интервьюирования либо студентов старших курсов социологических факультетов из местных университетов, либо людей, имеющих опыт в проведении исследований. Координаторы проектов местных организаций работают в своих странах от трех до десяти и более лет. Они создали таблицу с максимально разнообразными учреждениями, людьми из группы ЛПР и из числа специалистов здравоохранения, которая была утверждена ЕКОМ и социологами, а затем тщательно контролировалась. Координаторы проектов осуществляли коммуникацию с потенциальными интервьюерами посредством электронных писем или телефонных звонков, в редких случаях договариваясь с ними о личной встрече, после чего интервьюер приходил для проведения интервью.

Таблица 2. Партнерские НПО, отвечающие за рекрутинг

СТРАНА	НАЗВАНИЕ ПАРТНЕРСКОЙ НПО
Армения	NGNGO
Грузия	«Темида»
Кыргызстан	«Кыргыз Индиго»
Россия, Новосибирск	Проект Т9 NSK
Россия, Санкт-Петербург	«Т-Действие»
Украина	«Конвиктус»



БЕЗОПАСНОСТЬ ИНТЕРВЬЮЕРА И РЕСПОНДЕНТА

Интервью проводились как очно, так и дистанционно (посредством Skype, Zoom и т. д.), в зависимости от эпидемиологической ситуации на момент реализации полевого этапа в каждой отдельной стране. Конкретный способ определялся интервьюером совместно с потенциальным респондентом до начала интервью. Все полуструктурированные интервью проводились с использованием технических средств для аудиозаписи по заранее разработанному специальному гайду. После проведения полуструктурированных интервью все аудиофайлы были транскрибированы специалистами, имеющими такой опыт, а после — уничтожены.



РАБОЧАЯ ГРУППА ИССЛЕДОВАНИЯ

Представитель ЕКОМ, социологи Центра социальных экспертиз им. Ю. Саенка, 6 координаторов(-к) национальных проектов в рамках Транс*Карта в ВЕЦА.

Функциональные обязанности рабочей группы:

- Разработка и утверждение Протокола и инструментария исследования;
- Разработка исследовательских вопросов;
- Утверждение формата обучения для региональных исполнителей проекта;
- Вычитка и утверждение аналитического отчета по результатам проекта.



ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ВОПРОСЫ

Которые определила для себя рабочая группа исследования:

- ① Каковы представления медиков и ЛПР о гендерной идентичности (считают ли они ее врожденной или сконструированной, бинарной или полиморфной, стабильной или меняющейся, что означает «быть нормальным»)?
- ② Насколько медицинские специалисты согласны с тем, что транс* человек имеет право распоряжаться своим телом или что медицинская система должна регулировать этот вопрос?
- ③ Идентифицируют ли медики и ЛПР транс* людей (бинарных и небинарных) как отдельную социальную группу в обществе, у которой есть собственные потребности, проблемы? Если да, то каковы, по мнению опрошенных, эти потребности и проблемы?
- ④ Насколько разнообразным, по мнению медиков и ЛПР, является сообщество транс* людей?
- ⑤ Как в стране респондентов устроен процесс предоставления особых услуг для транс* людей (есть ли они вообще, сконцентрированы они в столице или нет, куда могут обратиться люди, существует ли миграция, непосредственно связанная с транс* людьми)?
- ⑥ Какие риски, связанные с трансгендерностью (или небинарностью), существуют в стране в контексте ВИЧ?

Инструментарий исследования разрабатывался рабочей группой и был утвержден 31.03.2021 г.

Для каждой целевой группы исследования был разработан отдельный инструментарий.

Инструментарий для каждой группы включал:

- ✓ **скрининговую анкету** (Приложения 1А и 1Б), которую заполнял интервьюер перед началом интервью;
- ✓ **форму устного информированного согласия** (Приложение 2);
- ✓ **форму рекрутинга** (Приложение 3А и 3Б);
- ✓ **гайд по проведению** полуструктурированного интервью (Приложения 4А и 4Б).

Инструментарий был подготовлен на русском языке и переведен специалистами на армянский, грузинский, английский языки, после чего сотрудники организаций, владеющие в совершенстве обоими языками, проверяли перевод во избежание неправильной трактовки или использования некорректных терминов. Респонденты в странах опроса имели возможность выбрать язык проведения интервью.

Претест инструментария. В Украине провели 2 пилотных полуструктурированных интервью (1 работник здравоохранения и 1 человек, принимающий решения), после чего были внесены необходимые изменения в гайды. Все изменения были согласованы и утверждены Заказчиком.

Длительность полевого этапа исследования составила 5 месяцев с момента старта сбора данных (с 22.06.2021 г. по 01.12.2021г.).



ТРУДНОСТИ ПРИ СБОРЕ ДАННЫХ

Основные трудности при сборе данных были связаны с тем, что полевой этап стартовал летом, в период отпусков. Это привело к неоднократному переносу назначенных дат проведения интервью и замедлило сбор данных (вместо шести недель потребовалось пять месяцев). Также во всех странах исследования возникали трудности с рекрутингом лиц, принимающих решения, поскольку эта категория экспертов занимает руководящие должности в организациях, выделенных в рамках исследования, и было очень сложно вписать дату и время проведения интервью в плотный график ЛПР.

Также важно отметить, что подготовка исследования и реализация полевого этапа производились в продолжающийся пандемийный период. Это в первую очередь повлияло на возможность участия экспертов и эксперток здравоохранения. Из-за пандемии многие медицинские специалисты были перегружены работой, поэтому отказывались от участия в исследовании. В связи с наибольшей занятостью именно медицинских специалистов, а также частыми отказами от участия, в рамках реализации полевого этапа были привлечены ЛПР. Они чаще соглашались на участие в проекте, но возникали сложности с согласованием удобного времени для проведения интервью.

Кроме того, длительное время занял перевод инструментария на языки стран, а также перевод транскриптов интервью на русский язык для анализа данных.



ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Протокол и инструментарий исследования были одобрены Экспертной группой по вопросам здоровья и прав ЛГБТ в Украине, Региональной экспертной группой транс* людей, поддерживаемой ЕКОМ, Этической комиссией при Социологической ассоциации Украины 07.07.2021 г. (см. Приложение 5).

Исполнители проекта и лица, которые были привлечены для обработки данных, в обязательном порядке прошли инструктаж по обеспечению конфиденциальности полученной информации.

Перед началом опроса респондентов просили устно подтвердить свое согласие на участие в нем. Запись интервью на диктофон осуществлялась на основании информированного согласия на аудиозаписи, подтвержденного подписью участника. Все формы информированного согласия с подписями участников хранились у интервьюеров до момента завершения исследования, а затем были отправлены Заказчику в отсканированной форме.

Всем участникам были предоставлены разъяснения относительно любых вопросов, которые могли у них возникнуть. Потенциальных респондентов проинформировали о том, что участие в исследовании является полностью добровольным и может быть прекращено в любое время.

Также участникам объяснили, что любая информация, предоставленная во время исследования, является конфиденциальной (то есть, не будут использоваться данные, по которым можно идентифицировать участника, и в аналитический отчет будет включена только обобщенная информация).



ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Анализ данных проводился методом обоснованной теории (grounded theory¹²), который включал в себя следующие этапы:

- ① **Кодирование** — выделение первичных аналитических понятий (кодов) непосредственно из текста интервью. На начальном этапе анализа проводилось первичное кодирование, а именно построчное кодирование, был произведен анализ текста строка за строкой и построены первичные коды.
- ② **Написание заметок** (англ. memoing) о каждом из формируемых кодов. Написание заметок представляло собой промежуточный этап между кодированием и первым наброском аналитического отчета.
- ③ **Интеграция, уточнение и формулирование теорий** для представления финального аналитического отчета. На этом этапе был внедрен метод постоянного сравнения, а также анализ негативных кейсов, не подтверждающих гипотезы.

Основой для интерпретации результатов и подготовки аналитического отчета стали транскрипты глубинных интервью, закодированные в специальной программе MAXQDA, которая позволяет проводить анализ качественных данных.

Транскрипты всех интервью, проведенных не на русском языке, перед кодированием в MAXQDA были переведены на русский язык, и весь массив информации, содержащийся в указанной программе, представлен на едином языке.

Содержание транскриптов было выборочно (10 %) проверено на соответствие с аудиофайлом. В ходе проверки не было обнаружено несоответствий.

¹² Charmaz, K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis. — SAGE, 2006. — ISBN 9780761973539.



ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭКСПЕРТАХ

1.1

МЕСТО РАБОТЫ И ОПЫТ РАБОТЫ ЛПР

Эксперты и экспертки из категории ЛПР — представители управленческих структур, которые обладают властью в различных сферах жизни, непосредственно касающихся и транс* людей. В качестве ЛПР, как правило, выступали руководители и руководительницы организаций, департаментов или отдельных направлений, в том числе единичных неправительственных организаций, обладающих имиджем и ресурсами на национальном уровне. Ниже перечислены организации, которые представляли ЛПР из всех стран исследования.



АРМЕНИЯ

Эксперты и экспертки из категории ЛПР представляли два учреждения: Министерство здравоохранения Республики Армения, а также Национальный центр инфекционных болезней Министерства здравоохранения Республики Армения. Минимальный стаж работы экспертов и эксперток, которые приняли участие в исследовании, составляет 1 год, максимальный — 16 лет. Опыт работы в организациях — от 1 года до 11 лет.



ГРУЗИЯ

ЛПР Грузии представляли следующие учреждения и организации:

- NCDC — National Center for Disease Control and Public Health;
- PTF — Prevention Task Force;
- Администрация правительства Грузии;
- «Альтернативная Грузия» (Alternative Georgia);
- Public Defender (Ombudsman) of Georgia — Народный защитник Грузии;
- Евангельская баптистская церковь Грузии;
- Научно-практический центр инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии;
- Информационный медико-психологический центр «Танадгома»;
- Curatio International Foundation (Международный фонд «Курацио»).

Минимальный стаж работы экспертов и эксперток на занимаемых должностях составляет 3 года, максимальный — 30 лет.



РОССИЯ

Экспертом из России выступил только представитель благотворительного фонда «Гуманитарное действие» с общим опытом работы в организации 4 года.



КЫРГЫЗСТАН

ЛПР представляли следующие учреждения и организации:

- Академия МВД КР имени генерал-майора милиции Э. А. Алиева;
- Аппарат Жогорку Кенеша Кыргызской Республики;
- Аппарат Омбудсмена;
- Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова;
- Общественное объединение «Кризисный центр “Сезим”»;
- Республиканский центр «СПИД»;
- Фонд ООН в области народонаселения (UNFPA).

Среди ЛПР Кыргызстана минимальный опыт работы как в сфере управления, так и в организациях, которые они представляют, — 3 года, а максимальный — 24 года.



УКРАИНА

ЛПР Украины представляли следующие организации:

- БО «100% Жизни»;
- ВБО «Конвиктус Украина»;
- ВОО «Фонд медицинского права и биоэтики Украины»;
- Львовский национальный медицинский университет им. Даниила Галицкого;
- МБФ «Альянс общественного здоровья»;
- МБФ «СПИД Фонд Восток – Запад»;
- Национальный совет по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции/СПИДу;
- Представительство ЮНЭЙДС в Украине;
- Секретариат Национального совета по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции/СПИДу;
- Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины.

Минимальный стаж работы экспертов Украины составляет 4 года, а максимальный — 23. Стаж работы в организациях, которые представляли эксперты, варьировался в диапазоне от 3 до 20 лет.

1.2

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ЛПР

Все эксперты и экспертки из категории ЛПР занимают руководящие должности в своих учреждениях/организациях, поэтому в круг профессиональных обязанностей экспертов и эксперток входит координация и организация работы непосредственно учреждения, отдельного департамента или направления, а также управление отдельными программами, которые реализовывали учреждения на момент участия в исследовании.

Широкий круг профессиональных обязанностей ЛПР из Грузии включает не только координацию работ учреждений или отделов, но и управление антидискриминационной деятельностью, мониторинг и оценку программ Глобального фонда, которые реализуются для ЛГБТ-сообщества, участие в адвокативной деятельности по снижению барьеров к доступности услуг для различных групп, планирование, реализацию проектов для целевых групп, контроль их качества и т. д. Также эксперты были вовлечены в консультации по продвижению реформ в Грузии и управление департаментами гендера и равноправия. Преимущественное большинство экспертов и эксперток из числа ЛПР Кыргызстана задействованы в программы профилактики ВИЧ-инфекции, включая мониторинг реализации программ на уровне страны. Только одна экспертка указала, что она в рамках своей деятельности работает с трансгендерными людьми, причем не только в области профилактики ВИЧ, но и по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.

Эксперт из числа ЛПР Украины указал свое непосредственное участие в разработке, внедрении и мониторинге национальной программы снижения вреда, взаимодействие с ключевыми стейкхолдерами, профильными министерствами Украины. Также один из экспертов Украины принимал непосредственное участие в разработке и утверждении нормативных документов по гендерной дисфории, которые были внедрены на уровне государства. Эксперты и экспертки из числа ЛПР Украины среди основных профессиональных обязанностей называли работу в сфере ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и прочих социально опасных заболеваний с охватом не только ключевых групп риска, но и других социальных категорий: женщин, подростков и т. д.

Кроме работы с целевыми группами в Украине, одной из важных профессиональных обязанностей ЛПР является лоббирование вопросов неправительственных организаций и отдельных социальных групп с целью их включения в национальные программы и обеспечения равного отношения для всех целевых групп при реализации правительственных решений. Важно отметить, что один из ЛПР Украины в числе своих профессиональных обязанностей также озвучил работу в области защиты прав, изменения законодательства, а также снижения уровня стигмы и дискриминации не только в отношении трансгендерных людей, но и ко всем уязвимым группам населения.

Основными профессиональными обязанностями экспертов из числа ЛПР России были ранняя диагностика и назначение лечения «для асоциальных групп и возвращение их в социум». Среди всех групп, которым предоставляются услуги, также были упомянуты и трансгендерные люди.

Эксперты и экспертки представляли учреждения здравоохранения различного профиля, предлагающие широкий спектр медицинских услуг для всех категорий населения. Ниже приведен список учреждений по странам, в которых было реализовано исследование.

**АРМЕНИЯ**

Эксперты и экспертки здравоохранения представляли следующие учреждения:

- Городская поликлиника им. Н. Меликяна (Гюмри);
- Гугаркская центральная поликлиника (Ванадзор);
- ЗАО «Национальный центр дерматологии» (Ереван);
- Национальный центр инфекционных болезней МЗ РА (Ереван);
- Национальный центр пульмонологии (Ереван);
- Центр медицинской генетики и первичной охраны здоровья (Ереван).

Основные специальности экспертов и эксперток здравоохранения Армении — врачи общей практики, дерматологи, неврологи, пульмонологи, эпидемиологи. Преимущественное большинство экспертов и эксперток Армении имеют опыт работы в сфере здравоохранения более 10 лет, при этом только один из них указал, что его опыт работы составляет 1 год. Максимальный опыт работы в сфере здравоохранения — 44 года. Минимальный опыт работы в организациях, которые представляли эксперты страны, на должности, занимаемой на момент участия в исследовании, составлял 1 год, а максимальный — 16 лет.

**ГРУЗИЯ**

Эксперты и экспертки здравоохранения указали следующие учреждения:

- Клиники «Лига» и «Жордания»;
- Клуб «Синергия»;
- Медицинский холдинг «Медисон»;
- Научно-практический центр инфекционной патологии, СПИДа и клинической иммунологии;
- Национальный институт эндокринологии — Клиника Елены Гиоргадзе;
- Центр психического здоровья г. Рустави;
- Центр психологической помощи.

Эксперты и экспертки здравоохранения Грузии представляют следующие специальности: реаниматологи, гинекологи, инфекционисты, психиатры, психологи, сексологи, семейные врачи, урологи и эндокринологи. Минимальный опыт работы в сфере здравоохранения экспертов и эксперток здравоохранения — 7 лет, а в организациях, которые представлены экспертами, — 5 лет. Максимальный опыт работы в сфере здравоохранения в целом и в организациях, которые представляли эксперты, — 35 лет.



КЫРГЫЗСТАН

Эксперты и экспертки здравоохранения работают в следующих учреждениях:

- Клиника «Vedanta»;
- Индивидуальный предприниматель «Костерина»;
- Национальный госпиталь при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, отделение проктологии;
- Центр семейной медицины N 3;
- Медицинский центр «Кубул»;
- Эндокринологический центр при Министерстве здравоохранения КР.

Эксперты и экспертки здравоохранения Кыргызстана представляют следующие специальности: проктологи, гинекологи, онкологи, урологи, преподаватели медицинских дисциплин, эндокринологи, колопроктологи, психологи-консультанты, психотерапевты. Эксперты и экспертки здравоохранения Кыргызстана указали минимальный опыт работы в сфере здравоохранения — 1 год, а максимальный — 36 лет, при этом опыт работы в организациях составляет от 1 года до 33 лет.



РОССИЯ

Эксперты и экспертки здравоохранения России работают в следующих учреждениях:

- Благотворительный фонд «Гуманитарное действие»;
- Многопрофильные медицинские учреждения (ФГБУЗ);
- Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза;
- Городская клиническая больница N 1 (Новосибирск);
- Клиника «Смитра»;
- Стоматологический центр;
- Городская клиническая больница N 2 (Новосибирск);
- Городская инфекционная клиническая больница N 1 / Центр СПИД;
- Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи.

Представлены следующие специальности: гинекологи, терапевты, неврологи, проктологи, стоматологи, онкологи, медицинские сестры, психологи. Минимальный опыт работы российских экспертов и эксперток в сфере здравоохранения — 1 год, а максимальный — 35 лет, при этом опыт работы в организациях составляет от 1 до 9 лет.



УКРАИНА

Эксперты и экспертки здравоохранения представляли следующие учреждения:

- GYNLINE Dr. Bugro;
- Больница МВД Украины в Днепропетровской области;
- БФ «Аванте»;
- МОД «Партнер»;
- Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи (БСП);
- Киевский центр планирования семьи, сексологии и репродукции;
- КП «Детская городская клиническая больница N 9»;
- Медицинский центр «Мой врач»;
- Медицинский центр репродуктивного здоровья REPROLIFE (Репролайф);
- ТМО «Психиатрия» (Киевская городская клиническая психоневрологическая больница N 1).

Эксперты и экспертки представляют следующие специальности: акушеры-гинекологи, гинекологи-эндокринологи, психиатры, психологи, семейные врачи, урологи-хирурги. Минимальный стаж работы экспертов и эксперток Украины в сфере здравоохранения составляет 9 лет, максимальный — 25 лет, а непосредственно в организации — от 1 года до 20 лет.



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ЭКСПЕРТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Преимущественное большинство экспертов и эксперток здравоохранения занимают руководящие должности в своих организациях, поэтому в их профессиональные обязанности входят общая организация работы учреждения и отделений, помощь другим врачам в качественном обслуживании пациентов, а также предоставление услуг согласно своей специализации. Все эксперты и экспертки здравоохранения на момент участия в опросе были практикующими врачами разных специальностей, поэтому их круг обязанностей также включает предоставление консультаций пациентам, сбор эпиданамнеза, назначение и ведение лечения и т. д.

“

«...в мои профессиональные обязанности входит организация работ, надзор за работой сотрудников подразделений, контроль над бухгалтерским учетом. Еще у нас есть отделение реабилитации, куда приходят люди с аутизмом, глухие или слабослышащие люди. Организация их лечения и других работ тоже входит в мои обязанности» (Здр., Армения).

«Первичное консультирование пациентов, медицинское консультирование пациентов, обследование их, диагностика заболевания, ну и непосредственно лечение, как консервативное, то есть выписываем лекарственные препараты, наблюдаем, диспансеризируем, также и определенные оперативные вмешательства, которые заключаются в моей компетенции: онкогинекологические я провожу, например, операции, малые операции на влагалища, шейки матки, какие-то операции на наружных половых органах» (Здр., Кыргызстан).

”

Среди экспертов и эксперток здравоохранения Грузии были практикующие врачи, которые предоставляют услуги по исследованию и лечению сексуальных расстройств, регуляции гормональных нарушений. Важно отметить, что один из экспертов Грузии среди профессиональных обязанностей упомянул работу с трансгендерными людьми, а также предоставление услуг для родителей, у которых есть дети с трансгендерной идентичностью.

“

«Встречаются и люди с трансгендерной идентичностью, но очень редко, и здесь мой долг — выяснить, в чем дело. Иногда приходят родители, все равно приходят, потому что не могут понять, что с ними {детьми} происходит. Будь то трансгендерная идентичность или гомосексуальная ориентация — они не могут выяснить, в чем дело. Связываются со мной родители, в основном речь идет о ребенке до 18 лет, которого я не имею в принципе права принимать, я доктор для взрослых, так сказать» (Здр., Грузия).

”

В длинном списке профессиональных обязанностей экспертов и эксперток здравоохранения среди направлений предоставления услуг для разных категорий населения также были обозначены планирование и реализация мероприятий по профилактике ВИЧ, в том числе и предоставление бесплатных консультаций для представителей ЛГБТ-сообщества.

“

«Это планирование, реализация мероприятий по профилактике ВИЧ на территории Новосибирской области, ну и в том числе с различными ключевыми уязвимыми к ВИЧ группами населения» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Я предоставляю бесплатные консультации людям из ЛГБТ-сообщества, ВИЧ-положительным» (Здр., Украина).

”

Медицинские услуги, которые предоставляют эксперты и экспертки здравоохранения, достаточно разнообразны. Наиболее распространенными были услуги общемедицинского профиля: первичное консультирование, постановка диагноза, ведение лечения в разнообразных направлениях.

“

«...Как дерматовенеролог и терапевт я принимаю пациентов, предоставляю консультацию по этим вопросам и уже при необходимости — лечение» (Здр., Армения).

«Здесь я семейный врач амбулаторной клиники, и в мои профессиональные обязанности входит ведение лечения, профилактики, осуществление доконтактных и постконтактных профилактических мероприятий среди больных ВИЧ» (Здр., Армения).

«Это забота о здоровье пациента, что подразумевает мониторинг здоровья пациента плюс медикаментозный контроль и участие в любых проблемах, касающихся здоровья пациента» (Здр., Грузия).

«Осмотр, консультирование, лечение, назначение лечения, направление к другим специалистам, больше как бы внутри нашего коллектива. Либо направление в какие-то содружественные организации» (Здр., Россия, Новосибирск).

”

Кроме стандартных медицинских услуг, которые предоставляются всем категориям населения, эксперты и экспертки здравоохранения также указали работу в реанимационных отделениях, с тяжелыми случаями болезней, проведение хирургических вмешательств с последующей реабилитацией пациентов, сопровождение ЛЖВ и предоставление неотложной помощи пациентам со специфическими диагнозами (например, сахарный диабет), а также консультирование и перенаправление пациентов к другим специалистам, необходимым для них.

“

«У нас реанимационное отделение, мы принимаем тяжелых пациентов» (Здр., Грузия).

«Консультации, операции, проведение операций и последующая реабилитация, наблюдение за пациентом» (Здр., Кыргызстан).

«Консультирование, тестирование в связи с ВИЧ, сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и организация сервисов на базе поликлиники для людей, живущих с ВИЧ» (Здр., Россия).

«Я работаю в стационаре, оказываю неотложную ургентную (прим: срочную) помощь пациентам с сахарным диабетом, также оказываю консультативную помощь в других подразделениях больницы, консультативную помощь сложных случаев по направлениям от других специалистов» (Здр., Украина).

”

Одним из важных вопросов этого исследования была оценка общих представлений экспертов и эксперток здравоохранения и ЛПР о транс* людях, а также анализ знаний экспертов о транс* людях в целом. Преимущественное большинство экспертов и эксперток здравоохранения во всех странах ранее слышали о транс* людях и правильно определяют термин: «транс* люди — это люди, которые имеют один биологический пол, но ощущают себя в другом или же находятся вне определенного пола». Только одна из эксперток здравоохранения Армении ничего не слышала о транс* людях ранее и не смогла дать определение термину или рассказать о своих представлениях об этой целевой группе исследования.

«По работе никогда не встречала транс* людей, то есть не имела таких пациентов» (Здр., Армения).

Другая экспертка здравоохранения Армении отметила, что за последнее время ее представления о транс* людях изменились в лучшую сторону. Это напрямую связано с тем, что по месту работы экспертки начали обращаться транс* люди, и она самостоятельно изучала те моменты по теме трансгендерности, которые не были ей знакомы ранее.

«В действительности, когда по работе начала общаться с транс* пациентами, скажу, что для меня было немного странно, наверное, необычно, да. То есть, если ты никогда не слышала и не встречала таких людей, для тебя это немного странно. Для меня было необычно, и я начала изучать (информацию) про трансгендеров. Ну, не так уж уверена, но, во всяком случае, думаю, что у них есть некоторые проблемы, и им нужна помощь. Может быть, это все исходит еще и из того, что, например, у нас (прим.: в Армении) они обращаются к случайным врачам или принимают гормоны, слушая не знаю кого. Мне кажется, это им очень много мешает, не знаю, что еще могу сказать» (Здр., Армения).

Важно также отметить, что одна из эксперток здравоохранения Грузии, имеющая опыт предоставления услуг для ЛГБТ-сообщества, выразила свое мнение относительно необходимости выделения транс* людей в отдельную социальную группу и проведения с ними отдельной работы, не связанной с ЛГБТ в целом.

«Я хорошо знаю, что происходит с людьми трансгендерной идентичности, это врожденная гендерная неопределенность — так назовем. ...И когда разговор идет про ЛГБТ — если бы вы спросили меня, я бы вообще не включила их сюда. Вообще-то мне ужасно не нравится этот термин, и я бы не включила этих людей ни в какую другую группу и не объединяла бы их в группу, где речь идет о сексуальности, потому что это не сексуальная тематика, это — определить и укрепить свою идентичность» (Здр., Грузия).

Эксперты и экспертки здравоохранения Кыргызстана, как правило, знают о том, кто такие транс* люди, но только некоторые из них встречались с ними лично на практике и предоставляли услуги. Среди экспертов здравоохранения, которые предоставляли услуги транс* людям, — психолог и эндокринолог. При этом эксперт-эндокринолог знает о том, что в медицинский центр, где он работает, часто обращаются транс* люди с вопросами о гормональной терапии, но лично у него не было опыта общения с транс* людьми. Эксперт-психолог, наоборот, сообщила о личном предоставлении услуг транс* людям, а также о получении информации о транс* людях непосредственно от них самих или от дружественных организаций.

“

«Это было изначально собственное отношение — достаточно открытое, позитивное и с интересом, по крайней мере. Но я очень мало знала, возможно, и, конечно,... в плане того, как работать, что может быть, что не может быть, как подойти к человеку и как вообще относиться и в принципе фактически какие-то знания по поводу транс людей» (Здр., Кыргызстан).*

”

Со слов экспертов и эксперток здравоохранения России, они имеют достаточно поверхностные знания о транс* людях и практически не сталкиваются с ними в своей работе. Так, один из экспертов не имел никакого представления о том, кто такие транс* люди, и не предоставлял им никаких услуг ранее. Другой эксперт также подтвердил, что не имел опыта предоставления услуг транс* людям, но несколько раз сталкивался с ними в повседневной жизни.

“

«Да, у меня был опыт общения с трансгендерными персонами, но не на работе, а просто в повседневной жизни. И даже не про всех я... сразу узнал, догадывался и понимал, что это трансгендерные персоны. Вне зависимости от того, с какого на какой пол кто из них... планировал что в себе изменять» (Здр., Россия, Новосибирск).

”

Один из экспертов здравоохранения России, который занимается общей медицинской практикой, знает, кто такие транс* люди. Он не имел опыта работы с ними, но акцентировал внимание на сложностях транс* людей, которые связаны с предвзятым отношением к ним среди медицинского персонала, с невозможностью решать какие-то свои проблемы на уровне медицины, а основной причиной наличия таких проблем и сложностей назвал отсутствие информированности медицинских работников относительно потребностей транс* людей.

“

«Я врач общего звена, я представляю себе людей, которые оказались на самом деле в большой беде, особенно в условиях нашей страны, потому что ту проблему, с которой они сталкиваются, чрезвычайно серьезную, кроме них самих никто решить им не поможет. И помимо того, что нет никакой помощи, они часто еще сталкиваются с серьезными проблемами, с серьезной травмой, с каким-то неадекватным предвзятым к себе отношением. Ну, все это происходит, к сожалению, и внутри лечебных учреждений, что связано, конечно, с недостаточной информированностью сотрудников, потому что никакие тренинги, никакие беседы по этому поводу наше руководство не проводит с нами. Поэтому я считаю, что это люди, которые, конечно, так немного являются заложниками ситуации, особенно, в условиях Российской Федерации». (Здр., Россия, Новосибирск).

”

Стоит отметить мнение еще одного эксперта здравоохранения России, который трансгендерность в целом назвал психическим отклонением и выразил негативное отношение к транс* людям в связи с высоким уровнем своей религиозности.



«Ну, это люди, которые идентифицируют себя с противоположным полом. Представление о них достаточно... неоднозначное, потому что я как человек верующий не поддерживаю, во-первых, вот такие изменения, во-вторых, я считаю это психическими отклонениями и не более того» (Здр., Россия).



Все эксперты и экспертки здравоохранения Украины указали, что имеют опыт работы с транс* людьми и сталкивались с ними в своей практике. Также все эксперты и экспертки здравоохранения говорили о том, что на данном этапе происходит процесс налаживания дружественных контактов с другими медицинскими специалистами, которые необходимы транс* людям, практикуется перенаправление к этим специалистам, если нет возможности предоставить необходимую консультацию или услуги.



«Знаю их (транс людей) потребности в медицинской и социальной сферах. Знаю, почему исключили их из психиатрических заболеваний. Знаю процедуру ведения в Украине и других странах. То есть, все, максимально, что может узнать врач в Украине, знаю» (Здр., Украина).*

«Если я не имею возможности оказать им консультацию, я ищу других врачей, которые смогут оказать им помощь. Я налаживаю коммуникацию. Мы нашли дружественных семейных врачей, психиатров. Сейчас ведем переговоры с эндокринологами. Мы ищем толерантных врачей» (Здр., Украина).



НАЛИЧИЕ ПАЦИЕНТОВ — ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ В КАЧЕСТВЕ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ

Эксперты и экспертки здравоохранения во всех странах, кроме России, указали, что среди их пациентов были люди, о трансгендерности которых они знали или догадывались. В большинстве случаев у всех экспертов и эксперток здравоохранения налажены контакты с неправительственными организациями, которые предоставляют услуги транс* людям. Следовательно, для получения консультации или услуги пациенты обращаются целенаправленно, и врачи уже знают о том, что пациент или пациентка является транс* человеком. Если медицинский специалист заранее не знает о том, кто к нему обращается, то наиболее часто трансгендерность пациента определяется по внешнему виду.



«Трансгендерные пациенты все направлялись от НПО “Новое Поколение”. Кроме этого, понимала это по изменениям их внешнего имиджа» (Здр., Армения).



“

«Они в основном приходят потому, что хотят пройти гормональную терапию, и часто обращаются в WISG или любую другую неправительственную организацию. Так как я консультантка WISG, они переадресовывают их ко мне, чтобы поговорить с ними и увериться в том, что это действительно трансгендерная идентичность» (Здр., Грузия).

«Сначала сотрудник организации со мной связывался, направлял пациента, мы с ним работаем и так далее. То есть, как правило, изначально в основном все было через поддержку сотрудников организации, а потом уже люди, которые уже ходят ко мне длительное время, они напрямую, видимо, дают мои контакты в сообществе. И уже они могут приходиться ко мне без поддержки сотрудников организации» (Здр., Кыргызстан).

«Ко мне шли уже целенаправленно, с вопросом, что мне ваш номер дал тот-то, я вот оттуда, то есть, ко мне шли люди с конкретными вопросами. Наводящих вопросов я не задавала, нет смысла их задавать, разве что я не могу понять по голосу, чего от меня хотят. Или вот: “Мне гормональная терапия”. Я могу спросить: “Какая?” — чтобы было больше понимания» (Здр., Украина).

”

По мнению экспертов и эксперток здравоохранения всех стран, на данный момент медицинским специалистам только в крайних случаях приходится самим догадываться о том, что перед ними пациент из транс* сообщества. Как правило, пациенты говорят об этом сами и достаточно открыто.

“

«У нас открытые отношения, догадываться не нужно, реально, они открыто говорят, в принципе не ограничивают себя в поведении, просто иногда могут прийти не в той форме, опасаясь реакции окружающих» (Здр., Грузия).

«У меня было двое, об одном человеке я догадывалась. Догадывалась по внешнему виду, то есть паспортные данные женского пола, а фенотипически, внешне, мужской больше пол: и манера одежды, и манера разговоров, манера себя держать. Один же пациент-пациентка прямо проинформировала меня без каких-то проблем» (Здр., Россия).

”

Один из экспертов здравоохранения Кыргызстана также подтвердил, что за последние несколько лет взаимодействие с транс* людьми улучшилось и зачастую пациенты сами говорят о своей принадлежности к транс* сообществу в самом начале беседы. Только получив такую достоверную информацию, врачи могут правильно провести первичную консультацию и планировать дальнейшую работу с пациентом.

“

«Так как я дружественный доктор, они целенаправленно идут ко мне на прием, и уже у нас нет никаких границ, и мы... То есть полностью рассказывает о себе, о своих проблемах, но, честно говоря, для меня разницы нет, кто ко мне на прием пришел: трансгендерный человек, бинарный, небинарный» (Здр., Кыргызстан).

”

В рамках исследования вопрос о наличии опыта предоставления услуг транс* людям касался также небинарных людей. Среди всех экспертов и эксперток здравоохранения разных стран отмечается очень низкий уровень знаний о небинарности: они практически не сталкивались с такими пациентами. Только одна из эксперток здравоохранения Кыргызстана указала, что встречалась с небинарными персонами, но не по работе, а во время своего обучения в США.

“

«Да, я встречала пару подростков — правда, это были американские подростки. То есть они более уверены в том, что только так, они называли себя “they” — они. В последнее время я больше встречала людей, которые, возможно, на такой стадии, что они пока пытаются сказать более конкретно, чтобы меня называли “он” или “она”. Вот они выбирали между больше этими местоимениями, хотя это тоже не говорит о том, что это не небинарный человек» (Здр., Кыргызстан).

”



ВОПРОСЫ, С КОТОРЫМИ ОБРАЩАЛИСЬ ТРАНСГЕНДЕРНЫЕ ЛЮДИ

Транс* люди обращались к экспертам и эксперткам здравоохранения с достаточно разнообразными вопросами, но в рамках этого исследования названная тематика ограничивалась теми специальностями экспертов здравоохранения, которые попали в выборку исследования. Так, преимущественное большинство опрошенных экспертов здравоохранения Армении занимаются профилактикой ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым путем, поэтому транс* люди обращались к ним в основном с вопросами, связанными с профилактикой ИППП, а также до- или постконтактной профилактикой ВИЧ.

“

«Я осуществляю лечение, контроль над ВИЧ-положительными людьми. Они обращаются, когда подтверждается ВИЧ-статус или нужно проводить доконтактное или постконтактное лечение» (Здр., Армения).

”

Среди экспертов и эксперток здравоохранения Грузии только одна указала на то, что имела личный опыт работы с транс* людьми. Учитывая, что она является консультанткой общественной организации, предоставляющей услуги транс* людям, основными вопросами обращений были назначение и коррекция гормональной терапии.

Среди экспертов и эксперток здравоохранения Кыргызстана и России для участия в исследовании были выбраны именно дружественные врачи, поэтому к ним транс* люди также обращались целенаправленно. Основными причинами обращений были общетерапевтические вопросы, профилактика ВИЧ, а также консультация узконаправленных специалистов, например маммолога.

“

«Они обращались с самыми разными вопросами. Чаще всего они обращались (с целью попасть) на осмотр онколога-маммолога для осмотра молочных желез, если это женщина, да, биологически, и для осмотра грудных желез с целью дальнейшего хирургического вмешательства в плане имплантации и всего прочего» (Здр., Россия).

”

Эксперты и экспертки здравоохранения Украины, преимущественное большинство которых — дружественные врачи, также указали обращения за консультациями по хирургическим вмешательствам для коррекции тела, смене документов и за назначением или коррекцией гормональной терапии.



«Это вопросы о том, что они хотят сменить гендер, сменить документы, о том, что им некомфортно в том состоянии, в котором они находятся» (Здр., Украина).

«Ко мне обращаются с двумя вопросами: это назначение или коррекция гормональной терапии, в основном первичное назначение гормональной терапии. Некоторые спрашивают, корректно, правильно или неправильно я принимаю гормоны и как их контролировать. И второй вопрос, с которым часто обращаются, — это заключение специалиста для оформления справки по изменению паспортных данных» (Здр., Украина).



ОЦЕНКА КОЛИЧЕСТВА ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ПАЦИЕНТОВ В СООТНОШЕНИИ С ДРУГИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Только два респондента из числа экспертов и эксперток здравоохранения Армении, которые предоставляют услуги транс* людям, оценивали процентное соотношение транс* людей среди всех пациентов. По их данным, количество транс* людей составляет от 10 до 30 %. Наиболее высокую цифру озвучил эксперт, работающий непосредственно с неправительственной организацией «Новое Поколение», которая перенаправляет транс* людей к дружественным врачам.



«С того времени, как мы выполняем эту программу с “Новым Поколением”, в этих рамках, наверное, около 20–30 процентов — это транс люди» (Здр., Армения).*



Эксперты и экспертки здравоохранения Грузии озвучили очень незначительное процентное соотношение транс* людей по сравнению с остальными пациентами, а именно около 3–5 %. Только один эксперт назвал цифру около 10 %.



«Подсчитать очень сложно, в месяц бывает тысяча пациентов, может, 3–5 %» (Здр., Грузия).



Среди экспертов и эксперток здравоохранения Кыргызстана был представлен дружественный врач для транс* сообщества, также работающий с неправительственными организациями, которые направляют транс* людей для консультаций. Этот эксперт здравоохранения указал, что 40 % его пациентов относятся к ЛГБТ-сообществу в целом. Среди пациентов остальных экспертов здравоохранения процентное соотношение транс* людей составляет от 1 до 10 %. При этом несколько экспертов Кыргызстана акцентировали внимание на том, что за последний год количество транс* людей, которые обращаются за услугами, увеличилось по сравнению с предыдущими годами.



«Процента два, один. Два даже много. Один “с хвостиком”, может быть» (Здр., Кыргызстан).

«Могут вообще не обращаться. Могут обратиться в месяц пятеро. Могут обратиться в месяц двое. Могут обратиться в месяц десять. По-разному. Я статистику не веду. Ну, ежемесячно практически всегда обращаются. Хотя бы 1–2 обращаются. Если сравнивать именно с прошлыми годами, что было, то сейчас это, я считаю, что это все-таки прогресс» (Здр., Кыргызстан).



Эксперты и экспертки здравоохранения России указали максимум 1 % транс* пациентов в соотношении с остальными пациентами. Хотя и это число, по их мнению, преувеличено, поскольку приводят примеры обращения только двух пациентов за очень длительный срок работы в сфере здравоохранения.



«Это очень-очень маленький процент, с учетом, что за месяц у меня проходят тысяча человек, грубо говоря, плюс-минус, соответственно, если за одиннадцать лет карьеры это было двое транс людей» (Здр., Россия).*



Мнения экспертов и эксперток здравоохранения Украины относительно процентного соотношения транс* людей среди общего количества пациентов разделились. Так, эксперты и экспертки общей практики озвучивали цифры от 1 до 7 %, еще несколько экспертов назвали цифру до 10 %, а те эксперты, которые работают с неправительственными организациями и к которым непосредственно перенаправляют транс* людей, указали цифры от 20 до 40 %.



«(Если) 1500 пациентов, то 100 человек — это трансгендерные люди, где-то 5–7 %. Но надо учитывать, что ко мне же специально приезжают» (Здр., Украина).

«От 30 до 40 %» (Здр., Украина).





**ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
О ГЕНДЕРНОЙ
ИДЕНТИЧНОСТИ**

С целью прояснить, насколько хорошо опрошенные эксперты разбираются в теме и вопросах, касающихся гендерной идентичности, мы задавали вопросы о том, как они понимают сами термины «пол» и «гендер», видят ли в них какое-то различие, в чем заключаются эти различия.

В целом мы можем сделать вывод, что если сравнивать две целевые группы исследования — экспертов здравоохранения и ЛПР, то уровень информированности о гендерной идентичности у первых значительно выше. Так, эксперты здравоохранения реже сообщали о том, что не знают или не понимают различий между полом и гендером, а также чаще мыслили в правильных категориях, определяя эти термины. ЛПР же иногда затруднялись ответить на данный вопрос, даже несмотря на то, что многие из них на момент проведения исследования были привлечены к принятию решений в отношении услуг для трансгендерных людей на уровне своей страны:



Вопрос интервьюера: «Хорошо, теперь давайте немного поговорим о поле, гендере. Что в Вашем представлении означают эти слова? Опишите, пожалуйста».

«Хмм, это экзамен (говорит со смехом)?! Пол?! Не могу объяснить. Людей... Наверное, не могу, ааа, нет, правда, не могу объяснить!» (ЛПР, Армения).

