

Зміст

Подяка	2
Глосарій	3
Передмова	5
Методологія	8
Аналіз отриманих даних	16
I. Реалізація трансгендерними людьми свого права на доступ до медичної допомоги та послуг.	17
1.1 Звернення до лікарів із питань, не пов'язаних із трансгендерним статусом	17
1.2 Звернення до лікарів із питань, пов'язаних зі зміною (коррекцією) статевої належності	23
1.3 Ставлення трансгендерних людей до порушення своїх прав у сфері доступу до медичної допомоги та послуг	33
II. Реалізація трансгендерними людьми інших громадянських прав, зокрема, на навчання та працю	39
2.1 Аналіз досвіду респондентів(ок), пов'язаного з реалізацією прав на роботу та навчання	39
2.2 Прояви дискримінації щодо трансгендерних людей у трудовій сфері та у сфері освіти	41
2.3 Захист власних прав трансгендерними людьми у сферах праці й навчання	42
2.4 Ставлення трансгендерних людей до порушення своїх прав у сфері реалізації інших громадянських прав	43
III. Опис факторів ризику інфікування ВІЛ та ЗПСШ (знання та поведінкові практики) для трансгендерних людей в Україні.	49
3.1 Обізнаність щодо ВІЛ/СНІД. Знання про шляхи передачі та засоби профілактики ВІЛ/СНІД	49
3.2 Практика проходження конфіденційного тестування на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ	52
3.3. Ризиковані поведінкові практики трансгендерних людей	53
Висновки	56
Рекомендації	58
Література	60

Подяка

Це дослідження є результатом злагодженої праці багатьох людей, яким ми щиро вдячні за допомогу.

Насамперед, хочеться подякувати трансгендерній спільноті України, а особливо усім тим активісткам та активістам у регіонах, які поширювали інформацію про проведення дослідження, тим самим розширивши список респонденток/ів. Окреме «спасибі» хочемо висловити Маджер Анастасії, Яну Красуну й Сидельникову Олександрю. Кожна та кожен із цих людей зробили свій внесок до цієї книжки.

Звичайно, це дослідження було би не можливим без роботи дослідницької команди, яка наполегливо працювала над ним протягом 8 місяців.

ГО «Інсайт» висловлює слова подяки наступним людям, без яких це дослідження не відбулося б:

Дослідницям: Вовкогон Олені та Романюк Олені
Редакторській групі: Тимуру Лисенко, Олені Шевченко та Оксані Покальчук
Дизайнерці: Потарській Ніні
Літературній редакторці: Нелі Ваховській

Окрема подяка нашим радницям на початку формування ідеї, а саме Марії Маєрчик та Галіні Ярмановій, які допомогли нам обрати форму роботи.

Особлива подяка нашим донорам із фонду «amFAR», без яких це дослідження найближчим часом не змогло би відбутися.

Глосарій

ЗАГАЛЬНІ ТЕРМІНИ

SRS (Sexual Reassignment Surgery) – хірургічні операції з корекції статевої належності.

Coming out (камінг-аут, розкриття) – у випадку із трансгендерами це визнання себе як людину іншої (не паспортної й фізичної) статі, прийняття свого стану. Представлення себе в бажаному/відповідному вигляді оточенню: батькам, друзям, колегам чи однокласникам.

У більш широкому сенсі - це добровільне розкриття тематичних відомостей (про свої особливості).

Транссексуал (transsexual) - людина, у якої гендерна ідентичність протилежна уродженій біологічній статі, і яка бажає привести тіло у відповідність з самовідчуттям - зазвичай шляхом гормональної та хірургічної корекції.

Транссексуал MtF (Male-to-Female) – це людина, яка народилася з чоловічим тілом, але відчуває себе жінкою.

FtM (Female-to-Male) – це людина, яка народилася з жіночим тілом, але відчувається чоловіком.

В аспекті хірургічної операції виділяють транссексуалів пре-оп (pre-op) – тих, які готуються до операції; пост-оп (post-op) – тих, які вже зробили операцію; нон-оп (non-op) – тих, для кого для яких хірургічна корекція неможлива або небажана за станом здоров'я або з інших причин.

МЕДИЧНІ ТЕРМІНИ

1. Операції з корекції статі у MtF транссексуальних жінок можуть включати:

1. фемінізуючу маммопластику – збільшення або зміна розміщення грудних залоз;
2. орхіектомію – видалення яєчок;
3. пенектомію – видалення тіла статевого члена;
4. фемінізуючу вагінопластику – створення піхви зі шкіри статевого члена методом пенальної інверсії статевих губ зі шкіри мошонки, а також клітора з частини головки статевого члена;
5. ліпосакцію – видалення надлишкових жирових відкладень на животі й талії або інших частинах тіла;
6. фемінізуючу лицьову хірургію – зміна розташування брів, вилиць, підборіддя, носу, також шляхом зменшення кісток черепа.

Орхіектомія – операція із видалення яєчок. Зазвичай при орхіектомії видаляють тільки яєчка, а мошонку залишають. У транссексуалок MtF наявність і цілісність шкіри мошонки важливі для створення статевих губ і формування деяких частин вагіни при вагінопластичі.

Пенектомія – операція з видалення частини або всього тіла статевого члена. Синонім – ампутація статевого члена. Операція з видалення статевого члена, що здійснюється без фемінізуючої вагінопластики, на сленгу може називатись «нуліфікація». При цьому створюється пуста піхвова заглибина і новий канал уретри, що дозволяє вільніше справляти нужду сидячи.

Фемінізуюча вагінопластика включає в себе видалення яєчок, часткове видалення статевого члена, створення вагіни, клітора, статевих губ. Може проводитися за одну або за кілька операцій. Метою фемінізуючої вагінопластики є створення «жіночих» зовнішніх статевих органів, зміна напрямку сечівника, щоб струмінь сечі був спрямований виключно вниз, створення придатної для сексуальних контактів вагіни й збереження можливості відчувати оргазм. Найпоширеніша техніка для створення вагіни – це інверсія статевого члена, коли покрови статевого члена перетворюють на стінки нео-вагіни.

II. Операції з корекції статі у транссексуальних чоловіків FtM можуть включати:

1. маскулінізуючу маммопластику – видалення молочних залоз, зменшення соска;
2. гістеректомію – видалення матки, фаллопієвих труб і яєчників;
3. вагінектомію або маскулінізуючу вагінопластику – видалення або хірургічне закриття піхви;
4. фаллопластику – створення фалоса із тканин тіла особи;
5. метоїдіопластика – створення статевого члена із клітора;
6. імплантацію силікону – збільшення підборіддя, литкових м'язів і т.і.;
7. ліпосакцію – видалення жирових відкладень в зоні грудей, живота, сідниць та на інших частинах тіла.

Гістеректомія – гінекологічна операція, при якій видаляють матку, яєчники, фаллопієві труби. Часто для цієї операції використовується метод лапароскопії.

Лапароскопія – сучасний метод хірургії, в якому операції на внутрішніх органах проводять через невеликі (звичайно 0,5-1,5 см) отвори, а в традиційній хірургії потрібні великі розрізи.

Проте не всі транссексуали, як FtM, так і MtF, потребують зазначеного вище обсягу операцій із корекції статі. Також не тільки транссексуали можуть робити деякі з перерахованих вище операцій з метою збільшення маскулінності або, навпаки, фемінності.

Передмова

Формально ми живемо в світі чоловіків і жінок, де поняття «стать», здавалося б, визначене й впізнане, і часто видається, що наявний порядок речей універсальний і природний. Паспортна стать, зафіксована лікарями при народженні, юридично не дозволяє нам інших варіантів самоідентифікації. Людей, які народжуються з ознаками чоловічої та жіночої статі (інтерсекс) – примусово «коригують» в той чи інший бік, за бажанням батьків, у перші дні після народження. Тих дітей, у яких інтерсексуальність проявляється в пубертатному віці, держава взагалі намагається не помічати, створюючи для них дискурс «відхилення» від так званої норми. Також часто можна почути про певне, так зване «традиційне», уявлення про стать, і що уявлення про «гендер» (соціальну стать) як про категорію, що не залежить від генетичної статі, набуло і неприйнятне українському суспільству. Проте різноманітні соціокультурні дослідження розкривають правдиву ситуацію з цих питань. Виявляється що як в Україні, так і в усьому світі є люди, чий існування не вписується в традиційне розуміння статі та гендеру. Своїм існуванням вони змінюють підходи до так званого «традиційного способу життя». Такі люди існують незалежно від політичних чи соціальних політик. Їх називають трансгендерними людьми.

Трансгендер (transgender) – це загальний термін для визначення людей, чия гендерна ідентичність не співпадає з генетичною статтю. До цієї категорії належать люди, які вважають себе належними до протилежної статі – транссексуали, а також трансвестити, андрогіни, інтерсексуали, бігендери і т.д. Погляд на «транс» як деформацію статі передбачає наявність певного канону, від якого можна відхилитися. Таким каноном виступають біологічні чоловіки і жінки, яким мають бути притаманні чоловічі та жіночі соціальні ролі (гендери), усе інше оцінюється відповідно до цього канону й потрапляє в сферу «відхилення» та ненормативності

У пострадянському просторі трансгендерність «зависла» в просторі, не знайшовши собі культурних і соціальних описів, найчастіше осідаючи в медичних і психопатологічних практиках у формі психіатричних діагнозів: «транссексуалізм», «трансвестизм» та інше. На сьогоднішній день в Україні єдиною офіційно визнаною групою є **транссексуали, але їхнє визнання існує лише в медичному аспекті. Транссексуал (transsexual)** – це людина, чия гендерна ідентичність протилежна її вродженій статі, й яка хоче зробити своє тіло відповідним до ідентичності, зазвичай шляхом гормональної та/або хірургічної корекції.

Підібрати якусь термінологію для трансгендерів досить складно, тому що трансгендерність настільки різномірна, що неможливо прийти до «спільного знаменника», на підставі якого можна було б говорити про конструювання окремої категорії. До того ж ми вважаємо не етичним класифікувати якусь групу людей без їхньої участі та бажання.

З одного боку, ми розглядаємо трансгендер через призму впізнаваних форм існування статі: жінок і чоловіків, жіночності й мужності. Проте для деяких трансгендерних індивідів протиставлення і «полярність» жіночого й чоловічого неприйнятна. Використання дефініцій «чоловік» і «жінка» щодо себе вони вважають невідповідним, тому що ці терміни замикають їх у «чужому» просторі, змушують вибирати одну із форм статевої нормативності, жодна з яких не відповідає їхньому внутрішньому самопочуванню. Іншими словами, звичні форми статі примушують частину людей трансгендерного співтовариства бути тими, ким вони не є. Для цих людей трансгендерність означає свободу від традиційних статевої і гендерних дефініцій та ідентичностей, а також життя в гармонії зі своїм внутрішнім самопочуттям.

З іншого боку, деякі трансгендерні індивіди бачать себе виключно як чоловіків або жінок з усіма звичними атрибутами мужності чи жіночності, іноді навіть в гіпертрофованій формі (супермаскуліність і суперфеміність). Для таких людей прийнятною є лише ідентифікація із обраною ними статтю та відповідним гендером, вони відкидають будь-які інші форми ідентифікації та вважають їх неприйнятними для себе.

Так чи інакше, все вибудовано навколо категорії біологічної статі, яка зазнає зміни, відхилення чи деформації. Якщо ця зміна однієї «норми» на іншу, як це переважно відбувається в транссексуальних осіб, то ширша спільнота сприймає це більш-менш спокійно, але зазвичай за умови приховування цього факту та подальшої нормативної поведінки цих осіб. Інших трансгендерів, які не є нормативними й не хочуть змінювати «а» на «b», розглядають як більш загрозливу деформацію для суспільства, загрозу «нормальності» й «традиційності».

В Україні, коли в публічному просторі заходить мова про трансгендерність, йдеться, зазвичай, про зміну статі. Тоді термін «транссексуальність» використовують для позначення процесів, пов'язаних із хірургічною зміною статі, а саме: чоловічої статі на жіночу – MTF (Male-To-Female) або жіночої на чоловічу – FTM (Female-To-Male).

Переважна частина українського суспільства вважає, що зміна статі взагалі не можлива, а в крайньому випадку, якщо людина відмовляється бути жінкою, то може стати тільки чоловіком, і навпаки, чоловічу стать можна змінити тільки на жіночу. Про інші варіанти годі й думати.

В Україні існує спеціальна процедура зі зміни/коррекції статевої належності (наказ МОЗ № 60), згідно з яким дозвіл на зміну/корекцію статі видає спеціальна комісія. Таким чином держава монополізує приватну сферу життя людей та відбирає право вибору на основоположне, на нашу думку, право людини, її самоідентифікацію. Різниця між чоловічою та жіночою статтю, що полягає у біологічних особливостях, демонізується та штучно поширюється на поведінкові та на так звані «традиційно-моральні» норми. Протягом чотирьох років роботи громадської організації «Інсайт» від трансгендерної спільноти надходили скарги на роботу комісії, дискримінацію під час проходження процедури, а також на необґрунтовані відмови в дозволі на зміну/корекцію статі. Також скарги стосувалися інших питань, зокрема: чинний Наказ МОЗ № 60 містить норму, за якою незгода особи, яка потребує зміни (корекції) статевої належності, із обсягом діагностично-лікувальних заходів, рекомендованих Комісією з питань зміни (корекції) статевої належності, є підставою для відмови особі в корекції статевої належності. Також в Україні без стерилізації, яка дуже часто фактично є примусовою, зміна паспортних документів неможлива. Спроба особи

оскаржити таку примусову стерилізацію й бажання боротись за своє Конституційне право на батьківство може призвести до відмови такій особі у корекції статевої належності й зміні паспортних документів на невизначено тривалий час. Обов'язковою умовою корекції статевої належності є хірургічна операція. Об'єм хірургічної операції імперативно визначається Комісією з питань зміни (корекції) статевої належності, і, як наслідок, така операція часто призводить до примусової стерилізації транссексуальної особи, що, на думку правозахисної спільноти, суперечить основоположним і невідчужуваним правам людини. Саме тому ми вирішили ретельніше дослідити питання доступу трансгендерних людей в Україні до медичної допомоги та послуг, їхню якість і відповідність потребам трансгендерних людей. Паралельно ми визначимо порушення інших прав трансгендерних людей, з якими вони зіштовхуються.

Іншим предметом нашого дослідження є питання вразливості групи трансгендерних людей до ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ВІЛ та ІПСШ).

У цьому дослідженні ми оперуємо певними ознаками статі, за допомогою яких, на нашу думку, суспільство намагається класифікувати всіх і вся, зводячи світ до дихотомії чоловік-жінка. Однак трансгендерність часто демонструє, що такі набори ознак статі не завжди працюють на практиці.

Це дослідження являє собою нерепрезентативне кількісне дослідження в сфері дотримання прав трансгендерних людей, зокрема в сфері медичної допомоги та послуг.

Методологія

Мета дослідження

Метою дослідження є окреслити проблемні моменти дотримання громадянських прав трансгендерних людей в Україні, зокрема в доступі до медичної допомоги та послуг.

Відповідно до такої мети для цього дослідження було поставлено такі завдання:

1. Виявити основні форми порушення прав трансгендерних людей в Україні з доступу до медичної допомоги та послуг.
2. Виявити, які з основних форм порушення інших громадянських прав стосовно трансгендерних людей, зокрема на навчання та працю, мають місце в Україні.
3. Визначити особливості ставлення трансгендерних людей до власних громадянських прав (в когнітивному, емоційному та поведінковому аспектах).
4. Описати фактори ризику інфікування ВІЛ та ЗПСШ (знання та поведінкові практики) для трансгендерних людей в Україні.
5. Розробити рекомендації для спеціалістів сфери охорони здоров'я, представників державних органів та громадських організацій про заходи із захисту прав трансгендерних людей.

Методи дослідження

За дизайном дослідження є кількісним.

Для дослідження було обрано метод структурованого інтерв'ю.

Структура опитувальника розроблялася на основі результатів дослідження «Ситуація трансгендерів в Україні», проведеному ГО «Інсайт» за підтримки Astraea Lesbian Foundation for Justice та ILGA-Europe's Human Rights Violations Documentation Fund у 2012 році.

Визначення бодай приблизної кількості трансгендерних людей в Україні є майже невіршуваною проблемою, зважаючи на те, що ця група прихована з кількох причин. З одного боку, низький рівень поінформованості населення про це явище призводить до того, що люди, які об'єктивно можуть вважатися трансгендерними, суб'єктивно себе до них не відносять. Водночас, негативне ставлення загалом до цієї категорії спричинює те, що навіть люди, які визначають себе трансгендерними, воліють залишатися непублічними й приховувати від оточуючих свій статус.

Зважаючи на це, неможливо зробити однозначні висновки про репрезентативність результатів цього дослідження. Однак репрезентативність результатів підвищується завдяки використанню стратегії критичних випадків при формуванні вибірки [1, с. 219-245]. В цьому дослідженні «критичними випадками» постають трансгендерні люди, що усвідомили свою належність до цієї категорії осіб та розкривають свій статус людям, через яких на них виходили дослідники (метод побудови вибірки – «снігова куля»). Таким чином, оскільки ці люди розкривають свій трансгендерний статус, а також гуртуються навколо правозахисної громадської організації, можна вважати їх «критичними випадками», які, найбільш вірогідно, будуть активні у відстоюванні своїх прав. Тому якщо ці респонденти мають проблеми із реалізацією своїх прав, високою є вірогідність того, що і решта трансгендерних людей зіштовхуються з подібними проблемами.

Характеристика вибіркової сукупності

Для побудови вибірки використовувався метод снігової кулі.

Всього в ході дослідження було опитано 37 осіб віком від 18 до 54 років, серед них тих, хто переходить до чоловічого гендеру (FtM) – 21 особа, 11 – із чоловічого до жіночого (MtF), 1 крос-дресер та 4 особи-інтерсекс. У дослідженні взяли участь переважно мешканці столиці та обласних центрів (Київ, Харків, Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Херсон, Суми, Симферопіль, Львів, Кіровоград, Донецьк, Івано-Франківськ) та інших міст (Лисичанськ, Біла Церква, Нова Каховка, Севастополь). Із загального числа респондентів 12 людей зробили хірургічну корекцію статі, 19 осіб планують корекцію та 6 не планують.

Таблиця 1 на стор 10

Демографічні та статистичні дані з вибірки

№	Вік	Стать, початково вказана в свідоцтві про народження	Стать, з якою респондент себе ідентифікує	Хірургічна корекція статеві належності	Приєм гормональних препаратів для корекції статевої належності	Код	Місто проживання
1	23	жін	чол	план	так	FtM	Київ
2	20	жін	чол	план	так	FtM	Івано-Франківськ
3	27	жін	чол	так	так	FtM	Лисичанськ
4	39	жін	чол	так	так	FtM	Донецьк
5	34	жін	чол	план	раніше приймав	FtM	Харків
6	24	жін	чол	план	так	FtM	Київ
7	26	жін	чол	так	так	FtM	Київ
8	20	жін	чол	план	так	FtM	Суми
9	27	жін	чол	план	так	FtM	Донецьк
10	21	жін	чол	план	так	FtM	Харків
11	19	жін	чол	план	ні	FtM	Біла Церква
12	27	жін	чол	план	так	FtM	Київ
13	29	жін	чол	так	так	FtM	Харків
14	18	жін	чол	план	ні	FtM	Київ
15	31	жін	чол	план	ні	FtM	Львів
16	22	жін	чол	план	так	FtM	Дніпропетровськ
17	38	жін	чол	так	так	FtM	Донецьк
18	35	жін	чол	так	так	FtM	Симферопіль
19	25	жін	чол	так	так	FtM	Харків
20	29	жін	чол	план	так	FtM	Севастопіль
21	32	жін	чол	план	так	FtM	Симферопіль
22	37	чол	жін	план	так	MtF	Київ
23	54	чол	жін	так	так	MtF	Кривий Ріг
24	25	чол	жін	план	так	MtF	Херсон
25	27	чол	жін	план	ні	MtF	Дніпропетровськ
26	40	чол	жін	так	так	MtF	Київ
27	26	чол	жін	план	так	MtF	Нова Каховка
28	37	чол	жін	ні	раніше приймала	MtF	Дніпропетровськ
29	34	чол	жін	план	так	MtF	Київ
30	48	чол	жін	ні	ні	MtF	Київ
31	38	чол	жін	так	так	MtF	Кіровоград
32	32	чол	жін	так	так	MtF	Львів
33	23	чол	жін	так	раніше приймала(в)	I	Київ
34	33	чол	трансвестит	ні	ні	Tb	Київ
35	35	чол	бігендер	ні	ні	Bg	Київ
36	26	чол	бігендер	ні	раніше приймала(в)	Bg	Дніпропетровськ

Концептуалізація та операціоналізація понять

Громадянські права – вид прав людини, що включає основні, природні та невідчужувані права, які забезпечують її достойне існування (фізичне, психологічне, моральне, духовне) й дозволяють почуватися вільною в буденному житті. Природні права людини світова спільнота визначає як явище об'єктивне і незалежне від визнання чи ігнорування їх державою, а визначене самим фактом людського буття. Ці права включають право на життя, на свободу, фізичну цілісність та особисту недоторканість, право не зазнавати катувань, жорстокого поводження або поведження, що принижує людську гідність, право на захист честі та доброго імені, право на судовий захист та правосуддя, свободу слова та іншого вираження, право на приватну власність, право на вільну працю, охорону здоров'я та освіти. В цьому дослідженні розглянуто проблемні моменти реалізації трансгендерними людьми перелічених вище прав [2].

Порушення громадянських прав у цьому дослідженні розглядається як факт прояву однієї з форм дискримінації трансгендерних людей, а саме: відмова в наданні медичної допомоги, зневажливе ставлення або висловлювання, примусова шпиталізація, примусова стерилізація, ненадання адекватної медичної допомоги через брак фахових знань разом із відсутністю перенаправлення до іншого спеціаліста, ненадання лікарем інформації щодо сучасних методів лікування та доступних медичних послуг, низький рівень доступності важливих медичних послуг для певної групи людей, обмеження свободи самовираження, звільнення, відмова в прийнятті на роботу, оплата не на рівні з іншими працівниками на аналогічних посадах, гірші умови праці, порівняно з іншими працівниками на подібних посадах, створення зневажливої або ворожої атмосфери в трудовому колективі, перешкоджання просуванню кар'єрною драбиною, відрахування з навчального закладу, відмова у прийнятті до навчального закладу, заниження оцінок, створення зневажливої або ворожої атмосфери в навчальному закладі, невтручання адміністрації навчального закладу у ситуацію переслідувань трансгендерного учня іншими учнями, поширення ідей щодо недоцільності фізичного існування трансгендерних людей. У цьому дослідженні розглянуто ситуації, в яких трансгендерні люди можуть зіштовхуватись із переліченими вище порушеннями [3, 4].

Ставлення трансгендерних людей до порушення прав у цьому дослідженні розглядається як психологічна установка щодо порушення прав, яка має трьохкомпонентну структуру, що визначається такими складовими: когнітивною, емоційною (оціночною) та поведінковою. Такий поділ базується на трьохкомпонентній структурі ставлення, представленій у роботі А. Іглі та С. Чейкен [5], а також на підході до аналізу установок, запропонованому Д.Н. Узнадзе [6, с. 263-326].

Складовими установками щодо порушення прав у цьому дослідженні вважаються знання про протиправний характер дій суб'єкта (когнітивний компонент), ставлення до цих порушень (емоційний/оціночний компонент) та гіпотетична поведінка в ситуації порушення прав (поведінковий аспект) [5].

Асертивність – поведінка, яка характеризується впевненим декларуванням твердження без потреби у доказах; вона допомагає утвердити права особи або її точку зору без загрози правам іншої людини або підкорення, яке б дозволяло ігнорувати або заперечити права цієї людини чи її точку зору [7].

В концепції асертивності виділяють такі основні стилі комунікації: пасивний, агресивний, пасивно-агресивний та асертивний. Стилї комунікації також відрізняються за інтенсивністю: пасивний характеризується найменшою інтенсивністю, агресивний – найвищою. В цьому дослідженні оцінюються особливості прояву різних стилів комунікації в різних ситуаціях порушення прав, а також схильність респондентів до того чи іншого типу комунікації [8, 9].

Вимірювання рівня наполегливості у відстоюванні власних прав – визначення та оцінка рівня наполегливості в окресленому контексті. В цьому дослідженні оцінюється рівень інтенсивності реакції респондентів на ситуації порушення їхніх прав. У цьому дослідженні рівень наполегливості у відстоюванні власних прав визначається так:

- відсутність реакції: респондент не бачить необхідності реагувати, оскільки не бачить порушення своїх прав;
- пасивна реакція: уникання відстоювання своїх прав, оскільки респондент не вірить в свою спроможність вплинути на ситуацію;
- пасивно-агресивна реакція: респондент відстоює свої права, але не напряму, а обхідними шляхами;
- агресивна реакція: респондент відстоює свої права, порушуючи права іншої людини;
- асертивна реакція: респондент чітко заявляє про свою думку та почуття і твердо відстоює свої права й потреби.

Типи поведінки на шкалі розташовані відповідно до своєї інтенсивності, тобто найвищий рівень володіння навичкою асертивності є другим за інтенсивністю після варіанту «агресивна реакція».

Фактори ризику інфікування ВІЛ та ЗПСШ – чинники, що збільшують імовірність захворювання. Згідно з результатами соціологічних досліджень, проведених у інших країнах (зокрема США), основними факторами ризику зараження ВІЛ /СНІД для трансгендерних людьми є: недостатня поінформованість про можливі шляхи інфікування ВІЛ та ЗПСШ та засоби їх профілактики, практика проходження конфіденційного тестування на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ, а також ризиковані поведінкові практики [10]. Останні включають: сексуальну поведінку (сексуальну мобільність, тобто кількість постійних та малознайомих сексуальних партнерів, використання презервативів при статевих контактах та практика надання сексуальних послуг за гроші); вживання препаратів ін'єкційним шляхом; татування і пірсинг.

У цьому дослідженні фактори ризику інфікування ВІЛ та ЗПСШ розглянуті відповідно до цієї моделі.

Репродуктивне здоров'я – це відсутність хвороб репродуктивної системи, її функцій та процесів у поєднанні із станом повного фізичного, розумового та соціального благополуччя. Мається на увазі можливість мати безпечне статеве життя, яке приносить задоволення, можливість вільно приймати рішення про те, що робити, коли та як часто. Тобто людина має

право на поінформованість та доступ до безпечних, ефективних, доступних методів планування родини за своїм вибором, а також до інших методів регулювання дітонородження, що не суперечать закону також вона має право на доступ до послуг у сфері охорони здоров'я.

Сексуальне здоров'я – це сукупність соматичних, емоційних, інтелектуальних та соціальних факторів сексуальної сутності особистості, завдяки якій людина може відчувати сексуальний потяг та реалізовувати його, відчуючи задоволення.

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), – це клас інфекційних хвороб, які переважно передаються статевим шляхом. Інфекції, які передаються лише статевим шляхом, у вітчизняній медицині виділяють у групу венеричних захворювань. На відміну від венеричних захворювань, ЗПСШ передаються й іншими шляхами: парентеральним (гепатит В), прямим контактним (короста), вертикальним (ВІЛ). Парентеральне введення лікарських засобів - це такі шляхи введення лікарських засобів в організм, при яких вони минуть шлунково-кишковий тракт, на відміну від перорального способу застосування ліків. Це перш за все ін'єкції і інгаляції. Існують і інші, більш рідкісні, парентеральні способи введення: субарахноїдальний, внутрішньокістковий, інтраназальний, субкон'юнктивально, - однак вони використовуються в небагатьох особливих випадках. Вертикальний шлях передачі ВІЛ – від матері до дитини в процесі пологів. Кожне ЗПСШ спричиняється певним видом мікроорганізму чи вірусом, наприклад: СНІД – вірусне захворювання, спричинене вірусом імунодефіциту людини; сифіліс викликає бліда спірохета; гонорею (трипер) – гонокок; трихоманоз – трихомонада тощо. На відміну від звичайних інфекційних захворювань, після ЗПСШ зазвичай не виникає імунітету, і в разі повторного зараження хвороба розвивається знову. Видування не настає саме по собі: без медичної допомоги людина не може позбутися такої хвороби й хворіє на неї все життя.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини, що призводить до захворювання на СНІД.

СНІД або Синдром набутого імунодефіциту – тяжке інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), що вражає імунну систему людини, знижуючи при цьому здатність організму протидіяти захворюванням.

Методи аналізу отриманих даних

Для аналізу статистичних даних була використана програма SPSS 15.0.

Аналіз досвіду взаємодії трансгендерних людей зі сферою охорони здоров'я (частоти звернень, частоти втрапання в ситуації дискримінації або некоректної поведінки) здійснено за допомогою описових статистик.

Описові статистики також використовувались для аналізу досвіду респондентів, пов'язаного з реалізацією прав на роботу та навчання (визначення частоти втрапання в різні ситуації порушенням прав, а також з'ясування демографічних даних, на зразок працевлаштованості респондентів та їхнього рівня освіти). Аспекти ставлення респондентів до низки ситуацій порушення прав також було вивчено за допомогою описових статистик.

Визначення рівня задоволення послугами спеціалістів медичної сфери здійснювалося шляхом визначення середнього арифметичного значення.

Для аналізу отриманих статистичних показників їх було порівняно з даними подібних досліджень, проведених у США в період з 2007 по 2010 роки.

Визначення рівня поінформованості та поведінкових практик здійснювалося за допомогою описових статистик.

Оцінка кількості працівниць(ків)комерційного сексу (як одного із факторів ризику) серед трансгендерних людей здійснена за допомогою методу «нарощування соціальних мереж» [11].

Обмеження використання результатів дослідження

1. Невелика кількість респондентів, а також те, що неможливо визначити розмір загальної сукупності трансгендерних людей в Україні. Тому репрезентативність (можливість поширення висновків дослідження на усіх представників групи трансгендерних людей) результатів дослідження залишається невизначеною.

2. В дослідженні використано модель оцінювання респондентами самих себе та свого досвіду, що знижує валідність отриманих даних через такі суб'єктивні фактори, як можливі неточності в інтерпретації респондентами подій та власної поведінки.

3. Опитувальник містив низку сенситивних (чутливих) питань, на які респонденти, зважаючи на ефект «соціальної бажаності», могли давати неточні відповіді, оскільки опитування проводилося в формі інтерв'ю, а не анонімного опитування [12].

Аналіз отриманих даних

I. Реалізація трансгендерними людьми свого права на доступ до медичної допомоги та послуг.

1.1 Звернення до лікарів із питань, не пов'язаних із трансгендерним статусом

Досліджувалася частота звернень трансгендерних людей до різних фахівців медичної сфери, зокрема до таких лікарів, як гінеколог, уролог, ендокринолог та терапевт.

З 25 респондентів(ок), які не проходили хірургічну корекцію статевої належності, 11 мають чоловічу статеву систему, 13 – жіночу.

Щодо частоти звернень за останній рік, то із тих 11 респондентів(ок), які мають чоловічу статеву систему, за останній рік для контролю свого сексуального здоров'я до уролога звертались двоє респонденток, кожна по одному разу. Із 13 респондентів(ок), які мають жіночу статеву систему, для контролю свого сексуального здоров'я до гінеколога звертались троє, із них один – двічі.

Щодо 12 респондентів(ок), які пройшли ту чи іншу операцію з корекції статевої належності, до фахівця із сексуального здоров'я за останній рік звертались лише двоє. Ніхто із респондентів(ок), які проходили корекцію, не зазначив, що звертався до свого хірурга у зв'язку з ускладненнями після операції, для огляду чи за консультацією. Таким чином, відсоток звернень до фахівців з питань сексуального здоров'я серед тих трансгендерних людей, які пройшли хірургічну корекцію статевої належності, є навіть меншим.

Виходячи з таких результатів, можна зробити висновок, що трансгендерні люди здебільшого не схильні проходити профілактичний огляд (необхідний для виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також онкологічних захворювань на ранніх стадіях) і, загалом, мало звертаються до спеціалістів із сексуального здоров'я. Це може бути пов'язане як із браком усвідомлення необхідності таких оглядів, так і з острахом зіткнутися з некоректними висловлюваннями з боку лікаря.

Щодо звернень до ендокринолога, то із 25 респондентів(ок), які приймають препарати для гормональної терапії, за останній рік до цього фахівця звертались четверо респондентів(ок), із них троє FtM і одна MtF. Із цих чотирьох респондентів(ок) двоє регулярно консультуються зі своїм ендокринологом, двоє інших звертались лише 1 раз.

Із 11 респондентів(ок), які наразі не приймають гормональні препарати, двоє зазначили, що за останній рік до ендокринолога звертались тричі (кожен із них). Обидва ці респонденти ніколи не приймали гормональні препарати й звертались до спеціаліста із не пов'язаних із корекцією статевої належності питань.

Отже, можна припустити, що абсолютна більшість трансгендерних людей приймають гормональні препарати для корекції статевої належності без консультації лікаря. Розмірковуючи про передумови для такої ситуації, можна припустити, що факторами можуть бути небезання трансгендерних людей звертатись до лікарів, неусвідомлення

необхідності таких звернень, а також брак фахівців-ендокринологів, компетентних з питань трансгендерності.

До терапевта за останній рік звертались 16 респондентів(ок) із 37 (це близько 43% вибірки), із них 10 респондентів(ок) – одноразово, 3 – дворазово, і 3 – понад два рази. Отже, можна припустити, що менше половини трансгендерних людей звертаються до терапевтів. Однак кількість звернень саме до цього фахівця є найбільшою. Це може бути пов'язано із роллю терапевта в оформленні лікарняного листка. Також, фактором може бути те, що цей спеціаліст безпосередньо не пов'язаний із питаннями сексуального здоров'я, тому при відвідуванні терапевта не такою високою є вірогідність того, що на прийомі матимуть місце обговорення трансгендерних питань і, відповідно, прояви дискримінації.

Стосовно інших лікарів, то 7 респондентів(ок) зазначили, що зверталися до стоматолога; також по одному разу були вказані такі лікарі: алерголог, дерматовенеролог, окуліст, пластичний хірург, психолог, хірург, фіззіатр, масажист, ЛОР. Також один респондент зазначив, що проходив медогляд у технікумі, а ще один – що проходив медогляд у мобільній амбулаторії. Таким чином, можна припустити, що в зв'язку з нагальною потребою (реальними проблемами зі здоров'ям) до лікарів, які спеціалізуються на специфічній проблемі, звертаються близько 43% трансгендерних людей. Визначальним для того, що решта трансгендерних людей не звертаються за медичною допомогою, може бути як відсутність у цих людей проблем зі здоров'ям, так і уникання ними звернення до лікарів взагалі та, відповідно, нехтування своїми потребами.

Щодо того, до яких медичних закладів звертаються трансгендерні люди, то дані свідчать, що найчастіше вони звертаються до державних закладів охорони здоров'я. Зокрема, із 5 респондентів, які зверталися до гінеколога, всі 5 зверталися до спеціаліста у державному закладі охорони здоров'я. Із 2 респондентів, які звертались до уролога, обидва звертались до цього спеціаліста у приватному закладі. До ендокринолога троє звертались у державному закладі, один – у приватному, й один – до знайомого спеціаліста. 14 респондентів(ок) зверталися до терапевта в державному закладі, 1 – у приватній клініці, а 1 зазначив, що його близька родичка сама є терапевтом і консультує його за потреби. Таким чином, частина респондентів(ок) шукає медичної допомоги у приватних закладах, але більшість звертається до державних установ.