«Ну, для меня это очень близкие термины, пол — это... Ну да, наверное, это для меня практически идентичные. Возможно, я знаю, что гендер — это немного... это другое, но я не могу сформулировать это... Ну, пол — он, видимо, мужской и женский, а вот гендер — возможно, это немного более раскрыто, да, какие-то есть определенные направления. Ну вот надо думать, надо слушать и обсуждать (ЛПР, Кыргызстан).



Хотя стоит отметить, что не только среди ЛПР, но и среди экспертов здравоохранения не все могли дать определение этим терминам и тем более привести в пример различия:



«Гендер и пол — у меня в голове это примерно одно и то же» (Здр., Россия, СПб).

«Исходя из вопроса, должно означать разное, но для меня в эту минуту ассоциируется с одним и тем же — в плане гендера, но пол определяет, мужественный будет человек или женственный. В ссылке на гендер сформированного мнения не имею» (Здр., Грузия).

«Пол — это женский и мужской. А гендер... не могу сказать. Я с гендерами не общалась, не могу сказать» (Здр., Армения).



Некоторые эксперты и экспертки понимали, что такое гендер, но могли смешивать это понятие с какими-то узкими характеристиками в плоскости гендерных ролей либо с отдельными явлениями, например видом сексуальности — асексуальностью:



«Пол — это биологически определенная человеческая черта, которая определяется биологической конституцией, которая имеется у человека при рождении, в то время как гендер — это социальный конструкт, который обуславливает определенное поведение человека, его или ее отношение к другим людям и определенные роли, которые люди усваивают в течение жизни. Например, человек, биологический пол которого при рождении был мужским, имел соответствующие половые характеристики мужчины, но со временем его гендерное поведение стало асексуальным, то есть он не совмещал такую гендерную роль, как отец, муж, кормилец, драчун, то есть те типичные характеристики, которые наше общество определяет как мужские, следовательно, не берет на себя и женской роли и остается асексуальным» (ЛПР, Грузия).

«Пол — это биологический пол, это то, что нам дано от природы, это набор наших хромосом, он определяет наличие первичных и вторичных половых органов, и нашу внешность в том числе. Это биологический пол, он никак не меняется. А гендерный пол — это, скорее, социальное поведение, которое предусматривает модель поведения, стереотипную модель поведения, характерную для того или иного биологического пола в данной культуре» (Здр., Украина).



Работникам здравоохранения в большинстве случаев было довольно просто определить для себя понятие «пол», пользуясь терминологией, которую они в свое время получили при обучении в высшем медицинском учреждении. Однако иногда им было сложно выйти за рамки генетики, к которой они постоянно апеллировали при попытках дать определение понятию «гендер»:



«Пол, если рассмотрим только его, — это просто генетика. То есть так: если рассмотрим это с медицинской точки зрения, генетически женский пол определяется хромосомой X, а мужской — X и Y, то есть половой диморфизм, который уже сформирован на генетическом уровне и не подлежит изменению. В дальнейшем уже, наверное, психологический фактор, выбор человека» (Здр., Армения).

«Чисто медицинское определение пола таково: он содержит чисто биологические параметры и содержит один из параметров, который раньше назывался психическим полом, а сегодня называется половой дифференциацией мозга. Это тоже биологически, естественно, потому что в мозгу биологически формирование восприятия пола происходит практически на эмбриональном уровне, а когда есть трансгендерная идентичность, считают, что в это время произошло что-то, что вызвало формирование гендера не в соответствии с полом, а напротив. Небинарные варианты тоже таковы, что они просто не могут допустить быть в противоположном поле, поэтому они часто говорят: для чего название какого-либо гендера или пола; говорят, что гендер и пол разнообразны» (Здр., Грузия).

«Пол, гендер. Ну, то есть это признаки, которые обуславливают нашу принадлежность к определенному сексуальному развитию гонад и всего прочего. То есть биологический есть пол, например, который обусловлен наличием хромосом и так далее. То есть у нас их, как правило, 2 биологических — мужской и женский. Ну, гендер — это просто перевод с русского на английский, гендер, да? "Sex gender" — говорят западные, ну, может быть, еще гендером воспринимается то, как ты сам себя идентифицируешь, с полом с каким. Возможно, так» (Здр., Кыргызстан).



Большинство опрошенных экспертов в рассуждениях о поле и гендере все же мыслили в категории противопоставления двух терминов друг другу, используя их в биосоциальном контексте и приводя именно такие их различия:



«Пол — это фенотипическое изображение организма, а гендер — это внутреннее изображение организма. Пол и гендер могут не совпадать» (Здр., Грузия).

«Ну да, в общем, пол — это биологические характеристики с точки зрения репродуктивной системы, как бы к какой категории ты больше принадлежишь. Гендер — это социально сложный набор характеристик, который приписывается больше или мужчине, или женщине. Изначально как бы две таких категории, и ты как бы должен принадлежать или к той обязательно, или к той, и не может быть других вариантов, не может быть что-то между, то есть это довольно строго определенные социальные характеристики» (Здр., Кыргызстан).

«Ну... Легче, наверное, с гендера начать, потому что гендер, насколько я понимаю, это то, с каким полом человек сам себя ассоциирует. Ну, это такое социальное, скажем так, понятие. А ... понятие пола — оно чуть сложнее, с точки зрения медицины по крайней мере, потому что есть гормональный пол, собственно, половые признаки, первичные и вторичные, которые тоже о чем-то могут говорить, генетический пол, который может не совпадать даже с гормональным» (Здр., Россия, Новосибирск).



Некоторые эксперты, говоря о понятии пола, упоминали, что это именно то, как определяют нового человека, появившегося на свет, в соответствующих документах о его рождении, таким образом проводя бинарное разделение общества по двум категориям: мужчина/женщина:



«Пол — это тот знак, который присваивается человеку во время рождения: женский и мужской. Его записывают в карту при рождении. Тут человек не имеет права выбора. Гендер — это то, как человек сам себя непосредственно определяет. Поэтому много вопросов по гендерному равенству» (Здр., Украина).

«Ну, вообще пол обычно присваивается. Биологический пол присваивается при рождении в организациях здравоохранения. Чаще всего это акушеры-гинекологи совместно с неонатологами присваивают биологический пол. Если же говорить о гендерной идентичности, то это как бы внутреннее ощущение человека, кем он себя представляет, и иногда бывает такое, что эта гендерная идентичность человека может не совпадать с биологическим полом при рождении» (ЛПР, Кыргызстан).



В продолжение темы о понятиях «пол» и «гендер», гендерной идентичности, гендерных ролях мы задавали экспертам вопросы об их представлениях о типичных и нетипичных женщинах и мужчинах. В основном представления о типичных женщинах и типичных мужчинах у большинства опрошенных экспертов, независимо от категории и страны, включали характеристики «защитник», «добытчик» и «слабый пол», «мать».



«Сейчас очень сложно понять типичного мужчину в том восприятии, как он был, допустим, в 20 веке, да, когда мужчины более brutальные, более ответственные, более волевые. Сейчас во многих случаях женщины на себя берут те же самые функции. Поэтому сказать, что это настоящая женщина, да, например женщина-руководитель, по большому счету, да, очень сложно. То же самое и некоторые наши мужчины: они сейчас стали, не скажу, что более мягче, да, но все равно, вот это унифицированное какое-то сглаживание пола, да, когда женщина подразумевалась раньше — она более мягкая, более хозяйственная, да, более покладистая(...) Но я считаю, что у любого пола, да, должна быть, во-первых, да, внутренняя установка: что, если это мужчина, что он должен быть большим, как бы добытчиком, где-то что-то, да, больше брать ответственность за проблемы своей семьи, да, а женщина должна все-таки обеспечивать тыл. То есть она должна поддерживать именно устои семьи, она должна воспитывать детей в какой-то мере, не скажу, что полностью 100 %, но все равно, вот это внутренний уклад дома, да, это женщина» (Здр., Кыргызстан).

«Во многих случаях люди представляют, что, как Вы говорите, типичная женщина должна быть нежной, должна быть матерью. Но, например, для меня очень типичной женщиной была Маргарет Тэтчер. Я не принимаю то, что у нас иногда говорят “мужчина-женщина” (или “мужская женщина”). Это в результате каких-то действий в ее социальной жизни так случилось, и она проявляет себя как добытчица финансов, принимающая решения, или на какой-то высокой должности. Но все это поведенческое, скажем так, возьмем поведение человека и по этому поведению сделаем его/ее типичным(-ой) или полутипичной(-ым), ну не знаю, так особо ничего сказать не могу... Ну, типичный мужчина, мужчина с давних времен должен быть добытчиком, создателем, хранителем, содержателем семьи, не знаю, как-то так, а женщина, говорят, что должна быть теплом этой семьи, ну, если мы это все представим в рамках семьи, да, должна быть воспитательницей детей» (ЛПР, Армения).



Если сравнивать все ответы, то преимущественное большинство экспертов из всех стран демонстрировали стереотипные (в гендерной плоскости) представления относительно типичных мужчин и женщин.



«Типичный грузинский мужчина должен иметь волевой характер, быть добытчиком денег, дабы содержать семью, не позволять опровергать или отрицать сказанное им слово, обязательно быть гетеросексуалом, православным. Женщину желает стройную, умную, умеющую печь хорошие хачапури, опрятную, должна убирать дом и смотреть за детьми» (ЛПР, Грузия).





«Наверное, все-таки у меня представления о мужчинах вот еще те, что мужчина — это завоеватель, который должен обаять, очаровать женщину, да. Сильный, прикрыть плечом, оказать поддержку, то есть то, что входит в мужские понятия: это добытчик, это охотник, это человек, который тебя всегда выручит, при этом, естественно, да, не лишенный желательного уважения к окружающим в общем... Вот мужчина должен быть мужчиной, то есть, во-первых, он сказал — сделал, во-вторых, это взвешенный, сдержанный, это рассудительный и, ну в какой-то степени, наверное, и хладнокровность должна присутствовать. Вот это все, что касается мужчины. Для женщины это, наверное, более эмоциональный портрет, наверное, да? Что это? Эмоции. Это проявление эмоций, это просто-напросто, наверное, как батарейка, которая должна заряжать окружающих и мужчину вдохновлять на поступки» (Здр., Кыргызстан).



Иногда стереотипное мышление в категориях «типичный мужчина» и «типичная женщина» шло дальше, за пределы распределения ролей в семье, и выходило в плоскость дозволенного в обществе. В представлении опрошенных экспертов, типичные мужчины могут «позволить себе» больше по отношению к женщине, чем типичные женщины — по отношению к мужчине:



«У меня, может быть, немного иное представление, но в нашем обществе, несмотря ни на что, общественность все же консервативная, и мужчина — представитель сильного пола, добытчик, любитель покутить... Мужчина — волевой характер, истерики не закатит. Женщина — нежная, хочет, чтоб в ее честь произносили тосты и носили на руках, впрочем, если дело на дело пойдет — можно и шлепнуть, когда закатит истерику: должна знать свое место» (ЛПР, Грузия).

«А вот, знаете, я хотела бы еще спросить у Вас, кто такой типичный мужчина и кто такая типичная женщина в контексте Кыргызстана? Типичные... В последнее время у меня, наверное, больше такой образ складывается, что мужчина — это тот, который не уважает женщину, который пытается давить и физически, и морально, и кыргызские женщины — это те, которые это терпят. Потому что вот, вот эти последние события, то, что происходит у нас в обществе, и то, что это позволено законом, — вот это для меня непонятно. И такое ощущение, что наши женщины — это не внучки, да, Курманжан-датки, а это очень слабые, очень малообразованные, очень падшие духом, очень слабые такие личности. У меня такое просто в последнее время, потому что очень много пациентов таких я вижу, которые подвергаются домашнему насилию и которые просто-напросто терпят, живут годами и все это испытывают... И у меня вот складывается такое ощущение, что типичные мужчины — это те, которые у нас кыргызы большинство, вот эти, которые пьют и избивают своих женщин» (Здр., Кыргызстан).

«...Мужчинам автоматически приписывается больше прав и больше свобод все-таки, даже это не всегда обсуждается открыто. Но вот на каком-то автоматическом уровне это вот как бы больше ожиданий в каком-то плане, таких как в плане достижений карьерных, но при этом больше свобод и больше выборов как-то позволено мужчине, больше ошибок позволено мужчине обществом, потому что вот более ценный гендер, так сказать. И в семьях, возможно, многих до сих пор (...) представления о мужчине вот такие, что все-таки это если ребенок в семье, то более ценный, в него вкладывают больше ожиданий, он должен как-то соответствовать каким-то критериям, ступеням успеха, закончить что-то, хорошо работать, хорошо зарабатывать» (Здр., Кыргызстан).



Кроме социально-психологических различий мужчины и женщины, опрошенные также приводили в пример ряд визуальных отличий, таких как длина волос, строение тела, рост, волосатость и прочее. При этом отмечалось, что в визуальном плане типичная женщина может выглядеть более разнообразно, чем мужчина, следовательно, портрет типичной женщины более размыт, а возможности для гендерной экспрессии шире:



«Ну, то есть, типичный мужчина — он без макияжа, как правило, с коротким или средним волосом, одет в брюки, на нем обувь без платформы и каблука и подстриженные ногти. Вот, ну то есть это больше присуще мужскому. Вот он более открыт, более импульсивен, более широк там и к такому. А женщина типичная — ну, это более сдержанная, более... ну как сказать. С более длинным волосом, не знаю, обязательно украшенная бантиком, цветочком, брошечкой, что-то типа того. Ну и что-то мягкое, нежное и уязвимое» (Здр., Кыргызстан).

«Типичный мужчина (я описываю его со стороны женщины) — это высокий, стройный, умный, харизматичный, интересный, веселый, вот такими признаками обделю (наделю) мужчину своего. Женщина — нежная, стройная, умная, самостоятельная, но, тем не менее, наполнена любовью. Да, ну вот все-таки, в отличие от мужчины, мужественного, все-таки придам женственности, вот такой нежности — так хочется видеть» (ЛПР, Украина).

«Мужчина будет с широкими плечами и узким тазом, а женщина — наоборот, с широким тазом и узкими плечами. Это телосложение, нежный голос, а у мужчины более густой голос. Все это обусловлено ДНК, генами и потом уже и половыми гормонами» (Здр., Армения).



Отрадно, что некоторые респонденты отказывались мыслить в категориях «типичные/нетипичные мужчины и женщины», объясняя это тем, что такое представление стереотипно и чуждо им:



Вопрос интервьюера: «Опишите, пожалуйста, типичного мужчину и типичную женщину».

«Но кто может четко сказать, что типично?! Ну, каждый человек имеет свои представления. Ну, это всегда субъективно. Это все так относительно. Не могу сказать. Скажем, сейчас я могу считать себя типичной женщиной, но потом раскрою что-то в себе. Кто сказал, что типичность должна иметь какое-то определение?!» (Здр., Армения).

«Нет у меня такого "типичного". Я исповедую такую жизненную философию, что все мы являемся людьми, несмотря на то, какие у нас там первичные или вторичные половые признаки или с каким полом мы рождаемся. Это никаким образом не влияет на наши базовые или конституционные права, или с какой длиной волос ты ходишь, или в какую одежду ты одеваешься и кем ты себя ощущаешь с утра или вечером... Скажем так: это человек, который сам себя идентифицирует как женщину или как мужчину в представлении общества. Для меня это — типичные» (ЛПР, Украина).

«Я не хочу описывать типичного мужчину и типичную женщину. (Вопрос интервьюера: «То есть как такового определенного портрета у Вас нет?») Не знаю, это даже насилие над собой» (Здр., Кыргызстан).



Отношение к праву распоряжаться своим телом — довольно спорный вопрос, способный вызвать ряд дискуссий, особенно если к его обсуждению привлечены, например, различные религиозные организации, которые всячески выступают против такого права. Поэтому мы попросили экспертов поделиться мнением о том, готовы ли их коллеги признать право каждого человека распоряжаться своим телом или, наоборот, склоняются к тому, что такое право должно быть ограничено.

По результатам интервью большинство опрошенных выступают за право на распоряжение своим телом, поскольку считают это личным выбором человека:



«Знаете, мне кажется, что большинство докторов в системе — люди с достаточным интеллектом и подходят к вопросу с пониманием, что это, на самом деле, выбор человека... Мне кажется, это мнение каждого человека, его право, как он/она будет проявлять себя: захочет — совершит операцию, не захочет — не сделает (прим.: речь идет о транс людях). Мы, доктора, здесь больше в роли помощника, а не принимающего решения» (Здр., Армения).*

«Я здесь, так сказать, руковожу только персоналом нашего отдела, планирую нашу работу. О таких юридических вопросах решения не принимаю, но я считаю, что, каждый человек сам(-а) хозяин/хозяйка своего тела, и как захочет, так и распорядится им» (ЛПР, Армения).



Причем такой позиции придерживаются большинство экспертов независимо от страны и категории (ЛПР или Здр.). Но все же врачи больше склонны помочь человеку в этом вопросе, то есть они согласны предоставлять такое право и считают, что как люди со специальным образованием должны сопровождать человека, принявшего какое-либо решение в отношении распоряжения своим телом:



Вопрос интервьюера: *«По Вашему мнению, насколько медицинские специалисты согласны с тем, что транс* человек имеет право на распоряжение своим телом? Как Вы думаете, медицинская система должна регулировать этот вопрос?»*

«В медицинской системе нечего регулировать, это человеческое решение, и человек должен сам решить, как должно выглядеть его тело. Здесь рецепт врача — это нечто иное: врач просто должен правильно направлять, чтобы переход прошел гладко» (Здр., Грузия).



Но в то же время среди опрошенных есть эксперты, которые слабо разбираются в этом вопросе или пока не сформировали собственное мнение на этот счет:



«Знаете, поскольку я не общалась с ними, не могу мнение высказать. У меня нет много информации о них, чтобы я могла понять. В реальности я знаю только геев и не очень хорошо информирована о транс людях» (Здр., Армения).*



Также в ходе исследования высказывалось мнение о том, что контроль со стороны сферы здравоохранения все же должен быть, так как именно медицинский специалист способен определить, действительно ли желание распоряжаться своим телом — это осознанный выбор, а не временное, ситуативное, эмоциональное состояние, вызванное, например, каким-то психическим расстройством. Рассуждая в этом направлении, специалисты здравоохранения обращались к опасениям и страхам, связанным с психическими расстройствами или травматическими случаями самоповреждения, в случаях которых важна поддерживающая рука медицинского эксперта:



«Я считаю, что должна медицинская система регулировать этот вопрос, потому что нужно для начала проверить, нет ли у человека каких-то психических заболеваний типа шизофрении, потому что неправильно всем подряд менять документы без какого-либо медицинского освидетельствования» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Ну, мы все работаем в правовом поле, и мы работаем в рамках законов, контролирующих и регулирующих работу медицинских организаций и в принципе нашего здравоохранения. И, естественно, если человек занимается членовредительством, то есть как-то самостоятельно себя подвергает каким-то увечьям, каким-то травмам (то есть я слышал, что некоторые трансгендеры в домашних условиях самостоятельно ампутуют себе там яички, или там еще больше, там в комплексе, яички и половой член), — естественно, это нездоровое поведение, это поведение психически нездорового человека. Но если человек абсолютно осознанно обращается за помощью в медицинские организации для проведения тех или иных оперативных вмешательств для изменения своей внешности, для назначения гормональной терапии — это его личное дело. Но когда это все в рамках закона, когда это все в рамках регулирования здравоохранения, когда это все с согласия самого пациента... Лучше всего, чтобы перед хирургическим лечением было заключение психиатра либо психотерапевта о том, что пациент психически состоятельный, и, действительно, он осознанно о том принимает решение» (Здр., Россия, Новосибирск).



Также в интервью озвучивались категорические суждения в отношении права распоряжаться своим телом, причем именно со стороны медицинских работников:



«В плане распоряжения своим телом больше отрицательных мнений, чем положительных. Считается, что это не проблема, а их прихоть, именно такое отношение. Рассматривают как нездоровое, и кем родились — таковыми и должны оставаться. Они так считают» (Здр., Грузия).



С точки зрения экспертов здравоохранения, особенно остро этот вопрос воспринимается медицинскими специалистами старшего поколения, чья профессиональная деятельность выпала на период существования Советского Союза и которые не имели доступа к знаниям о транс* специфичном здоровье:



«Да, вопрос понятен, но я затрудняюсь на него ответить, потому что медицинское сообщество, скажем так, не готово, наверное, к работе с такими людьми ввиду малого опыта, знаний, умений. Поясню.... Суть в том, что лично я, например, как врач, абсолютно не против, я не возражаю: там человек если хочет, там в разрешенных каких-то учреждениях, странах, где это не запрещено законом, за свой собственный счет, за свои финансы-деньги, он может делать с собой все, что хочет. Нравится это кому-то, не нравится — пожалуйста.

Полезно ли, вредно ли это для его здоровья — это как бы тоже его дело. Дело врачей — проконсультировать, предупредить, подсказать и так далее. Но так как в нашей стране эта тема не развита, широко не обсуждается, то врачи попросту не знают и не умеют с этим работать» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Вот в настоящее время тут очень нужно разделять людей по возрастам, то есть медицинских специалистов по возрастам, потому что, если медицинским специалистам 45–50 лет и старше, у них, конечно, отношение к трансгендерам у них очень сложное. То есть они не понимают этой проблемы, очень часто воспринимают ее как заболевание... У нас, конечно, некоторые подвиги в Новосибирске с этим есть, но вот так вот в больницах общего профиля, к сожалению, скорей всего, врач не сможет подсказать человеку, с чего ему начать, куда ему идти, потому что проблема эта очень мало освещается среди специалистов общего профиля» (Здр., Россия, Новосибирск).

По мнению опрошенных, причиной категоричного отношения некоторых врачей к возможности распоряжаться своим телом служит отсутствие необходимых знаний и пробелы в системе здравоохранения:

«Я не уверена, что законодательство запрещает что-то делать. Это явление слишком новое и неизученное для нашей страны. Надо начинать изучать и начинать делать определенные шаги. Нужны исследования и хорошая база данных, чтобы определить, что людям надо. Я не могу однозначно сказать. Мы должны сделать разрешения для человека, принимающего решение. В какой-то мере это хороший стимул: если человек пройдет определенные процедуры и барьеры и не изменит решение, значит, ему это необходимо. А тот, кто сдастся, — значит, ему это и не надо. Определенный путь должен быть. Но мы должны его пересмотреть, чтобы это не превращалось в слишком тернистый путь. Необходимо изучение этого вопроса. Нужно не забывать моменты нашей религиозности, влияние религии на членов общества. Мы больше православные и негибкие. Есть много факторов, которые нужно изучить и правильно преподнести людям, принимающим решение» (Здр., Украина).

Кроме отсутствия информированности и упомянутых выше религиозных догм, эксперты также указывали на социокультурные особенности, которые могут вызывать неприятие права на распоряжение своим телом в той или иной стране, в данном случае в Украине:

«Я думаю, что если говорить об Украине, то это непростой вопрос для Украины. Потому что он связан с социальными и культурными устоями Украины. Потому что Украина является страной, которая сотни лет впитывала ортодоксальные постулаты, особенно российского направления, в котором очень радикализированные ценности, и вот эта культура является сдерживающим фактором адекватного отношения на эти понятия. Даже слово “гендер”, просто тезис “гендер”, является как ругательство в нашей политике. Но если мы 10 лет говорили о гендере, и это воспринималось как каменный век, то сейчас гендер уже признается как объект. Но Украина находится еще на ранней стадии восприятия подобных понятий. Конечно, законодательство должно регулировать эти вопросы в юридическом плане, финансовом плане. Это должно быть законодательно определено» (ЛПР, Украина).

Важным моментом в исследовании была попытка выяснить, насколько респондентам знакомы термины «гендерная идентичность» и «сексуальная ориентация». Эти два термина интервьюеры детально обсуждали с респондентами, спрашивая о том, что такое, в их понимании, сексуальная ориентация и гендерная идентичность и есть ли между ними какая-то взаимосвязь.

В целом среди опрошенных, как ЛПР, так и экспертов(-ок) здравоохранения, были те, кто четко различал эти два понятия, и те, кто путал их либо честно признавал свою неосведомленность в данном вопросе. Но большинство ЛПР и экспертов(-ок) здравоохранения все же различают сексуальную ориентацию и гендерную идентичность, а также считают, что одно от другого не зависит, и люди с различной гендерной идентичностью могут иметь различную сексуальную ориентацию.



«Не имеет никакого общего: сексуальная ориентация является отдельной характеристикой сексуальности, а гендерная идентичность — характеристикой гендера. Транс человек может быть как гетеросексуалом, так и гомосексуалом» (Здр., Грузия).*

«Бывает же транс женщина с гомосексуальной ориентацией, ей нравятся женщины. Я считаю, что это абсолютно не связанные понятия» (Здр., Украина).*

«Я думаю, что, конечно, нет, потому что сексуальная ориентация — больше всего мы говорим, что это желание иметь половую связь с противоположным полом или же, наоборот, со своим биологическим полом. Гендерная идентичность, получается, то, что человек как ощущает, и этот человек, в зависимости (от того), как себя ощущает, может иметь связь с теми людьми, с которыми они предпочитают» (ЛПР, Кыргызстан).



Если в других странах эксперты из обеих категорий могли как путать, так и различать понятия сексуальной ориентации и гендерной идентичности, то в Украине все респонденты указывали, что данные термины никак не связаны между собой:



«Конечно же нет. Сексуальная ориентация — это влечение человека к другому человеку. Коротко — нет. Гендерная идентичность — это гендерная идентичность. Это два разных понятия. Сексуальная ориентация — это то, к кому влечет. А гендерная — это то, каким образом человек себя идентифицирует» (Здр., Украина).

«Человек с любой сексуальной ориентацией может иметь свой гендер. И наоборот, с любой гендерной идентичностью может быть любая сексуальная ориентация» (ЛПР, Украина).



Стоит отметить, что данный вопрос вызвал больше затруднений в Армении, Кыргызстане и Грузии, нежели в России и Украине:



«Наверное, сексуальная ориентация больше обуславливает гендер. Особых профессиональных знаний в этом у меня нет. Наверное, гендер более устойчив, и по желанию может меняться ориентация» (ЛПР, Грузия).

«Хмм... Сексуальная ориентация и гендерная идентичность? По-моему, я не знаю их различий. Насколько я знаю, это почти одно и то же» (ЛПР, Армения).

«Ну, в целом там связь есть, а как и каким образом — я, к сожалению, не смогу ответить» (ЛПР, Кыргызстан).



Встречались и те, кто понимал различия между сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью, но в то же время считал, что «нестандартная», в их представлении, сексуальная ориентация и гендерная идентичность являются отклонениями:



«Ну, это их сексуальное поведение, а гендерная идентичность — их ощущение. В обоих случаях это сексуальные наклонности» (Здр., Армения).



Некоторые респонденты считали гендерную идентичность способом выражения своих сексуальных предпочтений. Это, в представлении экспертов, означало следующее: если человек не ощущает себя в том гендере, который ему приписывают, то это всего лишь потому, что он хочет «сменить пол, чтобы спать с противоположным полом»:



«Да, связаны. Каким образом? Ну, я думаю, что если женщина ощущает себя мужчиной, чувствует себя, как мужчина, и ведет себя, как мужчина, навряд ли она будет спать с мужчиной» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Есть прямая связь, потому что ты решаешь, с кем иметь половой контакт в результате определения своего гендера. Мне кажется, так» (Здр., Армения).

«Вообще не связано, как оказалось. Потому что у меня разрушился мир, когда я услышала истории тех трансгендерных людей, с которыми я общалась. В какую сторону? Когда мне трансгендерный мужчина говорит, что “я сплю с мужчинами, я гей”, — у меня произошел разрыв шаблона. Для чего делать такой сложный переход, чтобы все равно спать с мужчинами?! Потому что он себя так ощущал. Так же, как и с женщинами. Когда я спрашиваю транс женщину: у меня подруга, хорошо, ты вообще где? Раньше как-то по-другому думала? Я вообще об этом не думала. Да, наверное, можно сделать операцию, извините, грубо скажу, чтобы чпокать женщин, но сделать операцию, чтобы быть опять с мужчинами?! Да, вообще не имеет значения, какая у тебя ориентация» (ЛПР, Россия, СПб).*



По мнению некоторых опрошенных, сексуальная ориентация человека может быть более изменчивой, чем гендерная идентичность. Также эксперты и экспертки акцентировали внимание на том, что сексуальная ориентация — это внутреннее, непубличное ощущение, которое может быть скрыто от окружающих, а гендерная идентичность проявляется внешне, ее сложно скрыть или утаить.

Один из экспертов здравоохранения также высказал мнение, что в современном мире в связи с установленными в обществе правилами чаще всего приходится скрывать и гендерную идентичность, и сексуальную ориентацию с целью соответствия общественному мнению, для поддержания родственных связей, а также для того, чтобы иметь генетически родного ребенка.

“

«Думаю, да, связаны. А что их объединяет? Как именно они связаны? Гендер — это вот как: я женщина, я гетеросексуальна, но я могу вступить и в лесбийские отношения. Интерес может мною управлять. Сексуальная ориентация, как мне кажется, — она более свободная, чем гендерная. Очень часто мы там теряем какой-то интерес в сексуальном плане, но ведем себя очень гендерно. Часто я вижу в обществе, что есть лесбийские пары, но потом они создают гетеросексуальные семьи, поэтому сексуальность более широкая и открытая. Гендер — это открытость, то, что люди видят наизнанку, то, что Вы видите сейчас во мне, я — в Вас, а сексуальность — это такая тема, более личная» (ЛПР, Украина).

«Гендерная идентичность, по-моему, более стабильна, чем сексуальная ориентация. Сексуальная ориентация может измениться по разным причинам. У меня среди пациентов есть, например, представители меньшинств, которые имеют склонность к противоположному полу и говорили, что хотят жениться / выйти замуж... Например, у многих это желание иметь ребенка, что очень много встречается. Этот фактор большой, так как в конечном счете все хотят иметь ребенка. Потом, другой фактор — это семья, родственники, чтобы они ничего не узнали, что для меня неприемлемо» (Здр., Армения).

”



**ОТНОШЕНИЕ
ЭКСПЕРТОВ
К ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ**

Одна из тем в рамках интервью касалась представлений экспертов о транс* людях. Часть респондентов затруднилась дать какой-либо ответ, ограничившись такими общими словами, как «клиенты/пациенты», «люди с определенными проблемами (социальными или медицинскими)», «такие же люди, как и все». Большинство тех, кто смог сформулировать конкретный ответ, продемонстрировали склонность к бинарной категоризации:

“

«Знаю то, что весь мир: что человек, скажем, одного пола, но представляет себя в другом поле, другого пола, ну, не знаю, делал ли он/она операцию или нет, или просто украшается, чтобы получать соответствующие услуги» (Здр., Армения).

«Ну, это люди, которые идентифицируют себя с противоположным полом. Представление о них достаточно неоднозначное, потому что я как человек верующий не поддерживаю, во-первых, вот такие изменения, во-вторых, я считаю это психическими отклонениями и не более того» (Здр., Россия, Новосибирск).

”

Некоторые участники и участницы опроса указывали на неопределенность, по их мнению, присущую транс* людям.

“

«Это врожденная гендерная неопределенность — так назовем» (Здр., Грузия).

«Это категория людей, которые, возможно, сомневаются в том, к какому гендеру они принадлежат» (Здр., Кыргызстан).

”

В целом же опрошенные отмечали, что в программах медицинских учебных заведений эта тематика освещается очень слабо, поэтому специалистам сложно оказывать адекватную помощь транс* и небинарным людям.

В связи с недостатком знаний в области гендерной идентичности значительная часть опрошенных затруднилась дать ответ на вопрос, включает ли транс* сообщество, помимо транс* мужчин и транс* женщин, другие группы? Большинство ответивших утверждали (пусть даже с оттенком сомнения), что транс* сообщество представлено транс* мужчинами и транс* женщинами:

“

«Может, мои знания недостаточны в этом плане, но, по-моему, транс сообщество включает только транс* женщин и транс* мужчин» (ЛПР, Армения).*

«Я не думаю, что способна ответить на этот вопрос объективно. Во всяком случае, через транс сообщество ко мне приходят трансгендерные девочки и мальчики» (Здр., Кыргызстан).*

«Честно скажу, я не знаю. Есть, как минимум, эти две, но есть еще кто-то» (ЛПР, Украина).

”

“

«Думаю, что эта группа заканчивается на трансгендерных мужчинах и женщинах. О существовании чего-либо еще я не знаю» (Здр., Грузия).

«Каких-то там еще третьих полов, промежуточных, я не знаю» (Здр., Россия).

”

В то же время значительная часть специалистов (преимущественно из Украины и Грузии) упоминает «зонтичный» смысл термина «трансгендерные люди», который, кроме транс* мужчин и транс* женщин, включает также небинарных, гендерфлюидных, интерсекс- и других персон:

“

«Это более обширное сообщество. По своей работе мы работаем и стараемся охватить три группы, но это ничего не значит, мы работаем с трансгендерными мужчинами, женщинами и небинарными людьми. Сейчас могу ошибаться в названии, но знаю, что классификация очень обширная» (ЛПР, Украина).

«Очень большое деление, на самом деле, и, наверное, на ваш вопрос я не смогу прям однозначно ответить, включается ли в эти группы еще кто-то. Но в целом я предполагаю, что да, это больше, чем транс* мужчины и транс* женщины» (ЛПР, Кыргызстан).

«Не знаю, вписываются ли они в эту категорию, но, вероятно, сюда входят и интерсекс-люди. Хотя я думаю, что квир-люди, вероятно, очень свободно впишутся в эту группу» (ЛПР, Грузия).

«Насколько я знаю их теперешнюю классификацию, еще тот, кто еще не сориентировался. То есть я от самих транс* людей слышала, что «один день мы можем чувствовать себя мужчиной, а в другой день — женщиной», но я не могу проникнуть в их мир и понять» (ЛПР, Армения).

«Трансгендер — это зонтичный термин, а внутри этого термина их слишком много. Честно говоря, иногда путаю. Иногда что-то забываю, но входят и люди другой гендерной идентичности. Например, гендерфлюидные типы, цисгендер тоже входит, в принципе... Или нет? Нет, нет, не входит» (ЛПР, Грузия).

”

В ряде случаев опрошенные не были уверены, кто входит в зонтичный термин.

“

«Мне кажется, подразумевает и другие группы. Я не знаю точно, включает ли это общество дрэг-квинов, но... Я не знаю, я не знаю точного ответа» (Здр., Грузия).

”

У некоторых опрошенных транс* люди ассоциировались с необычной внешностью. По мнению других, приобретенный гендерный образ порой настолько совершенен, что человек не выделяется:

“

«Трансгендерный человек... все-таки это человек, по внешнему виду которого можно догадаться, что он сменил пол. То есть все равно мужские черты лица никуда не деваются, фигура мужская никуда не девается, голос тоже может выдать, и ты думаешь: "Хм, здесь что-то не то, наверное, это трансгендерный человек". Как-то так» (Здр., Россия).

«Я, наверное, более шаблонно представляю трансгендерную женщину, хотя я знаю трансгендерных мужчин как по работе, так и в личных отношениях. Но все же женщина представляется первой, у кого есть определенные как социальные, так и психологические проблемы, проблемы со здоровьем, исходя из того, что она не хочет подчиняться этим социальным правилам» (ЛПР, Грузия).

”

Для большинства опрошенных транс* люди — это те, кто обречен на жизненные трудности и нуждается в помощи:

“

«Люди, которым очень нелегко живется в этой стране. Люди, которых я крайне редко вижу, встречаю на улицах. Мне кажется, что это люди, которых практически не видно, не потому, что их нету, а просто потому, что они сами не хотят как-то попадаться на глаза или, тем более, быть идентифицированными как трансгендерные люди, потому что это для них может быть серьезными проблемами» (ЛПР, Украина).

«Я думаю, что ассоциируется у меня с человеком, который испытывает трудности. Вот так. Я понимаю, что ко мне придет трансгендерный человек или мне написал трансгендерный человек, у меня возникает ощущение, что человеку трудно. Человек находится, наверное, вне какого-то счастья, и все-таки он преодолевает все это время, и он не в той зоне комфорта, в которой может позволить себе быть» (Здр., Кыргызстан).

”

Трудности могут быть настолько серьезными, что ставят в безвыходную ситуацию не только самого транс* человека, но и его окружение:

“

«Для меня это слово ассоциируется с несчастьем, потому что в моем окружении у всех есть опыт, доводивший до смерти, и моя ассоциация — что у этого человека какое-то несчастье» (ЛПР, Грузия).

”



«Ну, первые — это операции. Я понимаю, что не все упирается в операции, но для меня трансгендерность — это принятие некоторого решения, что ты будешь. Ну, во-первых, там, ну вот, близкие тебя отвергают и решение положить себя под нож. Ну, как правило. Ассоциация второго порядка... это в душе какое-то одиночество, ну, это я, может быть, не права. Я общалась с теми ребятами. На мой взгляд, они очень такие, они единые, они дышат этим, у них глаза горят, но мне кажется, где-то на уровне сознания, такое какое-то... второе — это одиночество» (ЛПР, Россия).



Чужое несчастье вызывает не только желание помочь. Иногда несчастье интерпретируется респондентом в терминах фатального отличия от нормы:



«Знаете, если честно, больше есть чувство жалости, потому что, ну что сказать, это, конечно, физиологически не так уж и нормально. Что-то, не знаю, это в психической или в эндокринной сфере, но есть какое-то отклонение. Ну, большинство же не такое, но есть 1% населения, который воспринимает себя каким-то противоположным образом» (ЛПР, Армения).

«Я вспоминаю трансгендерных женщин, в первую очередь, потому что к ним больше агрессии, чем к трансгендерным мужчинам. Трансгендерная женщина не может позволить себе выходить на улицу в красивом платье, с красивым макияжем и хорошо выглядеть. У трансгендерных мужчин меньше проблем с трудоустройством, чем у женщин» (Здр., Грузия).



Участники исследования отбирались в основном среди тех, кто уже вовлечен в работу с транс* людьми. Вполне естественно, что ассоциации опрошенных были связаны с теми, с кем они контактировали:



«Сейчас, когда я слышу слово «трансгендер», сразу представляю тех пациентов, которых встречала, — с поведением, характерным для противоположного пола. Ну, правда, я делала некоторые исследования, читала о них, но, думаю, нам всем еще много есть чему поучиться!» (Здр., Армения).

«Мои друзья. Мои клиенты» (Здр., Украина).



В то же время респонденты и респондентки отмечали, что вечная война с навязанными обществом нормами требует большого мужества и умения идти к цели, несмотря ни на что:



«Ну, потерянный, потому что трудно в этой нашей действительности. Ну вот у меня есть друг один, который говорит, что нужно иметь крепкие яйца для того, чтобы отстаивать свое право быть таким, какой ты есть» (Здр., Россия).



Несколько респондентов назвали негативные ассоциации:



«Я думаю, это все-таки психически нездоровый человек» (Здр., Россия).



“

«Ну, в первую очередь, у меня возникают ассоциации с гомосексуалистами¹³, потому что опять-таки, как я и говорил, это взаимодействие не с противоположным больше полом, а с однополыми партнерами, что в итоге... Может, он себя и идентифицирует, допустим, с другим полом, но все равно эти однополые контакты — это и есть гомосексуализм» (Здр., Россия, Новосибирск).

”

В то же время другие романтизируют образ транс* человека:

“

«Мне кажется, что это необычные люди. В положительном плане, потому что очень приятные, (...) очень много творческих ребят среди них. Вот мне нравится в таких людях, что они не скрывают то, чем они хотят заниматься... У человека есть свое желание, у человека есть свое стремление, и он к этому идет, и это... это всегда вот у меня вызывает прям восторг. Они не стесняются выразить это. Вот это круто» (Здр., Кыргызстан).

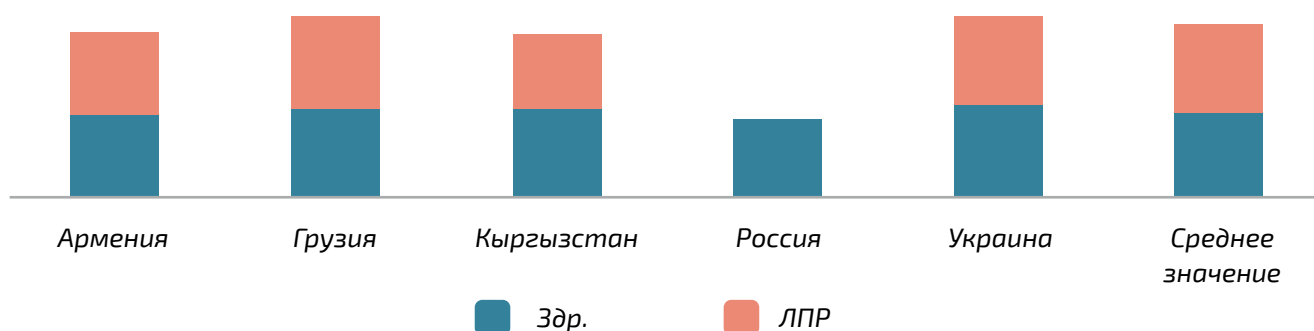
”

3.3

ОЦЕНКА ЛИЧНОГО ОТНОШЕНИЯ К ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЛЮДЯМ

Каждому опрошенному, как из числа экспертов здравоохранения, так и из категории ЛПР, интервьюер предлагал оценить свое личное отношение к трансгендерности по шкале от 1 (нельзя принимать в обществе) до 5 (должна быть принята в обществе), а также в свободной форме прокомментировать выбранную оценку. Это исследование, естественно, не является репрезентативным, респонденты и респондентки выбирались отнюдь не случайно. Именно поэтому полученные результаты (в среднем значении 4,6 балла — среди экспертов и эксперток здравоохранения и 4,7 – среди ЛПР) следует воспринимать только как позицию опрошенной совокупности специалистов и специалисток, не распространяя эти цифры на всех медицинских работников и людей, принимающих решения, в странах исследования. Система оценивания предназначалась, скорее, для того, чтобы у респондентов и респонденток был повод сформулировать свою позицию.

Рис. 3.3.1. Личное отношение экспертов и эксперток к трансгендерности (средние оценки).



¹³ Все цитаты респондентов(-ок) переданы дословно. При этом и социологини, и заказчик исследования (ЕКОМ) признают, что в цитатах могут содержаться некорректные либо устаревшие термины, мисгендеринг, стереотипы или заблуждения в отношении каких-либо сообществ, процессов или явлений.

Большинство опрошенных рассуждали в рамках правозащитного дискурса, акцентируя внимание на том, что люди рождаются равными в правах, но со своими индивидуальными особенностями. Наказывать за это — жестоко и несправедливо, даже если такие особенности сильно отличают их обладателей от большинства людей:



«Потому что это явление в обществе есть, мы его не можем не принимать, просто по факту его существования. Это все равно, что отрицать наличие желтых листьев осенью, потому что они кому-то не нравятся, но они есть. Это не хорошо и не плохо, это просто есть. Потому что я, прежде всего, не оцениваю это из разряда “это хорошо, поэтому это должно быть в обществе” или “это плохо”. Это явление поведенческого или психического разряда, но оно есть, у нас может быть разное отношение к этому, но этот факт есть. И намного было бы проще, если бы люди просто признавали сам факт существования этого. Я не говорю, что все должны там поддерживать этих людей или не поддерживать, но по крайней мере люди должны знать, что это есть, и как бы относиться к этому так: вот такое явление есть, такое иногда бывает» (Здр., Украина).



В то же время подчеркивается важность взаимных уступок или «хорошего поведения», т. е. общество должно принимать транс* и небинарных людей, но и сами транс* и небинарные люди должны соответствовать неким критериям «хорошего гражданина», принимать существующие правила жизни в обществе. Важно отметить, что респонденты и респондентки больше акцентировали внимание на том, что именно транс* люди обязаны подстраиваться под общепринятые правила и нормы. При этом никто не упомянул о необходимости гарантировать безопасность для транс* людей, чтобы они, как все граждане, могли жить без боязни насилия. Это говорит о цисцентризме, то есть скрытом или явном убеждении, что цис-люди — правильные и что нормально ставить транс* людям условия, на основании которых они могут жить на равных с остальными и пользоваться своими общечеловеческими правами.



«Я думаю, что должны быть приняты в обществе, но до этого им тоже нужно многое сделать. Во-первых, они должны принять себя самих и проявлять хорошее поведение... Я считаю, что важно быть этически хорошим» (Здр., Армения).

«Мой подход такой: я считаю, что люди любого типа имеют право пользоваться правами всех сфер, но не нарушая границы прав другого» (ЛПР, Армения).

«Само по себе трансгендерность — какое-то отклонение от нормы, но эти люди имеют право жить, как, ммм, как любой член общества. Просто ваш вопрос — принятие трансгендерности? Но что это значит, они есть в обществе, и что прикажете делать с этими людьми?! Они есть в обществе и будут, хотя и в небольшом количестве. Что им, не жить? То есть общество должно спокойно относиться к ним, но я бы и не делала это... Если честно, это их большая публицизация, рекламирование, вот этого я против. Например, в Евровидении, эта Кончита или кто, когда он/она выступил(-а), мои дети мне очень-очень много вопросов задали. Кто это был(-а) — мужчина или женщина? Почему женщина с бородой? И, знаете, такое рекламирование как-то не понравилось мне, что мои маленькие дети с маленького возраста должны видеть, что есть такое отклонение. То есть эти люди пусть живут как нормальные члены общества, но их такое рекламирование не так уж хорошо воспринимаю, поэтому выбираю (оценку) “3”» (ЛПР, Армения).



Респонденты и респондентки, размышляя о важности права на распоряжение своим телом, самоидентификацию и выбор образа жизни, подчеркнули также потребность в уважении к себе независимо от внешнего вида, а также в уважении, например, к своему ребенку, вне зависимости от идентичности и облика. В связи с этим звучала еще одна установка: равноправие исходит из того, что каждый и каждая могут распоряжаться своим телом по своему усмотрению:

“

«Знаете, речь идет не только о трансгендерности: любой человек, любое действие любого человека. Я считаю, что каждый человек как является распорядителем своего собственного тела, так и собственной жизни. Если мне приятно одеваться, как мужчина, если так мне комфортно, то я делаю это, ты обязан принять меня такой. В данном случае я принимаю людей такими, какие они есть, без критики, без желания изменить. Если мне нравится женская одежда — это ок. Тебе так приятно? Мне приятно общаться с тобой, так как тебе комфортно. Поэтому я никогда не осуждала трансгендеров... Я принимаю людей такими, какие они есть» (ЛПР, Армения).

«Считаю, что это часть независимости человека, а не вопрос, исходящий от общественности: хочешь, чтоб твой ребенок был трансгендером? Как решит мой ребенок — пусть так и будет. Нравится или нет — это мое дело и не забота моего ребенка, у него не должно быть трагедии из-за чужого мнения» (ЛПР, Грузия).

”

Еще один довод в поддержку равноправия транс* и небинарных людей заключается в осознании их вклада в экономику страны, что тоже можно отнести к традиционному либеральному дискурсу:

“

«По-моему, люди, живущие в той или иной стране, независимо от пола, вносят денежный вклад в бюджет страны, работают наравне с другими людьми и должны получать те же сервисы, что и остальные» (Здр., Грузия).

”

Кроме декларативного признания равноправия, многие участники и участницы исследования указывали на опыт общения с транс* и небинарными людьми как на источник своего восприятия этой группы именно как живых людей, а не носителей ярлыков:

“

«У меня не было дано никаких установок в детстве, я не общалась с этими людьми, но и не слышала о них и негативной информации. Я свой путь начала с профессиональной информации. Поэтому мне сейчас проще это все и воспринимать, и понимать, и видеть. Никакой негативной информации до этого я не имела, я начала этим заниматься, грубо говоря, с 28 лет. Я знала о том, что они существуют, но никогда не видела и не встречала. Поэтому мой опыт основывается только на профессиональной деятельности» (ЛПР, Украина).

”

Хотя в выборке доминирует поддержка равноправия для транс* и небинарных людей, звучали также и достаточно враждебные высказывания. Как видно из следующих цитат, эти респонденты, с одной стороны, слабо представляют себе разнообразие транс* сообщества, а с другой — транслируют одобряемую властями РФ политическую повестку:



«Если мы будем все это принимать, то что будет в дальнейшем, что будет дальше с нашим поколением? И что у нас просто все перевернется с головы на ноги» (Здр., Россия).

«Я понял, в последнее время очень большое распространение в средствах массовой информации, в каких-то общественных организациях, то есть поднимается большой шум в плане трансгендеров, транссексуалов, смены пола, гомосексуалист, эти всех уже одолевают. Просто лишний раз поднимается эта шумиха и это афиширование. У нас в стране принят очень мудрый закон нашим уважаемым президентом о запрещении пропаганды гомосексуализма, и так же нужно запрещать и пропаганду и в принципе все эти действия по поводу трансгендеров. Раньше этих людей считали психически больными, так оно и есть. Я как врач, который уже одиннадцать лет работаю врачом и в хирургических стационарах, и в онкологической больнице, я общаюсь с разными пациентами и уже, скажем так, немного разбираюсь в психотипах пациентов. Вот гомосексуалисты, трансгендеры — по большей своей части это люди с психическими отклонениями, это психически нестабильные люди, они очень импульсивные, агрессивные, они достаточно такого стероидного типа характера. То есть, как правило, я не видел ни одного трансгендера, который бы не принимал антидепрессанты, который бы не принимал транквилизаторы, который бы не был знаком с пятью-шестью психиатрами и психотерапевтами. Если люди больны, им нужна помощь, но если они о помощи не просят — это не значит, что об этом нужно орать на весь мир, что я не знаю, кто я: мужчина или женщина. Ну тогда определись сам и живи своей жизнью, не надо это афишировать» (Здр., Россия, Новосибирск).



В то же время респонденты отмечали, что как их позиция, так и позиция системы общественного здравоохранения в целом изменилась с течением времени:



Вопрос интервьюера: «Вы выбрали оценку “5”. Расскажите более подробно, почему вы так считаете?»

«Я работал над этим столько лет, 10 лет назад у меня было бы другое отношение. Но когда я впервые встретил транс пациента в Америке 17 лет назад, в Грузии об этом еще не было и речи, и у меня были неловкие моменты. Но потом — это настолько стандартная процедура, что она абсолютно не доставляет мне неудобств» (Здр., Грузия).*

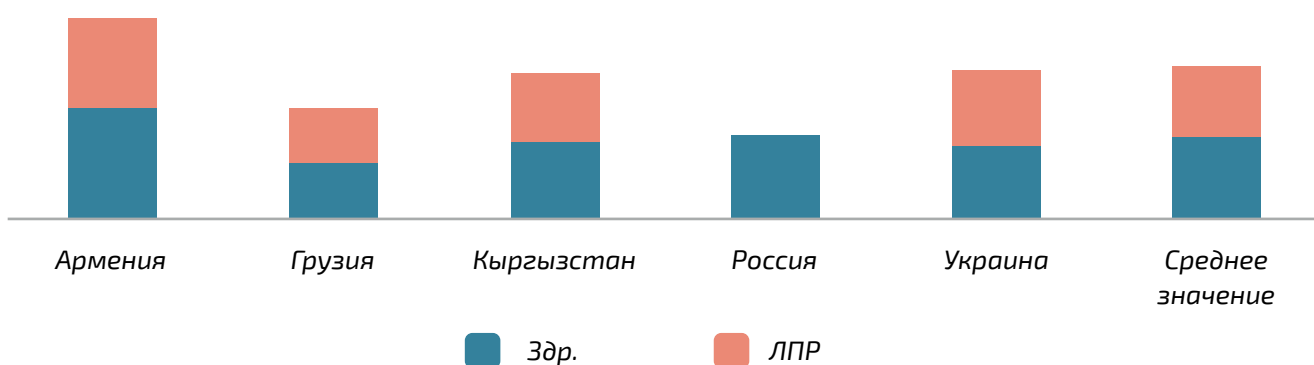


3.4

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ ДРУГИХ ЭКСПЕРТОВ К ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЛЮДЯМ

Как и в предыдущем разделе, каждому опрошенному интервьюер предлагал оценить отношение медицинских работников в целом к трансгендерности по шкале от 1 (абсолютно негативное) до 5 (абсолютно позитивное), а также в свободной форме объяснить, почему была дана именно такая оценка. Полученные результаты (в среднем значении 2,4 балла — среди экспертов и эксперток здравоохранения, 2,0 — среди ЛПР) указывают на доминирующие негативные взгляды среди профессионального сообщества.

Рис. 3.4.1. Отношение других специалистов к трансгендерности (средние оценки).



Если сравнить личное отношение экспертов и эксперток к трансгендерности с их субъективными предположениями об отношении других специалистов, прослеживается значительная разница: личные оценки на порядок выше, чем оценки других специалистов и специалистов.

Рис. 3.4.2. Сравнение личного отношения экспертов и эксперток здравоохранения и предполагаемого отношения других специалистов к трансгендерности (средние оценки).

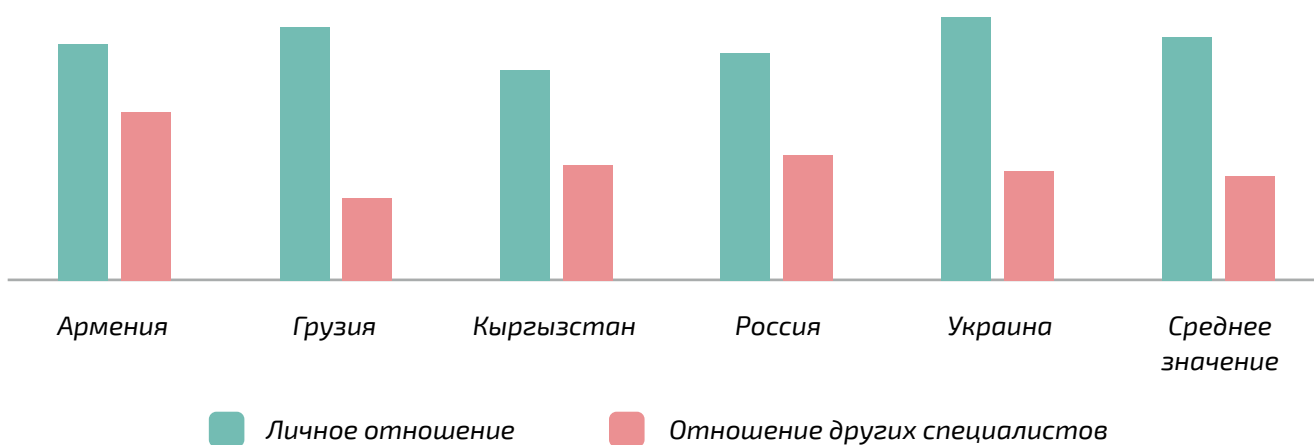
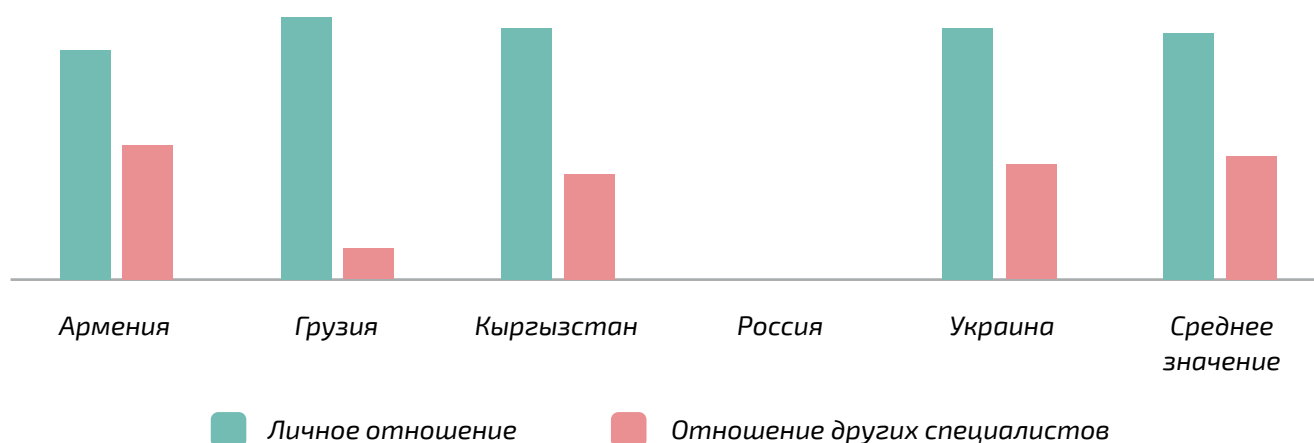


Рис. 3.4.3. Сравнение личного отношения ЛПР и предполагаемого отношения других специалистов к трансгендерности (средние оценки).



Часть респондентов указывала на значительную неоднородность медицинского сообщества, связанную как с возрастом и образованием, так и с наличием или отсутствием опыта работы с трансгендерными людьми:



«Я слышала истории и вижу по времени принятия решений, законов, что нужно время, объяснения, борьба за любые правильные и разумные решения, поэтому это говорит о сырости людей, которые принимают решения. Они руководствуются кодексами предыдущих лет, банальными семейными кодексами. Им очень трудно расширять свое виденье. Это меньшинство людей, которые могут не иметь каких-то своих прав, их не так много, чтобы уделять этому время и внимание. Это я говорю, например, о Верховных Радах. Если решение принимается на Нацрадах по ВИЧ, по туберкулезу, где уже есть сформированное толерантное сообщество, которое уже все знает, естественно, здесь уже на другом уровне. Здесь уже и решение, и программы принимаются с учетом мнения и участия трансгендерных людей. А есть еще такой простой люд, который тоже не воспринимает это сообщество. И есть такая серединка, где могут жить эти люди, к сожалению, что у них нет ни прав, ни поддержки в обществе» (ЛПР, Украина).

«Сказать, что оно абсолютно положительное, я не могу. Сказать, что нейтральное, тоже нет. Если мы затрагиваем, ну, таких вот докторов, средненькие такие, семейные врачи, работающие на периферии в регионах, работающие терапевтами, которые не осведомлены в этой сфере. Конечно, у них будет вот такое мнение — абсолютно отрицательное. Ну, если мы говорим о сфере врачей, работающих в репродуктивной области, и более молодых, более продвинутых, которые работают на других уровнях совершенно, то у них (оценки) положительные... Я думаю, что большинство специалистов сферы здравоохранения вообще не сталкивались с таким феноменом и с таким понятием, как трансгендерность. Если бы хотя бы, я думаю, что любой семейный доктор с любого села если бы услышал хоть какое-то введение, в тренинге, который проводят среди нас, дружественных врачей, он бы ежесекундно изменил свое мнение» (Здр., Кыргызстан).



В то же время предлагаемые образовательные программы, к сожалению, могут быть неэффективными, поскольку восприятию информации мешают предрассудки аудитории:



«Когда мы начинаем наши тренинги, начинаем рассказывать, и они понимают, о чем наши тренинги и что мы работаем, в частности, с трансгендерными людьми, у них возникает негативное восприятие и какое-то отторжение. Они хотят занавес между нами и собой повесить, чтобы ничего не слышать и не видеть и в целом никак не соприкоснуться с этой темой» (ЛПР, Кыргызстан).



В ряде случаев отрицательное отношение может быть обусловлено доминированием патриархальных взглядов во врачебном сообществе:



«Потому что у нас все-таки мужчин очень много в медицине, особенно в хирургии. Где я работаю, там женщин очень мало, соответственно, у мужчин резко отрицательное отношение. Наверное, какие-то свои сценарии детские, что мальчик должен быть мальчиком, девочка должна быть девочкой, и что мальчики не плачут и так далее» (Здр., Кыргызстан).

«Ну и потом у нас есть стереотипы, что если ты мужчина, веди себя как мужчина — да что ты надел эту женскую одежду!» (ЛПР, Армения).

«Мои наблюдения таковы, что может создаться иллюзия, исходя из того, что эти люди хорошо знают биологию, хорошо знают анатомию. В связи с ковидом мы увидели, что медики не отличаются от людей других профессий своими предрассудками или суеверием. У меня нет чувства, что у медиков больше преемственности или соучастия. Вспомню пример, связанный с психологом. Моему знакомому трансгендеру нужно было заключение, что он является трансгендером. Эта молодая девочка столкнулась с большой группой “проповедников” в лице медперсонала: некоторые пожалели, некоторые осудили и довели до такого состояния, что и без того суицидный человек чуть не выпрыгнул из окна» (ЛПР, Грузия).



Еще одна причина отрицательного отношения медицинских работников может заключаться в несоблюдении профессиональных стандартов:



«Тут нужно разделять человеческое отношение и как медиков-профессионалов. Они часто все это путают и все равно ретранслируют свою личность сквозь профессиональные вещи, поэтому в лучшем случае — это где-то между 2 и 3 (баллами). А так — даже 1 и 2. Из того, что мы знаем, слышим от наших коллег, активистов, друзей, то есть буквально единиц, френдли-доктора, имена которых из уст в уста передаются транс людьми друг другу, чтобы не просто получить профессиональное, но еще и человеческое отношение» (ЛПР, Украина).*

«Конкретно среди моих коллег отношение довольно лояльное, поскольку своих коллег я выбирал так, что конкретно для нас ты доктор, ты надел халат и для тебя не имеет значения, пациент транс, би, черный, белый или к какой национальности принадлежит. Если он/она пришла/пришел с проблемой, я обязан лечить ее/его. Для меня ее/его ориентация не важна. Мое отношение такое, и у многих моих коллег тоже так» (Здр., Армения).*



Тем не менее, часть участников исследования указывала на ощутимую консервативность медицинского сообщества:



«Медицинское сообщество что-то новое воспринимает в штыки. Компьютер на рабочем месте плохо воспринимают, а трансгендеров — так вообще. Психиатры и те, кто работает с психиатрией, гормональными изменениями, те — нормально. А остальные — для них пришел лечиться не человек, а непонятно кто. Медицинские сотрудники — это сложная аудитория. Не любят что-то новое» (Здр., Украина).

«Люди видят в них (трансгендерах) опасность и опасаются перетягивания на другую сторону. Есть еще второй момент: они не хотят видеть их в своем обществе. Но достаточно, чтоб среди близких появился такой человек, — они сразу меняются, так как это касается их тоже» (Здр., Грузия).



И, наконец, малая часть врачей убеждена, что трансгендерность — это результат моральной деградации и нежелания лечиться:



«Я здесь тоже как бы считаю, что многие мои коллеги абсолютно отрицательно относятся к этому. (Вопрос интервьюера: «А почему вы так считаете?») Ну мы же общаемся и обсуждаем тех или иных пациентов в плане лечения, в плане дальнейшей тактики ведения и, видите, если пациент — он хочет выздороветь, он тоже должен участвовать в лечебном процессе, он должен быть помощником доктора в своем лечении. А вот эти товарищи трансгендеры и гомосексуалисты, они по части не могут определиться, что они хотят. То есть на одном приеме он говорит: я хочу вот так-то, так-то, на другом приеме он говорит: нет, вы знаете, я решил, вот ночь не спал, что мне нужно вот это вот, назначьте мне вот это вот лекарство, назначьте мне вон то лекарство. Ну, то есть это люди, которые в силу своих нездоровых отношений, нездоровых там... мировосприятия, нездоровых отношений в обществе, они не знают, чего они хотят, и они начинают метаться из крайности в крайность» (Здр., Россия, Новосибирск).



3.5

СОЦИАЛЬНАЯ ДИСТАНЦИЯ¹⁴ В ОТНОШЕНИИ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ

Для измерения социальной дистанции по отношению к различным миноритарным группам населения традиционно используется шкала Богардуса: респондентам предлагается оценить, как близко они могли бы допустить представителя той или иной группы, например, в качестве члена семьи, друга, коллеги и т. п. Максимально далекое расстояние («вообще не пускал бы в страну») предположительно свидетельствует о крайнем неприятии той или иной группы, избегании каких-либо социальных контактов с ее представителями. Шкала Богардуса в силу своей простоты хорошо подходит для массовых опросов населения.

Таблица 3.5.1. Социальная дистанция по оценкам экспертов здравоохранения

СТРАНА	ТРАНС* МУЖЧИНЫ	ТРАНС* ЖЕНЩИНЫ	НЕБИНАРНЫЕ ЛЮДИ
Армения	4,7	4,8	5,1
Грузия	1,8	1,8	1,8
Кыргызстан	1,7	1,7	1,7
Россия	3,2	3,2	3,2
Украина	1,2	1,2	1,2
Средние значения	2,7	2,7	2,7

Важно отметить, что в случае большинства экспертов и эксперток здравоохранения в Грузии, Кыргызстане и Украине оценки социальной дистанции демонстрируют готовность принять трансгендерных и небинарных людей в качестве близких друзей (показатели, приближенные к 2 баллам). В России социальная дистанция выше — готовность допустить транс* и небинарных людей в качестве коллег по работе (3,2 балла). В Армении социальная дистанция наиболее велика: транс* мужчин и транс* женщин эксперты и экспертки готовы допустить в качестве коллег по работе (4 балла), а небинарных людей — в качестве жителей страны.

¹⁴ Социальная дистанция — степень близости или отчужденности между двумя группами людей. Социальная дистанция членов одной группы (респондентов) по отношению к другим группам (трансгендерным и небинарным людям) вычисляется как среднее арифметическое индивидуальных ответов. Соответственно, чем меньше этот показатель, тем короче социальная дистанция между двумя группами и тем сильнее выражены позитивные чувства одной группы по отношению к другой.

Таблица 3.5.2. Социальная дистанция по оценкам ЛПР

СТРАНА	ТРАНС* МУЖЧИНЫ	ТРАНС* ЖЕНЩИНЫ	НЕБИНАРНЫЕ ЛЮДИ
Армения	2,6	2,6	5,1
Грузия	1,9	1,9	1,8
Кыргызстан	2,4	2,4	2,4
Россия	X	X	X
Украина	1,2	1,2	1,2
Средние значения	1,9	2,0	2,0

ЛПР в Украине, Кыргызстане и Грузии готовы допустить транс* людей и небинарных людей в качестве близких друзей, что свидетельствует о достаточно близкой социальной дистанции между экспертами/экспертками и целевыми группами (от 1,2 до 2,4 балла). ЛПР Армении продемонстрировали наибольшую социальную дистанцию — 2,6 балла.

В среднем респонденты и респондентки оценивали свою социальную дистанцию как достаточно близкую — они готовы были бы допустить транс* и небинарных людей как друзей (средние оценки — около 2 баллов), при этом больше половины (39 из 71) могли бы принять их как членов семьи. Поясняя свою позицию, опрошенные в некоторых случаях указывали, что если бы транс* или небинарный человек был в их семье, они бы очень волновались из-за тех трудностей, с которыми транс* и небинарные люди вынуждены сталкиваться в жизни:



«Почему я допустила именно трансгендерного мужчину или женщину в качестве члена семьи? (...) Допустим, говорят же, родилась девочка, но она себя девочкой не считала, она никогда не хотела на улице с девочками играть, с куколками возиться, и больше хотелось с мальчиками играть, в машинки играть. Это все идет оттуда, когда они понимают, что они не такие, как все, и далее такой пубертатный возраст, когда появляется тяга физическая к своему полу, и, соответственно, они понимают, что что-то не то, им очень тяжело это воспринимать. Поэтому необходимо помогать людям пройти этот период, вот эта адаптация чтобы достаточно легко у них прошла в целом... И чтобы предотвратить случаи суицидов, очень важно помогать этим людям, быть с ними рядом и дать им понять, что в этом нет ничего страшного, что они родились не такими, как все, но при этом они остаются людьми, это не инопланетяне, это не изверги, не изгои общества, и ни в коем случае они не достойны быть изолированы. Поэтому для меня очень важно помогать, и если возник бы такой случай, то я бы с удовольствием взяла бы в качестве члена семьи, или если бы в семье такой человек появился, то я бы помогла ему или ей» (ЛПР, Кыргызстан).



Важно также отметить, что у большинства опрошенных есть позитивный опыт близких социальных контактов с транс* и небинарными людьми, и это повлияло на их выбор дистанции:

«На протяжении лет у моих детей была няня-трансгендер, этот человек жил у меня дома и помогал с воспитанием детей. Этот человек жил неподалеку от нас, сначала был нанят как педагог физики и математики, затем потихоньку распределили обязанности на протяжении лет, и этот человек, когда я была занята, находился с моими детьми, а также ходил на родительские собрания» (ЛПР, Грузия).

Наличие опыта неприятия социумом, с одной стороны, и поддержки близких, с другой, может способствовать развитию эмпатии к людям, находящимся в схожей ситуации:

Вопрос интервьюера: «На данной карточке вы выбрали вариант по отношению ко всем категориям людей цифру "один". Могли бы вы рассказать, почему вы выбрали именно данный пункт?»

«Ну, в целом, наверное, из того, что понятие это суперважное. Я считаю, что когда есть люди, которые тебя понимают и принимают, ну, это дорогого стоит. Исходя, наверное, из своей ситуации, когда я недавно сама сделала каминг-аут и сказала своей маме, что я лесбиянка, и моя мама отреагировала на это в достаточно положительном ключе. Она сказала, что все очень хорошо, что она все так же меня любит и если что, то всегда готова мне помочь и готова меня выслушать, чему я была несказанно рада и что послужило в дальнейшем принять мне себя еще больше, познание меня, себя, еще больше, и во мне образовалась любовь к самой себе, к которой я очень долго шла. Поэтому я делаю такой вот выбор, принимаю всех, потому что очень сложно найти людей, которые тебя понимают, поддерживают и принимают. Это очень сложно» (Здр., Россия, Новосибирск).

Однако часто доводы участников и участниц исследования сводились к некой фатальности: отношение к трансгендерным и небинарным людям — это не выбор, так сложилась жизнь, и нужно постараться принять данность:

«В жизни этих людей столько препятствий и столько проблем. Не хотела бы, чтоб эти переживания коснулись моих близких. Но если будет — какая разница, где будет. Не выкину же?» (Здр., Грузия).

«Все приемлемо. Однажды меня спросили: обрадовалась бы ты, если б твой сын был геем? Я повернулась и сказала: надеюсь, не окрестите меня гомофобом, однозначно, не обрадовалась бы, только потому, что знаю, через какие жизненные муки и какие ограничения ему пришлось бы пройти в Грузии. Знаю, какие бои нам предстояли бы. Вот только поэтому я бы не обрадовалась» (ЛПР, Грузия).

«Пожалуй, на всех уровнях. Вот близкий член семьи — у меня бы были все равно... Я не могу сказать, что если бы завтра мой ребенок пришел и сказал, что "мама — вот такая ситуация", то я бы сказала "о, класс, все в порядке, нормально, живем дальше". Для меня это все равно было бы ситуацией удивления, по крайней мере шока, но в любом бы случае я бы не отказывалась от ребенка и не прогоняла бы из-за этой причины, каких-то таких моментов нет. Но я не могу сказать, что я бы это так легко приняла, вот, как если бы ребенок сказал, что "не на скрипке буду играть, а на фортепиано". Не буду лукавить, нет. Но все равно я бы свыклась с этой мыслью и жила бы дальше» (Здр., Украина).

В ответах большей части опрошенных не было отличий между транс* мужчинами, транс* женщинами и небинарными людьми, однако несколько человек отметили, что им сложно сформулировать свое отношение к небинарности в силу неосведомленности, и именно поэтому по отношению к небинарным людям их оценки были более осторожными:



Вопрос интервьюера: «А готовы ли общаться с небинарными людьми как с близкими, друзьями? Или, может быть, если бы среди ваших соседей появились такие люди? Или коллеги по работе?»

«Смотрите, опять же, и поскольку я их никогда не видела. Если трансгендерных людей я видела, просто они так решили. С небинарными людьми, наверное, да. Но почему они вдруг начали воспринимать себя ни как женщину, ни как мужчину? Может быть, у них потаенное... Про них ничего не могу сказать. Никогда не встречала и никогда не разговаривала. Не могу сказать, смогла бы принять или не принять. Трансгендеров я видела, и я понимаю, что так человек решил. Ему 40 лет, и в 30-летнем возрасте он решил, что он будет такой. Здорово» (ЛПР, Россия).

Вопрос интервьюера: «Вы отметили, что вообще не допускать в страну. Почему вы выбрали именно этот ответ?»

«Зачем они нам нужны здесь размножаться?» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Ну, я бы вообще не допускал в страну... Опять-таки скажу, из моих познаний психиатрии и из личного опыта общения с этими людьми в повседневной жизни, да, то есть эти люди склонны к чрезмерной демонстрации своих наклонностей, своих отношений, своих взглядов и... мировоззрений. И если, допустим, кто-то где-то делает им замечание в плане их поведения, они начинают разворачивать транспаранты, кричать об ущемлении их законных прав и говорить, что однополюе отношения — это нормально и что дети должны сами выбирать, какого они пола. Нет, это не нормально... Как, опять-таки сошлюсь на нашего президента, он сказал: у нас есть мама, папа и дети, дочь или сын, то есть у нас нет там родитель номер один, родитель номер два, номер три, номер пять, нет, все обусловлено многими тысячелетиями жизни человеческого общества... Я категорически против, чтобы это распространялось во всех средствах массовой информации, и ведь вы понимаете: лишний раз когда упоминают вот... Жил ребенок и горя не знал, и тут он по телевизору слышит: трансгендер, трансгендер там, гомосексуалисты там, ЛГБТ. Он начинает этим интересоваться, он начинает в интернете посещать определенные сайты, читать определенную литературу, и у него может закрасться мысль: "А может быть, я тоже не мальчик или не девочка". И начинаются метания у ребенка, и он может начать общаться непосредственно с представителями этих сообществ, которые ему, естественно, объяснят: да, мальчик, ты на самом деле не мальчик, ты на самом деле не пойми кто. И я просто знаю такие примеры, когда это заканчивалось не совсем хорошо, и поэтому категорически эту тему даже не надо поднимать. То есть эти люди, глубоко находящиеся в заблуждении, они психически больные, их надо лечить, их надо лечить, да, им нужна помощь психиатра, психотерапевтов, но не более того, понимаете... То есть больному нужно лекарство, им не нужен рупор и микрофон» (Здр., Россия, Новосибирск).



При этом отчасти такие представления базируются на страхе перед неизвестным:

“

«Всех отмечу как жителей страны, потому что все люди, и приму их такими, какие они есть. Например, если бы вы мне задали этот вопрос до того, как я начал работать здесь, я, возможно, дал бы другой ответ» (Здр., Армения).

”

В некоторых интервью завуалированно артикулировался внутренний конфликт между необходимостью быть толерантным и представлением о том, что вариации гендерной идентичности противоречат сформированному идеалу человека:

“

«Вот смотрите, например, я вам сказала, что не вижу их как членов своей семьи или близких друзей, но могу принимать как соседа, коллегу, жителя или посетителя страны — для меня будет все равно. “Вообще не допускала бы в страну” — с этим пунктом не согласна. И ко всем отношусь одинаково, для меня не важно, транс мужчина это, или транс* женщина, бинарные или небинарные. Во всяком случае, я сторонница того, что дано природой, ну ведь среди внешностей людей тоже есть красивые, некрасивые, такие, сякие. Естественно, ты хочешь, чтобы член твоей семьи соответствовал твоему идеалу, твоим мысленным критериям, ну и, естественно, это не про трансгендеров, что правда, то правда». (ЛПР, Армения).*

”



**СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ
УСЛУГИ ДЛЯ
ТРАНСГЕНДЕРНЫХ
ЛЮДЕЙ**

Наличие и доступность социально-медицинских услуг для транс* людей — ключевая потребность в охваченных этим исследованием странах. С целью изучения этой потребности в гайды для ЛПР и экспертов/эксперток здравоохранения был включен блок вопросов, посвященных данному пункту. В рамках этого раздела мы изучали имеющийся опыт предоставления социально-медицинских услуг транс* людям, наличие таких услуг, а также их отличие от услуг, предоставляемых другим категориям населения.

4.1

ТРАНСГЕНДЕРНЫЕ ЛЮДИ КАК ОТДЕЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА

В ходе интервью, кроме всего прочего, мы пытались выяснить, являются ли транс* люди отдельной социальной группой, и в ответ услышали различные мнения, причем как в пределах одной экспертной группы (будь то ЛПР или эксперты здравоохранения), так и в пределах одной страны. Одни считают (и таких большинство), что нельзя выделять транс* людей в отдельную группу, поскольку они такие же люди, как и остальные:

«Нет, нет, нет, нет, нет, не надо выделять, никого не надо выделять. Просто я хочу сказать, что недопонимание — оно есть, но никого никто не имеет право выделять. Это мое мнение. Вот он себя чувствует таким-то, это его право. Я считаю так. А вот так выделять ко-го-то — нет. Одно сообщество: никого никуда нельзя выделять» (ЛПР, Кыргызстан).

«Мне кажется, в идеале, когда общество примет то, что мы многосторонние, они не должны быть отдельной особенной группой. Что нужно отдельно — это процесс перехода, и он очень сложный. Нужно сопровождение медицинское, социальное. Как и в любом другом состоянии. А в целом в обществе я бы не стала, потому что самовыделение является всегда почвой для дискриминации. Я не вижу смысла выделять, потому что все имеют равные права и свободы» (ЛПР, Украина).

«Я так не думаю, потому что у них те же проблемы, что и у меня, но, кроме того, они не могут работать, и из-за этого у них больше социальных проблем. Не думаю, что это отдельная группа, которая требует особого отношения» (Здр., Грузия).

Другие придерживаются мнения, что все же транс* люди отличаются от остальных людей и являются отдельной социальной группой, пока они не интегрированы в общество, не открыты ему в отношении своей гендерной идентичности, обособлены. Когда же такая интеграция произойдет, то транс* люди перестанут быть отдельной социальной группой.

Вопрос интервьюера: «По вашему мнению, являются ли трансгендерные люди отдельными социальными группами со своими отдельными проблемами, потребностями. Почему?»

«Ну, на сегодня это так. И пока общество еще их не принимает... поэтому они ведут себя... ну, у них отдельная как бы жизнь... В основном чаще это люди, которые ушли из семьи, простыми словами, живут, как могут... Я знаю, что некоторые люди, которых я знаю, они очень хотят уехать. Они считают, что в нашей стране пока еще, ну, неизвестно, когда еще общество примет их» (ЛПР, Кыргызстан).



«Знаете, скажу так: отдельные потребности, отдельные проблемы определенно есть, начиная с гормональной терапии и заканчивая специфическими операциями, которые на каждом шагу сделать невозможно, и заканчивая законодательными пробелами. Например, операция смены пола еще не урегулирована законом, сложности со сменой имени в паспорте, кажется, был какой-то шаг вперед, но мне кажется, такое разделение более усугубляет это... Они определенно имеют отдельные проблемы, которые отличаются от проблем всех людей, но группа... Я понимаю, что группе нужна отдельная оценка размеров групп, оценка потребностей, финансирование группы, потому что стигма, дискриминация против них, которая существует в нашем окружении... Сколько бы не пытались бы все идеально представить, все равно есть какое-то предвзятое мнение, предвзятое отношение к ним. Это, определенно, для них очень усложняет нахождение работы... Но можно, как в других странах, рассматривать человека как члена общества, как полноценного члена, не отказываться в работе, не отказываться в разных междучреждениях, чтобы человек мог интегрироваться в социум и жить. В таком случае больше не будет рассматриваться как отдельная группа. Но это реальность Армении» (ЛПР, Армения).

«В плане социальной группы — нет. Я вообще считаю, что нельзя группировать людей по группам. Что касается потребностей, то да, это есть. Группа настолько сейчас закрыта, и я не могу сказать, что первично, что вторично. То ли из социума не воспринимает, и поэтому транс* люди собираются на квартирники, чтобы вместе потусить. Если мы говорим об идеальном мире, то они не должны быть отдельным обществом. В наше время это вынужденная мера» (ЛПР, Украина).



Некоторые эксперты утверждают, что сами транс* люди выделяют себя в отдельную от всего остального общества социальную группу:



«Они сами себя отделяют, я больше так вижу это. Они представляют, что они особые, не скажу сверхчеловеческие, но представляют себя космическими явлениями и этим отделяют самих себя. У меня такое впечатление создалось при общении, при работе с ними. Они, отделяясь, ставят границы, например, во-первых, отделяя себя, они становятся беззащитными... В основном они сами создают свои проблемы, я не обвиняю их, не говорю, что они являются причиной этих проблем, но немного... Еще раз говорю, они хотят чувствовать себя затравленными. Это обусловлено необразованностью общества, и общество имеет эту модель, понятия типичных и нетипичных мужчин и женщин, как вы говорите. И когда видят что-то вне этой модели, то уже начинают сопротивляться» (ЛПР, Кыргызстан).

«Само собой, потому что они скрытны — создают свой социум и имеют свои проблемы, они отрешенцы» (Здр., Грузия).



Но многие опрошенные согласны с тем, что транс* люди имеют свои потребности и проблемы, которые отличаются от нужд остальных членов общества и связаны главным образом с медицинским аспектом:



«Да. Говорю больше о медицинской области. Это адаптация протоколов лечения и сопровождения. Это адаптация протоколов в психиатрии для того, чтобы было максимально правильное сопровождение этих людей.

Это адаптация консультативных протоколов в области медицины для всех сотрудников здравоохранения, чтобы они точно могли определить человека с учетом изменения пола. Эти документы очень необходимы, потому что сейчас врач будет хлопать глазами и не знать, что делать. Поэтому все эти вопросы должны быть урегулированы на государственном уровне, где должны быть учтены лучшие стандарты в области трансгендерных людей» (ЛПР, Украина).

«Не могу сказать, являются ли они отдельными социальными группами или нет, но то, что у них есть свои отдельные проблемы и потребности, — это точно. Во-первых, для изменения внешности им нужны определенные средства: не знаю, назвать их медикаментами, финансовыми средствами, косметическими или хирургическими вмешательствами. Это, естественно, определенные потребности, о которых постоянно нужно заботиться, плюс еще и то, что они не совсем приняты в обществе. Это тоже потребность, проблема, которая должна быть преодолена определенными способами» (ЛПР, Армения).