Трансгендерні люди відносно нечасто звертаються до лікарів, через що мають менші шанси зіштовхнутися з дискримінацією. Можна припустити, що вони уникають можливих конфліктів у цій сфері, нехтуючи своїм здоров'ям. Однак багато хто з респондентів(ок) зазначав, що лікарі часто ставляться з розумінням та повагою, розпитують та цікавляться темою трансгендерності, тож можна сказати, що ситуація із наданням медичних послуг трансгендерним людям в Україні є перспективною. Позитивне ставлення медичних працівників може стати ресурсом для вирішення проблеми доступу трансгендерних людей до медичних послуг.

Відкладання або уникання звернення до лікарів

Із 37 респондентів(ок) 20 зазначили (це близько 54% вибірки), що були випадки, коли вони відклали звертання (або не звертались) до лікаря, хоч була така потреба. Таким чином, більше половини опитаних трансгендерних людей зазначили, що не звертались по медичну допомогу, незважаючи на те, що в тому була потреба. Можна припустити, що через це трансгендерні люди можуть частіше зазнавати хронічних ускладнень своїх захворювань.

Згідно з даними, візит до гінеколога відклали (або уникали його) 9 респондентів(ок). Відвідування уролога уникали двоє респондентів. Візит до ендокринолога відклали 10 респондентів(ок) із 29, зацікавлених у гормональній терапії. Відвідування терапевта уникали 10 респондентів(ок) із 37. Також один респондент зазначив, що відкладав відвідування стоматолога, а ще п'ятеро зауважили, що уникали відвідування всіх лікарів загалом.

Розглянемо випадки уникання відвідування окремих лікарів.

Щодо такого спеціаліста, як гінеколог, то 7 респондентів із 9, які уникали відвідування цього спеціаліста, вказали причиною відкладання або «незвертання» до нього побоювання проявів дискримінації та неповаги з його боку. Один респондент зазначив, що причиною є відсутність в його зоні доступу кваліфікованого спеціаліста – респондент проживає в невеликому місті й переконаний, що місцевий гінеколог не обізнаний щодо особливих потреб трансгендерних людей. Також респондент в цілому не довіряє якості послуг місцевого гінеколога. Один респондент зазначив, що не відвідує гінеколога, тому що не сприймає в себе «цих» органів.

Щодо причин зволікання зі зверненням до уролога або ж уникання звернення до нього, один із двох респондентів, які уникали візиту до цього фахівця, зазначив, що побоюється проявів дискримінації та неповаги з боку лікаря. Інший респондент зазначив, що не вважав проблему достатньо серйозною, щоб розкривати комусь свій трансгендерний статус (респондент давно живе за зміненими документами). Він також зазначив: «Це моя фізична вада, потворність, з якою не хочеться зайвий раз зіштовхуватися, і щоб хтось із нею зіштовхувався також».

Щодо причин, з яких респонденти(ки) відклали або уникали візиту до ендокринолога, хоч така потреба була, 6 респондентів(ок) зазначили те, що в зоні їхнього доступу немає кваліфікованого спеціаліста, а троє вказали, що не довіряють якості послуг спеціалістів, що є в їхній зоні доступу. Двоє зазначили, що не повною мірою платоспроможні, а один – що побоюється проявів дискримінації та неповаги з боку лікаря.

Варто уточнити, що більшість респондентів(ок) наголошувала на тому, що в Україні наразі немає ендокринологів-спеціалістів з питань трассексуальності. Як наслідок, вони вказували те, що отримати якісну консультацію з питань прийому гормональних препаратів наразі не мають можливості.

Серед причин свого уникання терапевта 6 з 10 респондентів(ок) відзначили, що бояться проявів дискримінації та неповаги з боку лікаря. 2 вказали власну неплатоспроможність, 4 зазначили відсутність в зоні їхнього доступу кваліфікованого спеціаліста.

Отже, для частини респондентів(ок) вагомим фактором уникання контакту з системою медичної допомоги є власна неплатоспроможність. Фактором в цій ситуації також може виступати переконання частини трансгендерних людей у тому, що всі послуги лікарів кош-

тують дорого. Такі переконання можуть виникати через невеликий досвід звертання до лікарів і, відповідно, браку знань про можливість отримати допомогу, доступні в цій сфері. Також один із респондентів зазначив, що нормальне ставлення лікаря до нього можливе, лише якщо він за це платитиме.

П'ятеро респондентів(ок) зазначили, що уникають звертання до лікарів взагалі. Причиною цього один із респондентів вказав те, що не довіряє якості послуг цих спеціалістів. Один респондент зазначив, що не ходить до лікарів і востаннє був у фахівця 5 років тому, на медогляді. Причиною цього він вважає своє дискримінації та неповаги з боку лікарів, а також страх потрапити до лікарні на тривалий час. Також вказує «психологічний фактор, особливості характеру» й страх, що його, як мешканця іншого міста, відправлять за місцем проживання. Можна припустити, що це свідчить про недостатню обізнаність частини трансгендерних людей про свої права у сфері охорони здоров'я, а також невпевненості в тому, що вони заслуговують на ці права. Один респондент із тих, хто уникає лікарів взагалі, зазначив, що не звертається по медичну допомогу, бо сам походить із родини лікарів і тому завжди може отримати консультацію вдома. Таку позицію, певною мірою, можна розглядати як раціоналізацію власного страху та недовіри до лікарів. Решта двоє з цих п'яти респондентів просто повідомили, що намагаються не відвідувати лікарні взагалі.

Таким чином, можна стверджувати, що незважаючи на те, що існує низка причин, з яких трансгендерні люди уникають звернень до медичних парцівників, основною причиною є побоювання проявів дискримінації та неповаги з боку медиків. Це збігається з висновками подібних досліджень, які проводилися в інших країнах, зокрема з висновками дослідження Дж. Грант та Л. Мотет [13, с. 7], проведеного в США у 2010 році.

Відмова в медичній допомозі

Троє респондентів(ок) зазначили, що втрапляли в ситуації, коли лікарі відмовляли їм у медичній допомозі через їхній трансгендерний статус (це складає приблизно 8% вибірки). 34 респонденти (ки) відповіли, що ніколи не мали справи з таким явищем. Для порівняння, згідно з даними дослідження Дж. Грант та Л. Мотет, 19% трансгендерних людей в США зіштовхувалися з відмовою у медичній допомозі [13, с.5].

Отже, абсолютна більшість респондентів(ок) не мали прямих відмов лікарів з надання медичної допомоги через трансгендерний статус пацієнта. До того ж, можна припустити, що частота відмов у наданні медичної допомоги через трансгендерний статус в Україні є суттєво нижчою, ніж для трансгендерних людей у США.

З питання про те, які саме лікарі відмовляли у допомозі, один із респондентів(ок), що мали такий досвід, вказав, що йому відмовив ендокринолог, одна респондентка зауважила, що в допомозі їй відмовляв фахівець, який проводив генетичне дослідження, неправильно (з недостатньою точністю) визначивши каріотип (узагальнив його результати до однозначного визначення статі респондентки, статева належність якої визначається як «інтерсекс»). Також одна з респонденток зазначила, що у медичній консультації їй відмовляли такі спеціалісти, як гінеколог (5 разів), уролог (2 рази), ендокринолог (5 разів) та дерматолог (1 раз).

Некоректні висловлювання та образи від лікарів

Із некоректними висловлюваннями та образами від лікарів через свій трансгендерний статус зіштовхувалися 9 респондентів(ок) із 37 (це приблизно 24% вибірки).

Відповідно до даних дослідження Дж. Грант та Л. Мотет, 28% трансгендерних людей в США мають досвід лікарських образ [13, с.6]. Відповідно до наявних даних, можна припустити, що в Україні частота образ та некоректних висловлювань від лікарів є дещо нижчою.

В цій вибірці респонденти розповіли про 4 випадки некоректних висловлювань від такого спеціаліста, як гінеколог, 4 випадки з боку ендокринолога, 2 рази з боку терапевта, 1 випадок з боку уролога та по одному разу від психолога, невропатолога та завідувача відділення травматології.

Небхідність надавати лікарю інформацію про власні особливі потреби, пов'язані із трансгендерним статусом, і таким чином, навчати його

19 респондентів(ок) (це близько 52% вибірки) зазначили, що їм доводилось надавати лікарю інформацію і, таким чином, навчати його. Для порівняння, згідно з даними дослідження Дж. Грант та Л. Мотет [13], в США 50% трансгендерних людей втрапляли в ситуацію, коли мали навчати свого лікаря базовим знанням щодо здоров'я трансгендерних людей. Таким чином, можна припустити, що ситуація із необхідністю навчати свого лікаря в Україні є подібною.

Щодо того, яких саме спеціалістів респондентам(кам) доводилось навчати, із 17 респондентів(ок) 5 зазначили, що їм доводилось надавати інформацію гінекологу, 2 з 13 – урологу. Щодо ендокринолога, про випадок «навчання» спеціаліста повідомили 5 респондентів(ок) із 20, щодо терапевта – 3 респондент(к)и із 17.

Можна припустити, що додаткового навчання щодо роботи із трансгендерними людьми потребують, в першу чергу, такі фахівці, як гінеколог та ендокринолог.

Також респонденти назвали 10 фахівців, яким їм довелося надавати інформацію й навчати їх. Респонденти вказували переважно спеціалістів, пов'язаних із проходженням Комісії з питань зміни (корекції) статевої належності: двоє вказали психіатра, двоє – сексопатолога, двоє – психолога. Також були названі декілька не пов'язаних із проходженням комісії фахівців – дерматолог, кардіолог, а також лікарі у відомчих медкомісіях.

Таким чином, трансгендерним людям доводиться надавати інформацію про свої специфічні потреби різноманітним фахівцям медичної сфери і навіть тим, з якими вони мають справу, готуючись та проходячи Комісію з корекції статевої належності. Це також може виступати фактором, який зменшує частоту відвідування трансгендерними людьми закладів медичної сфери і, відповідно, сприяє зростанню небезпеки для їхнього здоров'я.

Захист трансгендерними людьми своїх прав

На питання про те, чи здійснював(ла) респондент(ка) якісь дії для захисту своїх прав у сфері охорони здоров'я, 9 респондентів(ок) із 37 відповіли «так» (близько 24% вибірки), 28

відповіли «ні». Отже, можна припустити, що лише близько чверті всіх трансгендерних людей активні щодо відстоювання власних прав. Також варто зауважити, що опитані респонденти належать до найбільш «відкритої» частини спільноти – більшість же є прихованою та, вірогідно, ще менше схильною до відстоювання власних прав.

Із 37 респондентів(ок) троє відповіли, що мали справу з відмовою в наданні медичних послуг – і всі вони відзначили, що робили щось для відстоювання своїх прав. Щодо некоректних висловлювань та образ, то п'ятеро з тих, хто на них наражався, докладали зусиль для відстоювання своїх прав, а 4 респондентів зазначили, що не робили нічого для цього.

Отже, ті респонденти, які повідомляли про явні порушення своїх прав у медичній сфері, зазначали також, що відстоювали свої права. Ті ж, то повідомляв про менш явну форму, таку, як некоректні висловлювання, не були настільки схильними до відстоювання своїх прав. Людей, що відстоювали свої права, було лише 5 із 9.

Варто зазначити, що оскільки респонденти(ки) відносно нечасто звертаються до лікарів, вони мають менші шанси стати жертвою дискримінації, через що в багатьох із них може не виникати потреби відстоювати свої права. Частина респондентів(ок) вказала, що ніколи не втрапляла в ситуації, в яких потрібно було відстоювати свої права на медичну допомогу.

Важливо згадати також, що респонденти(ки) можуть розпізнавати не всі прояви дискримінації. Зокрема, на прямі питання щодо відмови у наданні допомоги та некоректні висловлювання, респонденти відповідають, що не переживали такого. Однак, на менш пряме питання щодо необхідності навчати фахівця (що є не таким явним проявом дискримінації), значно більша частина респондентів(ок) відповіла ствердно. Одна з респонденток не віднесла до некоректних висловлювань слова лікаря, передані їй іншим лікарем, оскільки ці слова не були їй сказані напрому. Це може свідчити про те, що дискримінація щодо трансгендерних людей наявна більшою мірою, ніж вони самі це усвідомлюють. Тому нерішучість щодо відстоювання своїх прав може бути частково пов'язана з неусвідомленням того, що їх порушують в тій чи іншій ситуації. Також, важливим може бути вплив авторитету медичної спільноти в українському суспільстві – сперечатись із лікарем не завжди вважається прийнятним.

Серед способів відстоювання своїх прав найбільш поширеним серед респондентів(ок) є захист своїх прав в усній формі, в розмові з лікарем. Цей варіант вказали 8 із 9 респондентів(ок), які відстоювали свої права. Варіант «звертався в письмовій або усній формі до керівних осіб медичного закладу» обрали двоє респондентів(ок). Варіант «документувала випадок дискримінації або відмови у наданні медичної допомоги» відзначила одна респондентка, яка також зазначила варіанти «зверталася до Міністерства охорони здоров'я, прокуратури та інших інстанцій» та «подавала позов до суду». Жоден/жодна із респондентів(ок) не відзначив(ла) такі варіанти, як «вимагав(ла) письмового підтвердження дискримінаційних дій відносно Вас», «звертався(лася) по допомогу до правозахисних організацій», «організовував(ла) або був членом правозахисної групи», «залучав(ла) ЗМІ» та «подавав(ла) скаргу до міжнародних організацій та комітетів з прав людини».

Варто зазначити, що більшість респондентів(ок) не були обізнані щодо існуючих способів захисту власних прав або були переконані в тому, що ці способи не були б дієвими, тому захистити свої права вони все одно не зуміли б.

Таким чином, щодо досвіду звернення трансгендерних людей до лікарів із питань, не пов'язаних із трансгендерним статусом, можна зробити декілька основних висновків. По-перше, трансгендерні люди мало звертаються до лікарів, а особливо з питань перевірки свого сексуального здоров'я. По-друге, при зверненні до лікарів значна частина трансгендерних людей зіштовхується з такими порушеннями прав, як некоректні (або образливі) висловлювання та необхідність «навчати» свого спеціаліста. І по-третє, трансгендерні люди не часто вдаються до відстоювання своїх прав у сфері охорони здоров'я. Причинами цього можуть бути незнання наявних способів захисту своїх прав, неусвідомлення того, що порушення прав має місце, а також загалом уникання ситуацій, де порушення прав може відбутися (тобто уникання звертання до лікарів).

1.2 Звернення до лікарів із питань, пов'язаних зі зміною (коррекцією) статевої належності

Частина трансгендерних людей хочуть або змушені проходити спеціальну процедуру, що передує хірургічній корекції статевої належності. Вона полягає у проходженні повного соматичного обстеження, а також обстеження фахівцями з психічного здоров'я. За результатами цих обстежень Комісія з питань зміни (корекції) статевої належності видає дозвіл на проведення корекції. На підставі цього дозволу, а згодом і медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності, трансгендерна людина може отримати внесення змін в актовий запис про своє народження і видачу нового свідоцтва про народження з подальшою зміною відповідних документів про особу.

Із 37 респондентів(ок) 22 звертались до Комісії з питань зміни (корекції) статевої належності.

В подальшому ми розглядаємо досвід респондентів(ок), пов'язаний із проходженням підготовчого етапу, засіданням Комісії та подальшою корекцією. За основу для цього блоку був взятий Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 60 від 03.02.2011 про «Порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності». Респонденти мали вказати, чи у них була можливість пройти всі етапи, вказані в Наказі, та розповісти, яким чином вони проходили ці етапи.

21 респондент(тка) із 21 тих, про проходження якими Комісії існують зафіксовані дані, пройшли етап амбулаторного сексологічного обстеження, етап стаціонарного психіатричного обстеження та етап соматичного обстеження.

Із 21 респондентів(ок) 15 пройшли етап ендокринологічного обстеження, і 6 зазначили, що не мали змоги пройти цей етап. Четверо із цих респондентів(ок) вказали, що хоч вони й пройшли обстеження, його результати ніким не розшифровувались та не аналізувались. Щодо інших причин, з яких цей етап не було пройдено повністю, один респондент вказав, що не знав, до кого потрібно звертатись – ніхто не наполягав на тому, щоб він це робив і не направляв до відповідного спеціаліста. Один респондент уточнив, що в Україні немає спеціаліста із транссексуалізму. Варто також вказати, що одна з респонденток, результати

тестів якої не були ніким розшифровані та проаналізовані, звернулася до НДІ урології, де успішно отримала розшифровку.

Етап річного динамічного спостереження у лікаря-сексопатолога найчастіше відбувається у формі періодичних візитів до цього фахівця й завершується висновком лікаря-сексопатолога в довільній формі. Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України про «Порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності», таке обстеження проводиться для визначення рівня соціальної адаптації пацієнта й полягає в тому, що один раз на три місяці проводиться оцінка стану соціальної адаптації з об'єктивним описом поведінки на роботі та за місцем проживання для виключення асоціальної та делінквентної поведінки. Незрозумілим залишається те, чому оцінку рівня соціальної адаптації має проводити саме фахівець-сексопатолог і чому ця оцінка має полягати в описі поведінки трансгендерної людини на роботі та за місцем проживання, а також навіщо необхідно виключити асоціальну та делінквентну поведінку. За даними дослідження, етап річного динамічного спостереження в лікаря-сексопатолога пройшли 20 респондентів(ок) із 21. Респондент, який не проходив цей етап, зазначив, що хоча мав можливість його пройти, він вважав це непотрібним, та ніхто на цьому й не наполягав, і що довідку про це замінюють нечасті візити до сексопатолога. Один із респондентів, який пройшов цей етап, зазначив, що проходив його у формі декількох поїздок до Києва та півгодинних бесід, тобто цей етап мав формальний вигляд.

Можна припустити, що мета всього процесу підготовки до корекції в тому вигляді, в якому він зараз визначений законом, незрозуміла як частині трансгендерних людей, так і частині фахівців. Вочевидь, нормативно закріплене спрощення цієї процедури полегшило би процес для всіх його учасників.