Также проблемы транс* людей неотъемлемы от социального контекста:



«Да. Я считаю, что является (прим.: транс* люди являются отдельной социальной группой). У этих людей существует очень много ограничений в получении социальной и медицинской помощи. Нет в Украине пакета специфических услуг, который полностью отвечает потребностям трансгендерных людей. Существует очень высокий уровень стигмы и дискриминации. Поэтому хотелось бы ответить, что это интегрированная группа, но это не так. И эта группа должна рассматриваться как отдельная группа, чтобы она имела свой голос» (ЛПР, Украина).

«Да, действительно существуют у транс* людей нужды разнообразные, потому мы и начали работать над стратегией ВИЧ/СПИДа. С МСМ-группой раньше была объединена эта группа, и вместе с МСМ трансгендеры получают этот сервис, но их нужды очень велики и разнообразны, начиная с медицинского сервиса и заканчивая социальным. То, что мы называем МСМ, — они больше интегрировали с общественностью, но интеграция трансгендеров более обостренная. Если хотим подстроиться под их нужды, нельзя их приклеивать к другим группам» (ЛПР, Грузия).



Также эксперты обозначали, что такая сегрегация и выделение транс* людей в отдельную группу необходимы для государственной политики: чтобы можно было внедрять специальные программы для транс* людей на уровне страны или чтобы транс* люди могли получать рядовую медицинскую помощь:



«В общем, являются частью очень большой группы, очевидно, поэтому такое выделение и сегрегация не являются ведущей темой. Но, поскольку у этих людей есть определенные проблемы и определенные потребности, в ряде случаев специфически делать акцент на их положение и в определенных случаях рассматривать их как отдельную группу — необходимо при формировании государственной политики. То есть, на мой взгляд, этих людей следует учитывать во всех программах, однако, когда уровень неравенства слишком высок, данной инклюзии и формального равенства недостаточно, и в этом случае нам нужны отдельные программы» (ЛПР, Грузия).





Вопрос интервьюера: «Являются ли транс* люди отдельными социальными группами со своими отдельными проблемами и потребностями?»

«Безусловно. Потому что даже в отношении предоставления медицинских услуг в свете, допустим, их можно только где-то выделить далеко, глубоко, где-то, например, по национальным программам по борьбе с ВИЧ-инфекцией, да, где-то мы там услышим их по инфекциям, передающимся половым путем, где-то их увидим, да... и психиатрической помощи, да, психотерапевтов, и все. Но он же обычный человек, который может заболеть и гриппом, да. Пневмонией, банальными делами, там, острый аппендицит, там, руку проколол, которому тоже нужна обычная медицинская помощь, на которую он имеет право. Но такие люди, как правило, не получают таких вещей, понимаете. Почему? Потому что даже... они же об этом не говорят, они должны приходиться и просто говорить: "Да, я Иванов, Петров, у меня вот такая-то жалоба", да. А по большому счету таких... много стигмы будет обязательно, даже со стороны медиков, вот» (Здр., Кыргызстан).



В то же время группа транс* людей в ряде охваченных исследованием стран уже выделена в контексте эпиднадзора:



«Да, но это группа выделена с точки зрения эпиднадзора, с точки зрения здравоохранения и социально опасных заболеваний, таких как ВИЧ, гепатиты вирусные, туберкулез. То есть они выделены в отдельную группу, международными руководствами они давно выделены, но вот в Украине только 3 года назад. Если говорить о вопросах социального контекста, медицинского, в отношении каких-то заболеваний, социального, то да, я не говорю, хорошо это или плохо, чтобы люди дробились на социальные группы по своей уязвимости или, там, другим факторам, потому что любое дробление — оно дискриминирует ту или иную группу с точки зрения людей, которые не вхожи ни в какие группы. Поэтому важно, чтобы это были просто граждане с конституционными правами, о которых государство беспокоится, признает их и так далее, но де-факто ситуация такова, что с учетом отторжения и скрытости трансгендерных людей и проблематики, которая проистекает из всего контекста (политического, нормативного и так далее) в нашей стране, они заслуживают быть отдельной социальной группой» (ЛПР, Украина).

«Я не хотела бы отделять, но, наверное, да, потому что они немного другие. Если уязвимая группа, то она отдельная» (Здр., Армения).



Однако не все считают подобное разграничение правильным: иногда звучала критика в адрес выделения транс* людей в отдельную от остальных членов общества группу:



«Изначально, если так сильно разделять, получится гомосексуал, гетеросексуал, транс* и т. д., но я немного против этого, потому что все люди и все имеют те же права. По-моему, запад немного много поощрил это, что если он/она другой ориентации, то он/она другой(-ая), его/ее права должны быть защищены. Все должны быть защищены, всем нужно что-то. Но почему разделять всех и каждого — нужно защищать всех» (Здр., Армения).



“

Я бы не хотел их отделять, потому что я вижу плохие вещи в этом. Некоторые из них могут подумать, что они особенные. Но нет, они тоже обычные люди» (Здр., Армения).

”

Выделение транс* людей в отдельную группу, с точки зрения опрошенных экспертов, обусловлено лишь стигматизирующим отношением к ним в обществе. Но в случае, когда/если это отношение меняется, тогда потребности и проблемы транс* людей и других членов общества становятся идентичными:

“

«А почему они должны быть отдельной социальной группой? Они, по идее, такие же люди, если они такие же люди, то и потребности у нас единые. Другой момент — отношение в обществе может к этим людям разниться в зависимости от того, где они проживают. Ну, если об этих людях известно, если они открыты, то если посмотреть, то потребности у нас будут одинаковые» (Здр., Кыргызстан).

”

4.2

УСЛУГИ ДЛЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ В СТОЛИЦЕ И ДРУГИХ ГОРОДАХ

Чтобы иметь представление о том, насколько инфраструктура услуг для транс* людей развита в странах, охваченных исследованием, мы задавали экспертам следующие вопросы: «По вашему мнению, услуги, которые необходимы для транс* людей, сконцентрированы в столице или только в больших городах? Или же доступны во всех городах? Почему вы так считаете?». По результатам опроса выяснилось, что далеко не все респонденты осведомлены о географии предоставления услуг для транс* людей в их стране:

“

«Не знаю, не владею такой информацией» (Здр., Армения).

”

Некоторые эксперты считают, что подобные услуги отсутствуют в принципе:

“

«Уже сказала, что, думаю, вообще таких услуг не существует, тем более, чтобы они были где-то сконцентрированы» (Здр., Армения).

”

Большинство опрошенных, осведомленных в этом вопросе, считают, что услуги для транс* людей доступны только в столице, причем в этом убеждены эксперты во всех странах:

“

«Конечно, да, сконцентрированы только в столице. Не думаю, что в районах для них есть услуги. Хотя смотря какие услуги. Если это обычные услуги, например, если человек заболел(-а) ковидом, будет он в районе или в Ереване, что, их в поликлинике не примут? Наша программа работает в Ереване, других услуг я не знаю. И потом, мне кажется, многие переезжают, даже если жили там, в районе, приезжают в столицу. Ну, в незнакомую среду, чтобы чувствовать себя более свободными» (ЛПР, Армения).

”



«В столице доступны однозначно, а вот в городах у нас семейных врачей недостаточно, а если говорить об узких специалистах, то есть районы, в которых один эндокринолог на 100 тысяч населения, он просто становится недоступным для широких масс. А когда человек приходит с нестандартным вопросом, а там еще очередь на 25 человек до и 30 после, то от него просто отмахиваются. Да, и еще вопрос стигматизации, когда в маленьком городе зачастую боятся прийти с таким вопросом. Боятся разглашения информации, что начнут тыкать пальцем, поэтому предпочитают обратиться где-то подальше» (Здр., Украина).

«Пока только в столице. Ну максимум, может быть, Ош, да и то Ош навряд ли, потому что юг у нас достаточно такой... будем говорить... еще раз говорю, консервативный где-то в каких-то отношениях, да, и вот это будет более сложно воспринимать человека с другой... другого формата, не говоря уже о трансгендерах, а просто человека другого формата. А столица — она более свободная, здесь больше доступа и к медицинской помощи, да. И потом, если эта помощь оказывалась бы в других регионах, да, люди, трансгендеры, не приезжали бы сюда, к обществу таких же, как они, да, а могли бы спокойно жить там, где они жили изначально, не прятаться и не скрываться. Значит, там их просто-напросто не воспринимают. Раз они ищут свободу, значит, в столице свободы больше. Поэтому мой ответ все равно останется — столица» (Здр., Кыргызстан).



Другие эксперты в тех же странах утверждают обратное: что услуги есть и в регионах. Возможно, такое расхождение во мнениях связано с более высоким уровнем информированности этих экспертов:



«Они есть по всей стране. Тоже есть такой аспект, что не всегда трансгендерные люди знают, где они могут получить эти услуги. Надо еще над этим работать. Но, в принципе, доступность есть. Бюджет государственный и бюджет Глобального фонда дает деньги на услуги для таких людей» (Здр., Украина).

«Опять-таки скажу: если это оказание помощи в плане психиатрии, это есть во всех городах, а если же дело дошло до хирургических манипуляций, то есть для специфических операций, — да, это, конечно же, в крупных городах, не обязательно в Москве или в Питере, нет, в каждом городе большом сейчас есть и клиники пластической хирургии» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Ну, например, НПО "Новое Поколение" предоставляет услуги в регионах тоже. Других не знаю» (Здр., Армения).



Также среди ответов респондентов встречалось компромиссное (в сравнении с указанными выше) суждение, что услуги для транс* людей существуют не только в столице, но и в некоторых крупных городах страны, в других же населенных пунктах они отсутствуют:



«Насколько я знаю, только в крупных городах, в Тбилиси, Батуми и Кутаиси» (Здр., Грузия).

«Столица и большие города. Больше даже столица. Основываюсь на своем опыте, потому что у меня есть пациенты из всех областей Украины (прим.: врач работает в Киеве, столице Украины)» (Здр., Украина).





«К сожалению, плохо знаю регионы. Мне кажется, что две столицы: в Оше также существуют у нас ячейки, также существуют более конкретные и офисы организаций, которые этим занимаются напрямую, насколько я помню» (Здр., Кыргызстан).

«Ну, я точно могу сказать, что во всех городах это не доступно. Потому что наш город относительно большой, относительно развитый с точки зрения науки и медицины, но даже в нашем городе... я не знаю каких-то там учреждений, которые бы вот... занимались помощью в трансгендерном переходе, так это назовем. А... в каких-то больших городах типа Москвы, Питера там, столичных, мне кажется, таких учреждений больше, но... опять же, я не знаю, в каких учреждениях, что проводится, как проводится и так далее. И вообще мне кажется, что, ну, в нашей стране это есть, но это не сильно развито. Даже в больших городах. А в малых, наверное, и вовсе нет» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Я так поняла, что тоже есть большое сообщество (прим.: кроме сообщества в Санкт-Петербурге), ну, такое, активное, в Самаре. А с остальными городами, видимо, совсем все... плохо» (Здр., Россия, СПб).



Высказывая мнения о географическом распределении услуг для транс* людей (в столицах, больших городах или во всех регионах), эксперты и экспертки также акцентировали внимание на том, что в силу определенных факторов услуги могут быть доступны независимо от размера или статуса населенного пункта: например, если там живут врачи, которые сами начинают развиваться в направлении работы с транс* людьми, или если он попал в перечень населенных пунктов, поддерживаемых тем или иным донором):



«Да. Больше сконцентрированы в больших городах и областях. Даже просто по финансированию "Альянсом" (прим.: НПО, которая финансирует предоставление услуг для транс* людей) выбрано несколько организаций, которые есть и существуют» (ЛПР, Украина).



Опрошенные эксперты назвали следующие причины более развитой сети услуг для транс* людей в столице и других больших городах:

- Слабо развитая инфраструктура в плане общего доступа к услугам для любых категорий населения в остальных городах, за исключением столицы (во всех странах):



«Они, конечно, недоступны во всех городах, как и многие вещи в нашей стране такого специфического порядка... Конечно же, наилучшая доступность — это столица. А дальше — это в лучшем случае областные центры, и то, бывает, не все, а какие-то крупные города» (ЛПР, Украина).



- Большие экономические вложения в город и экономические возможности такого города (в плане трудоустройства, съема жилья):



«Мне кажется, что они больше сконцентрированы все-таки в более таких больших городах, потому что, исходя из того, что это большой город, он больше инвестируется, туда больше все-таки вкладывается в медицину, в аппаратуру, в соискание лучшего работника и так далее, дается больше возможность для развития того же медперсонала, и я думаю, что в большей степени, ну и как бы там толерантность немножко повыше, потому что город большой, и от этого такая вот история следует, что люди могут плюс-минус себя спокойно чувствовать» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Больше всего в столице. Потому что тенденция Украины заключается в том, что столичные территории являются передовыми в области нового оборудования, врачей, которые практикуют новшества. Но это на уровне моих предположений» (ЛПР, Украина).

«Полагаю, что в основном в столице. Во всяком случае, я не слышала о сервисах, предоставляемых транс* людям, например, в далеком марзе (прим.: армянские регионы называются марзами) — в Сюнике, в городе Капан. Но, с другой стороны, они тоже стремятся в столицу, учитывая, что здесь и заработок денег с помощью проституции тоже более доступен, да, и, наверное, факт меньшей стигматизации и возможность более изолированной жизни, в отличие от сел или далеких марзов Армении» (ЛПР, Армения).

«Скорее всего, в больших городах, и могу сказать, что на данном этапе это приоритетом не считаю: эти люди и так собираются в больших городах, где больше возможности для реализации. В деревнях стигмы намного больше. В городе — найдут себе подобных, вместе сходят куда-нибудь, вместе снимут квартиру. И на данном этапе сервисы в больших городах должны быть» (ЛПР, Грузия).



- Более высокий уровень подготовленности специалистов, которые могут встретиться с транс* людьми по долгу службы (например, работники ЗАГС, врачи):



«Просто в Киеве больше врачей, которые знают об этом, и в ЗАГСх также больше знают об этом, потому что было больше обращений. В Одессе также неплохо обстоят дела. В других регионах по-разному: можно попасть на разного доктора, в разный ЗАГС и получить разный результат» (Здр., Украина).

«Чем крупнее город, чем больше сконцентрировано людей каких-то высокоинтеллектуальных профессий, чем больше концентрация профессионалов в разных областях, которые понимают, что такие люди есть, понимают, что это за группа и какие у них потребности, тем больше, соответственно, и возможностей у трансгендерных людей в этом городе получить» (ЛПР, Украина).

«Я думаю, в принципе, в больших городах везде доступны, учитывая, что есть хирурги, учитывая, что есть урологи, учитывая, что есть отделения урологии. Но, наверное, возможно, все равно в любом случае нужен опыт и нужно соответствующее как бы обучение. Я думаю, что не все медработники пока еще, вот именно урологи, готовы вот к этому. Я знаю, как я уже сказала, что в городе Бишкек проводится, и люди, зная, что могут обратиться для получения таких услуг, думая, что в Бишкеке больше у медработников мотивации для того,

чтобы обучиться и предоставлять услуги. В малых областях вряд ли, даже если есть человек, который будет, ну, сам вряд ли обращаться, учитывая, что есть высокий риск знакомого встретит, ну, может быть, из-за разглашения тоже могут, не всегда могут обратиться. Соответственно, медработники не совсем будут мотивированы» (ЛПР, Кыргызстан).



- Более высокий уровень безопасности:



«Нет, по всей республике есть (услуги). Я знаю, что в Гюмри, в Ванадзоре тоже работают. Правда, мы IBBS транс* людей делали только в Ереване, но знаю, что те же НПО, конкретно ваша организация, работает с ними. Правда, это все в больших городах, потому что во многих случаях это от того, что они больше концентрируются в столице, поэтому, так сказать, столице уделяется больше внимания. И потом, ну как сказать, для этой их деятельности столица, наверное, удобнее, чем эти маленькие города. И потом, в маленьких местах, в этих далеких поселениях, они больше подвержены опасности, эти люди не могут жить там: например, в деревне узнают, что ты транс*, ну, они даже не поймут, что такое транс*, ты просто будешь другим, чужим. Они даже не знают, что такое трансгендер, но скажут... одним словом, плохо будет. Потом, здесь образованная масса больше, из всех регионов образованная масса приезжает сюда. Здесь для них относительно безопаснее, конечно» (ЛПР, Армения).



- Невозможность определить необходимое количество услуг для транс* людей ввиду отсутствия данных (не проводятся исследования по оценке численности и оценке потребностей в малых городах) и, как следствие, невозможность спланировать деятельность в этих регионах:



«В основном это Киев. Ну и большие города — Одесса, Харьков. Если мы говорим о ВИЧ-сервисных условиях, то мы даже не знаем точное количество трансгендерных людей. Вроде как 8,5 тысяч людей. В селах трансгендерные люди не представлены. Как правило, трансгендерные люди мигрируют из маленьких населенных мест в столицу» (ЛПР, Украина).



- Мобильность самой целевой группы:



«Также следует отметить, что эта популяция отличается мобильностью и не останавливается в маленьких городах и селах. Следовательно, я не знаю, является ли это проблемой большого масштаба, поскольку услуги можно найти только в крупных городах» (ЛПР, Грузия).



- Желание раствориться в толпе, быть неузнаваемым, затеряться в городе:



«Я думаю, только в столице. И тут двойная причина. Тут специалисты есть. Если поехать в Золотоношу, например, хорошо, если там гинеколог для девочек есть. А другая сторона — Киев дает... отношение в обществе еще не однозначное, Киев дает анонимность. Потерявшись в урбанизированном городе — и вернуться обратно, и не отвечать. К сожалению, пока так» (ЛПР, Украина).





«В своем городе ты у всех на виду, и ты будешь один-единственный такой. Понятно, что с разбитым лицом ты будешь приходить часто домой. Плюс осуждение соседей, родителей, которые совсем этого не понимают» (ЛПР, Россия, СПб).

«Да, мне кажется, сконцентрированы в столице, вряд ли что-то есть в регионах. И потом, даже если такие люди будут в регионах, они приедут в Ереван, потому что их точно будут преследовать и никто не будет принимать их там. В Ереване или в других странах, в более больших городах, где нет их знакомых, родственников, им там легче. В регионах точно не будет такого, если даже будет, то очень скоро их выселят. Да, это сконцентрировано только в Ереване» (ЛПР, Армения).

«Я точно могу сказать, что не во всех городах, в основном в мегаполисах, скорей всего, и, наверное, больше всего в Москве. Там больше, мне кажется, принятия, чем в других» (Здр., Россия, Новосибирск).



Также некоторые опрошенные эксперты говорили о доступности услуг в тех или иных городах, связывая это не с размером или расположением населенного пункта, а лишь с тем, что в них сосредоточены СПИД-центры либо подобные медучреждения и/или НПО, структуры, которые предоставляют услуги по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке:



«Поскольку мы выезжаем на МиО, визитов у нас много, частые МиО визиты, скорее, это больше в больших городах. Например, в Таласе есть элементарно, если взять. В Таласе есть, например, то же самое сообщество "Кыргыз Индиго" там... этот... А вот уже в регионах уже нету, и человеку-трансгендеру приходится идти именно в город Талас, чтобы ему оказали какую-то помощь и помогли ему в чем-то. Или тот же самый представитель НПО — он находит этого трансгендера и может ему как-то помочь» (ЛПР, Кыргызстан).

«Мы говорим о чем-то очень маленьком, мы говорим о том, что человек может проходить тестирование на ВИЧ два раза в год, это не только в столице, это, возможно, в Кутаиси, Батуми, Зугдиди. Однако это, возможно, очень мизерно с точки зрения того, что нужно людям» (ЛПР, Грузия).

«Я не думаю, что доступно в регионах. Может быть, в центре, этот... я знаю, что вот, возможно, вот ВИЧ/СПИД-центры, да, работают с такими людьми. Но более сконцентрировано, я думаю, что в Бишкеке» (ЛПР, Кыргызстан).



Также мы спрашивали у наших экспертов о том, куда могут обратиться за услугами транс* люди в их странах: к каким специалистам и в какие организации, учреждения. Наиболее часто в ответах экспертов указывались врачи первичного звена, психиатры / психиатрические отделения/клиники/больницы, эндокринологи, а также иногда упоминались НПО, больше в контексте тестирования на ВИЧ.

Главным образом именно опрошенные эксперты здравоохранения во всех странах, охваченных исследованием, сразу же упоминали первичное звено медицинской системы здравоохранения, указывая, что такой алгоритм утвержден и поддерживается государством:



«Ну, на самом деле, мне кажется, что... в любую... больницу, в любую поликлинику они могут обратиться за медицинской помощью. Потому что они так же, как и все граждане, имеют полисы обязательного медицинского страхования, и никто не может им отказать в медицинской помощи. Другое дело, что не все специалисты знают, какую помощь и как оказать, если у них есть какие-то особенности здоровья, связанные там с тем же приемом гормональных препаратов и так далее. То есть тут есть какие-то сложности и нюансы в связи с незнанием медиками особенностей здоровья трансгендерных персон, но я не считаю, что кто-то может где-то им отказать» (Здр., Россия, Новосибирск).

«По закону они могут пойти куда угодно, во все поликлиники, при нашем "Равенстве" (прим.: организация Equality Movement) есть услуги врачей, невролога, психиатра, дерматолога, семейного врача. О других организациях не знаю» (Здр., Грузия).

«...Они могут получить медицинские услуги как обычные граждане, но не могут получить особые услуги, которые отличаются от других категорий граждан. Так вот, они могут получить медицинские услуги, начиная от первичного звена, это семейный врач, потому что нашим клиническим протоколом предусмотрено, да и вообще всей системой здравоохранения в стране, что любой гражданин, который хочет получить какую бы то ни было помощь, он обращается в первую очередь к семейному врачу» (ЛПР, Украина).

«Они, ну, в первую очередь надо отметить, что они граждане, да, нашей страны если, — они имеют право на все госуслуги обращаться. В том числе и за защитой их прав и медицинских прав, образования. За всеми государственными услугами, которыми пользуются обычные граждане» (ЛПР, Кыргызстан).



В то же время опрошенные эксперты здравоохранения сразу же упоминают о том, что персонал поликлиники по месту жительства и семейный врач могут быть довольно нетолерантными по отношению к транс* человеку, обратившемуся к ним со своими вопросами:



«"Идентоба", "Танасцоробис Модзраоба" (Equality Movement) и "Танадгома" — эти три неправительственные организации сфокусированы на них. У них есть в клиниках специальные врачи, это не бесплатные сервисы, просто они переадресовывают их к нормальным, надежным, дружелюбно настроенным врачам. Так же их называют "кабинетами здоровья". В Дигоми (прим.: один из кварталов г. Тбилиси) есть: здесь им положены бесплатные сервисы на диагностику и лечение заболеваний, передающихся половым путем. За последнее время я узнала, что отношение врачей там настолько плохое, что сами клиенты распространяют информацию между собой и больше не ходят туда. Иной раз отношение врача перевешивает пользование платным или бесплатным сервисом. Предпочитают через эти организации найти надежного врача и пойти к нему» (ЛПР, Грузия).

«Если мы говорим про переход, то обращаются к нам в психиатрическую больницу. У нас женское отделение. Мужчины по паспорту, мы наладили с другими отделениями, и я направляю туда. Семейный доктор — была проблема. Но это не самый сложный вопрос, но он периодически вставал. Многие амбулатории не хотят этим заниматься. Виктория Бугро — гинеколог, с которым мы сотрудничаем» (Здр., Украина).



Выход из такой ситуации некоторые опрошенные эксперты видят в обращении транс* людей к дружественным специалистам:



«...Я так думаю, что в поликлинику по месту жительства... и просто на ура прийти они не могут, к сожалению, не всегда. Ну могут, конечно, но я боюсь, что могут столкнуться с какой-то дискриминацией, опять же документы и все прочее. Ну, могут обращаться к дружественным специалистам, соответственно, и организации развивают сеть дружественных специалистов. Приходить к эндокринологам, к урологам, гинекологам, терапевтам, хирургам опять же. Сначала, я думаю, обращаться к дружественным врачам, а если есть необходимость других смежных специалистов, то дружественные врачи окажут поддержку в этом. Благодаря своим, не знаю, там, ну, у нас там есть свои дружеские связи и все прочее. Мы не первый раз же с этим сталкиваемся, заранее предупреждаем» (Здр., Кыргызстан).

«Все, что связано с ментальным здоровьем. Это точно, куда они должны обращаться. И я думаю, у них есть френдли специалисты. Второе — все, что связано с косметической хирургией. И, конечно же, еще территория услуг правового урегулирования изменения своего пола» (ЛПР, Украина).

«В "Танадгоме" есть сервис тестирования на ВИЧ раз в три месяца, раздаются презервативы. Я просто знаю, что есть один транс* дружественный эндокринолог, и они часто к нему ходят (Здр., Грузия).



Отправить транс* персону к психиатру в большей мере предлагали эксперты здравоохранения из Новосибирска:



«Психолог, психиатр, я не знаю, может быть, какие-то клиники, какие-то психиатрические закрытые учреждения, где вот работают вот именно с такими» (Здр., Россия, Новосибирск).





«Они могут обратиться в любые медицинские учреждения, в первую очередь — к психиатрам, потому что они сами понимают, что-то у них пошло не так. А... потом они чаще всего они обращаются к эндокринологам, потому что они самостоятельно начинают бесконтрольно принимать те или иные гормональные препараты, что вызывает у них последствия, побочные эффекты и осложнения со здоровьем. Как онколог могу сказать, что они часто приходят с проблемами молочных желез, грудных желез; если это мужчины, они приходят с какими-то новообразованиями, которые опять-таки чаще всего являются последствием... бесконтрольного приема гормональных препаратов, несколько раз мне доводилось видеть людей, которые сами в домашних условиях пытались лишиться вторичных половых признаков, что в одном случае привело к смертельному исходу, а в остальных случаях — к глубокой инвалидизации, вот, да, такие случаи тоже были» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Я могу ошибаться, потому что в общем-то не работаю по этому вопросу, но из той информации, которую я знаю, значит, человек, если он ощущает себя трансгендером, то в первую очередь он должен обратиться на учет к психиатру, к врачу-психиатру, который должен его наблюдать некоторое время. Вот по временным срокам я не могу сориентировать, потому что нигде они не прописаны. Прописано, что должен некоторое время наблюдаться у психиатра (...), и по результатам этого наблюдения получает заключение о том, что он является трансгендером. Дальше с этим вопросом он может идти опять же к любому в общем-то эндокринологу, потому что эндокринологи у нас, в принципе, компетентны в том, как это нужно медикаментозно проводить подготовку. Значит, после этого, с вот этим уже документом, пациент может обратиться в паспортный стол и подать заявление на то, что он хочет поменять пол в паспорте, и когда в паспорте будет пол изменен, вот только тогда можно обратиться за хирургической помощью, потому что если человек не поменял в паспорте свой пол, то хирургическая операция по смене пола будет автоматически считаться калечащей... Из организаций, насколько я помню, что именно с хирургическим сопровождением можно обратиться к хирургу, он принимает у нас в медико-консультативном центре НГМУ на Красном проспекте, 52, и второй центр... не назову сейчас, к сожалению, второй центр просто, где хирургический есть, я запомнила, но при необходимости могу быстро эту информацию найти» (Здр., Россия, Новосибирск).



Опрошенные эксперты также упоминают, что транс* люди могут столкнуться с некомпетентностью специалиста не только на приеме у семейного врача, но и при обращении к психиатру:



«Это либо семейный врач, который должен скерувати (прим.: направить) человека в психиатрический диспансер, стационар или к участковому психиатру или к конкретному специалисту из области психиатрии, которые занимаются транс* людьми, поскольку не все психиатры занимаются транс* людьми или осведомлены хорошо. Поэтому либо семейный врач, либо сразу психиатр» (Здр., Украина).



Также опрошенные эксперты упоминали эндокринологов:



«Это центр эндокринологии, центр урологии, это центр хирургии, к примеру, да, и чаще всего они у нас, если не считать столицу, то они все находятся на территории территориальной больницы или же на уровне территориальной ЦСМ, то центры общей медицины и центры общей практики» (ЛПР, Кыргызстан).





«Насколько я знаю, есть психолог, психиатр, эндокринолог и, вероятно, есть специалисты, которых можно посчитать по пальцам и которым можно доверять. В частности, я вижу проблему в том, что снова говорится о специфических услугах, что этим людям нужен психолог, педиатр или эндокринолог, и всегда забываем об общих здравоохранительных сервисах, которые могут требоваться всем людям, та же первичная медико-санитарная помощь на уровне поликлиники, семейный врач и др. То есть, я думаю, проблема в том, что, когда мы говорим о доступе к медицинским услугам для транс* людей, всегда в голову приходят очень специфические услуги, и мы забываем, что у этих людей также могут быть и есть общие медицинские потребности, и эта область должна быть налажена» (ЛПР, Грузия).

«К врачам, которые назначают гормональную терапию. И, я насколько помню, это не обязательно эндокринолог. Но мы также сотрудничали с семейными врачами и перенаправляли к ним трансгендерных людей. К юристам мы направляли. У нас есть юрист, который консультирует, который никогда не откажет в помощи, если это необходимо» (ЛПР, Украина).



Один из опрошенных экспертов упоминал даже об обращении транс* людей к генетикам:



«Ну, они могут обращаться к генетикам. Ну, у нас есть специалисты по генетике, да. И, ну, как бы обращаться к психологам и эндокринологам и к хирургам. Ну, все равно у нас есть толерантные там хирурги, которые, ну, могут проконсультировать даже, да, ну, могут направить, хотя бы, они если сами не смогут сделать это, они знают в мире много там других коллег, которые занимаются этим. Ну, относительно профпрограмм, это вот наши организации, которые, да, НПО, которые реализуют профпрограммы, они там туда спокойно могут обращаться же. Так и получают и услуги там» (ЛПР, Кыргызстан).



Самый развернутый ответ о том, куда могут обратиться транс* люди за услугами в комплексе, дал эксперт (ЛПР) из Украины:



«Давайте начнем с неправительственного сектора, который я сам представляю. Безусловно, как и все ВИЧ-сервисные организации, которые работают с ключевыми группами, все они, вне зависимости от своего проекта или проектного направления, фокусно работают с трансгендерными людьми, или они работают с другими ключевыми группами, но, даже если к ним придет трансгендерный человек, он получит дружественное поддерживающее отношение и, как минимум, переадресацию в какую-то дружественную организацию... Сами организации трансгендерных людей, которых в Украине там раз-два и обчелся, "Когорта", "Транс*Дженерейшен", хотя они не есть поставщиками сервисов, а, скорее, новыми сетями, которые просто усиливают сообщество, развивают его, делают его более видимым, но они все равно, по-партнерски, связаны и строят свою работу с сервисными организациями, будь то другие ЛГБТИ-организации, или ВИЧ-сервисные, где уже можно претендовать на получение тех или иных услуг... Если говорить о более широком или более специфическом списке услуг, например, такие специфические, как услуги эндокринолога или же услуги сексолога, психотерапевта, то безусловно, это уже пласт медицинских учреждений, здесь мы возвращаемся к значительной доле стигмы и непонимания специфики работы медиков с трансгендерными людьми, здесь уже нельзя сказать, что в любое медицинское учреждение, куда они обращаются, они получают эту услугу, или получают ее в том качественном виде, в котором они претендуют.





Здесь опять возвращаемся к списку дружественных врачей. Что касается социальных услуг, опять же, если брать социальные службы или вот эти бывшие центры социальных служб по вопросам семей, детей и молодежи, в принципе, трансгендерные люди никогда, с точки зрения этих служб, никогда не были отдельной группой с какими-то там особыми потребностями. У них всегда группа была одна — это люди в сложных жизненных обстоятельствах. И, казалось бы, разве трансгендерные люди у нас не в сложных жизненных обстоятельствах? Да они в самых сложных, но это только мы так понимаем, как люди, которые к этому близки и в этом профессионально, а вот эта вся плеяда людей, вышедших еще из “совка”, я так называю этих социальных работников, они так точно не рассматривают трансгендерных людей как группу, которая нуждается в какой-то специфической социальной поддержке. Поэтому, с одной стороны, де-юре государство декларирует, что любой человек, оказавшийся в сложных жизненных обстоятельствах, может получить какие-то услуги, с другой стороны, по факту, пришедший туда трансгендерный человек вряд ли там что-то получит. В лучшем случае, его точно перенаправят в НПО, которое занимается конкретными трансгендерными людьми» (ЛПР, Украина).



О том, что можно обратиться за услугами в НПО, упоминали во всех пяти странах, охваченных исследованием. Об этой возможности опрошенные эксперты говорили следующее:



«Какие-то сервисы были и у “Тбилиси Прайда”, помню, что надо было заполнить аппликацию, и курсы были, по-моему, WISG, “Идентоба”, “Темида”, Equality Movement. По-моему, никого не забыла. Также “Танадгома”... В “Танадгоме” есть сервис тестирования на ВИЧ раз в три месяца, раздаются презервативы» (ЛПР, Грузия).

«На данный момент, кроме комьюнити-центра “Т-Действие”, я не знаю таких организаций. В Санкт-Петербурге, я знаю, что есть “Т-Действие”, куда ты можешь прийти и тебе помогут. Там реально помогут, расскажут, направят. Ты будешь понимать» (ЛПР, Россия, СПб).

«Наше НПО “Новое Поколение” исполняет программы, в рамках которых работают с транс* людьми тоже. У них есть консультанты, аутрич-работники, которые работают с ними, предоставляют информацию о ВИЧ, предоставляют презервативы, периодически тестируют, организуют тренинги... Есть правозащитные организации, например PINK. Кто еще? Ну, есть такие организации, которые, как бы, защищают их права... да, и есть именно ихние организации, например Right Side — Лилит Мартиросян. Да, есть у них свои организации, которые предоставляют такие разные услуги, консультацию» (ЛПР, Армения).

«Организации, которые созданы при поддержке сообщества. Есть всеукраинские организации со штабом в Киеве. Есть областные организации, которые достаточно толерантны, даже по профилактике ВИЧ» (Здр., Украина).

«У нас есть профилактические программы, есть организации, которые предоставляют психологическую помощь, помощь в расходниках, и также они перенаправляют за необходимостью к дружественным докторам, где-то это платно, где-то это бесплатно, но 90 % это, конечно же, платно, и гормональная терапия, и препараты тоже они покупают за свой счет, мы только предоставляем услуги по ВИЧ, тестирование, лечение, все у нас бесплатно.

То, что касается непосредственно вопросов в системе о смене пола, гендерной идентичности, — это все консультации платные, за все необходимо платить. Другие организации, где есть консультанты, которые направлены более на поддержку неимущих, шелтеры, медицинскую помощь, юридическую помощь, может, они и имеют на это средства. Но в этих городах есть обученные и хорошие юристы (их тоже — раз, два, три), есть психологи, маммологи, инфекционисты, психиатры — это те люди, которые знакомы, которые могут помочь и предоставить какую-то информацию. Медик, социальный работник и юрист — это три главных аспекта, которые могут быть и помогают этим людям» (ЛПР, Украина).

Кроме НПО также упоминались организации, которые специализируются на услугах, связанных с ВИЧ, — СПИД-центры и кабинеты доверия:

«Они могут получить услуги по профилактике ВИЧ как в тематических организациях, так и в Центре СПИДа. Что касается процесса перехода, я знаю, что есть несколько дружелюбных эндокринологов, к которым обращаются регулярно. Также есть для диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем, они могут обращаться в кабинеты здоровья, которые находятся в Тбилиси, Батуми, Кутаиси, Телави и Зугдиди» (ЛПР, Грузия).

«Я знаю, что какие-то переговоры были у ребят со “Смитрой”. Это платная клиника, где были готовы принимать людей трансгендерных, как-то налаживать сервисы в эту сторону... Ну вот все, ну, как бы к нам в СПИД-центр всегда welcome, пожалуйста» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Центры профилактики борьбы со СПИДом, Центры здоровья, врачи первичного звена, они же семейные врачи. Нужно готовить будущих медиков к этой теме. Много общественных организаций по Украине» (Здр., Украина).

4.4

ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В МКБ-11 И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), является краеугольным камнем статистики здравоохранения. Она отражает условия человеческого существования от рождения до смерти: в ней представлены кодовые обозначения каждой травмы или болезни, с которой мы сталкиваемся в течение жизни, и каждой причины, которая может привести к нашей смерти. Не ограничиваясь этим, МКБ регистрирует и факторы, воздействующие на здоровье, или внешние причины смертности и заболеваемости, что позволяет построить целостную картину, охватывающую все аспекты жизни, которые могут влиять на здоровье.

Эти статистические данные о здоровье служат основой почти для каждого решения, которое принимается сегодня в области здравоохранения: знание о том, что служит причиной болезней и что в конечном итоге убивает людей, играет основополагающую роль в картировании тенденций заболеваемости, эпидемий и принятии решений о планировании медицинского обслуживания, об ассигновании средств на оказание медицинской помощи и об инвестициях в исследования и разработки. Коды МКБ могут иметь огромное финансовое значение, так как они используются для того, чтобы определить приоритетные направления инвестирования ресурсов, объем которых становится все более ограниченным. В то же время в таких странах, как США, коды МКБ служат основанием для выставления счетов в рамках медицинского страхования, а потому тесно связаны с финансовым аспектом медицинской помощи. В МКБ-11 гендерное несоответствие было перенесено из раздела психических расстройств в раздел состояний, имеющих отношение к сексуальному здоровью. Обоснованием служит тот факт, что хотя в настоящее время со всей очевидностью доказано, что гендерное несоответствие не является психическим расстройством, а его включение в классификацию в действительности может повлечь за собой сильно выраженную стигматизацию трансгендерных людей, у них все же имеются значительные потребности в медицинской помощи, которые могут быть удовлетворены полнее, если это состояние будет обозначено кодом в рамках МКБ.

Согласно результатам исследования, далеко не все опрошенные эксперты и экспертки знают о тех изменениях, которые произошли в МКБ-11, и об их влиянии на трансгендерных людей:



«Нет, по правде сказать, ничего не знаю об этом, но хотела бы ознакомиться» (Здр., Армения).

«(Классификация), которая должна быть вот-вот... В плане именно трансгендерности? Я просто знаю, что ее пересматривали, она уже несколько лет должна быть принята, но все никак...» (Здр., Россия, СПб).



Такие пробелы наблюдаются у ЛПР, которые, собственно, не являются медицинскими работниками:



Вопрос интервьюера: *«Хорошо, тогда перейдем к МКБ — это международная статистическая классификация болезней».*

«Какая классификация? (Интервьюер: «Вообще это о болезнях, связанных со здоровьем, то есть у нас это такой перечень со всякими медицинскими заболеваниями и рекомендациями по работе с ними. Слышали ли вы о МКБ-11?») Нет... Не слышала я, честно... Это что такое?» (ЛПР, Кыргызстан).



Однако и у самих медиков может отмечаться неосведомленность в этом вопросе, особенно в случае, если изменения не относятся к их специализации напрямую:



«Только по части моей профессии (в курсе), касательно других вопросов не владею информацией» (Здр., Армения).





«Мне сложно судить, потому что это не мой профиль, не моя специальность. Насколько мне известно, изменения входят в рубрику психиатрических отклонений — то есть это работа психиатров как-то изменится. То есть если раньше там это, наверное, считалось болезнью, патологией там, которую надо лечить в психушке, грубо говоря, а сейчас это, наверное, по новой классификации будет считаться относительно нормой, скажем так, или... Ну, в общем... Мне кажется, что пересмотр классификации с 10-й на 11-ю направлен на то, чтобы... было меньше дискриминации со стороны психиатров в сторону трансгендерных персон, только об этом» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Так как я все-таки не работаю именно вот с этими кодами МКБ, потому что в основном вот эти коды — их ставит психиатр. Значит, насколько я знаю, для того, чтобы человек мог прибегнуть, допустим, начать эндокринные какие-то вмешательства, либо хирургические, ему принципиально получить рекомендацию от психиатра, и в этой рекомендации должен стоять правильный код, по МКБ-10, если психиатр закодировал, поставил какую-то не ту цифру, то, в общем-то, мы уже не можем человека вот в эти процедуры включать... Сейчас МКБ стала более лояльной, то есть многие состояния были выведены из ранга заболевания в ранг как бы особенностей состояний, с которыми можно работать» (Здр., Россия, Новосибирск).



Среди экспертов, владеющих информацией относительно МКБ-11, многие говорят о том, что в их странах даже МКБ-10 используется не особо эффективно, следовательно, до использования МКБ-11 им еще очень далеко:



«Мы еще по 10-й работаем, поэтому, честно, еще не знаю. Не популяризовали среди нас потому что пока что ввели за последние полгода только 10-ю МКБ. (Вопрос интервьюера: «То есть в Кыргызстане пока нет никакой такой обширной информации?») Нет, к сожалению, нету обширной информации, потому что, получается, нам в компьютер введены заболевания только по МКБ-10 на данный момент. Это, наверное, тот уровень, на котором мы находимся, и отсутствие стремления, наверное, нашего, наших вышестоящих чинов, которые не заинтересованы в развитии, получается, госслужащих. Вот так, наверное, скажу» (Здр., Кыргызстан).