Попередження про можливі ускладнення після операції отримали 20 респондентів(ок) із 21. 21-ша респондентка зазначає, що не отримувала попереджень, і згодом мала ускладнення. Із тексту Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 60 про «Порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності» зрозуміло, що попередження щодо можливих ускладнень після корекції має на меті спонукати трансгендерну людину відмовитись від корекції – таким чином, метою цих попереджень є не збереження здоров'я пацієнта, а спонукання його до певних дій.

В цьому документі також зазначено, що з трансгендерними людьми «...повинна проводитися інтенсивна психотерапевтична робота, спрямована на відмову пацієнта від зміни (корекції) статевої належності». Варто наголосити, що ця фраза суперечить сучасному баченню цілей психотерапії, які полягають у покращенні самопочуття клієнта. Прийняття клієнтом рішення, яке здається правильним психотерапевту, не може бути метою психотерапевтичної роботи.

До того ж, питання, яким чином психотерапія може допомогти трансгендерній людині, у спільноті фахівців залишається відкритим. Так, у цій спільноті поширеною є точка зору, що вирішенням проблем трансгендерної людини може бути будь-що, що полегшить її дискомфорт та відновить комфортне самопочуття. Складовою цього часто є хірургічна корекція статевої належності або ж гендерний перехід [14]. Зважаючи на всі ці аргументи, внесення вимоги щодо проведення інтенсивної психотерапевтичної роботи, спрямованої на відмову пацієнта від корекції статевої належності, до такого впливового документу,

як Наказ Міністерства охорони здоров'я України, не можна вважати цілком етичним або правомірним.

Етап психіатричного обстеження за місцем проживання пройшли 19 респондентів(ок) із 21. З них четверо проходили це обстеження в центрі при Комісії в м. Києві. Одного із цих чотирьох респондентів(ок) до психолога при Комісії направив голова цієї Комісії. Ще троє проходили обстеження під час перебування у психоневрологічному диспансері (далі – ПНД).

19 респондентів(ок) із 20, які дійшли до цього етапу, зазначили, що психолог успішно підготував висновки щодо експертизи для Комісії. Ще один респондент зауважив, що підготовкою висновків займався сексопатолог, бо за місцем проживання є лише один такий спеціаліст, і він виступає замість усіх лікарів.

16 респондентів(ок) пройшли етап подачі документів до Комісії.

12 респондентів(ок) із 14 успішно отримали рішення Комісії про доцільність проведення хірургічної корекції. Один із респондентів, який не отримав такого рішення, пояснює ситуацію так: «Я зібрав усі документи, мені сказали чекати. Комісія довго не працювала, і мені довелося змінити документи незаконно». Друга респондентка з тих, хто не пройшов цей етап, не змогла отримати дозвіл Комісії на проведення корекції через те, що має сексуальний потяг до осіб свого ж гендеру, жіночого. Цей випадок можна вважати прикладом грубого порушення права людини на невтручання в особисте життя. Можливість для цього порушення закладена в Наказі Міністерства охорони здоров'я України № 60 від 03.02.2011 про «Медико-біологічні і соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності», де «гомосексуалізм» зазначається як одне з протипоказань для корекції статевої належності.

Важливо уточнити, що частину показань та протипоказань для корекції, наведених в означеному Наказі, можна вважати застарілими з точки зору сучасної психіатричної науки та практики, а також концепції прав людини. Зокрема, це стосується низки показань, які в Наказі (але не світовою психіатричною спільнотою) розглядаються як сексуальні або психічні розлади (гомосексуалізм, трансвестизм, «наявність будь-яких сексуально-перверзних тенденцій»).

Також сумнівним протипоказанням є наявність делінквентної поведінки, адже вона ніяк не фігурує в показаннях таких діагнозів, як «розлад гендерної ідентичності» (ані як діагностичний критерій, ані як такий критерій, який «виключає» наявність розладу) [15, с. 576].

І нарешті варто звернути увагу на таке протипоказання для корекції статевої належності, як «психологічні особливості, які ускладнюють (або унеможливають) соціально-психологічну адаптацію у бажаній громадянській статі». Важливим є те, що нечіткість формулювання залишає значний простір для зловживань з боку тих осіб, які мають робити висновки з цього пункту.

Щодо етапу отримання підготовчої ендокринологічної корекції протягом не менше трьох місяців до хірургічного втручання (має здійснюватися сексопатологом), то його пройшли 10 респондентів(ок) із 13. Одна з тих, хто пройшов цей етап, уточнює: «Сексопатолог не надавав таких послуг. Він надав контакти іншого лікаря, але я маю свого власного, тому до нього й зверталась». Інший респондент зазначає, що лікарі не надавали йому консультацій з цих

питань, і підготовчу корекцію він проводив самотужки. Двоє респондентів із тих, що не отримували підготовчу корекцію, зазначають причиною цього відсутність кваліфікованих ендокринологів, які орієнтувались би в цьому питанні.

Із 13 респондентів(ок), які дійшли до етапу хірургічного втручання, 12 зазначають, що могли обирати хірурга. Респондент, який не мав такого вибору, вказує, що причина цього в його обмеженій платоспроможності. Через це йому довелося користуватись послугами не дуже хорошого спеціаліста, й результатами операції він не зовсім задоволений.

Це свідчить про ще одну перешкоду для успішної корекції – фінансову неспроможність частини трансгендерних людей. Практика страхування процедур, необхідних для корекції статевої належності (хірургічних втручань та гормональної терапії), яка існує в деяких країнах, на жаль, досі недоступна в Україні.

Етап хірургічної корекції пройшли 12 респондентів(ок) із 13. Респондент, який іще не пройшов корекцію, наразі готується до операції.

Успішно отримали медичне свідоцтво про корекцію статевої належності 7 респондентів(ок) із 8, які мали його отримати. З них одній респондентці свідоцтво було видано за рішенням суду, бо на той час Комісія не працювала протягом тривалого часу. Респондент, який не отримав свідоцтво, був змушений змінити документи незаконно з тієї ж причини.

Щодо етапу отримання постійної допомоги лікаря-сексопатолога з соціально-психологічної адаптації після корекції, то її отримали 4 респондентів(ок) із 8. Один із тих, хто не отримував такої допомоги, навів причиною те, що йому ніхто не пропонував такої послуги; один респондент зазначив, що сексопатолог сказав з усіма проблемами тепер звертатись до гінеколога; один респондент зазначив, що не побачив сенсу в такій роботі, оскільки з його сексопатологом у нього не склалися стосунки, і, в цілому, він не довіряв якості послуг цього спеціаліста. Лише один респондент зазначив, що лікар запропонував звертатися до нього, якщо буде щось непокоїти, однак респондент так жодного разу й не звернувся до цього спеціаліста. Імовірно, фахівець не зміг або не захотів наголосити на необхідності таких зустрічей.

Щодо етапу отримання допомоги психолога з питань соціально-психологічної адаптації в бажаній статі, 4 з 8 респондентів(ок) зазначили, що отримували цю послугу, 3 – що не отримували, один респондент не користувався послугами Комісії, тому й не підтримував контактів зі своїми психологом та сексопатологом. Із тих, хто не отримав цієї допомоги, один зазначив, що не знає, до кого можна звернутись, один – що не був ні до кого прикріплений, і тому також не знає, до кого звернутись, і один – що не потребував такої допомоги, однак ніхто з лікарів йому й не пропонував.

Таку ситуацію можна пояснити також і тим, що в Україні сфера психотерапевтичної допомоги розвивається стихійно, і частина фахівців сфери психічного здоров'я в своїй фаховій підготовці орієнтуються на застарілі норми роботи, які збереглися з радянських часів. Тому про цілі та вигоди роботи із трансгендерними людьми після корекції не знають ані фахівці, ні самі трансгендерні люди.

З вибірки цього дослідження тільки одна респондентка отримала відмову в дозволі на проведення корекції. Етап надання допомоги лікаря-сексопатолога з того, щоб дати собі раду з переживаннями з приводу відмови, вона пройти не могла, тому що не знає, до кого

звертатись. і ніхто з лікарів не пропонував їй таку допомогу.

Таким чином, можна сказати, що лікарі, пов'язані з отриманням дозволу на корекцію, виступають скоріше у вигляді перешкоди та контролюючого органу, хоча мали би бути інструментом турботи держави про здоров'я громадян, в тому числі психічне. Навпаки, травматичні процедури, які мають проходити трансгендерні люди для отримання дозволу на корекцію, є додатковим стресом та загрозою здоров'ю та самопочуттю таких людей.

Можна також підсумувати, що бракує спеціалістів, здатних якісно працювати в цьому напрямку, зокрема за місцем проживання. Трансгендерним людям доводиться звертатися до спеціалістів при Комісії, до одного спеціаліста, який замінює всіх інших, або самостійно шукати фахівців. До того ж ані трансгендерні люди, ні фахівці до кінця не розуміють мети всієї процедури, тому частина етапів (доцільність яких є сумнівною) замінюється «відписками» та узагальненими висновками від одного фахівця. І навпаки, реальні потреби (такі, як аналіз результатів ендокринологічної експеризи, гормональна терапія протягом трьох місяців до хірургічного втручання, психологічна допомога) не задовольняються. До того ж, процес підготовки та сама Комісія постають радше бюрократичною перешкодою – зокрема, через тривалу перерву в її роботі частина трансгендерних людей мали чекати, щодня втрапляючи в ситуації (на роботі, в сфері медичних послуг та особистому спілкуванні), що обмежують їхню соціальну адаптацію.

Примус до сплати благодійного внеску на ім'я закладу

Із 22 респондентів(ок), які звертались до Комісії з питань корекції статевої належності, 8 зазначили, що їх примушували підписувати папери про надання Комісії благодійної допомоги, а 5 вказали, що такі папери їм доводилось підписувати під час перебування у ПНД. Таким чином, можна стверджувати, що в процесі підготовки до корекції трансгендерні люди мають справу із порушеннями законодавства та зловживанням службовим становищем. Оскільки доля таких людей залежить напряму від рішення Комісії, можливості звертання до відповідних органів та відстоювання своїх прав із цих питань для цих людей обмежені.

Образи та некоректні висловлювання лікарів в процесі підготовки до корекції статевої належності

Із 22 респондентів(ок), які звертались до Комісії, 14 (це близько 63%) зазначили, що в процесі підготовки до та проходження комісії зіштовхувалися з некоректними висловлюваннями та образами від лікарів. Помітно, що частка респондентів(ок), які стикались із подібною поведінкою лікарів (63%) суттєво вища для ситуації підготовки до корекції, аніж для звернень до лікарів, не пов'язаних із корекцією статевої належності (24% респондентів(ок)).

Із 14 респондентів(ок), які мали справу із некоректними висловлюваннями та образами від лікарів в процесі підготовки до та проходження Комісії, 7 чули образи від сексопатолога, 6 – від психіатра, 2 – від психолога і двоє – від ендокринолога. Один із респондентів уточнив, що психіатр, який його образив, обіймає посаду завідувача відділенням ПНД, в якому респондент проходив обов'язкове обстеження.

Одна респондентка зазначила, що чула образи та некоректні висловлювання від усіх членів Комісії. Один респондент чув некоректні висловлювання від гінеколога. Двоє респондентів вказали, що мали справу з образами від медсестер у ПНД, і один – що йому довелося чути образи від медичних співробітників в районній поліклініці, де він проходив один із етапів обстеження.

Можна підсумувати, що медичними працівниками, які найбільш часто висловлюються некоректно та образливо щодо трансгендерних людей, є сексопатолог та психіатр, а також молодший медперсонал, з яким трансгендерним людям доводиться мати справу через необхідність готувати документи для проходження Комісії. Помітно, що найбільш дискримінуючими щодо трансгендерних людей є саме ті спеціалісти, які мали би брати на себе основну роль у допомозі цим людям у процесі переходу. Ці фахівці демонструють незнання сучасних підходів до пояснення явища транссексуальності, а також неповагу до гідності своїх пацієнтів.

Це явище до певної міри продовжує традиції радянської психіатрії, хоча в розвинених країнах психіатрична практика далеко відійшла від стосунків між лікарем пацієнтом, типових для закритих інституцій [16, с. 280]. Зокрема, цей відхід проявляється в тому, що наразі для спільноти фахівців, які працюють у сфері психічного здоров'я, цінним є переконання, що люди з будь-якою психічною або емоційною особливістю не повинні зазнавати стигматизації. Відповідно до цього, вирішенням проблем транссексуальної людини може стати будь-що, що полегшить її дискомфорт та відновить її здатність до нормального функціонування в соціумі [14]. Складовою цього часто, але не завжди, є хірургічна корекція статевої належності або ж гендерний перехід.

Щодо фаху сексопатолога, то мета обстеження саме цим спеціалістом трансгендерних людей, які хочуть здійснити корекцію, залишається незрозумілою. До компетенції сексопатолога входить терапія патологій сексуальної сфери, однак діагноз «розлад гендерної ідентичності», відповідно до DSM-IV та МКХ-10, не є розладом сексуального потягу [17; 15 с. 576]. Також сумнівним є один із пунктів Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 60 від 03.02.2011 про «Порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності», в якому вказано, що у випадку відмови Комісією у дозволі на корекцію «... лікар-сексопатолог повинен здійснювати психотерапевтичну корекцію масштабів переживання (за необхідності медикаментозну корекцію) з метою запобігання суїцидальним випадкам». Викликає сумніви те, що такий спеціаліст, як сексопатолог, може бути компетентним у психотерапевтичній роботі, спрямованій на попередження суїциду. Також питання викликає те, наскільки коректно уповноважувати такого спеціаліста проводити «медикаментозну корекцію» (якщо мають на увазі не препарати для лікування зниження сексуального потягу, а, вірогідно, психіатричні препарати, такі як антидепресанти, стабілізатори настрою і т.д.).

Рівень задоволеності респондентів(ок) послугами лікарів при підготовці до корекції

У цьому дослідженні рівень задоволеності респондентів(ок) оцінювався відповідно до п'ятиступеневої шкали, в якій 1 означає «цілком незадоволений(а)», а 5 – «цілком задоволений(а)».

Загалом, респонденти(ки) зазначали, що задоволені послугами спеціалістів на достатньо високому рівні. Так, варіант «повністю задоволений(а) послугами» позначили 9 із 20 користувачів(ок) послуг сексопатолога, 9 із 20 користувачів(ок) послуг психолога, 5 із 20 користувачів(чок) послуг ендокринолога, що звертались до Комісії, та 8 із 15 користувачів(ок) послуг хірурга. Варто зауважити, що 7 респондентів(ок) із 20, які звертались до Комісії та проходили різних спеціалістів на етапі підготовки, зазначили, що не працювали з ендокринологом на цьому етапі.

Варіант «цілком незадоволений(а) послугами» відзначили 1 із 20 користувачів(ок) послуг сексопатолога, 2 із 20 користувачів(ок) послуг психолога, 1 із 20 користувачів(ок) послуг психіатра та 1 із 15 користувачів(ок) послуг хірурга.

Також одна респондентка відзначила додатково двох спеціалістів, послугами яких у процесі підготовки до корекції була повністю задоволена - свого терапевта за місцем проживання та венеролога у ШВД (шкірновенерологічному диспансері). Один респондент вказав, що цілком задоволений послугами гінеколога.

Одна з респонденток зазначила, що цілком незадоволена зіткненням із лікарями-психіатрами під час комісії, яку влаштували під час її перебування у ПНД. За результатами цієї процедури лікарі закладу вирішили підготувати висновки щодо пацієнтки. Респондентка зазначає, що для неї це був вкрай неприємний досвід.

Таблиця 1.1

Рівень задоволеності респондентів(ок) послугами лікарів, залучених до підготовки та проходження Комісії з питань зміни (корекції) статевої належності (в балах, від 1 до 5)

	Фахівець				
	Сексопатолог	Психолог	Психіатр	Ендокринолог	Хірург
Середнє арифметичне значення рівня задоволеності респондентів(ок) послугами фахівця	3.9	4	3.8	3.38	4

Відповідно до Таблиці 1.1, послуги таких фахівців, як психолог та хірург, респонденти в цілому оцінюють на рівні «скоріше задоволений». Такі фахівці, як сексопатолог та психіатр, дещо відстають за рівнем задоволеності своїх пацієнтів. Найменше задоволені респонденти послугами такого фахівця, як ендокринолог (на рівні «ні задоволений(а), ні не задоволений(а)»). Багато в чому це пояснюється браком фахівців із трансгендерних питань.

Спробуємо порівняти дані цього дослідження із даними дослідження Дж. Ксав'є та Дж. Хонолд, проведеному у 2007 році у штаті Вірджинія, США. Респонденти цього дослідження,

відповідно до такої самої шкали для вимірювання рівня задоволеності якістю послуг, послугами хірурга задоволені на рівні 4.55, спеціалістів з психотерапії – на рівні 4.2, спеціаліста з трансгендерної гормональної терапії – 4.32. [18, с. 19].

Таким чином, якість послуг спеціалістів із трансгендерних питань в Україні означена на рівні «радіше задоволений(а)». Однак, якщо порівнювати її із цим рівнем у розвинених країнах, можна висунути, що вона є суттєво нижчою, особливо це стосується такого спеціаліста, як ендокринолог.

Також можемо підсумувати, що хоча респонденти(ки) відзначають велику кількість некоректних висловлювань від лікарів, залучених до процесу підготовки до корекції, однак послуги тих спеціалістів, які від яких не чули образливих висловлювань, вони оцінюють доволі позитивно.

Практика прийому гормональних препаратів без консультації лікаря

Із 28 респондентів(ок), які коли-небудь приймали гормональні препарати для корекції статевої належності, 27 респондентів(ок), тобто майже 100% із них, приймали ці препарати без призначення лікаря. Лише один респондент, який приймав ліки в минулому, зазначив, що консультивався з ендокринологом. Респондент(ки) пояснювали це тим, що жоден спеціаліст не може надати фахову консультацію з питань гормональної терапії, тому вони змушені самостійно «призначати» самі собі ці препарати.

Ці результати дещо переగుкуються із результатами дослідження Дж. Ксав'є та Дж. Холлд в тому, що згідно з даними цього дослідження, половина респондентів(ок) у штаті Вірджинія, США мали період, коли приймали гормони без консультації лікаря [18, с. 20]. Однак, виходячи з даних дослідження в Україні, практично всі трансгендерні люди з тих, хто приймають гормони, роблять це без консультації лікаря. Таким чином, можна зробити висновок, що наразі в Україні має місце порушення прав трансгендерних людей у доступі до медичної допомоги в тому, що їм доводиться займатися самолікуванням. Ситуація з цим аспектом в Україні може бути суттєво складнішою, ніж у розвинених країнах.

Серед джерел отримання інформації про графік та способи прийому гормональних препаратів респонденти(ки) вказали варіант «шукаю інформацію в інтернеті» (22 респондента(ки) із 27), «питаю у друзів та знайомих» (12 осіб), «прислухаюсь до власних відчуттів» (3 респондентів(ок)).

Також респонденти(ки) зазначили декілька інших джерел, на які вони спираються при плануванні схеми прийому ліків. Двоє респондентів відзначили, що спираються на себе в цій справі: один респондент - що сам добре розбирається у фармакології, і тому може сам спланувати своє лікування. Інший респондент зазначив, що приймає препарати на вмання. Двоє респондентів спираються на консультації лікарів: один зазначив, що схему лікування йому порадив знайомий ендокринолог (лише у якості поради), другий сказав, що спирається на схему, призначену йому лікарем ще на етапі підготовки до корекції. Після корекції він не бачив необхідності займатись цим питанням і зараз лікаря не шукає.

Таку ситуацію можна вважати свідченням як браку спеціалістів із гормональної корекції статевої належності, так і ознакою неухважного ставлення трансгендерних людей до свого здоров'я.

Надання лікарями інформації про доступні репродуктивні технології та способи профілактики ВІЛ та ЗПСШ

Щодо того, чи надавав хтось із лікарів коли-небудь інформацію про можливість заморозити свій генетичний матеріал і тим самим зберегти можливість мати дітей, із 22 респондентів(ок), які звертались до Комісії з питань корекції статевої належності, лише одна респондентка вказала, що лікарі надали їй таку інформацію. Решту 21 респондента(ку) лікарі не інформували про ці репродуктивні технології, цілком доступні для них. З цих даних можна зробити висновок, що в цьому випадку порушуються права трансгендерних людей на інформацію, зокрема про альтернативні можливості лікування, й опосередковано – право на створення сім'ї.

На питання про те, чи отримували коли-небудь респонденти(ки) інформацію про профілактику ВІЛ та ЗПСШ, адаптовану до особливостей та потреб трансгендерних людей, 5 відповіли ствердно, 31 респондент(ка) відповів(ла) «ні», один відмовився від відповіді. Таким чином, можна висувати, що ця група громадян не в повній мірі охоплена інформацією щодо профілактики цих захворювань.

Можна підсумувати, що процедура отримання дозволу на проведення корекції через проходження Комісії має функцію скоріше не допомоги та підтримки людей, які проходять через корекцію статевої належності, а навпаки, виконує роль бюрократичної перешкоди, яка створює простір зловживання з боку співробітників медичних закладів (вимагання «благодійних» внесків, необхідність терпіти приниження задля отримання дозволів), а також порушує основні права людини щодо трансгендерних людей: права на невтручання в особисте життя (обов'язковий щорічний огляд у сексопатолога та психолога), на свободу (вимога пройти обстеження в психіатричному стаціонарі протягом одного місяця), на особисту недоторканність («примусова» стерилізація як єдиний спосіб зміни документів), право на інформацію про сучасні методи лікування (те, що фахівці не надають інформації про репродуктивні технології, доступні для транссексуальних людей) і, загалом, право на неприпинення власної гідності.

Формально всі перелічені вище процедури є добровільними, однак трансгендерні люди вимушені погоджуватись на них, адже питання корекції статевої належності для них є життєво важливим. У створеній ситуації людям, які мають потребу в медичній допомозі (яку вони готові самі оплачувати), доводиться іти на принизливі процедури для того, щоб отримати лікування.

З іншого боку, в процесі підготовки до корекції такі важливі та, безумовно, корисні можливості, як надання підготовчої ендокринологічної корекції, психологічної допомоги та підтримки, інформування щодо репродуктивного та сексуального здоров'я, не знаходять достатнього використання.

Питання про те, наскільки фахівці сфери психічного здоров'я мають контролювати здоров'я трансгендерних людей, залишається невизначеним. Важливу роль у цій проблемі відіграє той факт, що питання трансгендерності досить нові для наукового поля, а також зачіпає відносно небагато людей. Тому часто трансгендерним людям, які шукають допомоги в фахівців сфери психічного здоров'я, доводиться навчати професіоналів, а не отримувати від них допомогу [14].

Наразі для означення частини трансгендерних людей використовується діагноз «розлад гендерної ідентичності». Багато хто з лікарів, зокрема в США, надає пов'язане з переходом лікування лише за наявності в пацієнта такого діагнозу, встановленого фахівцем сфери психічного здоров'я. Однак цей діагноз зазнає широкої критики як такий, що паталогізує гендерні варіації, які трапляються природним чином [13, с. 10].

Варто зазначити, що наявна в Україні процедура корекції статі є неоднозначною практикою допомоги трансгендерним людям. Попри те, що варіації такого підходу наразі розповсюджені в світі, вони постійно зазнають критики з боку як фахівців, так і представників громадських організацій, оскільки можуть вважатися прикладом дискримінації та проявом трансфобії [19; 20].

Зокрема, особливо «проблемним» питанням процедури зміни документів трансгендерної людини в Україні є проходження стерилізуючої операції як основна умова для зміни документів [21]. В цьому дослідженні 33 респондент(к)и планують або вже пройшли хірургічну корекцію статевої належності. З них троє зауважили, що причина їхнього наміру зробити хірургічну корекцію статевої належності полягає в бажанні змінити стать, вказану в документах, і в усвідомленні того, що операція є єдино можливим шляхом до цього. З одного боку, ці дані свідчать про те, що відсоток трансгендерних людей, які планують операцію лише в зв'язку з умовами діючого законодавства, є невеликим. З іншого – можна припустити, що близько 10% трансгендерних людей змушені проходити через стерилізуюче хірургічне втручання лише заради отримання нових документів. Таким чином, діюче законодавство створює умови для порушення базових прав цих людей, а саме прав на створення сім'ї та особисту недоторканність.

Можна підсумувати, що в процесі підготовки до корекції трансгендерні люди наражаються на зневажливе ставлення, примус до сплачування грошей та, загалом, порушення прав людини. Можливості для полегшення процесу переходу для трансгендерних людей, які містить сучасна процедура корекції статевої належності в Україні, не використовуються повноцінно.

Отже, можна зробити декілька основних висновків. По-перше, має місце порушення прав трансгендерних людей у сфері охорони здоров'я в Україні, і більша частина цих порушень відбувається в процесі підготовки до корекції статевої належності. Втім, більшість респондентів(ок) казали про толерантне ставлення більшості лікарів і адекватну допомогу. Винятками є лише лікарі, не обізнані в питанні трансгендерності, та ті, що, вірогідно, мають високий рівень трансфобії. Можна припустити, що за стабільної просвітницької роботи серед медиків можливо створити умови для забезпечення прав трансгендерних людей.

По-друге, важливо впроваджувати заходи для підвищення зацікавленості трансгендерних людей у питаннях власного здоров'я й усвідомлення необхідності звертатись до лікарів. Також важливим є розповсюдження інформації серед трансгендерних людей про те, що рівень дискримінації в медичній сфері є не таким високим, як зазвичай вважають. Адже більшість респондентів(ок) оцінюють свій досвід звернення по медичну допомогу досить позитивно.

1.3 Ставлення трансгендерних людей до порушення своїх прав у сфері доступу до медичної допомоги та послуг

Для вимірювання ставлення трансгендерних людей до порушення їхніх прав було визначено шкалу, до складу якої увійшли когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Ставлення до ситуацій порушення прав (схильність до відстоювання цих прав) визначається як сума таких складових: когнітивної (знання про протиправний характер дій суб'єкта), емоційної (оцінювання цих порушень) та поведінкової (гіпотетична поведінка в ситуації порушення прав).

Ставлення до кожної з ситуацій, які ілюструють різні форми порушення прав у сфері охорони здоров'я (інакше кажучи, рівень «схильності» до відстоювання своїх прав), оцінювалося за п'ятибальною шкалою (5 – дуже низький рівень, 4 – низький, 3 – середній, 2 – високий, 1 – дуже високий). Всього було виділено чотири ситуації порушення прав: зневажливе висловлювання лікаря, відмова в наданні медичної допомоги, ненадання адекватної медичної допомоги через брак фахових знань разом із відсутністю направлення до іншого спеціаліста, порушення права на конфіденційність під час огляду лікарем. До кожної із ситуацій респондент(ка) мав(ла) описати своє ставлення в когнітивному, емоційному та поведінковому аспектах. Таким чином, максимальний рівень схильності респондентів(ок) до відстоювання своїх прав складався із суми балів, які вони набрали за кожною ситуацією.

Середній показник для рівня схильності до відстоювання своїх прав у сфері охорони здоров'я серед опитаних дорівнює приблизно 23 бали, за умови, що можливий максимальний рівень – 60 (означає повну відсутність схильності у респондента), а мінімальний – 12 (означає максимальну схильність). Із цього можна зробити висновок, що рівень схильності до відстоювання власних прав серед трансгендерних людей є достатньо високим.

Відповідно до Таблиці 1.2, ці складові не однаково впливають на загальні результати, а структура установки є різною для різних ситуацій.

Так, щодо ставлення до ситуації «порушення права на конфіденційність під час огляду лікарем», можна зробити висновок, що когнітивний компонент складає більшу його частину. Більшість респондентів(ок) зазначили, що вважають неправильними дії лікаря й готові наполегливо відстоювати свої права, однак кількість респондентів(ок), які зазначили, що вважають дії лікаря протиправними, є найбільшою. Отже, можна зробити висновок, що у більшості респондентів(ок) чітко сформована установка на відстоювання своїх прав у подібній ситуації, базована на знанні про протиправний характер такої поведінки лікаря.

Щодо ситуації «ненадання медичної допомоги разом із відсутністю направлення до іншого спеціаліста», то тут розподіл респондентів(ок) є досить рівномірним щодо когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів. Однак, саме в цій ситуації кількість респондентів(ок), які трактували дії лікаря як протиправні, є найменшою (лише близько 50% респондентів(ок) охарактеризували їх таким чином). Також у цій ситуації найменша кількість респондентів(ок) позначили варіанти «наполегливих» реакцій. Отже,

можна зробити висновок, що респондент(к)ам бракує знань про протиправний характер дій лікаря в цій ситуації та про те, що він зобов'язаний перенаправити пацієнта, якому не може допомогти, до іншого кваліфікованого фахівця.

Для ставлення до ситуації «пряма відмова лікаря надавати медичну допомогу» розподіл також є досить рівномірним, і частка респондентів(ок), які означили поведінку лікаря у цій ситуації як протиправну, також складає приблизно 50%. Однак, частка респондентів(ок), готових проявляти наполегливість для відстоювання власних прав у цій ситуації, є досить високою (ці варіанти позначили приблизно на 10% більше респондентів(ок), ніж у попередній ситуації). Таким чином, хоча знань про протиправний характер поведінки лікаря у цій ситуації бракує майже половині респондентів(ок), однак вони готові відстоювати свої права із досить високим рівнем наполегливості.

Таблиця 1.2 стор. 35
Розподіл відповідей на запитання щодо ситуацій
порушення прав (кількість респондентів(ок))

Види порушення прав	Кількість респондентів(ок) відповідно до різних компонентів ставлення до ситуації порушення прав														
	Когнітивний (наскільки правомірними респондент(ка) вважає дії лікаря)					Емоційний (наскільки правильними респондент(ка) вважає дії лікаря)					Поведінковий (наскільки наполегливо респондент(ка) відстоював(ла) би свої права у подібній ситуації)				
	Цілком неправомірними	Скоріше, неправомірними	Ні правомірними, ні неправомірними	Скоріше, правомірними	Цілком правомірними	Цілком неправильними	Скоріше, неправомірними	Ні правомірними, ні неправомірними	Скоріше, правильними	Цілком правильними	Не реагував би ніяк	Не проявляв би наполегливість	В певній мірі наполегливо	Наполегливо	Дуже наполегливо
Зневажливе висловлювання лікаря	30	5	2	-	-	30	3	4	-	-	4	6	5	17	5
Пряма відмова з надання медичної допомоги	21	4	6	3	3	23	7	4	-	3	7	4	7	16	3
Ненадання медичної допомоги разом із відсутністю направлення до іншого спеціаліста	20	10	5	1	1	21	7	8	-	1	6	7	9	11	4
Порушення права на конфіденційність при огляді	31	3	4	-	-	30	3	4	-	-	2	-	8	12	15

Щодо ситуації «зневажливе висловлювання лікаря» можна висувати, що ставлення до неї базується як на знанні про протиправний характер таких дій фахівця, так і на внутрішньому переконанні у неправильності його дій. 30 респондентів(ок), тобто близько 80%, щодо цієї ситуації позначили варіант «повністю неправомірно» та «повністю неправильно».

Важливо також зазначити, що досить велика частина респондентів(ок) щодо всіх ситуацій обрала середній варіант, що означає невпевненість, як трактувати цю ситуацію. Також у обох ситуаціях відмови у надавати медичну допомогу незначна частина респондентів(ок) визначила дії лікарів у цих ситуаціях як повністю правомірні та правильні. Це можна розглядати як непряме свідчення існування серед трансгендерних людей переконань про те, що вони не повною мірою заслуговують на права в сфері охорони здоров'я, а також що лікарі можуть порушувати їхні права. Це можна також пов'язати із баченням трансгендерними людьми себе як «хворих». Підтвердити або спростувати цю гіпотезу можуть подальші дослідження цього питання.

Використання різних стилів комунікації в ситуаціях порушення прав

Щодо стилів комунікації загалом респонденти(ки) схильні обирати варіант реакції, який відповідає асертивній поведінці. Зокрема, відповідно до Таблиці 1.3, найбільша кількість респондентів(ок) у трьох ситуаціях з чотирьох позначили варіант, який відповідає асертивній поведінці. Це означає, що досліджена група загалом схильна до асертивної поведінки. Однак, респонденти(ки) мали оцінити самі себе у гіпотетичній ситуації, тому успішність реальної поведінки респондентів(ок) залишається невизначеною. Враховуючи дані щодо частоти відстоювання респондент(к)ами своїх прав у сфері охорони здоров'я (лише чверть респондентів(ок) зазначила, що вживала заходів для захисту власних прав у сфері охорони здоров'я), можна припустити, що хоча респондент(к)и і вважають за потрібне в ситуаціях порушення прав реагувати асертивно, однак вагаються використовувати цю стратегію в реальному житті (це також проявляється і в униканні звернень до лікарів).

В середньому, найбільшу частоту асертивних реакцій респонденти(ки) відзначають щодо ситуації «зневажливе висловлювання лікаря» (17 респондентів(ок), тобто майже 50%, вказали варіант реакції «асертивна»), найменший – щодо ситуації «ненадання медичної допомоги разом із відсутністю направлення до іншого спеціаліста» (варіант «асертивна поведінка» вказали 11 респондентів(ок), тобто лише близько 30%). В перших трьох ситуаціях більшість респондентів(ок) обирала варіант «асертивна поведінка», однак у ситуації «порушення права на конфіденційність під час медичного огляду лікарем» більшість респондентів(ок) позначила варіант, який відповідає агресивній реакції.

Варіант відповіді, що відповідає агресивній реакції, переважає у відповідях на запитання про ситуацію «порушення лікарем права на конфіденційність» – 15 респондентів(ок) обрала цей варіант, що відповідає приблизно 40% вибірки. Імовірно, така реакція пов'язана з тим, що ця ситуація передбачає фізичне порушення прав респондента(ки) (спричинення шкоди здоров'ю), а решта три ситуації передбачають лише вербальну взаємодію. В інших трьох ситуаціях кількість респондентів(ок), які обрала варіанти «агресивний стиль», «пасивний стиль» та «пасивно-агресивний стиль», приблизно однакова, тому не можна сказати, що якийсь із цих стилів є більш типовим для трансгендерних людей.

Респонденти(ки) не вважають за потрібне реагувати в ситуації «пряма відмова в наданні медичної допомоги» (7 респондентів(ок) обрали цей варіант, тобто майже 20% респондентів(ок)). Найменше нереагування відслідковується в ситуації «порушення права на конфіденційність під час медичного огляду лікарем» (2 респондентів(ок) обрали цей варіант).

Види порушення прав	Кількість респондентів(ок) відповідно до різних компонентів ставлення до ситуацій порушення прав				
	Стиль комунікації, який респондент(ка) використав(ла) би в ситуації порушення своїх прав				
	Відсутність реакції (респондент(ка) не робив(ла) би нічого, оскільки не бачить необхідності якимось реагувати)	Пасивний стиль комунікації (респондент(ка) не робив би нічого, оскільки не вважає, що його/її дії можуть щось змінити)	Пасивно-агресивний стиль (респондент(ка) робив(ла) би щось, але не напругу, а необхідними шляхами)	Агресивний стиль комунікації (респондент(ка) вдав(ла)ся би до відкритих дій, не думаючи про те, чи може когось образити)	Асертивний стиль комунікації (респондент(ка) чітко заявив(ла) би про свою думку та почуття та твердо відстоював(ла) би свої права та потреби)
Зневажливе висловлювання	4	6	5	5	17
Пряма відмова з надання медичної допомоги	7	4	7	3	16
Ненадання медичної допомоги разом із відсутністю направлення до іншого спеціаліста	6	7	9	4	11
Порушення права на конфіденційність під час медичного огляду лікарем	2	-	8	15	12

Можна зробити декілька висновків про внутрішні установки трансгендерних людей щодо відстоювання власних прав перед фахівцями медичної сфери. По-перше, загалом трансгендерні люди виявляють досить високий рівень знань про свої права, й абсолютна більшість оцінює дії суб'єктів у всіх ситуаціях порушення прав як цілком неправомірні. Однак ця впевненість щодо протиправного характеру дій більше стосується тих ситуацій, у яких лікар порушує їхні права «активними» діями (висловлюванням, некоректним оглядом), і меншою мірою – різних ситуацій відмови з надання медичної допомоги.