«Проблема в том, что в Украине МКБ-11 еще не действует, и мы по-прежнему, вся наша нормативка, строится на диагнозах МКБ-10. Это же касается не только трансгендерных людей, но и людей, употребляющих наркотики, потому что у нас даже в некоторых документах ключевых звучат диагнозы из МКБ 9 пересмотра. То есть в отношении трансгендерных людей, если переносить эту скорость изменения нормативной рамки, в частности и МКБ пересмотров, то их скорость настолько медленная!» (ЛПР, Украина).

«Ну МКБ-11 ВОЗом принята, но мы пока еще к ней не пришли. У нас на территории Кыргызстана работает все-таки МКБ-10, да, но, насколько я знаю, что в новом руководстве уже разрабатывались именно графы под статьи МКБ-11» (Здр., Кыргызстан).



Один из экспертов вообще подверг сомнению как сам документ МКБ, так и организацию, которая отвечает за его разработку и внедрение, высказав мнение, что данная организация лишь лоббирует интересы ЛГБТ:

“

«Я не знаю, я этим не интересовался, но во Всемирной организации здравоохранения, я не воспринимаю их как авторитетный орган в плане здравоохранения, потому что кроме... гейских вечеринок, руководство Всемирной организации здравоохранения ничем не отличаются. Всемирная организация здравоохранения — лобби ЛГБТ, это лобби фармацевтических компаний, которые их кормят, да, и они абсолютно не дают никаких дельных советов в плане лечения людей. Я не понимаю, почему у нас в России с нашими школами медицины, с нашими достаточно одними из сильных в медицине, берут в первую очередь рекомендации ВОЗ» (Здр., Россия, Новосибирск).

”

Многие опрошенные эксперты и expertки не верят в возможность внедрения МКБ-11 в ближайшее время на территории своей страны:

“

«Честно говоря, так глубоко не знаю. Знаю только, что это больше не считается психическим заболеванием, если не ошибаюсь, то оно было перенесено под классификацию «состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Но знаете, мне кажется, до Армении это дойдет через 10-20 лет» (Здр., Армения).

”

Большинство экспертов, которые знают об изменениях для трансгендерных людей в МКБ-11, в ответ на вопрос, в чем они заключаются, в основном отвечали, что гендерное несоответствие уже не считается психическим расстройством:

“

«По новым изменениям, насколько я знаю, это уже не считается расстройством» (Здр., Армения).

«Да, я слышала, что в МКБ-11 уберут шифр “транссексуальность”, “транссексуализм” уберут. То есть трансгендеры, получается, будут приравнены к здоровым людям, у них не будет в диагнозе стоять шифра F и, наверное, это должно упростить смену пола и получение документов» (Здр., Россия, Новосибирск).

«МКБ уже вводится непонятно какой год. Где-то с 14 года. Там диагноз “транссексуализм” вынесен из психиатрического в сексуальные. И поднят процесс перехода. Из связки выпадет психиатр. Процедура будет происходить по-другому. Процедура в каждой стране регулируется по-разному. Ожидается, что не надо будет проходить психиатра. Скорее всего, останется эндокринолог, семейный врач или терапевт» (Здр., Украина).

”

Некоторые эксперты несколько заблуждались в отношении изменений в МКБ-11. Так, например, один эксперт знал о том, что гендерное несоответствие уже не считается диагнозом, но в то же время некорректно определил раздел, в котором оно упоминается в МКБ-11:

“

«Да, я знаю, что трансгендерность вынесли из категории психических заболеваний и перенесли ее в категорию эндокринологических заболеваний» (Здр., Украина).

”

С точки зрения части опрошенных экспертов и эксперток, в МКБ-11 вообще не должна была входить транссексуальность, поскольку это не болезнь, тогда как классификатор посвящен именно заболеваниям:



«Я делаю F64 с классификацией. Не понимаю, зачем нужен этот код, почему он вообще включен в систему кодирования: если мы считаем, что это нормальное, стандартное состояние человека, то его следует включить в систему кодирования, в которой мы находимся, говоря о здоровых людях» (Здр., Грузия).

«Я точно не могу сказать именно четкие формулировки, но я знаю, что в 10-м пересмотре было такое понятие, как транссексуальность, уже в 11-м это уже убрали, и уже там нету никаких разделений. И вообще это не болезнь, и она не должна входить ни в какую классификацию болезней, это ж классификация болезней» (Здр., Кыргызстан).



Относительно влияния, которое гипотетически окажет МКБ-11 на транс* людей, прозвучали различные мнения. Одни считают, что никакого влияния не предвидится:



«Слышала, и очень хорошо (о МКБ-11). По-моему, ничего не изменит» (Здр., Грузия).

«Никаким вообще, совершенно. Никак не повлияют. Оно и до этого никак не влияло, даже если был 10-й пересмотр. Ну как это повлияет? Вот я, например, транс мальчик, прихожу в больницу, это МКБ-10 или 11 никаким образом не влияет на оказание медицинской помощи мне. Я думаю, что если ты не столкнулся с этой тематикой, ты и знать не знаешь, что такое транссексуализм и все прочее. Можете подойти к любому специалисту с микрофоном и спросить, он этого не знает. Попробуйте просто простой вопрос задать: “Вы работаете с МКБ-10?”, он скажет “нет”. Нет, не каждый, далеко не каждый специалист скажет это» (Здр., Кыргызстан).*



Другие полагают, что воздействие будет, но незначительное:



«Не могу сказать на 100 %, но, по крайней мере, то, что знаю я, то, что эта категория будет вынесена из раздела психиатрических заболеваний и будет иметь другое название. Это будет не трансгендерность, а состояние, связанное с изменениями гендерной идентичности, как-то так оно будет по-другому называться, но оно будет относиться в раздел сексуальных нарушений. С одной стороны, это хорошо, если будет убрано из психиатрии, потому что на сегодняшний день это все же психическое расстройство, а с другой стороны, почему оно должно быть в сексуальных нарушениях, если с сексуальностью, сексом это вообще никак не связано? И для меня это тоже вопрос. И раз это выносится из психиатрии, то теперь этим будут заниматься не психиатры, а кто? Сексопатологи? Чем они смогут помочь этим людям, как они будут идентифицировать, эта проблема или не эта, — мне не очень понятно» (Здр., Украина).



Некоторые эксперты считают, что МКБ-11 сильно повлияет на жизнь трансгендерных людей и значительно улучшит ее:



«Конечно, это повлияет: когда будет конкретная классификация, это может сделать определенные услуги более доступными для них» (Здр., Грузия).

«По-моему, будет во благо, потому что все же не акцентировал бы внимание на медицинские сервисы. В основном окажет положительное влияние — признание того, что трансгендерный человек такой же здоровый член общества, как все остальные. Признание этого важно» (ЛПР, Грузия).



Многие считают, что пересмотр МКБ и принятие МКБ-11 — это хорошо, но в тоже время это не означает мгновенного решения проблемы, поскольку возможности его внедрения в ряде стран, охваченных данным исследованием, минимальные:



«...Это тот момент, когда не психиатры будут выдавать документы, а сексологи, на переход. То, что человеку, транс* человеку будет более приятно идти к сексологу, а не психиатру, то да. Если провести анализ, сколько у нас сексологов? А занимаются ли они вопросами трансгендеров? А каков их уровень? Мы только начали внедряться в психиатрии. Но чисто процедурно — это будет еще один этап, когда мы вынуждены будем либо психиатров перевести в сексологи, либо разрабатывать новое направление. Это будут еще одни стены, которые надо будет долбить» (Здр., Украина).

«25 мая 2019 "трансгендер" было вынесено с психиатрии и перенесено в раздел "Состояния, связанные с сексуальным здоровьем". Она еще не внедрена в мире. Кажется, в 22 году будет введена в мире (прим.: опрос проводился в 2021 году). Когда у нас — неизвестно. Скорее всего, будут сексологи. Но у нас и сейчас есть проблемы, потому что не каждый психиатр может отличить трансгендерность от шизофрении и других навязчивых состояний. Но у нас есть время научить врачей, чтобы мы были готовы» (Здр., Украина).

«Да, там есть какие-то изменения, которые касаются трансгендерности... Должны были перенести в другой раздел, из психических заболеваний... Не помню куда, по-моему, состояния, приносящие дискомфорт... Ну, что это не является психическим заболеванием. (Вопрос интервьюера: «Это чем-то улучшит ситуацию или наоборот?») Я думаю, будет проще, потому что... Диагноз в компьютере даже вот эта система проставить может... Там, получается, психиатр ставил определенный код, то если перенести в другой раздел, то общение с другими врачами будет проще. Врачами других специальностей даже» (Здр., Россия, СПб).



С точки зрения опрошенных экспертов и эксперток, главное преимущество в МКБ-11 для транс* людей заключается в том, что его внедрение поспособствует дестигматизации, тем самым снизив уровень трансфобии и дискриминации в отношении транс* людей в обществе, в котором МКБ-11 будет внедрено:



«Наверное, нужны, чтобы дестигматизировать трансгендерных пациентов. Необходимость нахождения в психиатрическом отделении. У нас психиатрия — это стигма. Опять-таки в этом иногда проявляется парадокс. Возможно, это упразднит процедуру, потому что иногда попадаются пациенты, которые имеют желание сменить пол, у них наблюдаются психологические проблемы. Где-то в этой связке все-таки психиатр должен быть. Я считаю, что сейчас процедура довольно вменяема» (Здр., Украина).



“

«Да, я знаю, она пока не введена. Там произведена патологизация этого диагноза. Им не нужно доказывать, что это диагноз. Это должно упростить им жизнь. Честно говоря, я не знаю, насколько это будет сложно или легко в нашей стране, но цивилизованный мир подхватит это достаточно быстро. У нас в стране до сих пор считается любой психиатрический диагноз стигмой, то, скорей всего, психиатр таких пациентов не увидит, а увидят первичные врачи, потом гинекологи, эндокринологи» (Здр., Украина).

”

В процессе интервью респонденты также рассказывали, откуда именно они узнали об изменениях в МКБ-11, хотя отдельно такой вопрос не задавался. Некоторые опрошенные эксперты обозначали, что получили информацию относительно изменений в МКБ-11, касающихся транс* людей, на тренингах:

“

«Я знаю об этом: и слышала, и на тренингах мы об этом говорим» (ЛПР, Украина).

«Я была на тренинге, где нам говорили о том, что планируется переводить...» (Здр., Украина).

”

4.5

НАЛИЧИЕ ОСОБЫХ УСЛУГ ДЛЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ

Согласно полученным результатам исследования, а также ожиданиям авторов исследования, опыт предоставления услуг транс* людям имеется во всех странах. Однако в силу различных объективных причин (таких как наличие национальных и международных программ, направленных на данную целевую группу, историко-культурные и социально-политические особенности развития страны, ценности, декларируемые в обществе, политике или СМИ, а также сила и потенциал третьего сектора в стране, который обычно вносит значительный вклад в развитие гражданского общества, поддержку гражданских прав и инициатив) ситуация в сфере услуг в пяти странах, охваченных проектом, несколько отличается.

В целом для всех стран характерна представленность услуг для транс* людей больше в неправительственном секторе, чем на уровне государства:



АРМЕНИЯ

“

«По правде говоря, не знаю, не думаю, что есть. Государство и для других групп не может обеспечить услуги, не говоря уже об услугах для транс* людей» (Здр., Армения).

«Нет, ну есть НПО, общественные организации, которые стараются работать с ними и, так сказать, защищать их интересы. Или им, ну, в нашей сфере, в этом плане им помогают международные организации тоже, Глобальный фонд и другие помогают, чтобы хотя бы в вопросах здоровья, образа жизни и в других вопросах поддерживать этих людей, но особо про какие-то услуги не знаю» (ЛПР, Армения).

”



ГРУЗИЯ

«На уровне НПО есть небольшие службы, на государственном — ничего» (Здр., Грузия).

«Только сервисы, имеющиеся на базе неправительственных организаций. Другого типа сервисы, специфические, ничего не имеется» (ЛПР, Грузия).



КЫРГЫЗСТАН

«Особые услуги... Я бы не сказала, что в медицине они есть. Есть сообщества, те же самые НПО, которые могут создать условия, могут помочь этим... Даже знаю вот «Кыргыз Индиго», которые помогают таким людям в той же самой адвокации, например, в той же самой помощи в медуслугах, связями. Количество только вот гражданское общество» (ЛПР, Кыргызстан).



РОССИЯ

«Я знаю про проект, да, как бы ... Т9 NSK, где есть группы взаимопомощи, есть безопасная комфортная среда и есть, соответственно, история про то, ну вот, ну, где людям помогают, поддерживают, психологически поглаживают как бы, да, помогают отстроить, каким образом хотя бы на уровне себя отстаивать свое право быть собой, вот так вот» (Здр., Россия, Новосибирск).



УКРАИНА

«Особых нет. Потихонечку силами активистов и общественных организаций уже сформировался пул медицинских специалистов, к которым можно обратиться и не получить психическую травму. Есть уже психологи так же» (Здр., Украина).

«Я думаю, что есть услуги, которые предоставляют негосударственные организации. Они не особые для трансгендерных людей, но организации пытаются, как и мы, предоставлять особые услуги. Мы помогаем им в адвокации, контакты. Но это больше прецеденты, чем практика. В Украине необходимо развивать эти услуги. На ближайшие 2-3 года нужно сконцентрировать свое финансирование на услугах трансгендерным людям. Но они, к сожалению, точечные сейчас» (ЛПР, Украина).

Эксперты из Украины, пожалуй, дали больше ответов, согласно которым создается впечатление, что на государственном уровне для транс* людей все же что-то делается:



«...Если идти на государственном уровне, у нас есть протокол клинический, но не по всем категориям пациентов и не по всем диагнозам у нас существует протокол, это такая область, которая очень сильно у нас хромает, как раз Протокол по гендерной дисфории (17 года, это уже последняя версия). Это достаточно хороший протокол: в нем прописано, кто и что должен оказывать, но у нас на практике, как и законы, которые существуют на бумаге, а на практике они могут не работать. То есть на законодательном уровне у нас это продумано все, на исполнительном — здесь все гораздо сложнее» (Здр., Украина).

«В принципе, документально у нас есть условия, где все описано нормально при переходе. Другое дело, что у нас нет специалистов таких. У нас есть небольшое количество семейников, эндокринологи есть. А вот хирургов, которые делают операцию на гениталиях, то у нас таких нет. Скорее всего, это почти недоступно в Украине. С молочными железами — в Одессе есть несколько врачей, в Харькове, Днепре, Львове. Карта расширяется» (Здр., Украина).



Это не обязательно говорит о том, что в других случаях государство абсолютно абстрагировано от проблем транс* людей. Однако подтвердить или опровергнуть это с помощью данного исследования мы не можем, особенно когда речь идет о России, где в целом было проведено меньше интервью, по сравнению с другими странами, и опрошено мало экспертов категории ЛПР.

Что касается особых услуг, каждый эксперт по-своему понимал и интерпретировал этот термин. Одни говорили о юридических услугах:



«Думаю, в юридическом плане — это помощь, предоставляемая “Новым Поколением”, которое помогает по различным вопросам, и, насколько я слышал, они очень довольны. Ну и еще программы по профилактике ВИЧ. Других программ, думаю, нет» (Здр., Армения).

«Ну, у вашей организации есть кое-что. Ну, знаю про вас, что защищаете интересы этих уязвимых групп, о других организациях так особо не знаю» (ЛПР, Армения).

«Какие-то сервисы есть, есть юридическая поддержка, есть “Темиды”, есть Equality Movement. У нас в “Танадгома” есть превентивные пакеты, в WISG проходят образовательные встречи, также есть юридическая поддержка и т. д.» (ЛПР, Грузия).

«Отчасти есть. Когда на руках у человека уже все справки, и он обращается в ЗАГС, чтобы сменить свидетельство о рождении, то, по идее, есть четкое законодательство на этот счет. Это не непонятно что делать: есть четкая, прописанная процедура, и в любом ЗАГСе, не важно, село это или город, должно быть исполнено. Если кто-то не знает, как это делать, то это уже проблемы компетенции работника, который занимает ту или иную должность. Точно так же и касательно медицины, но на деле достаточно, очень часто, особенно, если это не Киев, идет такая ситуация, что медработники, к которым обращаются трансгендерные люди с целью перехода, они пугаются, они не знают протокола, они его в глаза не видели никогда, и что делать, они тоже не знают. И этот вопрос не столько проблема конкретного доктора, сколько проблематика медицинской сферы. Каждый год выпускается много специалистов, и они просто не в силах перелопатить все, что выходит, и они могут даже не знать о том, что есть вот такой переход.

Для этого должны быть заведующие или начмеды больниц, которые, мониторя вот это, должны предоставлять врачам вот эту информацию: вышел вот такой протокол, надо ознакомиться, вышел вот такой протокол. Поэтому эти спецслужбы по постановке диагноза или смене документов — они теоретически есть, но это все равно проблемная отрасль» (Здр., Украина).



Другие говорили о консультациях социальных работников:



«Вот хотя бы WISG — организация, которая включила меня в это дело. К ним приходят и разговаривают, у них есть очень хорошая соцработница. Все они очень сознательные и адекватные. Напрямую переадресовывают к квалифицированному врачу (Здр., Грузия).



Также эксперты упоминали психологическую помощь:



Я думаю, специально особых услуг у нас нету. Единственное, что опять-таки может быть, — только психологические вот эти консультации, да, и смена паспорта, по-другому как бы это... ну опять-таки смена паспорта у нас может быть и по любой другой причине, да, ну здесь вот больше так. Медицинские услуги — они на равных оказываются любому человеку, да, какие-то такие услуги — они на равных оказываются другому человеку» (Здр., Кыргызстан).



Некоторые говорили о медицинских услугах, касающихся коррекции пола. Например, о хирургических вмешательствах больше упоминали в России, нежели в других странах:



«Ну, возможность перехода, и медикаментозного, и хирургического, в тот пол, который они хотят. Да, у нас, к счастью, это возможно, в том числе и в нашем городе, осуществить» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Я просто знаю клиники, в которых проводят операции по смене пола. По крайней мере, раньше проводили. Сейчас, может быть, уже и нет... Но дело в том, что у меня занятия по хирургии, когда я учился в институте, проходили на базе одной из клиник, в которой делали операции по смене пола... Поэтому услуги такого характера проводятся. Какие-то психологические консультирования там — тоже, я считаю, проводятся... Я не думаю, что вот специально есть какие-то отдельные лечебно-медицинские учреждения, которые специализируются на особенностях андрологии трансгендеров. Я думаю, в нашей стране такого нет» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Опять-таки скажу: если это оказание помощи в плане психиатрии, это есть во всех городах, а если же дело дошло до хирургических манипуляций, то есть для специфической операции, — да, это, конечно же, в крупных городах, не обязательно в Москве или в Питере, нет, в каждом городе большом сейчас есть и клиники пластической хирургии. (Вопрос интервьюера: «У нас в Новосибирске есть, не знаете?») Да есть, конечно» (Здр., Россия, Новосибирск).



В Украине и Грузии также упоминали о существовании специального шелтера:



«У нас шелтер есть — место, где могут находиться транс люди. У нас есть врачи, которые выписывают гормоны, контролируют на медицинском уровне состояние гормонов. У нас есть психиатры, которые оказывают консультации. У нас есть организации, которые оказывают юридическую помощь, мобилизационные мероприятия, адвокационные мероприятия» (Здр., Украина).*

«К сожалению, не думаю, чтоб был какой-либо сервис. Есть поддержка от отдельных доноров. Последнее — Бека написал предложение о шелтере, и государство на это согласилось. Что касается трансгендеров, со стороны государства ничего не помню». (ЛПР, Грузия).



Ну и, пожалуй, в качестве самых распространенных услуг были названы профилактические услуги в сфере ВИЧ:



«Я работаю в сфере профилактики ВИЧ и ТБ. И уже несколько лет эти люди получают услуги по профилактике. В медицинской сфере, гормональный переход и другое — я не могу точно ответить» (Здр., Украина).

«Если мы говорим о сети снижения вреда, она предлагает что-то, конкретный сервис, например, если я не ошибаюсь. Это может быть только для МСМ и для профилактики ВИЧ, если я не ошибаюсь, они также предоставляют для трансгендеров, но в остальном я знаю особые типы услуги на государственном уровне. Могут быть такие фрагментированные программы социальной поддержки отдельных НПО, может быть, психосоциальная поддержка и так далее» (ЛПР, Грузия).

«Единственное, мы этот... ну, внесли в рамках программы ВИЧ, мы покупали там, мы заявку писали, чтобы им купили там гормональные препараты. И все. Ну, я думаю, это было единственное именно для трансгендерных людей услуга. А так они получают услуги на общих основаниях, и в целом для них услуг нету у нас в стране» (ЛПР, Кыргызстан).

«Ну, например, в нашей программе есть особые — профилактические услуги. Особые услуги — ну, потому что они как бы в группе риска, в уязвимой группе, в связи с этими разными вирусами, исходя из их поведения, многие транс занимаются секс-работой, проявляют безопасное, то есть, опасное поведение, и им нужны вот такие профилактические услуги, которые мы предоставляем по нашей программе: презервативы, консультацию, тестирование по ВИЧ, ну так, в здравоохранительной сфере» (ЛПР, Армения).*



Особенно часто такие программы упоминались в Украине и в контексте донорского финансирования:



«Только в программах международных доноров. Программы профилактики, консультирования, юридическая помощь» (ЛПР, Украина).



“

«В нашей сфере, в сфере общественного здоровья и противодействия ВИЧ, например, да, есть. И слава богу, что оно теперь существует как отдельный пакет услуг, отдельная проблематика с отдельным вниманием к этому. Если говорить уже про более широкий контекст, то, опять же, если обращаться к этим дружественным врачам, то, да, есть уже психологи, которые специализируются на работе с трансгендерными людьми с точки зрения, чтобы эти люди могли как-то проще принимать себя и так далее, есть семейные врачи, которые интересуются этой тематикой и специфически работают с ЛГБТ-сообществом для того, чтобы с учетом их потребностей и специфики предоставлять им какие-то услуги. Но, опять же, какие-то вещи — они уже зафиксированы в каких-то документах, будь то приказы Минздрава или это документ, заверенный страновым координационным механизмом, как вот заявка в Глобальный фонд на три года, и там прописано, что вот трансгендерные люди как ключевая группа будут обеспечены в таком-то объеме, в таком-то количестве, такими-то услугами» (ЛПР, Украина).

”

Но в целом эксперты сошлись во мнении, что таких услуг для транс* людей во всех странах, охваченных исследованием, катастрофически мало:

“

«Вот фрагментарно что есть, если это не считать, то нет. Глобальный фонд финансирует некоторые проекты, и если не считать отдельные неправительственные и донорские инициативы, то нет ничего» (ЛПР, Грузия).

«Я не знаю. Наверное, кроме наших услуг в нашем центре, честно говоря, не знаю. Чтобы человек пришел и заплатил, чтобы это было анонимно, чтобы сделать операцию. Скорее, нет» (ЛПР, Россия, СПб).

«Не могу сказать. Я предположу, что их очень мало. Все-таки это очень узкое приложение. Не ошибусь, если скажу, что их катастрофически не хватает» (ЛПР, Украина).

”

В исследовании мы пытались определить факторы, которые влияют на изменение отношения к трансгендерным людям, как внешние, так и внутренние. Опрошенные считают, что нет единого фактора или набора факторов, которые способны изменить отношение, но развитие общества происходит само по себе, также прослеживается некоторое снижение уровня трансфобии.



«Многие факторы вместе взятые, образование... Также это может быть заложено в вопросы профессиональной этики — когда речь идет о компетентных вопросах и услугах. Еще важнее больше говорить, больше бороться и получать международную поддержку. Надо работать на разных уровнях, даже членам семьи трудно найти поддержку, поддерживающих организаций тоже очень мало, и они менее видимы... Также важно укреплять самоорганизацию среди трансгендерных людей» (ЛПР, Грузия).

«Пока что бы ни делалось, обучение, внедрение, информирование, ведение протоколов, законов — это работать не будет, пока общество не созреет. Вот пока оно не выйдет на уровень общества, не знаю, западного, это тяжело. Тем более мы живем в Средней Азии, больше мусульманские дела, больше традиции. Мы все-таки придерживаемся традиций и всего прочего. Это все тормозит. Этот вопрос будет решаться только тогда, когда вопрос дискриминации и с равенством, только тогда, когда общество все-таки достигнет высокого уровня своего сознания, как, например, в Западной Европе, Северной Америке, Южной Америке, Австралии и так далее. Возможно, в Юго-Восточной Азии, я тоже не думаю, что там есть какая-то дискриминация. Да нигде ее нет особо. Просто мы отстаем» (Здр., Кыргызстан).



К тому же эксперты подчеркивают, что именно видимость транс* людей способствует формированию толерантного отношения к ним: когда кто-то узнает транс* человека в личном общении, то уже меняет свое отношение и к другим людям:



«Естественно, что однажды отношение изменится. Люди сейчас стали смелее. Мне кажется, личное общение с транс людьми, ничего другого не надо. Сколько хочешь, пиши, но когда видишь, общаешься — это уже другое» (Здр., Армения).*



Среди факторов, способствующих изменению отношения, респонденты упоминали следующие:



Видимость транс* людей:



«Видимость ЛГБТ-сообщества. Мы не можем настаивать, чтобы врачи открыто об этом писали, но, с другой стороны, это важно. Люди, которые делают каминг-аут, — это важно. Слышать от специалистов различных: “Трансгендерность — это нормально”, это формирует восприятие: “Ага, это ок, никакого скандала мы из этого не делаем”. Это меняет мнение людей. Позиция Минздрава также важна» (Здр., Украина).





«Это информирование, просто ненавязчивое, но информирование, которое будет принятым в этой среде, с этим менталитетом. Ну, например, возьмем прайды, гей-парады, какие-то проходы, колонны транс* людей и так далее. Есть общество, где это принимается, где все ок, а есть общество, где все настроены более консервативно и все это не принимается. И, с одной стороны, мы демонстрируем людям, что вот эти люди есть, они видимы, они есть, это не сказка, вот этот конкретный человек. И он не один... Есть другие способы донесения информации, на предприятиях, на фирмах, лекции, инфолисты, брошюры, когда человек ненавязчиво знакомится, что вот это есть, и это то-то, то-то и то-то, чтобы человек понимал, что это такое, и тогда его уже перестанут пугать, такая категория людей» (Здр., Украина).

«Мне кажется, больше видимость транс* людей. Потихоньку это уже происходит. Монро у нас не единственная дива. Это какие-то личные истории активистов, которые могут рассказать, что не надо пугаться трансгендерных людей. Уже меняется и не так уже страшно воспринимается людьми. В целом у нас становится более толерантное отношение к ЛГБТ-сообществу. Да, все равно остается прослойка, которая не воспринимает... Нужно информирование. Начинать нужно со школы. Аккуратно. Хотя я понимаю, что это очень сложно. Но дети должны расти. На учителей, чтобы они понимали, что мы строим инклюзивное общество. И на общее население, но если это будет не просто интервью, а, может, в сериалы вводить трансгендерных людей, в фильмы, но не делать их однотипными и карикатурными, а показывать их как реальные и нормальные культуры. И медицинским работникам рассказывать об этом» (ЛПР, Украина).



Образование:



«Во-первых, качество системы образования должно улучшиться. Думаю, сегодняшнее образование в школах и, например, у нас в Ванадзоре, который маленький город, нет другой платформы общения, и уровень образования остается низким. Было бы хорошо, чтобы были места, где людям было бы интересно, чтобы молодые люди общались и обучались большему. То есть важно повышение уровня образовательной системы разными способами, которое способствовало бы тому, чтобы люди были бы более толерантными» (Здр., Армения).

«Реформы в образовании. Надо пересмотр учебных программ делать. Пересмотр учебных программ» (Здр., Кыргызстан).



Другие формы информирования:



«Информирование. Формат, который часто происходит на конференциях, тренингах в виде живой книги. Когда присутствует трансгендерный человек. Ему можно задавать вопросы. Прежде всего должны быть информированы медицинские работники и преподаватели, которые должны предотвратить буллинг и обратить внимание родителей на этот вопрос» (Здр., Украина).

«Информирование. Мы имеем очень необразованное общество, очень агрессивное общество из-за того, что оно необразованное, поэтому чем больше мы будем говорить о разнообразии, тем больше оно будет изменяться. Когда это будет, я не знаю» (ЛПР, Украина).



Развитие экономики как составляющей развития страны;

Изменение нормативной и законодательной базы:

«...Изменение нормативной и законодательной базы... Если бы там законодательные органы лоббировали какие-то законы, изменяющие отношение к этим людям там и так далее, то дискриминации стало бы меньше. И не сразу, но постепенно, с годами, с годами, с годами, общество бы трансформировалось и более спокойно, толерантно относилось к этим персонам, и дискриминации... стало бы меньше» (Здр., Россия, Новосибирск).

«В России у нас население, кажется, двадцать один миллион. Я думаю, нас всегда поровну. То есть если семьдесят процентов гетеросексуальных людей, то процентов тридцать с нетрадиционной для общего понимания сексуальной ориентацией» (Здр., Россия, Новосибирск).

Все эксперты и экспертки здравоохранения Украины говорили о том, что в целом количество транс* людей как в Украине, так и в других странах значительно превышает данные официальной статистики, поскольку не все транс* люди обращаются к специалистам или пользуются услугами организаций, а представители старшего поколения в большинстве случаев живут навязанной им социальной жизнью, не афишируя информацию о своей гендерной идентичности:

«...Полагаю, больше, чем официальная статистика. Опять-таки международная статистика говорит — 0,5 % от общего населения. Плюс-минус, это где-то так. Но я не статист, я психолог. Плюс ко всему старшее поколение — многие люди забили свое внутреннее «я» и живут той социальной жизнью, которая навязывается им» (Здр., Украина).

Эксперты и экспертки здравоохранения Украины, ссылаясь на данные официальной статистики, называли цифры от 0,3 до 0,5 %, при этом один из экспертов здравоохранения озвучил цифру мировой статистики — 1,5 % от всего населения:

«По мировой статистике считается, 1,5 % от всего населения» (Здр., Украина).

«0,3 % от общего населения. Большинство трансгендерных людей живут закрыто. Посчитать их точно невозможно. Ко мне приходят активисты и какая-то часть людей, которые приходят, чтобы сделать переход. Обращаются не все» (Здр., Украина).

ЛПР Украины при оценке численности транс* людей ссылались на два проведенных исследования: био-поведенческое исследование среди МСМ, в рамках которого задавался вопрос о наличии в окружении МСМ транс* людей и просчитывалось оценочное количество, а также исследование «Оценка численности трансгендерных людей в Украине»¹⁵, проведенное в 2020 г. Согласно данным исследований, оценочная численность транс* людей без учета АР Крым и ОРДЛО составляет 8200 человек. Также эксперты говорили об официальных подходах к расчету оценки численности, а именно 3 % от общей статистики уязвимых групп.

¹⁵ http://csep.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Zvit_Ukr.pdf



«Там же есть даже цифра какая-то конкретная, в рамках проведения IBBS среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, которым задавался вопрос, есть ли в вашем окружении трансгендерные люди, или что-то такое. Там вышли на определенную цифру, там пару тысяч, по-моему. Но сейчас, по тем данным, которые мы видим уже в программной отчетности, по фактическим охватам, то та цифра уже превышена. Я думаю, что можно говорить о 5 и больше тысячах людей. Точнее, опять же, это только те, до кого мы смогли дотянуться, а если делать расчет этой оценки, то может случиться, что и 10–20 тысяч. И, опять же, это вопрос позиционирования, вопрос того, кого мы называем трансгендерными людьми, и учитываем ли мы все гендерные идентичности, или мы вот так узко проводим, что там мужчины и женщины — и все» (ЛПР, Украина).

«...Была проведена оценка в прошлом году, она говорит о 8000 трансгендерных людях. Если брать матрицу, которую рекомендует ВОЗ использовать, то это около 10 000. В наших программах сейчас около 3–4 тысяч, охват я имею в виду, что мы можем сделать охват. Львиная доля — это, конечно же, Одесса и Киев» (ЛПР, Украина).

«3 %, я думаю. Исхожу из общей статистики уязвимых групп» (ЛПР, Украина).



Ниже приведена сведенная таблица по экспертным оценкам численности трансгендерных людей. Источником данных выступали субъективные оценки участников и участниц исследования.

Таблица 4.7.1. Экспертные оценки численности трансгендерных людей

СТРАНА	ОЦЕНОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО	ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ЭКСПЕРТОВ	ИСТОЧНИК ДАННЫХ ¹⁶
Армения	150–2000	ЛПР	Биоповеденческое исследование 2018–2021 гг.
Грузия	50–300	ЛПР	Субъективная оценка
Кыргызстан	2000	ЛПР	Статистика НПО
Россия	1 % от населения страны	Здр.	Субъективная оценка
Украина	8200	ЛПР	Биоповеденческое исследование 2020 г.

¹⁶ Субъективные оценки экспертов и эксперток, принимавших участие в исследовании.

По словам экспертов и эксперток здравоохранения и ЛПР в разных странах исследования, оценки численности небинарных людей как отдельной категории не проводилось. При этом мнения очень отличаются — как среди разных категорий опрошенных, так и среди стран.

Часть экспертов и эксперток Армении, Грузии и России либо не знают, кто такие небинарные люди, либо говорят о полном отсутствии информации о них.



«Даже не знаю, кто такие небинарные люди» (Здр., Армения).

«...Для меня это очень далекие, непонятные люди, поэтому на этот вопрос я даже не могу ответить. Ну, мне кажется, что все-таки в России люди стараются придерживаться даже если, допустим, определенной какой-то... ну, пары, женщина с мужчиной, все равно они больше придерживаются. Больше принимают себя, что ли» (Здр., Россия, Новосибирск).

«О небинарных — вообще не знаем» (ЛПР, Грузия).



Все эксперты и экспертки Грузии говорили о том, что в стране не проводились исследования по оценке численности небинарных людей, более того, цифры, которые озвучиваются на уровне страны, достаточно противоречивы:



«Исследования по этому поводу не проводились, и точно не знаем, я слышу вполне взаимоисключающие цифры от коллег и друзей, и сейчас если что-то скажу, то это не будет ничем обосновываться, чтобы что-то сказать» (ЛПР, Грузия).

«...И вообще нет необходимости изучать небинарных людей, никто не знает, сколько таких людей существует. Я бы сказала, это слово, и особенно небинарные люди в целом, для меня по крайней мере, я бы сказала, что я не знаю, именно сколько, я понятия не имею. Я не могу сказать вам больше, чем 200. Но у меня нет точного ответа на этот вопрос» (ЛПР, Грузия).



Эксперты и экспертки здравоохранения Кыргызстана при оценке численности небинарных людей, ссылаясь исключительно на собственные ощущения, называли цифры от 2 до 7 %. При этом были озвучены количественные показатели от 50 до 600 человек в целом.



«Небинарных не знаю, наверное, чуть-чуть больше, 6–7 %. Ну это так, по ощущениям» (Здр., Кыргызстан).

«Ну прям такой статистики у нас не было в принципе. 50 точно есть, а сколько которых мы не знаем, может быть, больше 100» (ЛПР, Кыргызстан).

«Ну, наверное, где-то 600 человек в целом» (ЛПР, Кыргызстан).



Оценки численности небинарных людей в России также разнятся. Так, одни эксперты и экспертки говорят о том, что среди трансгендерных людей небинарных очень мало, а другие — что небинарных людей очень много, в частности среди молодых людей до 25 лет.



«Сколько из них небинарных людей — думаю, еще меньше. Ну, то есть, если это сотни (трансгендерных людей), то небинарных людей десятки» (Здр., Россия, Новосибирск).

«...Мне кажется, еще много людей, которые... как-то вот сомневаются, не сомневаются, которые сами еще вообще не поняли, с каким полом они себя ассоциируют... Мне кажется, это, ну такое какое-то юношеское там, подростковое, что... Период того, что вот они как раз познают мир там всеми способами возможными и пробуют себя в разных сексуальных ролях, разные практики, разные отношения пробуют строить с разными людьми, пробуют себя там в разном поле и... просто нарабатывают опыт жизненный... Мне кажется, это как-то зависит от возраста. Что среди подростков, мне кажется, их больше. А среди людей там 25 плюс... уже как-то люди более определенные» (Здр., Россия, Новосибирск).



Эксперты и экспертки здравоохранения Украины, в отличие от своих коллег из предыдущих стран, при оценке численности небинарных людей опирались на собственный опыт работы, когда таких пациентов от 5 до 10 % от общего числа, а также на стандарты международной статистики — 0,5 % от общего населения.



«Небинарных среди моих пациентов очень мало. От 5 до 10 %» (Здр., Украина).

«Я вам по цифрам точно не скажу. Но, полагаю, больше, чем официальная статистика. Опять-таки международная статистика говорит — 0,5 % от общего населения. Плюс-минус, это где-то так» (Здр., Украина).



Таблица 4.7.2. Экспертные оценки численности небинарных людей

СТРАНА	ОЦЕНОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО	ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ЭКСПЕРТОВ	ИСТОЧНИК ДАННЫХ ¹⁶
Армения	Х		
Грузия	200	ЛПР	Субъективная оценка
Кыргызстан	50–600 человек / 6–7 %	Здр.	Субъективная оценка
Россия	Меньше 1 % от населения страны	ЛПР	Субъективная оценка
Украина	0,5 % от всего населения	Здр.	Субъективная оценка

Вопросы миграции среди транс* людей, как и среди других представителей ЛГБТ-сообщества, достаточно актуальны. Все опрошенные эксперты и экспертки однозначно подтвердили наличие миграции среди транс* людей как внутри стран (из сел и маленьких городов в большие города и столицы), так и за рубеж. Основными причинами являются как семейные обстоятельства (непринятие транс* людей членами семьи и ближайшим окружением), так и поиск лучших возможностей для полного изменения жизни, трудоустройства, доступа к качественным услугам, в первую очередь медицинским, и так далее.

Ключевой причиной миграции транс* людей, по мнению экспертов и эксперток, является непринятие их в стране, которое проявляется в высоком уровне дискриминации по отношению к транс* людям во всех сферах жизни:

“

«Так как в нашей стране не принимают их, эти люди вынужденно уходят, и, однозначно, этот поток, наверное, довольно большой. Например, внутри нашей страны есть большое перемещение из регионов в Ереван, а на страновом уровне — в Европу» (Здр., Армения).

«...Миграция из Армении точно характерна, потому что общество не принимает их, да, миграция однозначно есть» (ЛПР, Армения).

«Большинство уезжает за границу, чтобы обосноваться, те, у кого есть средства и знают язык, многие пытаются уехать. Первое — это причина экономических проблем, второе — проблема обслуживания, и последняя — зависимость от окружающей среды» (Здр., Грузия).

«Миграция, скорее всего, для них характерна, потому что очень трудно жить в обществе, которое тебя не воспринимает, и которые знают тебя, допустим, другим, ты сейчас меняешься и становишься другим, не все положительно будут воспринимать смену пола. Поэтому человеку легче уехать туда, где тебя никто не знал раньше, поэтому миграция будет как внутренняя, внутри страны, так миграция и внешняя, за пределы» (Здр., Кыргызстан).

«Достаточно характерно, когда они хотят быть неузнаваемыми. Для этого они меняются внешне, чтобы в них не тыкали пальцами, стигматизация, они предпочитают поменять место жительства. Особенно это касается тех, кто живет в маленьких городах, где все друг друга знают и все друг у друга на виду. В большом городе проще потеряться» (Здр., Украина).

”

Эксперты и экспертки Армении основной причиной миграции транс* людей внутри страны называли страх физической расправы в маленьких населенных пунктах: именно поэтому транс* люди стараются переехать в столицу. Миграцию транс* людей в Европу, Америку и Украину респонденты объясняют тем, что в этих странах более толерантное отношение и больше возможностей. При этом эксперты и экспертки говорят о том, что транс* люди стараются не ехать в постсоветские страны (за исключением Украины), поскольку там до сих пор присутствуют стереотипы советского периода.



«Миграция из регионов в Ереван очень характерна, потому что в регионах еще есть этот страх, что могут расправиться с ними. И потом, насколько традиционнее это поселение, настолько страшнее этим людям быть там. Ну, во-первых, этим характерна, а во-вторых, там нет мест для их деятельности, и они должны приехать в Ереван для этого. Или, может быть, есть какие-то сезоны, когда едут в какие-то места» (ЛПР, Армения).

«Очень изменчива. В основном едут в Украину, Европу, то есть в те страны, в которых их относительно хорошо принимают. Они уверены, что там их примут лучше, там они далеко от дома, родственников, никто ничего не узнает о них» (Здр., Армения).

«Мне кажется, я лично не владею статистическими данными, но по моим разговорам с ними я знаю, что если даже их отправляли туда (прим.: за границу) по каким-то делам, я знаю, что иногда они не возвращались, потому что там условия легче, и им комфортно в европейских странах. Я не говорю о России, естественно, там их преследуют, но в европейских странах они более приняты, там меньше стигматизирующего, дискриминирующего отношения, можно так сказать» (ЛПР, Армения).