По-друге, можна припустити, що трансгендерні люди не схильні активно діяти для відстоювання своїх прав у медичній сфері, попри чітке усвідомлення більшістю протиправного характеру дій суб'єктів ситуацій. Можливо, надання інформації про доступні шляхи відстоювання своїх прав, а також тренування відповідних навичок могли би спонукати трансгендерних людей зайняти активнішу позицію щодо захисту власних прав у сфері охорони здоров'я.

II. Реалізація трансгендерними людьми інших громадянських прав, зокрема, на навчання та працю

2.1 Аналіз досвіду респондентів(ок), пов'язаного з реалізацією прав на роботу та навчання

33 респондент(к)и із 37 (тобто майже 90%) зазначили, що працевлаштовані в тій чи іншій формі. Із тих, хто не мають роботи, троє зазначили, що не працюють, бо досі навчаються й тому роботу не шукають. Одна респондентка відмовилася від відповіді. З цього можна висувати, що абсолютна більшість трансгендерних людей працевлаштована. Хоча більшість респондентів(ок) зазначали, що для них знайти роботу було проблемою саме через їхній трансгендерний статус, можна зробити висновок, що для більшості пошуки роботи виявились успішними.

25 респондентів(ок) із 33 (тобто близько 75%), які мають роботу, зазначили, що це кваліфікована праця. 8 зазначили, що заробляють, виконуючи некваліфіковану працю.

Із 8 респондентів(ок), які зазначили, що заробляють на життя, виконуючи некваліфіковану працю, 6 зауважили, що працюють на цій роботі через те, що роботодавці відмовляються приймати їх на роботу через невідповідність їхньої фотографії в паспорті (а інколи й імені) та зовнішності. Ще двоє респондентів зазначили, що працюють на такій роботі з інших причин, не пов'язаних із їхнім трансгендерним статусом. Отже, можна зробити висновок, що частина трансгендерних людей вимушені заробляти на життя некваліфікованою працею.

П'ятеро респондентів(ок) із 33, які мають роботу, зазначили, що працюють на саме цій роботі, тому що не можуть знайти іншу роботу через невідповідність їхньої зовнішності та фото в документах. Із цих 5 респондентів(ок) 2 виконують кваліфіковану працю, 3 – некваліфіковану.

Із 32 респондентів(ок), які мають роботу та відповіли на це запитання, 14 працевлаштовані офіційно, 18 – неофіційно. Один респондент уточнив, що має власний бізнес і для працевлаштування не потребує пред'являти документи, тож зазначив варіант «не працевлаштований(а) офіційно». Причиною цього він називає труднощі в пошуку роботи через документи.

Тож можна зробити висновок, що більше половини трансгендерних людей офіційно не працевлаштовані.

На питання про те, чи причиною неофіційного працевлаштування є відмова роботодавців приймати на роботу через невідповідність зовнішнього вигляду та фотографії в паспорті, «так» відповіли 10 респондентів(ок) із 18, тобто близько 55%. Таким чином, можна припустити, що принаймні третина трансгендерних людей не може отримати офіційного працевлаштування через ситуацію з документами. Їм доводиться або шукати роботодавця, який поставиться до них із розумінням, або шукати роботу, де надавати свої документи не потрібно.

В світі нерідкішим явищем є те, що трансгендерні люди змушені заробляти на життя або на операцію, надаючи сексуальні послуги [22]. На питання про те, чи займались вони коли-небудь наданням секс-послуг, всі 37 респондентів(ок) відповіли «ні». Важливо зауважити, що вірогідність ствердної відповіді була невисокою, бо опитування не було анонімним.

Таким чином, із 35 респондентів(ок), які можуть та хочуть працювати, мають роботу 33, тобто майже всі. Із 33 респондентів(ок), які мають роботу, 6 вимушені виконувати некваліфіковану працю через те, що їх відмовляються приймати на роботу через ситуацію з документами. Із цих шести осіб троє мають повну вищу освіту. Із 25 респондентів(ок), які виконують кваліфіковану працю, 2 зазначили, що вимушені залишатися на тій роботі, на якій зараз працюють, саме через проблеми з документами. Із тих респондентів(ок), які мають роботу, 10 не можуть отримати офіційне працевлаштування через проблеми з документами.

Можна підсумувати, що із 35 респондентів(ок), які можуть та хочуть працювати, 15 (майже 43%) перебувають у незадовільному становищі в аспекті працевлаштування з тих чи інших причин: частина не може знайти бодай якусь роботу, інші змушені виконувати некваліфіковану працю, треті не можуть офіційно працевлаштуватися. Важливо звернути увагу, що це майже половина всіх респондентів(ок), які мають бажання працювати. Також варто зауважити, що частина респондентів із тих, хто цілком задоволений своєю теперішньою роботою, досить давно живе з новими документами, тож можна припустити, що відсоток постраждалих від ситуації зі зміною документів серед трансгендерних людей є навіть вищим.

Тож можна висувати, що права трансгендерних людей зазнають грубих порушень у трудовій сфері. З одного боку, передумовою для цього є складна процедура зміни документів, відповідно до якої трансгендерна людина спершу має пройти операцію зі стерилізації. З іншого боку, суспільні упередження щодо трансгендерних людей яскраво проявляються в тому, що роботодавці здебільшого не готові іти назустріч трансгендерній людині, навіть якщо вона цілком підходить для посади. Це тим більше критично, що всі операції, пов'язані із корекцією статевої належності, трансгендерні люди мають оплачувати з власних коштів, і держава в цьому випадку не надає ніяких пільг.

Таким чином в суспільстві створюється ситуація, в якій для трансгендерних людей, фактично, обмежується право на життя – їхні професійні якості нівелюються через їхній гендерний статус, вони не можуть знайти роботу, тому єдиний вихід для них – досягти «гендерної однозначності». Символічно «дається право на існування» лише тим трансгендерним людям, які ніби мають бажання перейти до цієї однозначності, зробивши операцію. А тим людям, які хочуть жити в комфортному для них гендерному статусі, не змінюючи своє тіло, такої можливості суспільство не надає.

Щодо рівня освіти респонденти(ок), із 37 респондентів(ок) наразі один має неповну середню освіту, 14 повну середню, 4 неповну вищу, 14 повну вищу та 4 – післявузівську освіту (аспірантуру, докторантуру). Отже, близько половини трансгендерних людей мають вищу освіту, інша половина перебувають на різних етапах її отримання. Таким чином, більшість трансгендерних людей мають ресурси для того, щоб займати досить високу позицію в соціальній структурі.

2.2 Прояви дискримінації щодо трансгендерних людей у трудовій сфері та у сфері освіти

Із 37 респондентів(ок) 25 (це близько 67% вибірки) зазначили, що мають досвід проявів дискримінації в трудовій сфері.

Найбільш поширеними проявами дискримінації щодо трансгендерних людей є: словесні образи, знущання та створення залякуючої та прикрої атмосфери в робочому колективі (з ними мали справу 18 респондентів(ок), тобто близько 50% вибірки) та відмова у прийнятті на роботу через трансгендерний статус (такий досвід мають 14 респондентів(ок), тобто майже 40% вибірки).

Дещо менш розповсюдженими є такі форми дискримінації, як перешкодження про-суванню службовою драбиною (вказали 6 респондентів(ок), тобто близько 16% вибірки) та звільнення з робочого місця через розкриття трансгендерного статусу (зазнали 5 респондентів(ок)). Одна з цих респонденток уточнила, що їй створили такі умови праці, за яких вона не здатна була виконувати свої обов'язки повною мірою, тож згодом її звільнили, за офіційною версією, за їх невиконання.

3 респондентів(ок) зазначили, що їм створили гірші умови праці порівняно іншими працівниками на аналогічних посадах, зокрема в аспекті режиму роботи. 2 респондента(ок) зазначили, що дискримінація щодо них виявлялась в нерівній оплаті їхньої праці, порівняно з іншими працівниками на аналогічних посадах. 1 респондентка зазначила, що їй було створено гірші умови праці (надано гірше робоче місце). 1 респондентка повідомила, що дискримінація щодо неї в умовах праці проявилася в тому, що кафедральне керівництво забрало в неї групу студентів, курацією якої вона займалась, а також посаду голови методичної комісії.

Варто зауважити, що частина респондентів(ок) ніколи не розкривала свого трансгендерного статусу на робочому місці й, як вони самі зазначають, через це могли не зазнавати дискримінації.

Для порівняння, відповідно до результатів дослідження Дж. Ксав'є та Дж. Хоннолд, у штаті Вірджинія [18], США, 20% респондентів(ок) відмовлялися у працевлаштуванні через їхній трансгендерний статус, 13% були звільнені в зв'язку з розкриттям їхнього трансгендерного статусу. Якщо порівняти ці дані із даними нашого дослідження, то можна припустити, що з відмовою у працевлаштуванні в Україні має справу майже вдвічі більша частка трансгендерних людей і приблизно така сама частка має справу зі звільненням.

Отож можна зробити висновок, що в Україні права понад дві третини трансгендерних людей у трудовій сфері зазнають порушень в тій чи іншій формі. Найбільш поширеними формами дискримінації є словесні образи та відмова у прийнятті на роботу, на які, як можна припустити, наражається понад половини трансгендерних людей.

Щодо проявів дискримінації в сфері освіти, 18 респондентів(ок) із 37 зазначають, що мали справу з таким явищем. Це близько половини всіх респондентів(ок). Варто зауважити, що частина респондентів(ок) ніколи не розкривали свій трансгендерний статус в закладах освіти, а частина – на час навчання ще не усвідомлювали себе трансгендерними людьми. Тому можна припустити, що інтенсивність дискримінації в освітній сфері є навіть вищою.

Щодо форми дискримінації, то найчастіше респондент(к)и мали справу зі словесними образами, знущаннями та створенням залякуючої або прикрої атмосфери. 17 респондентів(ок) зазначили, що наражалися на це в школі, 8 – в технікумі або коледжі і 7 – у ВНЗ.

Одній респондентці відмовили з прийняття до навчального закладу (училища), а одному респондентові – до аспірантури. Один респондент зазначив, що йому занизили оцінку за кваліфікаційну роботу під час навчання у ВНЗ. Одна респондентка розповіла про таку форму дискримінації, як відрахування з училища.

Можна зробити висновок, що дискримінація трансгендерних людей у навчальних закладах майже завжди має форму словесних образ та створення специфічної атмосфери. Можна припустити, що може мати місце невтручання адміністрації навчальних закладів у ситуацію переслідування трансгендерних студентів. Персонал навчальних закладів зрідка особисто долучається до переслідування трансгендерних учнів або студентів, швидше, їхня участь зводиться до бездіяльності в ситуації переслідування іншими учнями таких людей. Якщо хтось із викладачів і здійснює дискримінаційні дії, то зазвичай в неявній формі, на зразок заниження оцінок або небажання приймати до аспірантури.

Отже, дискримінація трансгендерних людей в Україні має скоріше неявну форму – більшою є частота таких її форм, які складно оскаржити і які нелегко ідентифікувати. Наприклад, частина респондентів(ок) були не до кінця впевнені, чи в тому або іншому випадку вони були дискриміновані, чи ні. Зокрема, справжня причина відмови у прийнятті на роботу могла замовчуватись, а створення прикрої чи загрозової атмосфери в колективі – явище, наявність якого нелегко довести.

2.3 Захист власних прав трансгендерними людьми у сферах праці й навчання

На питання про те, чи здійснював(ла) респондент(ка) якісь дії для захисту своїх прав у сфері праці та освіти, 18 респондентів(ок) відповіли «так» (близько 48% вибірки). Помітно, що відсоток респондентів(ок), які захищали свої права в цих сферах значно вищий, ніж відсоток тих, хто захищав свої права у медичній сфері (лише 24% респондентів(ок)).

15 респондентів(ок) зазначили, що захищали свої права у словесній формі в розмові із тим, хто їх порушував. 5 респондентів(ок) позначили варіант «організовував або був членом правозахисної групи».

1 респондентка позначила варіант «документувала випадок дискримінації відносно себе». Вона ж позначила варіанти «вимагала письмового підтвердження дискримінаційних дій», а також «зверталась до відповідного міністерства, прокуратури або інших інстанцій». Одна респондентка зазначила, що зверталась за допомогою до правозахисних організацій. Один респондент позначив варіант «залучав ЗМІ».

Тож можна припустити, що близько половини трансгендерних людей вдаються до захисту власних прав, і що майже завжди цей захист має словесну форму та відбувається у безпосередньому спілкуванні з «порушником» прав. Можна припустити, що трансгендерні

люди повною мірою не володіють знаннями про наявні механізми захисту прав, і тому не користуються цими ними, обмежуючись усним спілкуванням із тим, хто порушує їхні права. Однак важливо зазначити, що відсоток тих, хто захищав свої права у сфері праці та освіти, є суттєво вищим за цей же показник для медичної сфери.

2.4 Ставлення трансгендерних людей до порушення своїх прав у сфері реалізації інших громадянських прав

Для вимірювання ставлення трансгендерних людей до порушення їхніх прав було укладено шкалу, до складу якої увійшли когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Ставлення до кожної з ситуацій, що ілюструють порушення одного з видів громадянських прав (рівень схильності до відстоювання своїх прав), оцінювалося за п'ятибальною шкалою (5 – дуже низький, 4 – низький, 3 – середній, 2 – високий, 1 – дуже високий рівень). Всього було виділено п'ять ситуацій порушення прав: висловлювання щодо небажаності поширення інформації про явище трансгендерності, відмова транссексуальній людині у праві усиновлення, висловлювання щодо недоцільності існування трансгендерних людей, примусова шпиталізація трансгендерної людини на прохання її батьків, бездіяльність адміністрації навчального закладу щодо припинення переслідувань трансгендерного учня. Максимальний рівень схильності до відстоювання своїх прав для окремого респондента складався із суми балів, які набрав респондент за кожною ситуацією.

Середній показник для рівня схильності до відстоювання своїх прав серед опитаних дорівнює приблизно 28 балам (за умови, що можливий максимальний рівень – 75, а мінімальний – 15). З цього можна зробити висновок, що рівень схильності до відстоювання власних прав серед трансгендерних людей є достатньо високим.

В цьому дослідженні рівень установки щодо ризикованої поведінки визначається як сума таких складових: емоційної (ставлення до такої поведінки), когнітивної (знання про можливі негативні наслідки такої поведінки) та поведінкової (частота використання такої поведінки).

Відповідно до Таблиці 2.1, ці складові не однаково впливають на загальні результати, і структура установки є різною для різних видів ризикованої поведінки.

Так, щодо ставлення до ситуації «висловлювання щодо небажаності поширення інформації про явище трансгендерності», можна зробити висновок, що поведінковий компонент складає більшу його частину. Більшість респондентів(ок) зазначили, що вважають неправильними дії суб'єкта, вважають його дії протиправними, однак кількість респондентів(ок), які зазначили, що готові наполегливо відстоювати свої права, є найбільшою (цей варіант позначили 19 респондентів(ок), тобто більше ніж 50% вибірки). Таким чином, близько половини респондентів(ок) готові відстоювати свої права у цій ситуації, не зважаючи на те, що лише приблизно 45% (16 респондентів(ок)) впевнені у протиправності характеру дій суб'єкта в цій ситуації. В цілому ж, щодо цієї ситуації розподіл відповідей є досить рівномірним, що можна вважати свідченням невпевненості респондентів(ок) щодо того, чи має місце порушення прав, базоване на браку знань (правильний варіант щодо

правомірності в цій ситуації позначила найменша кількість респондентів(ок)).

Щодо ситуації «відмова транссексуальній людині у праві усиновлення», можна сказати, що у ставленні до неї ключову роль відіграє емоційний/оціночний компонент, оскільки в цій ситуації найбільше респондентів(ок) обрали варіант «цілком неправильно» (більше ніж 90% респондентів(ок)). При цьому, щодо протиправного характеру дій суб'єктів у цій ситуації впевнені трохи менше респондентів(ок). Також у цій ситуації респонденти готові відстоювати свої права наполегливо й дуже наполегливо. Із цього можна зробити висновок, що ідеї про нездатність транссексуальних людей виховувати дітей серед респондентів(ок) практично ніхто не поділяє.

Таблиця 2.1 стор. 45
Розподіл відповідей на запитання щодо ситуацій порушення прав (кількість респондентів(ок))

Види порушення прав	Кількість респондентів(ок) відповідно до різних компонентів ставлення до ситуації порушення прав														
	Когнітивний (наскільки правомірними респондент(ка) вважає дії персонажа)					Емоційний (наскільки правильними респондент(ка) вважає дії персонажа)					Поведінковий (наскільки наполегливо респондент(ка) відстоював(ла) би свої права у подібній ситуації)				
	Цілком неправомірними	Радше неправомірними	Ні правомірними, ні неправомірними	Радше правомірними	Цілком правомірними	Цілком неправильними	Радше неправомірними	Ні правомірними, ні неправомірними	Радше правильними	Цілком правильними	Не реагував(ла) би ніяк	Не проявляв(ла) би наполегливості	Певною мірою наполегливо	Наполегливо	Дуже наполегливо
Висловлювання щодо небажаності поширення інформації про явище трансгендерності	16	5	11	2	3	18	6	13	-	-	8	1	5	19	4
Відмова у праві усунування	32	2	2	-	1	34	-	3	-	-	2	2	1	16	16
Висловлювання щодо недовільності існування трансгендерних людей	25	1	7	1	2	29	-	6	1	-	9	5	4	7	11
Примусова шліталізація трансгендерної людини	31	4	-	-	1	32	2	-	2	-	3	2	3	9	19
Бездіяльність адміністрації навчального закладу	31	4	1	-	-	32	1	-	-	-	3	-	10	17	6

Щодо ситуації «бездіяльність адміністрації навчального закладу щодо припинення переслідувань трансгендерного учня» респонденти(тки) також демонструють одностайність у означенні дій суб'єктів як протиправних та неправильних (близько 85% респондентів(ок) вказали ці варіанти). Однак відстоювати свої права в подібній ситуації готові лише близько 60% респондентів(ок). Це можна пов'язати з тим, що респондент(к)и в цілому бачать мало можливостей для учня впливати на адміністрацію навчального закладу.

Важливо також зазначити, що щодо ситуацій у цьому блоці ніхто із респондентів(ок) не обрав варіант «цілком правильно». Попри те, що в блоці ситуацій порушення прав у сфері охорони здоров'я частина респондентів(ок) вказала, що вважає дії лікарів цілком правомірними, в блоці ситуацій порушення інших громадянських прав ніхто з респондентів(ок) не припускає, що може заслуговувати на порушення своїх прав. Це можна пояснити тим, що частина трансгендерних людей можуть сприймати себе як «хворих» і, відповідно, бути внутрішньо готовими терпіти некоректну поведінку з боку лікаря.

Однак незначна кількість респондентів(ок) обрала варіант «цілком правомірно» щодо всіх ситуацій, окрім бездіяльності адміністрації навчального закладу. Таким чином, можна припустити, що частині трансгендерних людей бракує знань про протиправний характер таких ситуацій. Цьому сприяє також і сучасне правове поле України, в якому механізми відстоювання своїх прав у подібних ситуаціях чітко не визначені.

Можна підсумувати, що трансгендерні люди більш схильні відстоювати свої права в ситуаціях прямого й безпосереднього правопорушення (відмова в усиновленні, примусова шпиталізація). Що ж до порушення прав у вербальній формі (наприклад, поширення дискримінуючих ідей або ж принизливі висловлювання про трансгендерних людей загалом), то респондент(к)и схильні їх ігнорувати, можливо, дистанціюючи себе від інших трансгендерних людей або не усвідомлюючи, що в цій ситуації відбувається порушення прав. Респондент(к)и схильні відстоювати свої права лише в тих ситуаціях, які зачіпають їх особисто, нехтуючи ситуаціями, які стосуються більш загального рівня.

Попри те, що фактично лише менше половини трансгендерних людей вдаються до відстоювання власних прав, загальна схильність до таких дій серед цих людей є досить високою. Це можна розглядати як ресурс для того, щоб спонукати трансгендерних людей до більш активних дій щодо відстоювання власних прав (зокрема, шляхом інформування їх про наявні форми порушення прав та способи захисту від цього).

Використання різних стилів комунікації в ситуаціях порушення прав

Щодо стилів комунікації, то в сфері більш широких громадянських прав респондент(к)и переважно обрали варіанти «асертивна поведінка» та «агресивна поведінка». Так, щодо двох ситуацій варіант «асертивна поведінка» обрала найбільша кількість респондентів(ок) (порівняно з іншими варіантами поведінки). В одній ситуації кількість відповідей, що відповідають асертивній та агресивній поведінці, співпадає. Можна припустити, що трансгендерні люди сміливіші у відстоюванні власних прав, коли мова іде не про сферу охорони здоров'я. Однак у відстоюванні своїх прав вони частіше вдаються до агресивного стилю поведінки, що може свідчити про недостатнє усвідомлення ними необхідності налагоджувати конструктивну взаємодію з оточуючим або ж зневіру в

те, що це можливо. Фактором тут може виступати агресивна налаштованість середовища до трансгендерних людей (свідченням цього є дані щодо дискримінації в сфері освіти та праці, наведені у відповідному розділі цього дослідження).

В середньому, як видно з Таблиці 2.2, найчастіше до асертивних реакцій респондент(к)и вдаються в ситуації «висловлювання щодо небажаності поширення інформації про явище трансгендерності» (більше ніж 50% респондентів(ок) обрали варіант реакції «асертивна»), найрідше – щодо ситуації «висловлювання щодо недоцільності існування трансгендерних людей». В останній ситуації найбільше респондентів(ок) обрали варіант, який відповідає агресивній реакції (близько 50% респондентів(ок)).

Варіант відповіді, який відповідає агресивній реакції, також переважає у відповіді на запитання щодо ситуації «примусова шпиталізація трансгендерної людини на прохання її батьків» – 19 респондентів(ок) позначили цей варіант, що відповідає приблизно 50% вибірки.

В жодній із ситуацій не переважив жоден із інших стилів комунікації. Розподіл відповідей між варіантами «пасивний стиль» та «пасивно-агресивний стиль» є приблизно рівномірним.

Цікаво, що багато хто з респондентів(ок) вказав, що не реагував би ніяк, бо не думає, що саме його права порушуються, що існує необхідність щось робити. Особливо велику кількість таких відповідей можна побачити в ситуаціях «висловлювання щодо небажаності поширення інформації про явище трансгендерності» та «висловлювання щодо недоцільності існування трансгендерних людей». Можна припустити, що певна частина респондентів(ок) не вбачають порушення своїх прав у висловлюваннях інших людей – лише в їхніх прямих діях. Можна також припустити, що таким чином частина респондентів(ок) «дистанціюється» від свого трансгендерного статусу, ніби приєднуючись до агресивно налаштованого середовища, в якому дозволяється існування лише бінарного визначення статі. Підтвердити або спростувати цю гіпотезу можуть подальші дослідження цього питання.

Таблиця 2.2 стор. 48

Розподіл відповідей щодо стилів реагування на ситуації порушення прав
(кількість респондентів(ок))

Отож, можна зробити декілька висновків про внутрішні установки трансгендерних людей щодо відстоювання власних прав у різних сферах громадського життя. По-перше, загалом трансгендерні досить добре обізнані щодо власних прав, більшість респондентів(ок) оцінюють дії суб'єктів у всіх ситуаціях як цілком неправомірні. Однак, ця впевненість щодо протиправного характеру дій не в таку високою мірою виявляється в ситуаціях, де має місце не пряме обмеження якихось прав, а лише висловлювання (про недоцільність існування трансгендерних людей, недоцільність поширення інформації про їхнє існування). Трансгендерні люди схильні їх ігнорувати, можливо, відокремлюючи себе від інших трансгендерних людей або навіть не усвідомлюючи, що в цій ситуації має місце порушення прав.

Види порушення прав	Кількість респондентів(ок) відповідно до різних компонентів ставлення до ситуації порушення прав				
	Стиль комунікації, який респондент(ка) використав(ла) би у ситуації порушення своїх прав				
	Відсутність реакції (респондент(ка) не робив(ла) би нічого, оскільки не бачить необхідності якось реагувати)	Пасивний стиль комунікації (респондент(ка) не робив(ла) би нічого, оскільки не думає, що у нього (неї) вийшло б щось змінити)	Пасивно-агресивний стиль (респондент(ка) робив(ла) би щось, але не напружу, а обхідними шляхами)	Агресивний стиль комунікації (респондент(ка) вживав(ла) би відкритих дій, не думаючи про те, чи може когось образити)	Асертивний стиль комунікації (респондент(ка) чітко заявив(ла) би про свою думку та почуття та твердо відстоював(ла) би свої права та потреби)
Висловлювання щодо небажаності поширення інформації про явище трансгендерності	8	1	5	4	19
Відмова транссексуальній людині в праві усиновлення	2	2	1	16	16
Висловлювання щодо недоцільності існування трансгендерних людей	9	5	4	11	7
Примусова шпиталізація трансгендерної людини на прохання її батьків	3	2	3	19	9
Бездіяльність адміністрації навчального закладу щодо припинення переслідувань трансгендерного учня	3	-	10	6	17

III. Опис факторів ризику інфікування ВІЛ та ЗПСШ (знання та поведінкові практики) для трансгендерних людей в Україні.

Україна перебуває на високій позиції в переліку країн Східної Європи, найбільш охоплених епідемією ВІЛ/СНІД, що актуалізує проблему виявлення груп найбільшого ризику інфікування серед населення та проведення профілактичних заходів серед них.

Група трансгендерів є стигматизованою, її не включають у офіційну статистику. Внаслідок цього кількість досліджуваних випадків, представлених у даному звіті, є недостатньою для того, щоб можна було робити однозначні висновки щодо віднесення групи трансгендерних людей до груп ризику інфікування ВІЛ/СНІД. Водночас опис проявів факторів ризику серед опитаних людей може окреслити загальні тенденції, що можуть вважатися типовими для представників усієї групи.

Згідно з результатами соціологічних досліджень, проведених у інших країнах (зокрема США) [10], основними факторами ризику зараження ВІЛ/СНІД для трансгендерних людей є:

Низька поінформованість про можливі шляхи інфікування ВІЛ та ЗПСШ (як впливового біологічного фактору ризику ВІЛ-інфекції) та засоби їх профілактики;

Практика проходження конфіденційного тестування на ВІЛ (зокрема, причини проходження – відповідальне ставлення до свого здоров'я з цього аспекту) та обстеження на виявлення ЗПСШ;

Ризиковані поведінкові практики:

Сексуальна поведінка;

Вживання препаратів ін'єкційним шляхом;

Татування та пірсинг (виконання проколу);

Дослідження проявів перелічених вище факторів ризику серед групи трансгендерних людей в українських реаліях показало наступні результати.

3.1 Обізнаність щодо ВІЛ/СНІД

Знання про шляхи передачі та засоби профілактики ВІЛ/СНІД

Рівень поінформованості трансгендерних людей про ВІЛ/СНІД можна оцінити як доволі високий. За результатами аналізу, 100% респондентів знають про існування захворювання на ВІЛ/СНІД.

Опитані трансгендерні люди демонстрували добру обізнаність щодо основних шляхів передачі ВІЛ-інфекції:

статеві:

анальні сексуальні контакти без використання презерватива - 86% правильних відповідей;

вагінальні сексуальні контакти без використання презерватива – 100% правильних відповідей;

оральні сексуальні контакти без використання презерватива – 78% правильних відповідей;
через кров, зокрема шляхом ін'єкційного вживання наркотиків та при переливанні інфікованої крові – 100% правильних відповідей;
від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при вагітності та пологах – 92% правильних відповідей.

Крім того, респонденти достатньо добре поінформовані про практики, що не призводять до інфікування ВІЛ, а саме, що ВІЛ не передається через:

Дружній поцілунок – 95% правильних відповідей;

Під час розмови, кашлю – 92%;

Через рукостискання, обійми, масаж – 100%;

Загальне користування засобами гігієни, спільне використання приміщення для проживання – 89% і 95% правильних відповідей.

Проте деякі уявлення значної кількості респондентів про механізми поширення ВІЛ/СНІДу є помилковими. Зокрема, лише 60% опитаних впевнені, що ВІЛ передається від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні груддю, водночас 59% респондентів помилково переконані в тому, що ця інфекція передається через укуси комах та тварин.

В аспекті обізнаності трансгендерних людей про засоби профілактики ВІЛ слід зауважити, що 81% респондентів(ок) переконані в тому, що протизаплідні засоби (за винятком презервативу) не є ефективним засобом захисту від ВІЛ-інфекції, проте щодо інших шляхів зменшення ризику захворювання такої однотайності не спостерігається. Лише 65% респондентів(ок) знають, що відповідне лікування вагітної ВІЛ-інфікованої жінки може значно знизити ризик захворювання майбутньої дитини, й лише 60% – про те, що після згвалтування або іншої події з високою небезпекою інфікування можна вжити заходів екстреної постекспозиційної профілактики ВІЛ, які значно знизять вірогідність захворювання. Вважаючи основним шляхом інфікування ВІЛ небезпечні сексуальні контакти (що абсолютно вірно), більшість респондентів переконані, що людина може захистити себе від ВІЛ, маючи одного неінфікованого сексуального партнера (81% респондентів), утримуючись від статевого зв'язку (68%), правильно користуючись презервативом при кожному статевому акті (78% респондентів).

Отже, рівень поінформованості трансгендерних людей про шляхи передачі ВІЛ-інфекції можна охарактеризувати як доволі високий. Однак обізнаність щодо засобів профілактики від ВІЛ є в дечому недостатньою та помилковою, що вимагає вживання заходів, спрямованих на покращення поінформованості у цьому аспекті.

Знання про шляхи передачі та засоби профілактики ЗПСШ

Рівень поінформованості про ЗПСШ серед трансгендерних людей певною мірою збігається із рівнем поінформованості про ВІЛ-інфекцію. Його також можна оцінити як високий, оскільки 100% респондентів(ок) знають про венеричні захворювання. Однак при тому, що представники даної групи людей краще знають про статеві шляхи передачі ЗПСШ, порівняно з рівнем поінформованості щодо ВІЛ-інфекції в даному аспекті, рівень обізнаності про побутові шляхи передачі ЗПСШ та засобів профілактики венеричних за-

хворювань є дещо нижчим.

Отже, опитані трансгендерні люди демонстрували високий рівень обізнаності про статеві шляхи передачі ЗПСШ:

анальні сексуальні контакти без використання презерватива – 95% правильних відповідей;
вагінальні сексуальні контакти без використання презерватива – 97% правильних відповідей;

оральні сексуальні контакти без використання презерватива – 92% правильних відповідей;
при спільному використанні сексуальних іграшок – 97% правильних відповідей.

Але водночас уявлення значної кількості респондентів(ок) про побутові шляхів поширення ЗПСШ недостатні, помилкові. Респондент(к)и схильні екстраполювати свої знання про шляхи передачі та засоби профілактики ВІЛ-інфекції на шляхи поширення та зособи захисту від ЗПСШ й помилково впевнені, що *практиками, які не можуть призвести до зараження ЗПСШ, є:*

спільне користування рушником, мочалкою, милом – лише 62% правильних відповідей;
спільне користування туалетом, сауною, банею – 73% правильних відповідей,
а людина може захистити себе від ЗПСШ:
маючи одного постійного неінфікованого сексуального партнера – 89% респондентів;
утримуючись від статевого зв'язку – 73% респондентів;
правильно користуючись презервативом при кожному статевому акті – 84%.

Проте значна кількість респондентів добре обізнана про те, що венеричні захворювання не передаються під час розмови, кашлю (70% правильних відповідей), протизаплідні засоби (за винятком презерватива) не є ефективним засобом захисту від ЗПСШ (84% правильних відповідей), а самолікування в разі захворювання не ефективне (81% правильних відповідей).

Крім того, опитані трансгендерні люди досить добре поінформовані про те, що венеричні хвороби можуть призвести до безпліддя та онкологічних захворювань (81% правильних відповідей) і збільшують ризик інфікування ВІЛ (76% правильних відповідей).

Отже, рівень обізнаності трансгендерних людей щодо шляхів передачі ЗПСШ та засобів профілактики можна назвати середнім, оскільки, згідно з результатами аналізу, спостерігаються суттєві прогалини у знаннях щодо побутових шляхів передачі венеричних захворювань та засобів захисту від них. Помилкові уявлення можуть бути спричинені тим, що більшість респондентів(ок) не досить чітким усвідомлюють більшості респондентів різниці між ВІЛ-інфекцією та ЗПСШ. Цілеспрямовані заходи, зокрема тренінги, можуть значно покращити поінформованість трансгендерних людей про цей аспект їхнього здоров'я.

3.2 Практика проходження конфіденційного тестування на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ

Тестування на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ є одними з найважливіших заходів запобігання передачі ВІЛ-інфекції та прояву відповідального, свідомого ставлення до свого здоров'я людьми.

Більшість опитаних (62%, тобто 23 респондент(к)и) проходили тест на виявлення ВІЛ-інфекції, майже всі дізналися результат та зазначили, що мають ВІЛ-негативний статус. Серед них майже половина 49% (15 респондентів(ок)) проходили тест цього чи минулого року, але лише 55% (20 респондентів(ок)) вирішили пройти тест за власним бажанням, 45% (17 респондентів(ок)) опитаних назвали його елементом медичного огляду.

Досить велика частка трансгендерних людей серед тих, хто не вважає за потрібне для себе проходити тест на ВІЛ (61%, 22 респондент(к)и), основною причиною цього вказує наявність одного постійного сексуального партнера або відсутність небезпечних сексуальних контактів, що начебто дозволяє не боятися в цьому аспекті за їхнє здоров'я. Така ситуація спричинює те, що трансгендерні люди доволі низько оцінюють імовірність того, що з профілактичних міркувань пройдуть тест на ВІЛ (лише для 23% респондентів(ок) (7 людей) вважають це ймовірним), коли інші причини, на зразок сексуальних контактів із малознайомим партнером, зґвалтування або виявлення у себе симптомів, що, на думку респондентів(ок) вказують на наявність ВІЛ-інфекції, дуже ймовірно (72%, 68% та 85% відповідно) можуть спонукати трансгендерну людину до проходження тесту.

Водночас лише 38% опитаних (14 людей) проходили обстеження на виявлення ЗПСШ, із них більшість 65% (9 людей) проходили тест в цьому або минулому році. Лише 30% (7 людей) із тих, хто пройшов обстеження, вирішили пройти його за власним бажанням, 70% (10 людей) опитаних зробили його в рамках медичного обстеження.

Серед тих, хто не проходить обстеження на виявлення ЗПСШ, більшість не вважає цей тест необхідним (77% респондентів(ок) – 11 людей). **Трансгендерні люди оцінюють імовірність того, що вони з профілактичних міркувань пройдуть тест на ВІЛ, як доволі низьку (лише для 22% це є ймовірним та дуже ймовірним).** Інші причини, на зразок сексуальних контактів із малознайомими партнерами, зґвалтування або виявлення у себе симптомів, які, **на думку респондента, вказують на наявність ВІЛ-інфекції трансгендерні люди оцінюють як дуже ймовірну мотивацію до обстеження (77%, 86% та 81% відповідно).**

Отже, згідно з результатами аналізу, можна стверджувати, що опитані трансгендерні люди оцінюють проходження тесту на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ як «для себе непотрібним», що вказує на низький рівень поінформованості про важливість даних практик для запобігання захворюванню на ВІЛ.