По мнению экспертов и эксперток Грузии, чаще всего транс* люди выезжают в страны Европы (в частности в Бельгию, Нидерланды, Францию) и США. Также один из экспертов здравоохранения сообщил о том, что среди его пациентов есть транс* люди, приехавшие из Ирана, поскольку там условия для жизни еще сложнее.



«Они едут в Бельгию, Францию из-за агрессии людей, из-за проблем с трудоустройством, из-за условий окружающей среды» (Здр., Грузия).

«...Уезжают из Грузии не только для того, чтобы начать новую жизнь, а фактически не имеют элементарных условий, необходимых для существования. По моим наблюдениям, все все-таки уезжают, кто находит необходимые социальные связи. Большинство уезжает в Европу» (ЛПР, Грузия).

«Я знаю, что люди были вынуждены покинуть страну из-за пережитого насилия или не могли устроиться на работу. Я знаю 5–6 человек из сообщества, которые покинули Грузию. Внутри страны наблюдается внутренняя миграция в большие города. Что мне известно, уехавшие находятся в Америке, Бельгии, Голландии...» (ЛПР, Грузия).



По мнению экспертов и эксперток Кыргызстана, миграция транс* людей связана в основном с высоким уровнем стигмы и дискриминации по отношению к ним во всех сферах жизни. Прослеживается как внутренняя миграция из регионов в Бишкек, так и внешняя. При этом мнения экспертов разделились. Большинство считают, что транс* люди стараются выехать в Западную Европу и Северную Америку (Канаду, США, Мексику), поскольку именно там и уровень жизни выше, и есть защита граждан со стороны государства и правоохранительных органов. Часть экспертов и эксперток говорили о большом потоке миграции в Россию, а именно в Москву.



«Да, очень характерна для наших трансгендерных людей в Кыргызстане, потому что очень высокая стигма, дискриминация, и это начинается со школьной скамьи. Людей не принимают, издеваются, буллинг идет со стороны сверстников, потом на этапе высших учебных заведений — это вообще страшно. Поэтому у нас в целом поток внутренней миграции и внешней миграции со стороны трансгендерных людей очень высокие. Потому что неприятие со стороны, неприятие — это когда не принимают человека, со стороны семей тоже очень высокие. Соответственно, у трансгендерных людей не остается выбора, нежели чем как просто уехать или в другую область, или же в другую страну, и чаще всего эта миграция — она идет в Бишкек, то есть из областей люди приезжают в Бишкек, потому что здесь возможностей гораздо больше, в частности трудоустроиться, это вот в Бишкек. А в целом я знаю, что в Москву тоже очень большой поток мигрантов из числа трансгендерных людей у нас есть. Опять-таки это только из-за стигмы, дискриминации идет» (ЛПР, Кыргызстан).

«Я думаю, что едут в Западную Европу и едут в Северную Америку: Канаду, США, Мексику. Потому что там общество давным-давно уже переварило всю эту ситуацию, и сейчас там есть равенство, там есть социальная защита» (Здр., Кыргызстан).



Эксперты и экспертки России также говорили о внутренней и внешней миграции среди транс* людей. При этом внутренняя миграция охватывает и другие категории населения, не только транс* людей: люди едут из маленьких городов в большие с целью доступа к медицинским услугам, а также поиска большего круга возможностей для своего развития. Что касается внешней миграции, эксперты и экспертки России тоже называют в качестве основных направлений Европу и Америку, поскольку именно там отношение к транс* людям наиболее лояльное, по сравнению с Россией и другими странами ВЕЦА.



«...И внутри страны, и за пределы страны... Внутри страны миграция идет в большие города, как и у других людей. Я думаю, тут внутри страны миграция связана с доступностью медицинских услуг в больших городах. То есть большей доступностью. За пределы страны обычно мигрируют люди, столкнувшиеся с дискриминацией по какому-то признаку, по признаку ориентации или другому» (Здр., Россия, Новосибирск).

«...Большинство трансгендерных персон уезжают, так как Россия — довольно негативно к этому настроенная страна, так скажем, поэтому большинство наверняка хотели бы уехать за рубеж. Ну, куда-то в Европу или Америку, где это... более принимается обществом... Если конкретно по России, куда они могут поехать, то, мне кажется, ближе к столице. Потому что — вот как-то ближе к Европе... население более толерантное, скажем так. Не знаю, с чем это связано, но... вот в Москве, мне кажется, в Питере... им существовать практически не проблема. Что их там практически везде принимают спокойно. А где-нибудь на... Дальнем Востоке, за Уралом, в Сибири народ... более гомофобный, ну и в том числе к трансгендерным персонам относится тоже более негативно» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Ну, вот как раз слышала информацию, что переезжают в Питер, тут как-то более... безопасно, более спокойно, более лояльно» (Здр., Россия, СПб).



По мнению экспертов и эксперток Украины, для страны в целом характерна миграция населения из маленьких населенных пунктов в большие города. Также, в связи с оккупацией украинских территорий, с 2014 года большое количество населения, включая транс* людей, переехали в другие области и города страны. Основная причина внутренней миграции — поиск возможности получить услуги, а также расширить круг общения. В связи с этим транс* люди стараются переехать в те города, где можно реализовать свои потребности: Киев, Одесса, Харьков и другие. Что касается внешней миграции, то, по мнению экспертов и эксперток, для транс* людей характерны выезды в Канаду, ЕС, в частности в Германию, Великобританию, США, а основными причинами являются низкий социально-экономический уровень развития страны, а также высокий уровень дискриминации по отношению к транс* людям.



«Начнем с того, что для Украины миграция в целом характерна, начиная с того, что, как правило, все молодые люди хотят переехать в крупные города, как правило, столицу. А следующим шагом — это миграция в другие страны, более цивилизованные: Канада, ЕС, Англия, США, кто куда. С чем связано? С низким социально-экономическим развитием — раз, и с высоким уровнем дискриминации — два. А социально-экономическое положение в стране точно не нам с вами улучшить, поэтому я даже не буду это комментировать» (ЛПР, Украина).

«У нас достаточно большое количество транс людей выбыло за рубеж. Либо на заработки, чтобы заработать себе на переход. Даже в качестве беженцев переехали в Германию. По причине невосприятия их идентификации здесь... Это поиск более комфортного места для себя» (Здр., Украина).*

«У нас сплошная миграция среди трансгендерных людей, все едут в большие города, ищут комьюнити. Миграция с маленьких сел, городков идет в большие города, в основном это Киев, Одесса, есть у нас комьюнити неплохие в Днепре, Запорожье, во Львове, в Харькове. Это чаще всего миграция с целью получить доступ к услугам или быть среди своих, сбежать со своего городка. Да, всем этим и руководствуются, эти люди не могут выразить себя никак там, где они живут. В лучшем случае, они могут просто жить одинокой жизнью, а в худшем — подвергаться дискриминации, агрессии, насилию» (ЛПР, Украина).



Из описанного выше мы уже знаем, какие услуги для транс* людей доступны в странах, охваченных исследованием, или, по крайней мере, о каких доступных услугах проинформированы опрошенные эксперты здравоохранения и ЛПР. Теперь давайте рассмотрим, что, с точки зрения экспертов, необходимо изменить в контексте услуг для транс* людей в их странах.

Прежде всего, по мнению опрошенных, требуются изменения в законодательстве, а также необходимо разработать и утвердить на государственном уровне перечень услуг для транс* людей:



«Его нужно немного расширить и внести изменения на законодательном уровне. Если не изменить на законодательном уровне, это будет проблемой. Палаты должны быть там, где их можно разместить, чтобы у другого пола не создавались проблемы» (Здр., Грузия).

«Знаете что, во всяком случае, я согласен, чтобы государство в некоторой степени взяло заботу на себя, но, к сожалению, опять же есть это "но". Не люблю это "но", но вынужден использовать. Но опять же это должно быть больше на уровне консультации и поддержки, а не какими-то действиями сразу, функциями или образом жизни этого сообщества или не знаю что. Если, не знаю, есть какой-то закон, ну, я не в курсе, да, но, если есть закон, который мешает этим людям, существованию сообщества, значит, эти законы должны быть пересмотрены. Или если есть законы, в какой-то степени касающиеся этого сообщества, но они неполноценные, с недостатками, то они тоже должны быть пересмотрены, эти люди должны быть защищены какими-то законами, потому что эти люди считаются жителями, гражданами нашей страны и имеют все те права, которые есть у меня, у тебя и у других. То есть, если государство видит, что эти люди в каком-то плане преследуются, притеснены, то оно должно разработать законы, чтобы защищать этих людей как граждан Республики Армения, как равных граждан со всеми остальными» (ЛПР, Армения).

«Надо легализовать их и имплементировать их в основные государственные документы, во все нерегулируемое сервисы для этих людей. И не только в государственных, но и коммерческих клиниках» (ЛПР, Украина).

«С 2002 года транс группа выделилась как отдельная группа. Имеем отдельную целевую популяцию, именно потому, чтобы создать сервисы, ориентированные на их нужды» (ЛПР, Грузия).*



Эксперты понимают и озвучивают, что для разработки и утверждения такого перечня услуг для транс* людей необходимо либо использовать результаты оценки существующих услуг, либо, если такие данные отсутствуют, провести исследование, посвященное этим вопросам в их стране:



«И, ну, для определения услуг нужно там оценку потребностей сделать, там, да, ничего этого не сделано. У нас, ну, как бы... у них услуги такие же, как и... ну, стандартный пакет услуг (презервативы, лубриканты) и все... У нас нету определенных услуг для трансгендеров. Они вообще не разработаны» (ЛПР, Кыргызстан).





«Ну, я всегда придерживаюсь принципа — основываться на доказательствах. Недавно “Альянс” провел исследования, и там есть указанные услуги для трансгендерных людей. И у нас сейчас есть все, чтобы взять и разработать эти услуги для трансгендерных людей на национальном уровне. И потом определить, кто их будет финансировать, и потом — кто будет их предоставлять. Я не считаю это проблемой, кроме финансирования... И вот, я считаю, что мы должны применить инструмент, когда мы на регулярной основе проводим исследование. Для этого нужно, чтобы каждая организация имела четкий инструмент исследования» (ЛПР, Украина).



Также, с точки зрения опрошенных экспертов, необходимо выделить отдельное финансирование, которое помогало бы транс* человеку в осуществлении перехода:



«Услуги как таковые — финансирование должно измениться. Эти люди имеют универсальную или частную страховку, то, что у них есть, не включает в себя фонды гормональной диагностики или лечения. Страховка должна оплачивать, по крайней мере, гормональную терапию, или создавать программу финансирования» (Здр., Грузия).

«Позвольте мне сейчас сказать так: было бы идеально, если бы все было настолько доступно для трансгендеров, как и для остальных членов обществ, несмотря на социальный статус и, что важно, везде. Например, они получали одинаковую психосоциальную поддержку в любом учреждении, где они сами хотели, но опять же из-за стигмы для них не думаю, что они получают такую же поддержку, как в общественной организации. Поскольку я знаю, общественные организации чувствуют себя более спокойно и комфортно, я хотела бы, чтобы государство позаботилось, оказало немного больше поддержки общественным организациям и укрепило их. Не только государство, но и общество должно смотреть на эту тему по-другому, поддержка общественных организаций, поддержка как и в финансовом отношении, так и моральном, потому что они часто обращаются к общественным организациям из-за того, что конфиденциальность будет защищена здесь, что очень важно. Кто бы ни предоставил информацию, если она предоставляется конфиденциально и если люди чувствуют себя защищенными, я приветствую любую модель» (ЛПР, Грузия).



Некоторые эксперты утверждают, что очень важно разграничить услуги для транс* людей и других уязвимых групп территориально/организационно / по времени:



Вопрос интервьюера: «Как, по вашему мнению, нужно поменять существующие услуги для транс* людей?»

«Менять? (Интервьюер: «Да, например, в услугах, предоставляемых НПО “Новое Поколение”, если других услуг нет».) Не знаю, например, если приходят в наш центр по какому-то вопросу, со стороны видно, что отношение других пациентов не так уж хорошее, в этом случае доктор не знает, как поступить: звать транс* людей в другое время или сказать им, что есть проблема. В таких случаях не знаем, что делать» (Здр., Армения).



В то же время существует мнение, что выделять какие-либо услуги для транс* людей не нужно, поскольку это может только навредить и будет способствовать еще большей стигматизации транс* людей:



«Я думаю, если, например, каких-то опять же выделять особых врачей, особые группы, кабинеты и центры — это ухудшит состояние вопроса, усилит стигматизацию. Я думаю, что глобально решение этой проблемы — это обучение специалистов в сфере здравоохранения, и чтобы, наоборот, не было вот этого разделения. Я думаю, вот это будет правильнее, правильной стратегией, нежели если мы будем сепарировать» (Здр., Кыргызстан).



Кроме того, эксперты предлагают в целом повысить уровень информированности о действующих сервисах, поскольку не все транс* люди знают о существовании каких-либо услуг, пусть даже малочисленных, которые уже предоставляются в их странах:



«По-моему, более чем добавлять, лучше повысить информирование о действующих сервисах, так как есть выбор, есть возможность юридической помощи и др.» (Здр., Грузия).

«Ну, во-первых, это вопрос того, что люди сами должны знать, ну, как бы людей обучать маршрутизации, то есть когда человек столкнулся и осознал себя, он сам не понимает как бы, да. Соответственно, должна быть доступной информация, куда я могу сам обратиться, и, соответственно, исходя из потребностей в эндокринологе... психиатре, да, вот как бы в таких узких уже специалистах, которые помогают в генетике, с переходами... ааа... тут уже как бы, соответственно, люди, которые этим занимаются, должны быть готовыми принимать, вот, таких пациентов» (Здр., Россия, Новосибирск).



Повысить информированность о существующих сервисах можно, например, путем создания карты транс* услуг:



«Сделать их более доступными. В плане географическом. Не знаю, есть ли у всех транс людей доступ к информации. Было бы полезно транс* организациям картировать услуги и, может, список дружественных провайдеров. Было бы идеально, чтобы все эти услуги были интегрированы в общую систему здравоохранения. Но это вряд ли сейчас» (ЛПР, Украина).*



Сюда же можно отнести создание перечня дружественных к транс* людям специалистов:



«...Это расширить эту сетку нужно и доступность в плане хотя бы информационной, куда можно обратиться, к кому можно прийти с вопросами. Очень важно прийти к правильному доктору, потому что, когда ты приходишь и тебя медицинский работник отторгает, то это может закрыть этого человека еще больше. Поэтому здесь очень важно всегда приходить к правильному доктору, для этого должна быть такая сетка обученных специалистов, толерантных специалистов, в Украине с этим плохо» (ЛПР, Украина).



В связи с тем, что многие транс* люди лишаются рабочих мест, важно наладить взаимодействие с работодателями. Это позволит транс* людям сохранить свои рабочие места и оставаться экономически активными:



«Прежде всего нужно изменить сектор трудоустройства. Большинство из них ушли из семьи, многие занимаются секс-работой. Думаю, было бы хорошо в плане здравоохранения, если бы была возможность финансирования. В этом направлении нужно усовершенствовать секторы трудоустройства и здравоохранения» (Здр., Грузия).



Также важным компонентом является повышение уровня информированности медработников и формирование толерантного отношения к транс* людям со стороны медицинского персонала:



«Мне кажется, услуги менять не нужно, а нужно просто больше просветительской деятельности проводить среди медицинского персонала. То есть, если там ... 10, 20, 50 лет назад этого так широко не было или, по крайней мере, не придавалось огласке, и поэтому врачей не учили, что такие люди есть, существуют, и что они тоже нуждаются в помощи, и вот как их лечить. А сейчас таких людей становится все больше, больше и больше. И мне кажется, надо уже в мединститутах преподавать... Просто на тех же занятиях по акушерству-гинекологии, там, по урологии, по андрологии, по хирургии еще говорить, что... вот, есть такие люди, которые могли себе сделать такие-то, такие-то операции и принимать такие-то, такие-то препараты, которые могут давать такие-то осложнения... Что вот эти... вот это лечение вы им можете провести, вот это лечение — не можете провести и так далее» (Здр., Кыргызстан).

«Я думаю, что нужно обучить персонал здравоохранения оказывать дополнительные услуги транс* персонам. И вообще, в принципе, тут не только даже идет речь о профессиональных навыках, о том, что они у медицинских работников отсутствуют, тут речь идет об уровне культуры, о менталитете. Я думаю, что у нас в России еще очень остро стоит этот вопрос. И да, мы немного движемся к решению этого вопроса, мы движемся очень маленькими шажочками. Но тем не менее, все равно я считаю, что мы все на верном направлении» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Работу первичных врачей. Повысить уровень знаний медицинских работников. Всегда это большая проблема, когда мы начинаем сепарировать услуги для определенной группы людей. Мы должны рассказывать, что трансгендерных людей нужно обычно лечить. Есть нюансы, которые необходимо рассказывать студентам медуниверситетов, на курсах (повышения) квалификации, необходимо курсы разрабатывать для терапевтов, гинекологов, эндокринологов, чтобы понимать специфику лечения и оказания медуслуг» (Здр., Украина).



Кроме того, в некоторых странах также упоминалась необходимость сокращения бюрократических процедур, связанных с переходом:



«Хочется, чтобы просто было просто и понятно... Допустим, психолог — он мог что-то объяснить как квалифицированный специалист именно вот в этом плане, что если у человека есть какие-то вопросы, есть какие-то страхи или сомнения, он мог дать какой-то совет, мог мысленно направить, ну... вернее, разговором направить в нужное русло, и также чтобы врачи относились к этому нормально» (Здр., Россия, Новосибирск).





«Должны внедрить практику изменения документов без каких-либо медицинских вмешательств. Некоторые люди хотят изменить только паспорт. Во-вторых, нам нужно научить врачей. Мы не можем исключить психиатрию. Потому что у нас нет практики общения с такими пациентами семейных врачей. Надо научить врачей направлению людей к психиатрам» (Здр., Украина).



Одна из эксперток здравоохранения даже предложила изменить маршрут пациента таким образом, чтобы обращение к психиатру происходило по перенаправлению из муниципальных органов:



«Было бы логично, чтобы человек обращался в муниципальные органы о том, что он хочет получить новые документы, с новым именем, с новым отчеством. И уже муниципальные органы организовывали бы, например, консультацию психиатра для такого человека... Когда человек приходит с желанием сменить гендер, он тоже должен обследоваться, но мне кажется, что было бы проще изначально обращаться в муниципальные учреждения, потому что мы не лечим это состояние здесь. Даже когда человек обращается к психиатру, он же не проходит какого-то лечения, он проходит определенное освидетельствование, что да, он психически здоров, вот и все, и его желание — это его осознанное желание. Я бы строила наоборот: сначала обращение в муниципальное учреждение, а уже оттуда — консультация психиатра» (Здр., Украина).



В разных странах выделялась группа экспертов, которая озвучивала необходимость создания отдельных медицинских сервисов, отдельных центров или отделений, где медицинские специалисты широкого профиля будут оказывать помощь исключительно транс* людям:



«Много сложностей с медициной, с диагностикой. Люди делятся, как "сарафанное радио". На мой взгляд, необходимо создание отдельных центров. Очень сомневаюсь, что это можно сделать на местах. Возможно, в столице. Но это опять же вопрос безопасности. Мы наблюдаем это с ЛГБТ. Мы не можем обеспечить безопасность ни врачам, ни пациентам. Должны быть в таком центре семейные врачи, проктологи, гинекологи, эндокринологи. И другие врачи тоже» (ЛПР, Кыргызстан).

«Должны быть более доступны услуги, чтобы легче было найти самостоятельно, куда можно обратиться. Может быть, какие-то прямо отдельные, специализированные центры... Все равно нереально повысить уровень знания абсолютно у всех там специалистов, даже первичного звена там в поликлиниках. Или вот сделать специализированные центры, где врачи будут обучены, будут проходить постоянно новое обучение, знакомы с последними рекомендациями» (Здр., Россия, СПб).



С этим согласны далеко не все эксперты. Они аргументируют свою позицию не только тем, что разделение в услугах приводит к увеличению социальной дистанции и способствует дискриминации. Еще один довод — группа транс* людей не настолько многочисленна, чтобы для них создавались отдельные клиники/отделения:



«Я, например, не вижу, почему сейчас. Система работает. Человек может приехать, пройти обследование. Пройти гинеколога-эндокринолога. Система у нас отлажена. Не могу сказать, что есть проблемы с этим. Сейчас это все автоматизировано у нас. Через 2 недели пациент получает свою выписку и все.





Но мы говорим про Киев. Не мешало бы проводить разъяснительную работу с врачами с периферии. Это не миллионы пациентов, чтобы делать под них отделения. Поэтому просто повышать образованность врачей, чтобы наладить эту цепочку врачей: психиатр — терапевт — гинеколог — эндокринолог» (Здр., Украина).

«В идеальном мире не должно быть отдельных сервисов, должно быть для всех налажено, где человеку будет оказывается медицинская услуга нормально» (ЛПР, Грузия).

«Стигма должна быть изменена, и услуги должны предоставляться так же, как и другим людям. Сегрегация постоянно подпитывает дискриминацию, поэтому этих людей не следует оставлять как отдельное общество, их следует интегрировать» (ЛПР, Грузия).



Что действительно необходимо внедрить именно для транс* людей, так это услуги для жертв насилия, поскольку транс* люди часто сталкиваются с этой проблемой:



«Что касается насилия, поскольку эти люди часто становятся жертвами насилия, в том числе со стороны членов семьи, очень важно, чтобы были специальные услуги для людей, подвергшихся насилию, и, конечно, у государства должна быть политика в этом отношении» (ЛПР, Грузия).



По мнению экспертов, важно не только то, что другие могут сделать для транс* людей, но и то, что сами транс* люди могут сделать для себя, а именно повышение видимости, социальная мобилизация, активная позиция и укрепление потенциала самого сообщества:



«Сложно сказать. Но чтоб что-то изменилось, необходимо усиление гласа сообщества. Их усиление будет фундаментом к требованию о защите их прав. Должны появиться те, кто громко заговорит об этом. На фоне общественного насилия — сложно, существует также риск физического насилия. Но сообщество должно крепчать» (ЛПР, Грузия).



Один из экспертов даже попробовал резюмировать и комплексно описать подход по изменению услуг для транс* людей на различных уровнях:



«Во-первых, как можно быстрее принять эти 416 или 406-й приказ Минздрава (прим.: речь все же идет о Приказе Министерства здравоохранения Украины N104 от 08.02.2013 «Об утверждении Перечня и Критериев определения групп повышенного риска по инфицированию ВИЧ»), где нужно четко зафиксировать, что у нас ключевыми группами в отношении ВИЧ являются не только люди, употребляющие наркотики, секс-работники и мужчины, практикующие секс с мужчинами, а и трансгендерные люди. Это момент номер раз, потому что, ссылаясь на этот приказ, потом происходит много других изменений или можно требовать на местах какие-то отдельные услуги в отношении себя, ссылаясь на эту нормативную рамку... У нас еще есть барьер того, как на практике существуют такие услуги, то есть нормативка нормативкой, а вот тренинги с медиками разных специальностей, к которым чаще всего обращаются трансгендерные люди, социальными работниками, другими категориями профессиональных работников, специалистов, с которыми трансгендерные люди сталкиваются чаще всего, или те специальности, которые действительно должны были бы предоставлять поддержку или услуги трансгендерным людям. Вот для них делать эти тренинги, обязательно привлекать туда самих трансгендерных людей» (ЛПР, Украина).





**СЛУЧАИ СТИГМЫ
И ДИСКРИМИНАЦИИ
В ПРАКТИКЕ
ЭКСПЕРТОВ**

Следует отметить, что подавляющее большинство опрошенных медработников, хотя и допускают возможность влияния принадлежности пациентов к числу транс* людей на качество предоставляемых услуг, лично с такими случаями в своей практике не сталкивались. Это, по их словам, могло происходить с кем-то из знакомых врачей:

«Сама лично такого никогда не наблюдала, только, наверное, если какие-то разговоры; не было такого, что трансгендер находится в медучреждении, и медработник относится к нему как-то неподобающим образом. Такого я не видела. Может быть, у моих коллег где-то когда-то в жизни это было, но я думаю, что это никто не видит и не видел» (Здр., Россия, Новосибирск).

«Вы знаете, в идеале не должно. На практике не знаю, не скажу, потому что я сама с этими ситуациями не сталкивалась, и у нас в центре такого точно не было... А не так, что этому дала таблетку за 100 сомов, а этому дала таблетку за 5 сомов, потому что мне не понравился, да, или, наоборот, за 5 тысяч, потому что чтобы он ко мне больше не приходил. Нет, такого не будет. Врач оказывает помощь всем одинаково» (Здр., Кыргызстан).

«А вообще это не должно плохо влиять на качество медицинских услуг. Но так как я не сталкивалась с такими случаями, не могу сказать» (Здр., Армения).

В то же время опрошенные медики часто отмечали, что наибольшей сложностью для врача, с одной стороны, и для пациента, с другой, оказывается непривычность самой ситуации контакта с транс* человеком. Это, в свою очередь, может создавать трудности в коммуникации, вызванные как проявлением неэтичного поведения медика, так и желанием пациента любой ценой избежать обращения к специалисту:

«Когда у вас психологически плохое отношение к чему-либо, качество может не соответствовать, не с медицинской точки зрения, назначение будет обычным, просто грубым, не более того» (Здр., Грузия).

В ряде случаев опрошенные указывали, что медработник при общении с пациентом может злоупотреблять своей позицией эксперта, тем самым создавая для пациента угрожающую ситуацию отсутствия контроля над своей идентичностью:

«Я такое видела в психиатрии. Клиентка попросила называть ее вот так-то, а врач ответил, что, извини, ты такой-то, так я и буду тебя называть» (Здр., Украина).

Люди, принимающие решения, отмечали, что психологический комфорт пациента является неотъемлемой частью качества медицинской услуги:

Вместе с тем сами медработники могут недооценивать этот компонент, считая главным само лечение. Так, в цитате выше звучало «назначение будет обычным, просто грубым, не более того». Подобные примеры не раз встречались в интервью:

“

«Как оно может повлиять?! Я думаю, что сильно — нет. Если услуги медицинские оказывает врач, оно может, единственное, моральную сторону задеть, но повлиять на качество, я думаю, нет, оно не повлияет на качество услуг» (Здр., Кыргызстан).

”

В связи с этим опрошенные медики неоднократно подчеркивали, что врачи и медсестры обучены справляться с неприятными ситуациями. При этом также звучало мнение, что отношение к пациенту все-таки влияет на объем предоставляемых услуг:

“

«Даже самый обкаканый, гниущий, весь в червяках бомж... И мы никак не можем отказать в помощи, мы ее оказываем — и оказываем всем одинаково. Поэтому вряд ли это как-то сильно повлияет именно на качество из-за стигмы. Помощь оказана будет, но, возможно, там, где ты можешь что-то сделать более качественно, потратить больше времени, потратить больше своих каких-то навыков, знаний, то, конечно, да. То есть оказана услуга будет необходимая для состояния здоровья, улучшения его, для снятия острого состояния, а уже там какие-то преференции или что-то в плане диспансеризации, реабилитации и прочих советов, я думаю, может повлиять, если какая-то супернеприятность возникла» (Здр., Кыргызстан).

«С большим трудом медперсонал разделяет эту историю про личные отношения и про профессиональные отношения... к людям, к которым относятся априори лучше, и отношение чуть-чуть больше, чуть поблажек больше». (Здр., Россия, Новосибирск).

”

Ситуация, когда внимание специалиста концентрируется на личности пациента, а не на его проблеме, может быть опасной:

“

«Хочешь не хочешь, а повлияет, будет дефицит внимания, и на этом фоне не исключено, что что-то упустишь и допустишь медицинскую ошибку» (Здр., Грузия).

«Любой медицинский работник окажет лучше услугу типичному мужчине или женщине, потому что он не задумывается о других вещах, он, ну, просто знает, что это мужчина, и его другие вопросы не касаются. А представьте, если это будет трансгендер, ну там бывшая женщина или мужчина, любой врач будет думать больше об этом, почему там, из-за чего... Гендерная идентичность, конечно, будет его отвлекать даже просто при консультировании, да и вообще, ну, непринятие... И врачи, конечно, не смогут как обычно оказывать услуги трансгендеру» (ЛПР, Кыргызстан).

”

При этом непривычная ситуация активизирует усвоенные медработником стереотипы, что осложняет взаимодействие с пациентом и усиливает желание снять с себя ответственность за возможную ошибку:

“

«Я думаю, если непосредственно медработник знает, что человек трансгендер, сразу возникает вопрос: он же, наверное, болеет... ЗПП... Это влияет на оказание медицинской помощи, потому что... есть категория людей, которые просто развернутся, уйдут, скажут: "Нет, я в этом маскараде принимать участие не собираюсь"» (Здр., Россия, Новосибирск).

”

В то же время опрошенные врачи подчеркивали, что эти сложности можно преодолеть с помощью образования и опыта работы:



«Мне кажется так, что если медработник имеет высокий уровень культуры, то он не будет обзывать за спиной пациента каким-то там словом, и он всегда сможет держать определенную марку и предоставлять адекватную услугу. Если человек имеет низкий интеллект и достаточно низкие профессиональные качества, то вот эти обзывательства или дискриминационное отношение за спиной — оно будет такое и к трансгендерным людям, и к больным шизофренией, и еще к кому-то» (Здр., Украина).



Опрошенные ЛПР в целом разделяют позицию врачей, дополняя, что отношение медиков влияет на доступность медицинской помощи:



«Все вот эти случаи, которые вы назвали, они имеют место, но самое частое, что мы слышим: они не идут за медицинскими услугами, потому что им отказывают. То есть они очень часто в запущенных очень состояниях люди, и есть те, которые потом требуют более глубокого вмешательства, и это по той причине, что первичная помощь, которая нужна, они ее не получали и занимались, скорее всего, самолечением или вообще не обращали на это внимание» (ЛПР, Украина).

«Прежде всего скажу, что это влияет на обращаемость, т. е. если у человека есть ожидания, что он/она станет жертвой стигмы или дискриминации, в этом случае он/она воздерживается от обращения за услугами в медицинское учреждение. Это первое направление, и отсроченная обращаемость часто приводит к сложным медицинским случаям и, следовательно, результат лечения всегда хуже по качеству, чем при раннем обращении к специалистам» (ЛПР, Грузия).

«Естественно, человек, который смотрит на тебя с отвращением, — невозможно, чтоб он нормально осмотрел или выписал лекарство. Первое, что вспоминается — это трансгендерная девушка, которая скончалась в Батуми, а причиной смерти был туберкулез. На сегодня от туберкулеза никто не умирает, так как существует бесплатная государственная программа. А эта девочка не добралась до этой системы» (ЛПР, Грузия).



Однако сложность в решении данного вопроса состоит в том, что сами врачи (как в силу корпоративной солидарности, так и из-за склонности недооценивать психологический компонент услуги) не говорят о наличии проблемы:



«То есть вы хотите, чтобы я сейчас привел конкретный пример того, что врач лечил хуже только потому, что это был трансгендерный человек? Из-за того, что у него есть определенная предубежденность? Вы понимаете, что такие истории невозможно рассказать, потому что ни один врач не подтвердит официально подобные случаи. Мы можем только догадываться, что врачи через свои дискриминационные позиции не оказывают помощь. Ни один врач вам никогда не подтвердит, что он лечит человека хуже, чем мог бы, только потому, что человек относится к транс сообществу» (ЛПР, Украина).*



В ряде случаев ЛПР указывали, что меньшая доступность медицинской помощи для транс* людей обусловлена не отношением того или иного врача, а отсутствием нормативно-правовой базы:



«Ну, может, по поводу проблемы гендерно-аффирмативных операций, это уже другая проблема, это не урегулировано в Армении, врач не имеет права делать такую операцию. Здесь нет разрешения, чтобы хирург, пластический хирург мог сделать такую операцию, если сделает, то его/ее будут судить, ну, в этом хирург может отказать, сказать, что “я не буду тебя оперировать”» (ЛПР, Армения).



5.2

НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ТРАНСГЕНДЕРНЫМ ЛЮДЯМ

Каждому опрошенному был предоставлен список типичных нарушений в процессе предоставления медицинской помощи транс* людям. Респондентов просили указать, встречались ли в их практике такие инциденты, и, при желании, рассказать о них подробнее.

Таблица 5.2.1. Типичные нарушения в процессе предоставления медицинской помощи, о которых известно экспертам*

ТИПИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ	АРМЕНИЯ		ГРУЗИЯ		КЫРГЫЗСТАН		РОССИЯ		УКРАИНА	
	Здр.	ЛПР	Здр.	ЛПР	Здр.	ЛПР	Здр.	Здр.	ЛПР	
Разглашение конфиденциальных данных о пациенте(-ке) (семейного положения, гендерной идентичности, места и даты рождения и т. д.)	+	-	-	+	+	+	-	+	+	
Разглашение ВИЧ-статуса пациента(-ки) (ВИЧ – вирус иммунодефицита человека)	+	+	+	+	+	+	-	+	+	
Разглашение информации о состоянии здоровья пациента(-ки), которая является врачебной тайной	+	+	+	+	+	-	-	+	+	
Отказ в предоставлении медицинской помощи пациенту(-ке)	+	-	+	+	-	-	-	+	+	
Отказ в предоставлении консультации пациенту(-ке)	+	-	+	+	+	-	-	+	+	
Отказ в направлении пациента(-ки) в другое медицинское учреждение	+	-	+	-	-	-	-	+	+	

*Знаком «+» отмечены те нарушения, о которых известно экспертам; «-» означает, что такие нарушения не были отмечены экспертами.

Наиболее частыми были случаи разглашения конфиденциальных данных о личности трансгендерного пациента и его ВИЧ-статуса:



«Да, сплошь и рядом. Разглашение данных — это одно из самых частых, причем не только в отношении трансгендерных людей. Особенно если речь о каких-то малых городках, где все друг друга знают, всякие санитарки, медсестры, врачи, чешут языком все, что попало, выясняя такие факты» (ЛПР, Украина).

«(Разглашение информации о состоянии здоровья пациента(-ки), которая является врачебной тайной) Нет, только на консилиумах, где и должны это обсуждать. Но я такое слышала от трансгендеров, когда девочка сидит в очереди к врачу, а ее целенаправленно вызывают к доктору по паспортному имени. После смены семейного врача она нашла другого, и там уже используют только социальное имя» (Здр., Украина).

«Я знаю, что в поликлиниках на карте ВИЧ-инфицированных людей ставят некоторые значки. И кто в теме, те понимают. Это я видела и слышала. По поводу информации про твое здоровье. Когда ты приходишь в поликлинику, и администратор, который ищет твою карту, орет, по какому поводу ты пришел к гастроэнтерологу, в этот момент хочется задуть этого администратора, потому что за мной стоит очередь, и здесь сидят люди к терапевту. Какого хрена ты орешь об этом? И это сплошь и рядом, могу вам сказать» (ЛПР, Россия, СПб).

«Даже если это обычный врач, он в любом случае не откажет, если он нормальный врач. Опять же, отказав транс человеку, учитывая, что он сделал это все себе, очень опасно то, что этот человек пойдет и напишет на тебя заявление в полицию или прокуратуру. Это люди очень языкастые, которые знают себе цену, которые знают, через что они прошли. Это не наркоманы, которые к нам приходят, еле говорящие, когда ты можешь что-то там. Тут люди все знают и все понимают» (ЛПР, СПб).*

«Ну, знаете, я доказательства привести не могу, но есть пациенты, которые рассказывают, что, например, когда рожали, у них был ВИЧ, и весь роддом знал, что у нее есть ВИЧ» (ЛПР, Армения).



Также часто упоминался отказ предоставить необходимую медицинскую помощь, консультацию или направление к другому специалисту:



«Был случай, когда там была попытка просто съехать с предоставления услуги, которую этот врач должен был предоставить, но он как бы съехал на то, что вот это не ко мне, это вам в другое место. Но это не перенаправление, которое должно было состояться, но это псевдоперенаправление, когда человек так завуалированно просто не хочет предоставлять услуги, якобы отправляя этого человека к кому-то другому» (ЛПР, Украина).

«Лично я не знаю, но буквально три-четыре дня назад “Реальные люди” (прим.: речь идет о НПО “Реальный мир, реальные люди”) объявила о случае, что ВИЧ-положительный пациент обратился в “Зейтун” (медицинский центр) и его/ее не приняли из-за ВИЧ-положительного статуса» (ЛПР, Армения).



5.3

РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ТРАНСГЕНДЕРНОСТЬЮ ИЛИ НЕБИНАРНОСТЬЮ, В КОНТЕКСТЕ ВИЧ

Преимущественное большинство участников и участниц исследования, как медицинские специалисты, так и ЛПР, ассоциировали транс* людей исключительно с транс* женщинами. Соответственно, в подавляющем большинстве интервью риски в контексте ВИЧ связывались с секс-работой, которая, по словам опрошенных, является следствием отсутствия других источников дохода и необходимости найти средства на хирургическую коррекцию пола:



«Мне кажется, они в большей степени подвержены риску... Если у них бывает много партнеров, естественно, риск...» (Здр., Армения).

«Читала статью, зарубежное, западное исследование по ВИЧ и трансфеминным людям, то есть обычно транс девочки по статистике работают в секс-сфере секс-работницами. Это раз. Во-вторых, они занимаются анальным сексом, являются принимающей стороной, где, как правило, тоже доминирующие мужчины не пользуются контрацепцией, защитой» (Здр., Кыргызстан).*

«Транс женщины, которые занимаются оказанием сексуальных услуг, — у них, как и у любой женщины, которая оказывает услуги, выше риски» (Здр., Украина).*

«Чтобы заработать деньги на переход, им приходится часто заниматься нетрадиционным ремеслом (коммерческим сексом), поэтому они могут быть группой риска. Но есть и обеспеченные» (Здр., Украина).



Если транс* женщина не вовлечена в секс-работу, то у нее, по мнению опрошенных, нет никаких дополнительных рисков по сравнению с цисгендерными женщинами:



«Я думаю, такие же риски, как среди популяции, не больше, не меньше. Ну, какие у нас основные пути передачи ВИЧ? Половой, гемотрансфузионный, вертикальный от матери к ребенку, инъекционный — через наркотики... У меня нет статистики, больше ли среди транс людей наркоманов, поэтому не могу вам так сказать. С первого взгляда кажется, что у них не больше рисков, чем у других» (Здр., Россия, Новосибирск).*



К сожалению, в некоторых интервью врачи демонстрировали склонность принимать свою картину мира, насыщенную трансфобией и эйджизмом, за единственно возможную:



«Ну, как бы, какой еще риск может быть... Шестидесятипятилетняя бабулька станет мужчиной, я бы на это посмотрела, честно, типа... хыхыхы... это было бы смешно, честно. Это было бы просто десять из десяти» (Здр., Россия, Новосибирск).



Хотя ЛПР трактуют транс* людей только как вовлеченных в секс-работу транс* женщин, они пытаются увидеть более широкие социальные причины рискованного стиля жизни:

“

«Даже сама закрытость этих групп — это первый предвестник того, что такие заболевания получают плодородную почву для развития именно в связи с закрытостью групп этих людей и их нежелания вступать в официальные контакты со службами, нарываясь на очередные проблемы, стигму и так далее. Поэтому эти люди не идут тестироваться, даже узнав о статусе, они не попадают вовремя на лечение и так далее. Это каскад проблем» (ЛПР, Украина).

«Это, однозначно, в основном из-за социально-экономического фона, они часто занимаются секс-работой, имеют незащищенный сексуальный контакт, часто меняющиеся партнеры, и они более уязвимы в отношении этого заболевания» (ЛПР, Грузия).

«Я не могу сказать, что риск намного больше, чем в другой группе. Просто риск состоит в том, что если этим людям не будут доступны доброжелательные и компетентные сервисы, своевременная диагностика может оказаться невозможной. Секс-работа вызывает большой стресс и связана с риском употребления наркотиков и алкоголя» (ЛПР, Грузия).

”



**ОПЫТ
ПРОХОЖДЕНИЯ
ТРЕНИНГОВ
ПО РАБОТЕ
С ТРАНСГЕНДЕРНЫМИ
ЛЮДЬМИ**

Важный аспект предоставления качественных услуг пациентам из транс* сообщества — наличие знаний о самой целевой группе и об особенностях предоставления услуг для транс* людей. Одним из способов получения таких знаний, а также информации о специфических потребностях транс* людей, является прохождение обучения, тренингов по работе с транс* людьми. В рамках этого исследования всем экспертам был задан вопрос об опыте прохождения такого обучения.

6.1

ОПЫТ ЛПР В ПРОХОЖДЕНИИ ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С ТРАНСГЕНДЕРНЫМИ ЛЮДЬМИ

Преимущественное большинство экспертов и эксперток из категории ЛПР во всех странах, охваченных исследованием, подтвердили свое участие в специальной подготовке персонала учреждений для предоставления услуг ключевым группам риска. При этом отдельные тренинги по работе с транс* людьми проводились только в трех странах (Кыргызстан, Россия, Украина).

Таблица 6.1.1. Опыт прохождения тренингов среди ЛПР

Страна	Реализованная выборка	Участие в специальной подготовке по работе с ключевыми группами риска	Участие в специальной подготовке по работе с транс* людьми
Армения	10	0	0
Грузия	6	2	0
Кыргызстан	5	4	2
Россия	11	1	1
Украина	9	8	8
ВСЕГО	41	15	11

Только одна экспертка категории ЛПР в Армении указала на организацию и проведение обучения, в том числе и для медицинских работников, по вопросам ВИЧ среди ключевых групп, при этом отдельного обучения по предоставлению услуг транс* людям не проводилось.



«В общем смысле по вопросам ВИЧ, ВИЧ-статуса, в контексте проводились многочисленные уроки, но там говорилось более обобщенно про запреты стигмы, дискриминации, ну, что это запрещено. Много внимания уделялось дискриминации, связанной с ВИЧ-статусом, но именно про трансгендеров, нет, со стороны нашего учреждения не проводилось ничего» (ЛПР, Армения).



ЛПР Грузии обозначили, что их организации проводили для различных заинтересованных сторон тренинги и обучение по тематике консультирования и предоставления услуг в сфере ВИЧ для ключевых групп, включая и транс* людей. При этом такого обучения отдельно по вопросам транс* людей не назвал ни один из экспертов Грузии.



«У нас есть горячая линия, и раньше у нас была группа реагирования, которой, очевидно, с помощью внутренних ресурсов и с привлечением экспертов постоянно проводились обучения о потребностях ЛГБТ-людей» (ЛПР, Грузия).

«Это было не только непосредственно для транс людей, но и для чувствительных групп, включая би, геи, транс* людей, а также секс-работниц. Раньше мы это делали с какой-то периодичностью в рамках разных проектов. Периодически, когда мы открывали филиалы в разных регионах, там открывались кабинеты здоровья, и мы обучали там людей» (ЛПР, Грузия).*



Два эксперта Кыргызстана рассказали о прохождении специальной подготовки по оказанию консультационных услуг для транс* людей. В одном случае это было обучение в контексте, организованное общественной организацией «Кыргыз Индиго», представителей которой специально пригласили для проведения обучения персонала.



«Обучения проводились, проводились и в контексте ВИЧ. Ну, в контексте ВИЧ мы их приглашали, представителей этих обществ, они нам читали лекции, и у наших сотрудников более появилось такое представление об этих людях» (ЛПР, Кыргызстан).



Также при технической поддержке общественной организации «Кыргыз Индиго» было проведено обучение профессорско-преподавательского состава одной из организаций, принявших участие в исследовании. По результатам данного обучения консультирование для ключевых групп населения было внедрено в учебные программы, что расширило возможности для предоставления качественных консультаций.



«При технической поддержке "Индиго" мы проводили обучения преподавателей профессорско-преподавательского состава. В составе тренеров были сотрудники "Индиго", и мы обучили профессорско-преподавательский состав, затем внедрили в свои учебные программы, и, соответственно, я уверена в том, что сейчас большинство медицинских сотрудников, прошедших обучение, тренинг для тренеров, которое мы проводили в 2019, 2020 и в этом году (были обучены с каждой области от 40 до 50 человек), — это были именно те люди, которые вовлекаются в консультирование ключевых групп населения» (ЛПР, Кыргызстан).



ЛПР из Санкт-Петербурга говорил как о личном прохождении тренинга для оказания консультационных услуг транс* людям, так и об участии других специалистов учреждения. Обучение было организовано общественной организацией «Т-Действие» и происходило в форме лекции, во время которой у всех участников была возможность задать интересующие вопросы представителям транс* сообщества. Со слов эксперта, у медицинских специалистов также была возможность провести осмотр транс* людей и задать все вопросы, которые возникали в процессе обучения. Всего в таком обучении приняли участие 11 специалистов.



«Приезжали ребята к нам в медицинский центр, и я собрала некий пул врачей, соцработников и психологов из нашей организации, которые прослушали... даже не лекцию, такой был разговор. Можно было задавать вопросы. Потом эти люди остались, чтобы наши врачи УЗИ осмотрели их на предмет вот как раз изменений, вот это вот, перехода. Потому что у многих остаются матка, яичники, и урологи транс* женщинам тоже нужны. Потом врачи уже отдельно смотрели на аппарате УЗИ, чтобы понимать, что смотреть и как смотреть. А до этого был разговор о том, как обращаться, что спрашивать и так далее. Да, была лекция, была лекция про психиатров, была лекция про эти изменения документов, там, это было достаточно интересно. Это было в районе 4–5 часов, когда нам рассказывали как раз ребята про трансгендерность» (ЛПР, Россия, СПб).



Среди ЛПР Украины все опрошенные подтвердили свое участие в специальной подготовке персонала учреждений по предоставлению услуг для транс* людей. При этом 7 экспертов указали на организацию и проведение подобных тренингов их организациями для обучения как медицинских работников, так и социальных.



«Проводились тренинги для социальных работников, потом мы проводили тренинги для медперсонала. Но если мы проводим тренинги, то мы привлекаем, но у нас очень качественные тренинги, мы как бы затрагиваем все сферы, и социальную, и психологическую, и медицинскую, и юридическую, и мне кажется, что эти тренинги, которые у нас разработаны, их нужно, вне зависимости от того, где человек работает, ему все равно нужно понимать вот эту специфику» (ЛПР, Украина).

«В нашей организации проводилось. И мы планируем нечто подобное повторять. У нас невозможно формировать стратегию и развивать программы с транс* людьми, если сотрудники организации не являются носителями или понимающими информацию людьми, и базовые вещи, связанные с этим сообществом. У нас не только вопрос “трансгендерные люди как люди”: у нас гендерные подходы, гендерное равенство, гендерные идентичности, у нас целый ряд проектов и обучающих мероприятий происходит с привлечением наших сотрудников, в том числе с учетом ротаций, с привлечением сотрудников партнерских организаций, которые потом осуществляют эти услуги на местах» (ЛПР, Украина).



Один из экспертов Украины сказал также о том, что в их учреждении есть отдельное направление по организации и проведению тренингов для различных целевых групп. Тематика тренингов — снижение стигмы и дискриминации.



«У нас есть отдельное направление — команда, которая работает с этими группами, и они постоянно проводят тренинги. А для остальной команды мы проводим тренинги, направленные на снижение стигмы и дискриминации. А то, что внутри, вырывается всегда наружу» (ЛПР, Украина).



Таблица 6.2.1. Опыт прохождения тренингов среди экспертов и эксперток здравоохранения

Страна	Реализованная выборка	Участие в специальной подготовке по работе с ключевыми группами риска	Участие в специальной подготовке по работе с транс* людьми
Армения	5	2	1
Грузия	10	0	0
Кыргызстан	8	2	1
Россия	1	2	1
Украина	10	10	10
ВСЕГО	34	16	13

Преимущественное большинство экспертов и эксперток здравоохранения указали, что ни разу за всю свою практику не проходили специальную подготовку медицинского персонала по оказанию консультационных услуг для транс* людей. Только несколько экспертов и эксперток здравоохранения из всех стран указали на наличие опыта такого обучения. Так, один эксперт здравоохранения Армении поделился опытом прохождения тренинга на тему сексуальности и дискриминации, организованного и проведенного НПО «Новое Поколение». Также один из экспертов сообщил о частом посещении разнообразных тренингов, которые проводятся в Национальном центре инфекционных заболеваний, но отдельных тренингов для предоставления консультаций транс* людям не было.



«НПО “Новое Поколение” проводила такой тренинг для всего нашего коллектива год назад, на тему сексуальности и дискриминации. Других таких специальных тренингов не было» (Здр., Армения).

«На платформе добровольных консультаций в Национальном центре инфекционных заболеваний были многочисленные тренинги, я сама ходила на них четыре или пять раз. Даже из НПО “Реальный мир, реальные люди” приходили туда для проведения тренингов, но темы были не о транс* людях» (Здр., Армения).



Эксперты и экспертки здравоохранения из Грузии указали, что в их учреждениях не проводилось обучение или подготовка по предоставлению услуг транс* людям. Только один из экспертов, эндокринолог по специальности, рассказал о том, как впервые услышал информацию о транс* людях и потом передал полученные знания другим эндокринологам в специализированной клинике:



«Мы были в Американской ассоциации эндокринологов, и эта информация была впервые озвучена и помещена в наши рекомендации. Когда мы приехали из США, мы поделились этой информацией со всеми эндокринологами в клинике» (Здр., Грузия).



Среди экспертов и эксперток здравоохранения Кыргызстана только один респондент указал на личное участие в тренингах по оказанию услуг для транс* людей.



«У нас было несколько лекций, когда приходили представители сообщества, рассказывали о том, кто они такие... Было несколько выездных тренингов, наши специалисты выезжали, где более подробно в течение двух-трех дней было рассказано, обучение, все. А в целом получается то, что здесь специалисты, другие какие-то эндокринологи, они все-таки более так участвовали в тех самых двух-трехдневных и т.д.» (Здр., Кыргызстан).



Другой эксперт здравоохранения Кыргызстана обозначил как одну из самых важных проблем предоставления услуг транс* людям отсутствие в системе здравоохранения стратегии в области осведомленности о транс* людях. Именно поэтому в стране не хватает медицинских специалистов, которые могли бы предоставлять услуги, а также нет и заинтересованности самих медицинских специалистов в том, чтобы расширять свою сферу возможностей.



«Нет стратегии в системе здравоохранения о необходимой осведомленности о транс людях. Если бы такая стратегия была, где была бы заинтересованность в медико-социальной поддержке транс* людей наравне с любыми другими, то тогда бы это все внедрялось и в учебные программы, и в лечебные протоколы, и во все прочее.» (Здр., Кыргызстан).*



Одна из эксперток здравоохранения Кыргызстана упомянула, что впервые услышала информацию о транс* людях на курсах повышения квалификации. Это была инициатива общественной организации «Кыргыз Индиго», которая распространялась на профессорско-доцентский состав института повышения квалификации. По мнению экспертки, такую инициативу важно внедрить на всех уровнях и перевести на регулярную основу.



«Это была инициатива "Индиго", они обучали не весь персонал, а профессорско-доцентский состав института повышения квалификации. Важно, чтобы они уже обучали всех медработников по отношению к трансгендерным людям, как предоставлять вообще, какие они и как это можно сделать — и как лучше это сделать. Это была классная вещь, и это надо было повторять» (Здр., Кыргызстан).



Только один из экспертов здравоохранения России указал, что не он лично, а коллега в частной клинике принимал участие в подобном мероприятии и потом поделился с остальными полученными знаниями:



«В частной медицинской клинике проводился однократный тренинг. Проводил его врач андролог-эндокринолог, который у нас как раз перед этим прошла обучение на подобном цикле в Санкт-Петербурге, и она приехала, поделилась информацией. То есть там в основном озвучивались не столько медицинские, сколько вопросы этики, о том, какие принципы общения, о том, что стоит сказать, что не стоит говорить. Поэтому однократно был, но не в муниципальном учреждении» (Здр., Россия, Новосибирск).



Еще один эксперт здравоохранения России указал на опыт прохождения обучения, организованного общественной организацией «Т-Действие», во время которого была представлена корректная терминология для общения с транс* людьми.

“

«"Т-Действие" проводило. Мы больше пытались разобраться в терминологии, да, и больше вопросы были у всех врачей, ну и там, может, администратор, да, по поводу обращений, и еще, может, как не обидеть, не задеть... То есть именно корректное обращение. Объясняли, какие пути... Как сейчас это происходит, какие справки для чего нужно получить. С учетом того, что нам предстоит работать с этой группой населения, это было полезно» (Здр., Россия, СПб).

”

В отличие от экспертов и эксперток здравоохранения других стран, в Украине все участники и участницы исследования проходили тренинги по оказанию консультационных услуг для транс* людей. Все эксперты вспомнили тренинг, который проводила ОО «Инсайт» в 2018 году

“

«Да, это проводила общественная организация "Инсайт". Организовывали для врачей лекции, где рассказывали, кто это, как нужно работать с такими людьми, какие протоколы, юридические аспекты, и я как дружественный доктор ЛГБТ-сообщества тоже делала такие начитки, лекции на разную тематику, посвященную вот транс* людям либо другим представителям ЛГБТ-сообщества, рассказывая нюансы работы с ними» (Здр., Украина).

”

Эксперты и экспертки здравоохранения Украины также говорили о личном сотрудничестве с общественными организациями и проведении обучения по теме транс* людей в своих учреждениях с целью повышения компетенции медицинского персонала и обеспечения возможности предоставления широкого спектра услуг для транс* людей.

“

«Мы попали на конференцию, которую проводил "Инсайт". Это было ознакомление с протоколом по переходу, обсуждение эндокринных вопросов, и проходили в виде живой книги, приходили пациенты, знакомились и говорили. Плюс какие-то отдельные самообразовательные моменты. Сейчас уже медперсонал знает, как работать с трансгендерными пациентами, и сейчас все спокойно происходит» (Здр., Украина).

”



**ОПЫТ ПРИНЯТИЯ
РЕШЕНИЙ
ОТНОСИТЕЛЬНО
ТРАНСГЕНДЕРНЫХ
И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ**

В рамках исследования для понимания степени распространенности и важности вопросов трансгендерности и небинарности имели большое значение такие аспекты, как обозначение списка вопросов, связанных с транс* людьми и небинарными людьми, уровень рассмотрения таких вопросов (региональный, национальный), а также результативность принятых решений и их внедрение на уровне отдельных или общенациональных программ. Опыт в данной сфере стал одной из важных тем, затронутых в ходе интервью с людьми, принимающими решения.

Таблица 7.1. Опыт принятия решений относительно трансгендерных и небинарных людей

СТРАНА	КОЛИЧЕСТВО ЭКСПЕРТОВ И ЭКСПЕРТОК	АКТИВНОСТИ
Армения	1	Участие в разработке государственной программы по ВИЧ-профилактическим услугам.
Грузия	1	Внедрение на уровне страны постконтактной профилактики, которая стала доступной и для транс* людей, а также выделение транс* сообщества в отдельную группу, с определенными услугами и сервисами.
Кыргызстан	1	Участие в разработке клинических документов, как на уровне самого транс* сообщества, так и для медицинских специалистов, которые непосредственно предоставляют услуги для транс* людей.
Украина	4	Участие в разработке Национальной стратегии по противодействию ВИЧ и ТБ, вирусным гепатитам, Национального стратегического плана по преодолению правовых барьеров в отношении ВИЧ и ТБ, таких документов, как изменение положения и регламент работы областных координационных советов по ВИЧ и ТБ; формирование национальной политики вовлечения представителей ключевых групп; разработка и внедрение профилактических программ для транс* людей, а также выявление других потребностей транс* людей посредством метода «равный — равному» с целью создания комьюнити и возможности предоставить необходимую для транс* людей помощь и поддержку.

Среди всех ЛПР, вовлеченных в исследование, только единицы из каждой страны говорили о своем участии в рассмотрении или утверждении вопросов трансгендерности или небинарности. Так, ЛПР Армении участвовали в разработке государственной программы профилактики, в которой транс* люди были выделены в отдельную группу. Именно выделение транс* людей в отдельную группу, по мнению ЛПР, позволит учитывать их потребности и предоставлять именно те услуги, которые необходимы транс* людям в рамках национальной программы профилактики ВИЧ.



«В нашей программе они выделены как отдельная группа. Программа отдельная, финансовые ресурсы тоже отдельные, и в связи с этим у нас бывают обсуждения с общественными организациями по вопросам пакетов ВИЧ-профилактических услуг, которые предоставляются им (транс людям): каким должен быть этот пакет, как он должен отличаться от профилактических пакетов, которые предоставляются другим уязвимым группам» (ЛПР, Армения).*



ЛПР Грузии среди основных решений относительно транс* людей отметили следующие: внедрение постконтактной профилактики на уровне страны, которая стала доступной и для транс* людей, а также выделение транс* сообщества в отдельную группу, с определенными услугами и сервисами. Эксперты также указали на высокую результативность принятых решений, поскольку сейчас программа постконтактной профилактики (PrEP) стала частью государственной программы, которая финансируется из бюджета страны.



«Одна вещь, которую мы сделали, — это внедрили профилактику в Грузии в 2017 году, PrEP, которая стала доступна и для трансгендерных людей, и, во-вторых, еще мы достигли соглашения с NCDC и программой Глобального фонда о том, что транс группа будет отдельно со своими сервисами. Это стало частью госпрограммы, бюджетом финансируется PrEP-программа» (ЛПР, Грузия).*



Одна из ЛПР Кыргызстана сообщила о своем непосредственном участии в разработке клинических документов как на уровне самого транс* сообщества, так и для медицинских специалистов, которые непосредственно предоставляют услуги для транс* людей. В рамках своей деятельности во время разработки программ ЛПР привлекают самих представителей транс* сообщества с целью повышения их лидерских навыков для работы с сообществом и общественностью, в вопросах вовлеченности в разработку, реализацию, мониторинг программ. Эксперты высоко оценили результаты принятых решений, поскольку разработанное клиническое руководство было утверждено Министерством здравоохранения, а программы обучения и тренинги стали частью государственной программы профилактики ВИЧ.



«Мы работаем по трем основным направлениям: на уровне разработки различных документов, на уровне самого сообщества и с медицинскими сотрудниками. Это тренинги, которые повышают уровень знаний и навыков именно медицинских работников по вопросам СРЗ у ключевых групп населения, в частности и у трансгендерных людей» (ЛПР, Кыргызстан).

«Да, они были достаточно результативными. Потому как клиническое руководство — оно у нас было утверждено на уровне Министерства здравоохранения, также вся наша деятельность по обучению как самого сообщества, так и медицинских сотрудников является частью нашей государственной программы по ВИЧ инфекции» (ЛПР, Кыргызстан).



ЛПР Украины в рамках своей деятельности озвучили активное участие в разработке Национальной стратегии по противодействию ВИЧ и ТБ, вирусным гепатитам, Национального стратегического плана по преодолению правовых барьеров в отношении ВИЧ и ТБ, таких документов, как изменение положения и регламент работы областных координационных советов по ВИЧ и ТБ, формирование национальной политики вовлечения представителей ключевых групп и т. д.



«Я был членом наблюдательной комиссии во время выборов представителя трансгендерного сообщества в Национальный совет. Да, это внутреннее решение, но это же человек, который говорит и адвокатирует проблемы всех этих людей на национальном уровне, и для меня это честь была» (ЛПР, Украина).

«Мы принимали такие документы, как Национальная стратегия по противодействию ВИЧ и ТБ, вирусным гепатитам до 2030 года, где есть блок услуг для трансгендерных людей, потом — Национальный стратегический план по преодолению правовых барьеров в отношении ВИЧ и ТБ, где вещи связаны с правозащитными моментами и юридическими барьерами, в том числе для трансгендерного сообщества, и вот ряд таких других документов, например изменение положения и регламент работы областных координационных советов по ВИЧ и ТБ, плюс мы сформировали национальную политику вовлечения представителей ключевых групп, что фактически дало возможность после того, как национальный совет выделил отдельное место для представителей сообщества, запустить и обеспечить такой же процесс вхождения в эти координационные советы при облгосадминистрациях для этих представителей на местах» (ЛПР, Украина).



Одна из эксперток ЛПР с 2015 года принимала активное участие в разработке и внедрении профилактических программ для транс* людей, а также, используя метод «равный — равному», выявляла и другие потребности транс* людей с целью создания комьюнити и возможности предоставить необходимую для транс* людей помощь и поддержку.



«"Альянс" — это первая организация в Украине, которая начала предоставлять услуги профилактики ВИЧ, туберкулеза, гепатита и работать с транс* людьми. Мы начали работать в 2015 году в двух городах: Киев и Одесса, поэтому я непосредственно, мы разрабатывали профилактические программы, что может получать транс* человек в рамках профилактики ВИЧ в наших программах. Мы проводили интервенцию PDI, это работа силами равных, мы пытались выйти на этих людей, привлечь с помощью "снежного кома", потом за счет вознаграждения, и таким образом, за счет этих интервенций, развивали услуги, которые они могли бы получить. Обучали специалистов, которые с ними работали, возили медиков за границу, чтобы они посмотрели и могли иметь своих, к кому можно было бы перенаправлять этих людей, потому что на самом деле мы не могли им предложить то, что им нужно. Это комьюнити, оно нарастало, нарастало, и я непосредственно принимала участие в разработке этих программ, оценке этих программ, внедрении, мониторинге» (ЛПР, Украина).

«Я возглавляю комитет, который координирует все программы в области ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, как международных, так и национальных в Украине, и я всегда даю возможность выступления равного всем группам и принятию решений. И это тоже является хорошим инструментом для изменения стигмы и дискриминации. И вот на последнем заседании мы приняли решение об изменении приказа, и это очень важное решение» (ЛПР, Украина).





ВЫВОДЫ

1

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭКСПЕРТАХ(-КАХ)


- ЛПР Армении, Грузии, Кыргызстана, России и Украины — руководители и руководительницы организаций, департаментов или отдельных направлений в работе учреждений/организаций. Минимальный опыт работы ЛПР составлял 1 год, а максимальный — в среднем 20 лет.
- Профессиональные обязанности ЛПР заключаются в координации и организации работы непосредственно учреждения, отдельного департамента или направления, а также отдельных программ, которые реализовывали учреждения на момент участия в исследовании. Преимущественное большинство ЛПР работают в направлениях профилактики ВИЧ и ИППП среди уязвимых групп. Также ключевым направлением их деятельности была разработка, внедрение и мониторинг национальных программ снижения вреда и взаимодействие с государственными учреждениями, ключевыми стейкхолдерами, общественными организациями и целевыми группами.
- Эксперты и экспертки представляли учреждения здравоохранения различного профиля с предоставлением широкого спектра медицинских услуг для всех категорий населения. Минимальным сроком работы в сфере здравоохранения был 1 год, а максимальным — 25 лет. Преимущественное большинство экспертов и эксперток здравоохранения занимают руководящие должности в своих организациях, поэтому в их профессиональные обязанности входят общая организация работы учреждения и отделений, помощь другим врачам в качественном обслуживании пациентов, а также предоставление услуг пациентам согласно своей специализации. Все эксперты и экспертки здравоохранения на момент участия в опросе были практикующими врачами разных специальностей, поэтому их круг обязанностей также включает предоставление консультаций пациентам, сбор эпиданамнеза, назначение и ведение лечения и т. д.
- Кроме оказания стандартных медицинских услуг, которые предоставляются всем категориям населения, эксперты и экспертки здравоохранения также осуществляли работу в реанимационных отделениях, с тяжелыми случаями болезней, проведение операционных вмешательств с последующей реабилитацией пациентов, сопровождение ЛЖВ и предоставление неотложной помощи пациентам со специфическими диагнозами (например, сахарный диабет), а также консультирование и перенаправление пациентов к другим специалистам, необходимым для них.
- Все эксперты и экспертки здравоохранения имеют общее понимание о трансгендерности и транс* людях, большинство опрошенных имели опыт предоставления консультационных услуг транс* людям. Только эксперты и экспертки здравоохранения России имеют очень поверхностные знания о транс* людях и чаще всего не предоставляли им услуги. Один из экспертов России выразил мнение об очень высоком уровне стигмы и дискриминации по отношению к транс* людям в стране со стороны медицинских работников, а еще один из экспертов, в силу своей религиозности, назвал трансгендерность психическим отклонением и выразил негативное отношение к транс* людям.

 Вопросы, с которыми транс* люди обращались к экспертам и эксперткам здравоохранения, довольно разнообразны и напрямую зависят от специализации отдельно взятого эксперта. Чаще всего транс* люди обращаются по вопросам назначения или коррекции гормональной терапии, реже — по поводу хирургической коррекции тела, смены документов. Также транс* люди обращаются по общемедицинским вопросам, как и представители других групп населения.

 Численность транс* людей в соотношении с другими пациентами по-разному оценивается в каждой стране, охваченной исследованием. Так, в Армении эксперты и экспертки называли цифру от 10 до 30 %, в Грузии — около 10 %, в Кыргызстане — от 1 до 40 %, в России — менее 1 %, в Украине от 2 до 40 %. Стоит отметить, что высокие цифры (Армения, Кыргызстан, Украина) называли дружественные врачи, напрямую работающие с неправительственными организациями, которые предоставляют услуги транс* людям и направляют их непосредственно к этим специалистам здравоохранения.


2

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 2. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

 Даже для таких профессиональных категорий, как лица, принимающие решения, и эксперты здравоохранения, которые, казалось бы, должны быть осведомлены в этом вопросе, определение понятий «пол» и «гендер» иногда давалось сложно. Особенно это касается ЛПР, которые не могли объяснить ни первый, ни второй термин даже своими словами.


Что же касается экспертов здравоохранения, то тут им на помощь приходили знания, полученные в медицинском университете при изучении генетики. Так, определяя значение термина «пол», большинство экспертов здравоохранения не испытывали затруднений, но определить понятие «гендер» некоторым было уже сложнее. Хотя следует отметить, что даже в случае, когда опрошенные эксперты не могли объяснить разницу между полом и гендером, они все же подтверждали существование таких различий. Те же, кто мог определить эти термины, в первую очередь говорили о биосоциальных различиях двух понятий, а также размышляли о поле и гендере в контексте социальных ролей, приписываемых мужчинам и женщинам в обществе.

Также эксперты часто упоминали, что пол — это данность или общественный рудимент, который лишь свидетельствует о том, каким образом человека записали в документах, подтверждающих факт его рождения, а гендер — это, собственно, то, каким образом человек сам себя определил в процессе взросления и познания. В целом следует отметить, что в большинстве случаев эксперты могли дать определения обоим понятиям, а также обозначить различия между полом и гендером, но не всегда эти определения были точны. Это неудивительно, поскольку, как говорили сами эксперты здравоохранения, при получении медицинского образования такая информация им не предоставлялась, следовательно, они имеют обоснованные пробелы в знаниях. Поэтому очевидным является тот факт, что обе категории экспертов, как и в целом население в этих странах, нуждаются в разъяснении базовых понятий «пол» и «гендер», а также различий между ними.


 Если вопрос о поле и гендере порой вызывал затруднения ввиду отсутствия у респондентов определенных знаний, то в случае с определением понятий «типичный мужчина» и «типичная женщина» проблем возникало меньше: здесь опрошенные использовали не столько свой экспертный потенциал, сколько те установки, которые имеются у них как у рядовых представителей общества.

Возникали трудности несколько иного характера, потому что сама просьба определить «типичного мужчину» и «типичную женщину» вызывала у некоторых опрошенных возмущение. По их словам, невозможно сказать, что типично, а что нет, поскольку это субъективизм и насилие над собой. Но таких экспертов было немного.


Другие все же мыслили в категории гендерно обусловленных характеристик и ролей в обществе: женщинам приписывали определения «нежная», «мать», «эмоциональная батарейка для семьи» и т. п., а мужчинам — «сильный», «защитник», «добытчик», пытаясь при этом женщину «приукрасить» и объективировать, а мужчину — «возвысить», оставляя субъектом.

 Определяя в таких категориях «типичных мужчин» и «типичных женщин», эксперты все же не всегда были с этим согласны. По их словам (особенно в случае экспертов из Грузии, Кыргызстана и Армении), это больше установки, существующие в обществе, а не их собственные.

В то же время эксперты признают, что категории «типичных мужчин» и «типичных женщин» в современном обществе становятся более размытыми. В случае женщин гендерная экспрессия имеет более широкие возможности, нежели у мужчин. Ходить на каблуках или в кроссовках, носить брюки или юбку, стричься коротко или отращивать волосы, краситься или отказаться от макияжа — все это выбор, который на сегодняшний день имеется у женщины и за который ее, в отличие от мужчины, не осудят.

 Отношение к праву на распоряжение своим телом довольно неоднозначное. С одной стороны, опрошенные, особенно эксперты здравоохранения, понимают и принимают тот факт, что человек волен сам распоряжаться своим телом, с другой — говорят о том, что в их обществе к этому относятся очень категорично, и человек должен оставаться таким, каким родился, несмотря на внутренние желания. Но в целом следует отметить, что среди опрошенных мало кто занимает такую категоричную позицию. Большинство все же выступает за право распоряжаться своим телом, однако существуют определенные трудности:

- в странах, охваченных исследованием, нет подготовленных специалистов и необходимой базы знаний;
- многие медицинские специалисты, чья профессиональная деятельность начиналась еще при Советском Союзе, имеют предвзятое отношение к трансгендерным людям;
- законодательно страны не готовы к тому, чтобы «отпустить» этот вопрос и контроль над ним;
- религиозность жителей стран, охваченных исследованием, не допускает даже мысли о том, чтобы человек самостоятельно распоряжался своим телом;
- контроль со стороны медицинского специалиста все же необходим, поскольку важно убедиться в психологической состоятельности человека, отсутствии дополнительных диагнозов и осознанности принятого решения, чтобы человек не причинил себе вред.

 В целом среди опрошенных, как ЛПР, так и экспертов здравоохранения, были те, кто четко различал понятия гендерной идентичности и сексуальной ориентации, и те, кто путал их либо честно признавал свою неосведомленность в данном вопросе. Но большинство все же различают сексуальную ориентацию и гендерную идентичность и считают, что одно от другого не зависит, а люди с различной гендерной идентичностью могут иметь различную сексуальную ориентацию.

Пожалуй, среди всех респондентов следует выделить экспертов из Украины, которые продемонстрировали наиболее высокий уровень информированности в этом вопросе, ни разу не перепутали понятия сексуальной ориентации и гендерной идентичности и были уверены в том, что эти два понятия никак не связаны друг с другом. В то же время несколько больше затруднений данный вопрос вызывал в более патриархальных странах, таких как Армения, Кыргызстан и Грузия.

Среди опрошенных встречались эксперты, которые вроде бы и понимали различия между сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью, но в то же время называли «нестандартные», в их представлении, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность отклонениями. Некоторые считали гендерную идентичность способом выражения своих сексуальных предпочтений и были уверены в том, что человек таким образом пытается обрести свободу в выборе пола своего сексуального партнера, другими словами — возможность иметь секс с партнером того же пола.

Некоторые опрошенные считают, что сексуальная ориентация человека может меняться, например, под влиянием желания иметь семью и детей: по словам экспертов, им известны такие случаи. Как мы видим, понимание сексуальной ориентации и гендерной идентичности, наверное, один из самых значительных пробелов в знаниях обеих категорий экспертов в различных странах. Кроме общего понимания, существует бесконечное количество ложных стереотипов, которые необходимо развеивать с помощью проведения специальных информационно-просветительских мероприятий.

3

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 3. ОТНОШЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ К ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ


Представления опрошенных о транс* людях характеризуются мозаичностью: часть респондентов ограничивались такими общими словами, как «клиенты/пациенты», «люди с определенными проблемами (социальными или медицинскими)», однако есть и те, кто обладает большим объемом знаний, хотя и воспроизводимых сквозь призму бинарной категоризации, при этом они затруднялись сформулировать позицию в отношении небинарных людей. Вместе с тем значительная часть специалистов (преимущественно из Украины и Грузии) упоминает «зонтичный» смысл термина «трансгендеры», который, кроме транс* мужчин и транс* женщин, включает также небинарных, интерсекс-, гендерфлюидных и других персон.


Тема гендерной идентичности в программах медицинских учебных заведений освещается очень мало, поэтому специалистам сложно оказывать адекватную помощь транс* и небинарным людям.

Транс* люди ассоциировались у опрошенных с некой необычной внешностью, обреченностью на жизненные трудности, а также потребностью в помощи.

Опрошенные специалисты и специалистки оценили свое личное отношение к трансгендерности как преимущественно позитивное, акцентируя внимание на том, что люди рождаются равными в правах, но со своими индивидуальными особенностями, наказывать за которые жестоко и несправедливо. Многие участники и участницы исследования указывали опыт общения с транс* и небинарными людьми в качестве источника своего восприятия этой группы именно как живых людей, а не носителей ярлыков.


По сравнению с медработниками из других стран, респонденты из РФ слабо представляют себе разнообразие транс* сообщества и транслируют одобряемую властями РФ политическую повестку, которая направлена на неприятие разнообразия, медикализацию и инвалидизацию транс* персон.


 Оценка отношения коллег-медиков к транс* людям была преимущественно отрицательной, основанной на доминирующих в профессиональном сообществе ригидных представлениях о сексуальной ориентации и гендерной идентичности. При этом часть респондентов указывала на значительную неоднородность медицинского сообщества, связанную как с возрастом и образованием, так и с наличием или отсутствием опыта работы с трансгендерными людьми. По этой причине предлагаемые НГО образовательные программы могут быть неэффективными, поскольку восприятию информации мешают распространенные среди аудитории предрассудки.


 В среднем респонденты и респондентки оценивали свою социальную дистанцию как достаточно близкую: они готовы были бы допустить транс* и небинарных людей как друзей, при этом больше половины могли бы принять их как членов семьи. Поясняя свою позицию, опрошенные в некоторых случаях указывали, что если транс* или небинарный человек был бы в их семье, они бы очень волновались из-за тех трудностей, с которыми транс* и небинарные люди вынуждены сталкиваться.


4

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 4. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ


 Мнения экспертов и эксперток относительно выведения транс* людей в отдельную социальную группу разделились. Большинство опрошенных считают, что нельзя выделять транс* людей в отдельную группу, поскольку они такие же люди, как и остальные, а такая сегрегация может привести к еще большей дискриминации и стигматизации; другие же говорят о том, что все-таки транс* люди отличаются от остальных людей и являются отдельной социальной группой, пока они не интегрированы в общество, не открыты ему в отношении своей гендерной идентичности, обособлены. Когда же такая интеграция произойдет, то транс* люди перестанут быть отдельной социальной группой. Некоторые эксперты утверждали, что сами транс* люди выделяют себя в отдельную от всего остального общества социальную группу, тем самым требуя к себе особого отношения, и что если транс* людей начать выделять в отдельную группу, это будет способствовать дискриминации всего остального населения и формированию у транс* людей ощущения, будто они особенные и заслуживают чего-то большего.


 Большинство экспертов все же согласны с тем, что транс* люди имеют свои уникальные потребности и проблемы, главным образом связанные с медициной: это определенные хирургические вмешательства и прием гормональных препаратов. В то же время проблемы транс* людей неотъемлемы и от социальных: речь идет о необходимости получения пакета услуг, разработанных согласно потребностям именно этой целевой группы, и внедрения специальных программ для транс* людей на уровне страны. Хотя транс* люди в ряде охваченных исследованием стран уже выделены в отдельную группу (с точки зрения эпиднадзора), предлагаемый им пакет услуг сформирован исходя из оценки потребностей не транс* людей, а МСМ, и, собственно, предоставление этих услуг также происходит на базе НПО, работающих с МСМ.


 Далеко не все участники данного исследования на момент его проведения владели информацией о том, где предоставляются услуги для транс* людей в их стране: только в столице или и в других населенных пунктах. Некоторые даже считали, что подобные услуги отсутствуют в принципе. В то же время большинство экспертов (как из категории ЛПР, так и из группы Здр.) все же считает, что услуги для транс* людей доступны только в столице и еще в нескольких крупных городах охваченных исследованием стран. Это связано как с тем, что представители целевой группы стараются перебраться из глубинки в большие города, желая раствориться в толпе, так и с тем, что в столице и крупных городах в принципе более развита инфраструктура, в том числе и сервисы для транс* людей.


 Среди прочих причин более развитой сети услуг для транс* людей в столице и других крупных городах обозначили следующие:


- большие экономические вложения в город и экономические возможности такого города (в плане трудоустройства, съема жилья);
- более высокий уровень подготовленности специалистов;
- более высокий уровень безопасности;
- невозможность определить необходимое количество услуг для транс* людей ввиду отсутствия данных (не проводятся исследования по оценке численности и оценке потребностей в малых городах) и, как следствие, невозможность спланировать деятельность в этих регионах;
- мобильность самой целевой группы;
- наличие в населенном пункте СПИД-центров либо подобных им медучреждений и/или НПО — структур, которые предоставляют услуги по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке.


 Среди специалистов и организаций, учреждений, куда могут обратиться транс* люди в странах, охваченных исследованием, наиболее часто упоминались: первичное звено медицинской системы здравоохранения (семейные врачи), психиатры / психиатрические отделения/клиники/больницы, эндокринологи, а также иногда НПО — больше в контексте тестирования на ВИЧ, нежели получения каких-либо специфических услуг для транс* людей.


 Главным образом именно эксперты здравоохранения во всех странах, охваченных исследованием, сразу же упоминали семейных врачей как первую инстанцию при обращении транс* человека со своими вопросами, указывая, что такой алгоритм утвержден и поддерживается государством в каждой из стран, вошедших в данное исследование. В то же время эксперты признавали, что персонал поликлиники по месту жительства и семейный врач могут быть довольно нетолерантными к транс* людям и их запросам. Согласно ответам, предоставленным в интервью, транс* люди могут столкнуться с некомпетентностью не только на приеме у семейного врача, но и при обращении к психиатру. Выход из этой ситуации видят в обращении транс* людей к дружественным специалистам.


 Более толерантными по отношению к транс* людям эксперты считают работников НПО. Возможность предоставления услуг на базе НПО, пусть немногочисленных и не самых развитых, озвучивалась во всех странах, охваченных проектом. Также упоминались учреждения, которые специализируются на услугах, связанных с ВИЧ, — это СПИД-центры и кабинеты доверия.

 Далеко не все опрошенные эксперты и экспертки знают о тех изменениях, которые произошли в МКБ-11, и об их влиянии на трансгендерных людей. Речь идет не только о ЛПР, которые, собственно, не являются медицинскими работниками, но и о самих медиках, особенно в случае, если изменения не относятся к их специализации напрямую. Поскольку во многих странах пока должным образом не используется даже МКБ-10, большинство опрошенных экспертов и эксперток не верят в возможность реализации МКБ-11 в ближайшее время на территории своей страны, поскольку возможности его внедрения в ряде стран, охваченных данным исследованием, минимальные. Информированность опрошенных в отношении изменений для трансгендерных людей, которые отображены в МКБ-11, главным образом ограничивается тем, что гендерное несоответствие уже не считается психическим расстройством. Среди тех, кто информирован об изменениях в МКБ-11, касающихся транс* людей, многие получили свои знания на специальных тренингах. Следовательно, налицо необходимость акцентировать внимание на базовых изменениях в МКБ-11 и гипотетических потенциальных возможностях для транс* людей и тех, кто с ними работает, путем проведения информационных мероприятий для различных профессиональных групп в странах, охваченных данным исследованием.







 В отношении влияния, которое гипотетически окажет МКБ-11 на транс* людей, существуют различные мнения: кто-то считает, что никакого влияния не произойдет, кто-то — что оно будет незначительным, но все же большинство экспертов ожидают, что изменения, внесенные в МКБ-11, могут ощутимо улучшить жизнь трансгендерных людей. А главное преимущество, с точки зрения опрошенных экспертов и эксперток, заключается в том, что внедрение МКБ-11 поможет дестигматизировать транс* людей, тем самым снизив уровень трансфобии и дискриминации в обществе.


 Опыт предоставления услуг транс* людям имеется во всех пяти странах, но, конечно же, он несколько отличается ввиду наличия/отсутствия национальных и международных программ, направленных на данную целевую группу, социально-культурного и политического контекста, силы и потенциала третьего сектора в стране. Для всех стран характерна представленность услуг для транс* людей больше в неправительственном секторе, чем на уровне государства.


 Несколько выделяются ответы экспертов Украины, свидетельствуя о том, что в этой стране для транс* людей все же что-то делается на государственном уровне, пусть и с подачи третьего сектора и с его активным вовлечением и участием. Это не обязательно говорит о том, что в других случаях государство абсолютно абстрагировано от проблем транс* людей, в то время как в Украине оно в них активно вовлечено, поскольку количество интервью, проведенных в разных странах, сильно отличается.

 Среди услуг, которые предоставляются в пяти странах, охваченных исследованием, упоминались следующие:


- юридические услуги;
- консультации социальных работников;
- психологическая помощь и консультации;
- медицинские услуги, касающиеся коррекции пола;
- шелтер для транс* людей (упоминался только в Украине и Грузии)


-  Самые распространенные для всех стран — это профилактические услуги в сфере ВИЧ.
-  В целом все эксперты, независимо от страны и категории, которую они представляют, сошлись во мнении, что услуг для транс* людей в их странах очень мало. Такого объема недостаточно для того, чтобы хоть как-то покрывать целевую группу и удовлетворять ее ключевые потребности.
-  Единого фактора или набора факторов, которые способны изменить отношение к транс* людям, по мнению экспертов, не существует, но само по себе развитие общества в экономическом, социальном, политическом аспектах приводит к некоторому снижению уровня трансфобии. К тому же именно видимость транс* людей способствует формированию толерантного отношения к ним.
-  Если резюмировать все ответы экспертов из разных стран и различных категорий, среди факторов, способствующих изменению отношения к транс* людям, упоминали следующие:
 - видимость транс* людей;
 - образование;
 - другие формы информирования;
 - развитие экономики как составляющей развития страны;
 - изменение нормативной и законодательной базы;
 - транс* сенситивный, терминологически корректный контент в СМИ;
 - адвокация;
 - международный опыт;
 - работа с работодателями, помощь в трудоустройстве транс* людей.
-  Оценка численности транс* людей является одним из важных вопросов для планирования необходимых услуг на уровне страны. По результатам исследования, преимущественное большинство экспертов и эксперток во всех странах исследования говорили об отсутствии официальных данных по оценке численности транс* людей. Полученные показатели по странам в большинстве случаев основывались либо на субъективном мнении, либо на количестве пациентов - транс* людей, которым оказывали услуги эксперты и экспертки здравоохранения. Только эксперты и экспертки Украины ссылались на данные проведенного исследования среди транс* людей.
-  Получены следующие мнения о численности транс* людей по странам:
 - Армения: от 150 до 2000 человек;
 - Грузия: от 50 до 300 человек;
 - Кыргызстан: 2000–10 000 человек (0,05–5 % от всего населения);
 - Россия: 1–2 % от всего населения;
 - Украина: 8000–10 000 человек (0,5–1,5 % от всего населения).


 Оценки численности небинарных людей не проводились ни в одной из стран исследования, а некоторые из экспертов и эксперток Армении, Грузии и России говорили о том, что не знают, кто такие небинарные люди. В каждой из стран исследования были названы субъективные оценки численности небинарных людей, которые основаны только на личных предположениях экспертов и эксперток. И даже мнение экспертов и эксперток внутри стран отличается: одни говорят о том, что небинарных людей очень мало, другие, наоборот, — что их очень много. Средняя оценка численности небинарных людей по всем странам исследования — в интервале от 0,5 до 10 % от количества транс* людей в целом.


 Вопросы миграции транс* людей, как внутренней, так и внешней, по мнению всех экспертов и эксперток, очень актуальны. Все эксперты и экспертки, как в сфере здравоохранения, так и ЛПР, во всех странах исследования однозначно подтвердили наличие миграции среди транс* людей, а основными причинами назвали следующие:

- высокий уровень стигмы и дискриминации группы в целом;
- непринятие как среди членов семьи, так и среди ближайшего окружения;
- отсутствие возможности получить качественные услуги;
- отсутствие работы;
- отсутствие круга общения.

 Внутри страны транс* люди стараются переехать в большие города, чаще всего в столицу, где ниже уровень дискриминации и больше возможностей начать новую жизнь. А основными странами для выезда транс* людей, по мнению экспертов и эксперток, являются США и Европа (Германия, Нидерланды, Франция). При этом все эксперты и экспертки говорили о том, что транс* люди избегают стран СНГ, поскольку в них до сих пор присутствуют стереотипы советского периода и достаточно высокий уровень дискриминации. Эксперты и экспертки Армении указали также, что транс* люди могут выезжать в Украину, поскольку, по сравнению с другими постсоветскими странами, в Украине более развиты услуги и более толерантное отношение к ЛГБТ в целом.

 Прежде всего в странах, охваченных исследованием, необходимы изменения для развития услуг для транс* людей на законодательном уровне. Рекомендуется, базируясь на проведенном исследовании по оценке потребностей, разработать и утвердить перечень услуг для транс* людей; выделить отдельную линию финансирования, которая была бы направлена на помощь транс* человеку в осуществлении перехода, что является наиболее сложным периодом для него с экономической точки зрения.




 Также очень важно разграничить услуги для транс* людей и других уязвимых групп территориально/организационно / по времени, поскольку существующие сервисы базируются на базе МСМ-ориентированных НПО и преимущественно направлены на удовлетворение потребностей именно МСМ.

 Кроме всего прочего, необходимо повысить уровень информированности об уже существующих (пусть и немногочисленных) в странах сервисах путем создания карты транс* услуг и базы дружелюбных к транс* людям специалистов.

-  К тому же, ввиду частой потери транс* людьми своего рабочего места при осуществлении перехода, важно развивать программы, посвященные взаимодействию с работодателями в этом вопросе (например, путем привлечения различных профсоюзов работодателей к информационно-просветительским мероприятиям и другим активностям), что позволит транс* людям сохранить свои рабочие места и оставаться экономически активными.
-  Также важными компонентами являются повышение уровня информированности медработников и формирование толерантного отношения к транс* людям со стороны медицинского персонала, а также сокращение бюрократических процедур, связанных с переходом, которые на сегодняшний день часто являются травматическими и очень затяжными.
-  В числе важных услуг, которые в настоящее время практически отсутствуют во всех странах, охваченных исследованием, следует упомянуть услуги для жертв насилия, поскольку именно транс* люди часто сталкиваются с этой проблемой. Это особенно актуально для транс* женщин, среди которых довольно распространено вовлечение в предоставление сексуальных услуг за вознаграждение,
-  Также крайне важным является укрепление потенциала самого сообщества, повышение видимости, социальная мобилизация, формирование активной позиции.

5



ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 5. СЛУЧАИ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ ЭКСПЕРТОВ

-  Большинство опрошенных медработников, хотя и допускают возможность влияния принадлежности пациентов к числу транс* людей на качество предоставляемых услуг, лично с такими случаями в своей практике не сталкивались. Опрошенные медики часто отмечали, что наибольшей сложностью для врача и для пациента оказывается непривычность самой ситуации контакта с транс* человеком, что может создавать трудности в коммуникации, провоцируя как неэтичное поведение медика, так и желание пациента любой ценой избежать обращения к специалисту.
-  Медработник при общении с пациентом может злоупотреблять своей позицией эксперта, тем самым создавая для пациента угрожающую ситуацию мисгендеринга. Наиболее частыми случаями злоупотребления профессиональной позицией было разглашение конфиденциальных данных о личности трансгендерного пациента и его ВИЧ-статуса. Также часто упоминался отказ в предоставлении необходимой медицинской помощи, консультации или направление к другому специалисту.
-  Все участники и участницы исследования, как медики, так и ЛПР, ассоциировали транс* людей исключительно с транс* женщинами, а риски в контексте ВИЧ связывались с секс-работой, которая, по словам опрошенных, является следствием отсутствия других источников дохода и необходимости найти средства на хирургическую коррекцию пола. Если транс* женщина не вовлечена в секс-работу, то у нее, по мнению опрошенных, нет никаких дополнительных рисков по сравнению с цисгендерными женщинами.



6



ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 6. ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ТРЕНИНГОВ ПО РАБОТЕ С ТРАНСГЕНДЕРНЫМИ ЛЮДЬМИ

-  Большинство ЛПР подтвердили свое участие в специальной подготовке персонала учреждений для предоставления услуг ключевым группам риска. При этом отдельные тренинги для работы с транс* людьми проводились только в трех странах: в Кыргызстане, России и Украине. Именно в этих странах работают сильные негосударственные организации, которые проводят такое обучение.
-  Преимущественное большинство экспертов и эксперток здравоохранения указали, что ни разу за всю свою практику не проходили специальную подготовку медицинского персонала для оказания консультационных услуг транс* людям. Лишь несколько экспертов и эксперток здравоохранения из всех стран подтвердили наличие опыта такого обучения (Армения, Грузия, Кыргызстан, Россия). Только в Украине все эксперты и экспертки здравоохранения проходили тренинги по оказанию консультационных услуг для транс* людей. Кроме того, эксперты и экспертки здравоохранения Украины также говорили о личном сотрудничестве с общественными организациями и проведении обучения по теме транс* людей в своих учреждениях с целью повышения компетенции медицинского персонала и обеспечения возможности предоставления широкого спектра услуг для транс* людей.



7

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ 7. ОПЫТ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ТРАНСГЕНДЕРНЫХ И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ

-  Среди всех ЛПР, которые принимали участие в исследовании, только единицы из каждой страны сообщили о наличии опыта в рассмотрении или утверждении вопросов трансгендерности или небинарности на уровне области, региона или страны. ЛПР Армении говорили о своем участии в разработке государственной программы профилактики, где транс* люди были выделены в отдельную группу. ЛПР Грузии в качестве основных решений относительно транс* людей отметили внедрение на уровне страны постконтактной профилактики, которая стала доступной и для транс* людей, а также выделение транс* сообщества в отдельную группу, с определенными услугами и сервисами. ЛПР Кыргызстана озвучили непосредственное участие в разработке клинических документов как на уровне самого транс* сообщества, так и для медицинских специалистов, которые непосредственно предоставляют услуги для транс* людей, а также рассказали о привлечении представителей транс* сообщества в разработку необходимых для них документов. ЛПР Украины озвучили свое активное участие в разработке Национальной стратегии по противодействию ВИЧ и ТБ, вирусным гепатитам, Национального стратегического плана по преодолению правовых барьеров в отношении ВИЧ и ТБ, таких документов, как изменение положения и регламент работы областных координационных советов по ВИЧ и ТБ, формирование национальной политики вовлечения представителей ключевых групп.
-  ЛПР всех стран считают, что принятые решения достаточно результативны, поскольку внедрены на уровне страны и активно используются в работе с транс* сообществом.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- ✿ Провести масштабную информационную кампанию среди экспертов и эксперток здравоохранения по теме трансгендерности, в рамках которой ознакомить медицинский персонал с правильной и корректной терминологией, а также более подробно проинформировать о специфических потребностях транс* людей.
- ✿ Инициировать и/или вовлекаться в адвокационные кампании, направленные на улучшение политики и законодательной, нормативно-правовой сфер, для уменьшения предубеждения и стигмы в отношении трансгендерных граждан(-ок).
- ✿ Провести отдельное исследование среди ЛПР относительно принятых в странах решений, напрямую связанных с транс* людьми.
- ✿ Провести оценки численности, а также масштабные национальные исследования поведения и стиля жизни различных подгрупп транс* людей, а также их рисков и готовности вовлекаться в деятельность профильных организаций сообществ.
- ✿ Добиться включения вопросов о сексуальной ориентации и гендерной идентичности в программы медицинских учебных заведений. К рецензированию соответствующих разделов учебных программ привлекать экспертов и эксперток из числа транс* и небинарных людей.
- ✿ Подготовить в сотрудничестве с врачами-специалистами и экспертами из числа транс* и небинарных людей детальные руководства по ведению транс* и небинарных пациентов с учетом как наиболее частых запросов к медицинским работникам, так и требований МКБ-11.
- ✿ Провести независимые оценки численности транс* и небинарных людей в тех странах, где этих данных еще нет. К исследованиям привлекать национальных и международных консультантов из числа транс* и небинарных людей.
- ✿ Регулярно проводить тренинги по сенситизации медицинских работников (в том числе руководящих) к вопросам сексуальной ориентации и гендерной идентичности.
- ✿ На страновом уровне создавать и поддерживать сети переадресации между медицинскими работниками, ВИЧ-сервисными и правозащитными организациями для предоставления транс* и небинарному клиенту/пациенту возможности получить комплексные услуги.
- ✿ Систематически предоставлять работникам первичной медицинской помощи (семейным врачам и медсестрам) возможность участвовать в образовательных мероприятиях, где рассматриваются вопросы сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1А. СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА ДЛЯ ЛПР

Базовая оценка отношения к транс* людям среди экспертов здравоохранения и людей, принимающих решения, в пяти странах Восточной Европы и Центральной Азии совместно с национальными партнерами ЕКОМ в рамках проекта «Транс*Карта в ВЕЦА»

ИНТЕРВЬЮЕР! Заполните следующие вопросы самостоятельно!

Впишите номер из утвержденного Заказчиком списка экспертов _____

1 Полное название организации и структурного подразделения, где работает эксперт:

В первой строке введите полное официальное название учреждения, в котором работает эксперт, во второй — полное название структурного подразделения (не используйте сокращения и/или аббревиатуры!).

а) _____

б) _____

2 Должность и специализацию эксперта:

Интервьюер! Помните, респондентами в исследовании могут выступать те управленцы, которые обладают властью по улучшению/ухудшению различных сфер жизни, что повлияет на транс людей и небинарных людей (изменение законодательства, правоприменительных практик, создание/улучшение/предоставление услуг, привлечение и распределение ресурсов, дизайнирование и реализация программ, защита прав).*

В 1-й строке запишите должность эксперта в той редакции, согласно которой она зарегистрирована в государстве, во второй — введите официальное название его специализации (не используйте сокращения и/или аббревиатуры!).

а) _____

б) _____

1 Пол эксперта:

Мужской

Женский

ЗАДАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТУ:

② Сколько Вам полных лет? _____ полных лет

③ У Вас есть высшее образование?

Да Нет

④ Сколько лет Вы работаете в управленческой сфере?

Меньше 1-го года → *завершить*

1 год и больше → *продолжить*

⑤ Имеете ли Вы опыт в разработке и/или принятии решений относительно транс* людей?

Да → ⑤.1 На каком уровне и какие решения?

Нет → *Переходите к заполнению анкеты.*

СПАСИБО ЗА ВАШИ ОТВЕТЫ!

ПРИЛОЖЕНИЕ 1Б СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА ДЛЯ ЭКСПЕРТОВ И ЭКСПЕРТОК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Базовая оценка отношения к транс людям среди экспертов здравоохранения и людей, принимающих решения, в пяти странах Восточной Европы и Центральной Азии совместно с национальными партнерами ЕКОМ в рамках проекта «Транс*Карта в ВЕЦА»*

ИНТЕРВЬЮЕР! Заполните следующие вопросы самостоятельно!

Впишите номер из утвержденного Заказчиком списка экспертов _____

1 Полное название организации и структурного подразделения, где работает эксперт:

В первой строке введите полное официальное название медицинского учреждения, в котором работает эксперт, во второй — полное название структурного подразделения (не используйте сокращения и/или аббревиатуры!).

а) _____

б) _____

2 Должность и специализацию эксперта:

*Интервьюер! Помните, респондентами в исследовании должны быть **практикующие врачи**, которые предоставляют услуги в вопросах здравоохранения для населения, в том числе для трансгендерных людей (семейные врачи, инфекционисты, эндокринологи, психологи, психиатры, гинекологи, проктологи и т.д.)..*

В 1-й строке запишите должность эксперта в той редакции, согласно которой она зарегистрирована в государстве, во второй — введите официальное название его специализации (не используйте сокращения и/или аббревиатуры!).

а) _____

б) _____

6 Пол эксперта:

Мужской

Женский

ЗАДАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТУ:

7 Сколько Вам полных лет? _____ полных лет

8 У Вас есть высшее образование?

Да Нет

9 Сколько лет Вы работаете в медицинской сфере?

Меньше 1-го года → *завершить*

1 год и больше → *продолжить*

10 Имеете ли Вы опыт предоставления услуг транс* людям, бинарным и небинарным?

Да → *Переходите к заполнению анкеты.*

Нет → *Проверьте квоты: Не менее 8-ми из всего количества респондентов должны были оказывать услуги транс* людям*

СПАСИБО ЗА ВАШИ ОТВЕТЫ!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 ФОРМА УСТНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

«Качественное исследование по базовой оценке отношения к транс людям среди экспертов_ок здравоохранения и людей, принимающих решения, в Армении, Грузии, Кыргызстане, России и Украине совместно с национальными партнерами Евразийской коалиции по правам, здоровью, гендерному и сексуальному многообразию (ЕКОМ) в рамках проекта «Транс*Карта в ВЕЦА»»*

Страна _____ Населенный пункт _____

№ эксперта из утвержденного списка _____

Дата интервью _____

Ф. И. О. интервьюера _____

Мы просим Вас принять участие в исследовании. Исследование проводится Евразийской коалицией по правам, здоровью, гендерному и сексуальному многообразию (ЕКОМ) в рамках проекта «Транс*Карта в ВЕЦА». Участие в этом исследовании является добровольным.

Длительность нашего интервью приблизительно 1,5 часа.

ЦЕЛЬ

Цель данного исследования — изучить отношение к транс* людям среди экспертов и эксперток здравоохранения и людей, принимающих решения, в пяти странах Восточной Европы и Центральной Азии (Армения, Грузия, Кыргызстан, Россия, Украина).

КАК БУДЕТ ПРОИСХОДИТЬ ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ

Вы — один из около 120 участников этого исследования. Оно проводится в 5 странах.

Мы попросим Вас принять участие в нашем исследовании.

Во время интервью мы будем говорить о транс* и небинарных людях.

Перед началом интервью Вы можете задать все интересующие Вас вопросы и получить на них ответы.

РИСКИ И НЕУДОБСТВА

Во время интервью Вы можете пропустить отдельные вопросы, на которые Вы не хотите давать ответ. В этом исследовании мы не предвидим никаких рисков для Вас. Но Ваше мнение очень важно для нас. Наша с Вами беседа будет записана на диктофон. Запись позволит нам повторно прослушать Ваши высказывания, чтобы не пропустить ни одной важной детали из ваших пожеланий и замечаний. После завершения беседы все аудиозаписи будут перенесены в текстовый формат и уничтожены.

Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной. **Согласны ли Вы на запись нашей беседы?**

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Участие в исследовании не даст Вам никаких преимуществ. Однако Ваш опыт в будущем может помочь другим людям, поскольку по результатам этого исследования будет подготовлен аналитический отчет и на его основе — разработаны и усовершенствованы услуги для транс* и небинарных людей в стране.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ

Альтернативным вариантом для Вас является отказ участвовать в исследовании.

СТОИМОСТЬ ДЛЯ СУБЪЕКТА

Участие в исследовании для Вас будет абсолютно бесплатным.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Все интервью являются анонимными. Их результаты будут оцифрованы и будут содержать только Ваш номер участника (не Ваше имя). Бумажные записи хранятся под замком. Данные не будут содержать Вашего имени. Доступ к данным исследования будет исключительно у персонала исследования. Информация, полученная во время Вашего интервью, будет использована только для целей исследования, однако никакие отчеты или публикации про исследование не содержат Вашего имени.

В нашем исследовании запланирован **повторный опрос участников через 2 года**. Мы просим Вас предоставить Ваши контакты (электронный адрес и телефон), чтобы мы могли обратиться к Вам во время второго этапа исследования. Мы гарантируем конфиденциальность полученных от Вас данных, они будут храниться на отдельном флеш-носителе, в офисе Заказчика. А результаты исследования не будут идентифицированы с Вашей организацией или Вашим именем.

ПРАВА СУБЪЕКТА

Если Вы согласны на участие в этом исследовании, Вы сохраняете все свои юридические права. Подписание этой формы означает, что Вы услышали или прочитали информацию об исследовании и согласны принять участие в нем.

ПРАВО НА ОТКАЗ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ

Участие в этом исследовании добровольное. У Вас есть право отказаться от участия. Если Вы решили принять участие в исследовании и изменили свое мнение, Вы можете прекратить свое участие в исследовании. Если Вы решили принять участие в интервью, Вы можете остановиться в любой момент.

Подписание этой формы означает, что Вы прочитали (или Вам прочитали) эту форму, мы ответили на все Ваши вопросы, и что Вы даете добровольное согласие на участие в этом исследовании. Вы получите подписанную копию этого информированного согласия.

Участник (подпись)	Дата	Время
Лицо, получившее информированное согласие (подпись и Ф. И. О.)	Дата	Время

ПРИЛОЖЕНИЕ ЗА
ФОРМА РЕКРУТИНГА ДЛЯ ЭКСПЕРТОВ И ЭКСПЕРТОК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна _____

Целевая группа: эксперты/экспертки здравоохранения

N ЭКСПЕРТА ИЗ СПИСКА	ДАТА РЕКРУТИНГА	ДАТА ИНТЕРВЬЮ	НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ/ УЧРЕЖДЕНИЯ	ДОЛЖНОСТЬ ЭКСПЕРТА	ОПЫТ РАБОТЫ (лет)	ОПЫТ ПРЕДОСТАВ- ЛЕНИЯ УСЛУГ ТРАНС* ЛЮДЯМ / НЕБИНАРНЫМ ЛЮДЯМ (1. Да; 2. Нет)	В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ОТ УЧАСТИЯ ВПИШИТЕ ПРИЧИНУ ОТКАЗА

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3Б
ФОРМА РЕКРУТИНГА ДЛЯ ЛПР**

Страна _____

Целевая группа: ЛПР

N ЭКСПЕРТА ИЗ СПИСКА	ДАТА РЕКРУТИНГА	ДАТА ИНТЕРВЬЮ	НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ/ УЧРЕЖДЕНИЯ	ДОЛЖНОСТЬ ЭКСПЕРТА	ОПЫТ РАБОТЫ (лет)	ОПЫТ ПРЕДОСТАВ- ЛЕНИЯ УСЛУГ ТРАНС* ЛЮДЯМ / НЕБИНАРНЫМ ЛЮДЯМ (1. Да; 2. Нет)	В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ОТ УЧАСТИЯ ВПИШИТЕ ПРИЧИНУ ОТКАЗА

ПРИЛОЖЕНИЕ 4А ГАЙД ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ЛПР

Проговорить под запись на диктофон:

И эксперта из утвержденного списка _____

Дата интервью _____

Страна _____ Населенный пункт _____

Ф. И. О. интервьюера _____

ВНИМАНИЕ! Интервьюер, подсказки для Вас отмечены в гайде жирным шрифтом, курсивом.
Определения терминов обозначены рамкой!

БЛОК I. ЗНАКОМСТВО

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

Давайте поговорим немного о Вашем опыте работы.

- 1 Скажите, пожалуйста, сколько лет Вы работаете в этом учреждении и на этой должности?
- 2 Что входит в Ваши профессиональные обязанности? Расскажите подробнее.

БЛОК II. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 3 **Давайте немного поговорим о поле и гендере.** Что в Вашем представлении означают эти слова?
Интервьюер! Просите респондента приводить примеры из жизни!
- 4 Опишите, пожалуйста, типичного мужчину и типичную женщину.
- 5 **Интервьюер! Спросите,** есть ли среди знакомых респондента именно такие — **типичные** — **мужчины и женщины?** А другие есть, те, кто не относится к типичным? **Попросите приводить примеры из жизни!**

- 6) Какие у Вас **ассоциации** возникают, когда Вы слышите слово «**трансгендерный человек**»? Расскажите более подробно.
- 7) По Вашему мнению, транс* сообщество сводится только к транс* мужчинам и транс* женщинам или же включает другие группы? Если включает другие, то кого именно? Расскажите более подробно.
- 8) А какие у Вас **ассоциации** возникают, когда Вы слышите слово «**небинарный человек**»? Расскажите более подробно.
- 9) Расскажите, пожалуйста, что Вы знаете о небинарных людях? Какие чувства у Вас вызывает определение «небинарный человек»?
- 10) Как Вы думаете, может ли **гендер*** у человека измениться в течение жизни? Насколько, по Вашему мнению, **гендер пластичен**?
- 11) **Интервьюер! Если респондент ответил «ДА», то уточните: нужно ли для этого обязательно совершать трансгендерный переход (например, хирургические вмешательства и гормональная терапия)? Или же респондент имеет в виду что-то другое (например, что мужчина может в какой-то момент заплакать, а женщина пойти воевать)?**
- 12) По Вашему мнению, насколько люди, принимающие решения, согласны с тем, что **транс* человек имеет право на распоряжение своим телом**? Как Вы думаете, законодательная система должна регулировать этот вопрос? Если да, то почему и каким образом, на каком уровне? Почему Вы так считаете?
- 13) Как, по Вашему мнению, связаны **сексуальная ориентация и гендерная идентичность**? Расскажите подробнее.

БЛОК III. ОТНОШЕНИЕ К ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 14) Оцените, пожалуйста, по 5-балльной шкале Ваше личное отношение к **трансгендерности**, где 1 — трансгендерность нельзя принимать в обществе, а 5 — трансгендерность должна быть принята в обществе:

Карточка 1

Трансгендерность нельзя принимать в обществе	2	Затрудняюсь с выбором	4	Трансгендерность должна быть принята в обществе
1	2	3	4	5

Вы выбрали оценку _____, расскажите более подробно, почему Вы так считаете?

- 15) Как Вы думаете, какое отношение к трансгендерности среди **медицинских работников**? Оцените, пожалуйста, по 5-балльной шкале, где 1 — абсолютно отрицательное, а 5 — абсолютно положительное:

Карточка 2

Абсолютно отрицательное	2	Нейтральное	4	Абсолютно положительное
1	2	3	4	5

Вы выбрали оценку _____, почему Вы так считаете?

Интервьюер! Если респондент(-ка) сказал(-а), что ничего не знает о небинарных людях, пропустите вопросы 18–19 и переходите к вопросу 20!

- 16) Сейчас я передам Вам карточку и попрошу оценить по каждой строчке, какое положение наиболее близкое Вам лично.

Карточка 3. Выберите ОДНО из положений, НАИБОЛЕЕ БЛИЗКОЕ ВАМ ЛИЧНО: (Дайте один ответ по каждой строке).

	Я согласен(-а) допустить транс* людей в качестве...						
	Членов моей семьи	Ближних друзей	Соседей	Коллег по работе	Жителей страны	Посетителей страны, туристов	Вообще не допуская бы в страну
1. Транс* мужчин	1	2	3	4	5	6	7
2. Транс* женщин	1	2	3	4	5	6	7
3. Небинарных людей	1	2	3	4	5	6	7

Относительно транс* мужчин Вы выбрали ответ _____, пожалуйста, расскажите подробнее о Вашем выборе.

Относительно транс* женщин Вы выбрали ответ _____, пожалуйста, расскажите подробнее о Вашем выборе.

Относительно небинарных людей Вы выбрали ответ _____, пожалуйста, расскажите подробнее о Вашем выборе.

БЛОК IV. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ТРАНС* ЛЮДЕЙ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 17 По Вашему мнению, являются ли транс* люди **отдельными социальными группами**, со своими отдельными проблемами и потребностями? Почему Вы так думаете, расскажите подробнее?
- 18 По Вашему мнению, имеют ли трансгендерные люди свои **собственные проблемы и потребности**, которые отличаются от других социальных групп? Если да, то какие это проблемы/потребности? В чем отличие? **Расскажите более подробно.**
- 19 Знаете ли Вы об изменениях в **Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11)***, разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), относительно транс* людей? Если да, расскажите, более подробно. Каким образом эти изменения влияют на предоставления медицинских услуг транс* людям?
- 20 Как Вы считаете, **что может повлиять на улучшение** отношения к транс* людям в нашей стране? Расскажите подробнее.

БЛОК V. ОСОБЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ТРАНС* ЛЮДЕЙ В СТРАНЕ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 21 По Вашему мнению, есть ли в Вашей стране **особые услуги** для транс* людей? Расскажите более подробно.
- 22 По Вашему мнению, услуги, которые необходимы для **транс* людей**, сконцентрированы в столице или только в больших городах или же доступны во всех городах? Почему Вы так считаете?
- 23 Расскажите, пожалуйста, куда именно, в какие учреждения или к каким специалистам могут **обратиться транс* люди** за услугами? Расскажите более подробно.
- 24 Как, по Вашему мнению, нужно поменять существующие услуги для транс* людей?
- 25 По Вашему мнению, сколько приблизительно транс* людей в Вашей стране? Почему Вы так считаете? А сколько среди них небинарных людей? Расскажите более подробно о Ваших оценках?
- 26 По Вашему мнению, насколько характерна для транс* людей **миграция** в Вашей стране? Расскажите более подробно: с чем это связано, откуда и куда едут транс* люди?

БЛОК VI. СЛУЧАИ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ ЛПР

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 27) Знаете ли Вы лично о проявлениях отчуждения, дискриминации или осуждения к транс* людям в Вашем учреждении? Расскажите более подробно.
- 28) Знаете ли Вы лично о проявлениях отчуждения, дискриминации или осуждения к транс* людям со стороны медицинских работников? Если да, расскажите более подробно о таком случае. По Вашему мнению, с чем была связана эта ситуация? Как она была решена?

Интервьюер! Если респондент не знает о проявлениях отчуждения, дискриминации или осуждения к транс* людям со стороны медицинских работников, пропустите вопросы 27–28 и переходите к вопросу 30!

- 29) Как Вы думаете, влияет ли стигма (дискриминация) со стороны медицинских работников по отношению к транс* людям на качество предоставления услуг медицинским персоналом? Расскажите более подробно, как именно влияет стигма/дискриминация на качество предоставления медицинскими работниками услуг для транс* людей: они отказываются предоставлять их совсем; предоставляют в неполном объеме; раскрывают «врачебную тайну».
- 30) Сейчас я передам Вам карточку и попрошу отметить, исходя из Вашего опыта, ситуации, которые Вам известны, когда со стороны медицинских работников были совершены следующие действия в связи с предположением, что пациенты транс* люди, бинарные или небинарные.

КАРТОЧКА 4	ДА	НЕТ
Разглашение конфиденциальных данных о пациенте(-ке) (семейного положения, гендерной идентичности, места и даты рождения и т. д.)	1	2
Разглашение ВИЧ-статуса пациента(-ки) (ВИЧ – вирус иммунодефицита человека)	1	2
Разглашение информации о состоянии здоровья пациента(-ки), которая является врачебной тайной	1	2
Отказ в предоставлении медицинской помощи пациенту(-ке)	1	2
Отказ в предоставлении консультации пациенту(-ке)	1	2
Отказ в направлении пациента(-ки) в другое медицинское учреждение	1	2
Другое (что именно?) _____	1	2

- 31) Как Вы думаете, в случае, когда медицинский персонал догадывается о том, что пациенты — транс* люди, бинарные или небинарные, может ли это повлиять на отношение к пациенту(-ке)? Каким образом? А может ли это повлиять на качество услуг? Каким образом?

- 32) Как Вы считаете, существуют ли **риски**, связанные с трансгендерностью или небинарностью **в контексте ВИЧ**? Почему да/нет, расскажите более подробно? Если да, перечислите, пожалуйста, эти риски.

БЛОК VII. ОБУЧЕНИЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 33) Проводилась ли когда-либо специальная **подготовка/тренинги/обучение** медицинского персонала Вашего учреждения для оказания консультационных услуг транс* людям? Если да, расскажите более подробно о такой подготовке: когда проводилась, кто организовывал, на какую тему?

БЛОК VIII. ОПЫТ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ТРАНС* ЛЮДЕЙ И НЕБИНАРНЫХ ЛЮДЕЙ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 34) Входит ли в Ваши **обязанности** рассмотрение вопросов, связанных с транс* людьми? Расскажите более подробно: какие именно вопросы относительно транс* людей рассматривались Вами? Укажите, пожалуйста, каков уровень рассмотренных или принятых Вами решений (национальный, региональный)?
- 35) Насколько **результативными были принятые решения**: были ли они внедрены на уровне государства или отдельной программы? Расскажите более подробно.

Это был мой последний вопрос. Возможно, мы о чем-то не поговорили, или Вы хотели что-то дополнить?

В нашем исследовании запланирован повторный опрос участников через 2 года. Согласны ли Вы предоставить Ваши контакты (электронный адрес и телефон), чтобы мы могли обратиться к Вам во время второго этапа исследования?

Да → Ваше имя: _____
Контактный телефон: _____
Email: _____

Нет → *Поблагодарите и завершите интервью!*

СПАСИБО ЗА ВАШЕ УЧАСТИЕ!

ПРИЛОЖЕНИЕ 4Б ГАЙД ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ЭКСПЕРТОВ И ЭКСПЕРТОК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проговорить под запись на диктофон:

№ эксперта из утвержденного списка _____

Дата интервью _____

Страна _____ Населенный пункт _____

Ф. И. О. интервьюера _____

ВНИМАНИЕ! Интервьюер, подсказки для Вас отмечены в гайде жирным шрифтом, курсивом.
Определения терминов обозначены рамкой!

БЛОК I. ЗНАКОМСТВО

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимно.

Давайте поговорим немного о Вашем опыте работы в сфере здравоохранения.

- ① Скажите, пожалуйста, **сколько лет** Вы работаете **в сфере здравоохранения**? А в этом учреждении и на этой должности?
- ② Что входит в Ваши профессиональные обязанности? Расскажите подробнее.
- ③ А какие именно медицинские услуги Вы предоставляете?
- ④ Что Вы знаете о транс* людях? Какие представления у Вас есть о транс* людях? Расскажите подробнее.
- ⑤ Были ли среди **Ваших пациентов люди**, о которых Вы знали или догадывались, что они **трансгендерные люди, как бинарные, так и небинарные**? Если да, расскажите, пожалуйста, с какими вопросами они к Вам обращались? Расскажите, пожалуйста, как Вы понимали или догадывались, что перед Вами транс* человек? (*например, пациент(-ка) сам(-а) сказала об этом, по внешнему виду*)?
- ⑥ Оцените, пожалуйста, в процентном соотношении, сколько среди Ваших пациентов трансгендерных людей?

БЛОК II. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

7) Давайте немного поговорим о поле и гендере. Что в Вашем представлении означают эти слова?

Интервьюер! Просите респондента приводить примеры из жизни!

8) Опишите, пожалуйста, **типичного мужчину и типичную женщину**.

9) **Интервьюер! Спросите:** Есть ли среди знакомых респондента именно такие — типичные — мужчины и женщины? А другие есть, те, кто не относится к типичным? **Попросите приводить примеры из жизни!**

10) Как Вы думаете, может ли **гендер*** у человека **измениться** в течение жизни? Насколько, по Вашему мнению, гендер пластичен?

11) **Интервьюер! Если респондент ответил «ДА», то уточните:** нужно ли для этого обязательно совершать трансгендерный переход (например, хирургические вмешательства и гормональная терапия)? **Или же респондент имеет в виду что-то другое (например, что мужчина может, в какой-то момент заплакать, а женщина пойти воевать)?**

12) По Вашему мнению, насколько медицинские специалисты согласны с тем, что **транс* человек имеет право на распоряжение своим телом?** Как Вы думаете, медицинская система должна регулировать этот вопрос? Если да, то почему и каким образом? Почему Вы так считаете?

13) Как, по Вашему мнению, связаны **сексуальная ориентация и гендерная идентичность?**

БЛОК III. ОТНОШЕНИЕ К ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

14) Какие у Вас **ассоциации** возникают, когда Вы слышите слово **«трансгендерный человек»?** Расскажите более подробно.

15) По Вашему мнению, **транс* сообщество** сводится только к транс* женщинам и транс* мужчинам или же включает другие группы? Если другие, то кого именно? Расскажите более подробно.

16) А какие у Вас **ассоциации** возникают, когда Вы слышите слово **«небинарный человек»?** Расскажите более подробно.

17) Расскажите, пожалуйста, что Вы знаете о **небинарных людях?** Какие чувства у Вас вызывает определение **«небинарный человек»?**

- 18) Оцените, пожалуйста, по 5-балльной шкале Ваше личное отношение к **трансгендерности**, где 1 — трансгендерность нельзя принимать в обществе, а 5 — трансгендерность должна быть принята в обществе:

Карточка 1

Трансгендерность нельзя принимать в обществе	2	Затрудняюсь с выбором	4	Трансгендерность должна быть принята в обществе
1	2	3	4	5

Вы выбрали оценку _____, расскажите более подробно, почему Вы так считаете?

- 19) А какое отношение к трансгендерности среди **других медицинских работников**? Оцените, пожалуйста, по 5-балльной шкале, где 1 — абсолютно отрицательное, а 5 — абсолютно положительное:

Карточка 2

Абсолютно отрицательное	2	Нейтральное	4	Абсолютно положительное
1	2	3	4	5

Вы выбрали оценку _____, почему Вы так считаете?

- 20) Сейчас я передам Вам карточку и попрошу оценить по каждой строчке, какое положение наиболее близко Вам лично.

Карточка 3. Выберите ОДНО из положений, НАИБОЛЕЕ БЛИЗКОЕ ВАМ ЛИЧНО: (Дайте один ответ по каждой строке).

	Я согласен(-а) допустить транс* людей в качестве...						
	Членов моей семьи	Близиких друзей	Соседей	Коллег по работе	Жителей страны	Посетителей страны, туристов	Вообще не допуская бы в страну
1. Транс* мужчин	1	2	3	4	5	6	7
2. Транс* женщин	1	2	3	4	5	6	7
3. Небинарных людей	1	2	3	4	5	6	7

Относительно транс* мужчин Вы выбрали ответ _____, пожалуйста, расскажите подробнее о Вашем выборе.

Относительно транс* женщин Вы выбрали ответ _____, пожалуйста, расскажите подробнее о Вашем выборе.

Относительно небинарных людей Вы выбрали ответ _____, пожалуйста, расскажите подробнее о Вашем выборе.

БЛОК IV. ОПЫТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ТРАНС* ЛЮДЯМ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 21 По Вашему мнению, являются ли транс* люди **отдельными социальными группами**, со своими отдельными проблемами и потребностями? Почему Вы так думаете, расскажите подробнее?
- 22 По Вашему мнению, имеют ли трансгендерные люди свои **собственные проблемы и потребности**, которые отличаются от других социальных групп? Если да, то какие это проблемы/потребности? В чем их отличие? **Расскажите более подробно.**
- 23 Знаете ли Вы об изменениях в **Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11)***, разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), относительно транс* людей? Если да, расскажите, более подробно. Каким образом эти изменения влияют на предоставление медицинских услуг транс* людям?
- 24 Как Вы считаете, **что может повлиять на улучшение** отношения к транс* людям в нашей стране? Расскажите подробнее.

БЛОК V. ОСОБЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ТРАНС* ЛЮДЕЙ В СТРАНЕ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 25 По Вашему мнению, есть ли в Вашей стране **особые услуги** для транс* людей? Расскажите более подробно.
- 26 По Вашему мнению, услуги, которые необходимы для **транс* людей**, сконцентрированы в столице или только в больших городах или же доступны во всех городах? Почему Вы так считаете?
- 27 Расскажите, пожалуйста, куда именно, в какие учреждения или к каким специалистам могут **обратиться транс* люди** за услугами? Расскажите более подробно.
- 28 Как, по Вашему мнению, нужно поменять существующие услуги для транс* людей?

- 29 По Вашему мнению, сколько приблизительно транс* людей в Вашей стране? Почему Вы так считаете? А сколько среди них небинарных людей? Расскажите более подробно о Ваших оценках?
- 30 По Вашему мнению, насколько характерна для транс* людей **миграция** в Вашей стране? Расскажите более подробно: с чем это связано, откуда и куда едут транс* люди?

БЛОК VI. СЛУЧАИ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Хочу еще раз напомнить, что Ваше имя не будет вписано в транскрипт интервью, а это означает, что предоставленная Вами информация останется анонимной.

- 31 Сталкивались ли Вы лично с проявлениями **отчуждения, дискриминации или осуждения** по отношению к транс* людям со стороны медицинских работников? Если да, расскажите более подробно о таком случае? По Вашему мнению, с чем была связана эта ситуация? Как она была решена?
- 32 Как Вы думаете, влияет ли стигма (дискриминация) со стороны медицинских работников по отношению к транс* людям на **качество предоставления услуг** медицинским персоналом? Расскажите более подробно, как именно влияет стигма/дискриминация на качество предоставления медицинскими работниками услуг для транс* людей: они отказываются предоставлять их совсем; предоставляют в неполном объеме; раскрывают «врачебную тайну».
- 33 Сейчас я передам Вам **карточку** и попрошу отметить, исходя из Вашего опыта, ситуации, когда со стороны медицинских работников были совершены следующие действия в связи с предположением, что пациент(-ка) — транс* человек, бинарный или небинарный.

КАРТОЧКА 4	ДА	НЕТ
Разглашение конфиденциальных данных о пациенте(-ке) (семейного положения, гендерной идентичности, места и даты рождения и т. д.)	1	2
Разглашение ВИЧ-статуса пациента(-ки) (ВИЧ – вирус иммунодефицита человека)	1	2
Разглашение информации о состоянии здоровья пациента(-ки), которая является врачебной тайной	1	2
Отказ в предоставлении медицинской помощи пациенту(-ке)	1	2
Отказ в предоставлении консультации пациенту(-ке)	1	2
Отказ в направлении пациента(-ки) в другое медицинское учреждение	1	2
Другое (что именно?) _____	1	2

- 34 Как Вы думаете, в случае, когда **медицинский персонал** догадывается о том, что пациент(-ка) — транс* человек, влияет ли это на отношение к пациенту(-ке)? Каким образом? А может ли это повлиять на качество услуг? Каким образом?

- 35) Как Вы считаете, существуют ли **риски**, связанные с трансгендерностью или небинарностью **в контексте ВИЧ**? Почему да/нет, расскажите более подробно? Если да, перечислите, пожалуйста, эти риски.

БЛОК VII. ОБУЧЕНИЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- 36) Проводилась ли когда-либо специальная подготовка/тренинги/обучение медицинского персонала Вашего учреждения для оказания консультационных услуг для транс* людей? Если да, расскажите более подробно о такой подготовке: когда проводилась, кто организовывал, на какую тему?

Это был мой последний вопрос. Возможно, мы о чем-то не поговорили, или Вы хотели что-то дополнить?

В нашем исследовании запланирован повторный опрос участников через 2 года. Согласны ли Вы предоставить Ваши контакты (электронный адрес и телефон), чтобы мы могли обратиться к Вам во время второго этапа исследования?

- Да → Ваше имя: _____
Контактный телефон: _____
Email: _____
- Нет → *Поблагодарите и завершите интервью!*

СПАСИБО ЗА ВАШЕ УЧАСТИЕ!



 **ECOM**