3.3. Ризиковані поведінкові практики трансгендерних людей

Сексуальна поведінка

Аналізуючи дані опитувань щодо сексуальної поведінки, слід враховувати не зовсім повну відвертість респондентів, коли йдеться про їх статеve життя [12, с. 108]. Водночас результати опитування свідчать, що більшість трансгендерних людей (95% – 35 людей) хоча б один раз у житті мали сексуальні контакти. За останні 12 місяців 68% (25 людей) респондентів(ок) мали постійних сексуальних партнерів, при чому 59% із них обізнані про здоров'я партнера(ки) в аспекті ВІЛ та ЗПСШ.

Серед тих респондентів(ок), що за останній рік мали сексуальні контакти із нерегулярними (непостійними) партнер(к)ами (32% вибірки – 12 людей), найпопулярнішою сексуальною практикою є оральний секс, при чому в більшості випадків (53% респондентів(ок)) презерватив або латексна серветка не використовувалися, що вважається ризикованою поведінкою в аспекті інфікування ВІЛ та ЗПСШ. Водночас при практиках вагінального та анального сексу більшість респондентів(ок) (82% та 80% відповідно) завжди або в більшості випадків використовували презерватив.

У практиці постійних статевих стосунків презервативи не популярні. Їх застосовують завжди або в більше ніж у половині випадків при вагінальному сексі лише 22% респондентів(ок), при оральному сексі – 9%. Водночас при анальному сексі навіть із постійними партнерами більше половини опитаних трансгендерних людей (71%) схильні використовувати як презерватив, так і лубрикант.

Отже, аналізуючи сексуальну поведінку трансгендерних людей у контексті ризику інфікування ВІЛ, можна стверджувати, що рівень ризику доволі низький, зважаючи на сексуальні практики здебільшого із постійними партнерами, про здоров'я яких (на предмет ВІЛ та ЗПСШ) респонденти добре поінформовані. Водночас опитані трансгендерні люди недооцінюють важливість використання презервативів або латексної серветки при практиці орального сексу, що підвищує ризик інфікування.

Практика надання сексуальних послуг за гроші (оцінка кількості людей працівниць(ків)комерційного сексу серед групи трансгендерних людей)

Зважаючи на несхвалюваність практики надання сексуальних послуг в суспільстві, задля виявлення загальної тенденції поширеності надання сексуальних послуг за гроші серед групи трансгендерних людей було задано 2 типи запитань (згідно з методикою «нарошування соціальних мереж» [23]: пряме запитання: чи надавав(ла) респондент(ка) коли-небудь сексуальні послуги, на яке було отримано 100% негативних відповідей, та непряме запитання про те, чи знають респонденти трансгендерних людей, які практикують секс за гроші. Виявилось, що половина респондентів(ок) знають таких людей особисто, але в більшості випадків було уточнено, що знають їх завдяки спільному користуванню форумами в інтернеті. Крім того, ці секс-працівники(ці) не обов'язково є громадянами України, адже вищезазначені форуми здебільшого є спільними для інтернет-користувачів як з

України, так і з Росії та Білорусі. Щодо кількості, то більшість респондентів(ок) особисто знайомі (включно з перепискою в інтернеті) з одним-шістьма трансгендерними людьми, що практикують комерційний секс. Лише два респонденти зазначили, що знають 20-30 секс-працівників(ць), що можна пояснити їхнім інтенсивним інтернет-спілкуванням із представниками групи трансгендерних людей як України, так і інших країн.

Отже, оцінити кількість секс-працівників(ць) серед трансгендерних людей в Україні в умовах даного конкретного дослідження, враховуючи досить незначний об'єм вибірки (37 людей) та несхваленості даної практики суспільством, неможливо. Водночас, безперечно, можна говорити про факт наявності практики надання сексуальних послуг за гроші серед трансгендерних людей. Респондент(к)и схильні пояснювати це скрутним становищем окремих людей, що вимушені заробляти собі на життя таким шляхом, адже їх не приймають на будь-яку іншу роботу через їхній трансгендерний статус (найчастіше це розбіжність між фото в документах та зовнішнім виглядом).

Вживання препаратів ін'єкційним шляхом

Більшість трансгендерних людей (65% респондентів(ок) – 24 людини) протягом останнього місяця вживали ін'єкційно препарати (переважно гормональні). З них, за твердженнями, 100% (37 людей) користувалися стерильними одноразовими шприцами.

Татування та пірсинг (створення проколу)

Ще однією ризикованою в аспекті інфікування ВІЛ моделлю поведінки є татування або проколювання шкіри з використанням нестерильних інструментів. Так, 41% (15 людей) респондентів(ок) мають татування або пірсинг, із них 73% (11 людей) абсолютно впевнені в стерильності інструментів, 14% (2 людини) – думають, що швидше за все, прокол або татування виконувалися безпечно, та лише 13% (2 людини) нічого не знають та не дізнавалися про стерильність інструментів при операції.

Звертаючись до міжнародного досвіду досліджень поширеності інфекції ВІЧ серед трансгендерних людей, можна відзначити наступне: дослідники у США схильні вважати що приблизно 2-12% трансгендерних людей є ВІЛ-позитивними (такі висновки були зроблені на основі як результатів соціологічного опитування, так і результатів тестування на ВІЛ серед найбільш маргіналізованих груп). Результати даного дослідження показали, що жодна опитана трансгендерна людина не є ВІЛ-інфікованою. Проте на основі цих даних не можна робити висновки щодо низького рівня поширеності ВІЛ серед досліджуваної групи в Україні. По-перше, кількість досліджених випадків, включених у цей аналіз, є значно меншою, порівняно з кількістю опитаних людей у США та тих, що пройшли тест на виявлення ВІЛ-інфекції. По-друге, рівень стигматизації ВІЛ-інфікованих людей в Україні є значно вищим, ніж у США, що може призвести до нещирості респондентів у відповіді на питання про результати їхнього тесту на виявлення ВІЛ-інфекції.

Що стосується поширеності практики небезпечних сексуальних практик, то 14% опитаних трансгендерних людей, включених у це дослідження, за останній місяць практикували анальний секс, з них 81% використовував презерватив. Для порівняння наведемо данні

дослідження проведених у США: 18% з трансгендерних людей практикують анальний секс, ризик інфікування ВІЛ при якому є дуже високим.

Крім того, за результатами цього дослідження можна твердити, що в Україні, як і в США, є трансгендерні люди, що практикують комерційний секс, що збільшує ймовірність інфікування ВІЛ серед представників цієї групи [24].

Підбиваючи підсумки, можна висувати, що для трансгендерних людей в Україні характерний доволі високий рівень поінформованості про шляхи передачі та засоби профілактики ВІЛ та ЗПСШ, проте наявні прогалини в знаннях із деяких аспектів. Водночас представники цієї групи не повною мірою усвідомлюють важливість тесту на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ. Респондент(к)и переважно не практикують поведінкові практики, ризиковані в аспекті інфікування ВІЛ, проте вони недооцінюють важливість використання презерватива під час сексуальних контактів із постійними сексуальними партнер(к)ами та/або важливості гігієни статевого життя з іншими статевими партнерами. Виявлені проблемні моменти можна редукувати шляхом проведення цілеспрямованих інформаційних заходів (зокрема, тренінгів, а також розробкою та поширенням інформаційних матеріалів, пристосованих до потреб трансгендерних людей) серед групи трансгендерних людей в Україні.

Водночас наявність серед трансгендерних людей секс-працівників(ць) респондент(к)и пояснюють стигматизованістю даної групи в Україні, що вказує на необхідність проведення заходів, зокрема інформаційних, спрямованих на зменшення трансфобії серед широких мас населення. Це може стати фактором, який сприятиме покращенню матеріального становища трансгендерних людей, складність якого деякі західні дослідники називають основною причиною того, що представники даної групи починають практикувати секс за гроші.

Висновки

Трансгендерні люди загалом мало звертаються до лікарів, а особливо з питань контролю свого сексуального та репродуктивного здоров'я. Основною причиною цього є побоювання проявів дискримінації та неповаги з боку медичних працівників. Під час звернення до лікарів значна частина трансгендерних людей наражаються на такі порушення прав, як некоректні та образливі висловлювання, а також необхідність «навчати» свого спеціаліста.

Більша частина випадків порушення прав трансгендерних людей у сфері доступу до медичних послуг в Україні відбувається в процесі підготовки до корекції статевої належності. Формально процедура підготовки до корекції призначена для надання кращої медичної допомоги людям, які потребують корекції статевої належності. Фактично ж процедура отриманням дозволу на корекцію часто відіграє роль перешкоди. Водночас реальні потреби трансгендерних людей, які готуються до корекції (на зразок аналізу результатів ендокринологічної експертизи, надання ендокринологічної терапії, надання психологічної допомоги), не задовольняються достатньою мірою.

Права понад двох третин трансгендерних людей у трудовій сфері зазнають порушень. Найбільш поширеними формами дискримінації є словесні образи та відмова у прийнятті на роботу. Близько половини трансгендерних людей із тих, хто можуть та хочуть працювати, наразі перебувають у незадовільному становищі в аспекті працевлаштування (безробітні, вимушені виконувати некваліфіковану працю, офіційно не працевлаштовані).

З одного боку, передумовою цього є складна процедура зміни документів. З іншого – суспільні упередження щодо трансгендерних людей яскраво проявляються в тому, що роботодавці здебільшого не готові йти назустріч трансгендерній людині, навіть якщо вона цілком підходить для посади.

Щодо дискримінації в сфері освіти можна зробити висновок, що близько половини трансгендерних людей наражаються на це явище. Найчастіше вони мають справу з такою формою, як словесні образи, знущання та створення залякуючої або прикрої атмосфери. Також можна припустити, що розповсюдженою є така форма порушення прав, як невтручання адміністрації навчальних закладів у ситуацію переслідування трансгендерних учнів.

Таким чином, дискримінація трансгендерних людей в Україні відбувається радше в неявній формі й переважно проявляється так, що її складно оскаржити й нелегко ідентифікувати.

Загалом трансгендерні люди виявляють досить високий рівень знань власних прав у різних ситуаціях. Однак їхня впевненість у тому, що відбувається порушення прав, більше стосується тих ситуацій, в яких їхні права порушують «активними» діями, і меншою мірою – висловлювань (наприклад, щодо недоцільності існування трансгендерних людей).

Трансгендерні люди не часто вдаються до відстоювання своїх прав у сфері охорони здоров'я та в інших сферах суспільного життя. Причиною цього може бути незнання відповідних механізмів, а також неусвідомлення ситуації порушення прав. Однак відсоток тих, хто захищав свої права в сфері праці та освіти, є дещо вищим за той самий показ-

ник для медичної сфери. В цьому аспекті важливим може бути вплив авторитету медичної спільноти в українському суспільстві: сперечатися з лікарем вважається неприйнятною практикою, так само, як і оприлюднення питань свого сексуального здоров'я.

Для трансгендерних людей в Україні характерний досить високий рівень поінформованості про шляхи передачі та засоби профілактики ВІЛ і ЗПСШ, проте ці знання мають прогалини з деяких аспектів. Водночас представники цієї групи не повною мірою усвідомлюють важливість тесту на ВІЛ та обстеження на виявлення ЗПСШ. Ризиковані в аспекті ВІЛ поведінкові практики здебільшого не притаманні трансгендерним людям, однак у контексті сексуальних практик вони часто недооцінюють важливість використання презерватива під час сексуальних контактів із постійними сексуальними партнер(к)ами.

Наявність серед трансгендерних людей секс-працівників(ць), імовірно, пов'язана зі складністю матеріального становища трансгендерних людей і вказує на необхідність проведення заходів, зокрема, інформаційних, спрямованих на зменшення трансфобії серед широких мас населення. Це може стати фактором, який сприятиме збільшенню шансів трансгендерних людей на працевлаштування та гідну оплату праці.

Рекомендації

Державних органам:

Забезпечити розробку та впровадження законодавчих актів, які забороняють дискримінацію на основі гендерної ідентичності (зокрема, в трудовій та медичній сферах, а також у сфері навчання).

Забезпечити додаткове навчання для працівників сфери охорони здоров'я з питань трансгендерності (зокрема, про сучасні пояснення цього явища, особливі потреби трансгендерних людей у сфері медичних послуг, а також етику роботи медичних працівників з такими людьми).

Забезпечити включення до навчальних програм профільних спеціальностей у ВНЗ (медиків, психологів, юристів) ознайомлення з гендерною проблематикою, також і з питань трансгендерності.

Міністерству охорони здоров'я України:

Розробити та впровадити програми підготовки й підвищення кваліфікації для медичних фахівців, які працюють із трансгендерними людьми (ендокринологів, гінекологів, урологів, а також фахівців у галузі психології та психіатрії).

Затвердити новий наказ МОЗ із урахуванням рекомендацій експертів, а саме: дозволити зміну документів без обов'язкової хірургічної корекції статевої належності, а також виключити з переліку показань та протипоказань низку дискримінаційних положень.

Створити можливості для проходження процедур, які передують корекції, у різних регіонах країни. Це доцільно зробити шляхом створення філій Комісії з питань зміни (корекції) статевої належності в регіонах.

Забезпечити включення до складу Комісії представників трансгендерної спільноти.

Забезпечити прозорість роботи Комісії, налагодити її взаємодію та співробітництво з громадськими організаціями.

Забезпечити надання лікарями інформації трансгендерним людям, які готуються до корекції, про доступні для них репродуктивні технології (зокрема, можливості замороження свого генетичного матеріалу).

Налагодити систему моніторингу дотримання прав людини щодо трансгендерних людей у закладах охорони психічного здоров'я (зокрема, у психоневрологічних диспансерах).

Юридичним інститутам:

Уможливити трансгендерним людям зміну документів, що встановлюють особу, без обов'язкової хірургічної корекції статевої належності.

Здійснювати постійний моніторинг випадків порушення прав людини щодо трансгендерних людей.

Здійснювати моніторинг випадків вимагання грошей від трансгендерних людей у закладах охорони здоров'я на різних етапах підготовки до корекції статевої належності.

Громадським організаціям:

Здійснювати постійний моніторинг випадків порушення прав людини щодо трансгендерних людей і, відповідно до цього, здійснювати заходи, спрямовані на захист прав трансгендерних людей, зокрема на доступ до медичних послуг, працю й навчання.

Розробляти та здійснювати інформаційні заходи, спрямовані на поширення правдивої інформації про явище трансгендерності серед широких мас населення.

Систематично проводити заходи у навчальних закладах, зокрема, в школах, спрямовані на те, щоб персонал займав активну позицію щодо припинення переслідування учнів, які мають трансгендерний статус.

Залучати трансгендерних людей до акцій та програм, спрямованих на подолання стигматизації й дискримінації.

Проводити тренінги для трансгендерних людей з інформацією про види порушення прав, на які вони можуть наразитися, про способи відстоювання своїх прав, а також із розвитку навичок, необхідних для відстоювання прав. Доцільним може бути проведення тренінгів із асертивності.

Поширення серед трансгендерних людей інформації про важливість контролю власного здоров'я, особливо сексуального (проходження періодичних оглядів у лікарів, а також обстеження на ВІЛ та ЗПСШ).

Поширення серед трансгендерних людей інформації про відносно невисокий рівень дискримінації, пов'язаної з питаннями гендерної ідентичності, в медичній сфері з питань, не пов'язаних із хірургічної корекцією.

Розробка та поширення інформаційних матеріалів про безпечні щодо інфікування ВІЛ та ЗПСШ сексуальні та побутові практики. Важливо, щоб ці матеріали були пристосованими до потреб та особливостей трансгендерних людей.

Література

1. Flyvbjerg B. Five Misunderstandings About Case-Study Research / Flyvbjerg B. // *Qualitative Inquiry*. – 2006. – Volume 12 Number 2. – 219-245 pp. – Режим доступу: <http://poli.haifa.ac.il/~levi/res/fivemisunder.pdf> – Назва з екрану.
2. Конституційні права, свободи і обов'язки людини і громадянина в Україні / За ред. акад. НАН України Ю. С. Шемшученка. – К.: Юридична думка, 2008. – 252 с. – ISBN 978-966-8602-66-5.
3. Коен Дж. Охорона здоров'я та права людини: ресурсний посібник / Коен Дж., Езер Т., МакАдамс П.; пер. з англ. Н. Шевчук; наук. ред. укр. версії І. Сенюта. – 5-те вид., доповнене. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2011. – 600 с. – ISBN 978-966-2019-16-2.
4. Clements K. The Transgender Community Health Project (Descriptive Results of the Survey) / Clements K., Katz M., Marx R. – 1999. – Режим доступу: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=cftg-02-02> – Назва з екрану.
5. Eagly, A. H. Attitude structure and function / Eagly, A. H., Chaiken, S. // *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 1). – New York: Oxford University Press, 1998. – 655 p. – ISBN 020-104-262-2.
6. Узнадзе Д. Н. Основные положения теории установки / Узнадзе Д. Н. // *Труды*, Т.6. – Тбилиси: Мецниереба, 1977. – сс. 263-326. – ISBN 546-900-020-6.
7. Assertiveness [Електронний ресурс]: *Dorland's Medical Dictionary* / D.M. Anderson, P.D. Novak, J. Keith, M.A. Elliott. – Online dictionary. – Режим доступу: <http://www.dorlands.com>
8. Cloud H. Boundaries: When to Say YES, When to Say NO, To Take Control of Your Life / Cloud H., Townsend J. – Zondervan, 1992. – 304 p. – ISBN 031-058-590-2.
9. Wetzler S. Living with the passive-aggressive man / Wetzler S. – Simon & Schuster, 1992. – pp. 35-37. – ISBN 067-187-074-2.
10. Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes, M. (2009). Policy Recommendations for Inclusive Data Collection of Trans People in HIV Prevention, Care & Services. Center of Excellence for Transgender HIV Prevention/ Sausa, L. – University of California, San Francisco. [Електронне джерело]// – Режим доступу: www.transhealth.ucsf.edu – Назва з екрану.
11. Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2009 рік. – К.: Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІД в Україні, 2010. // [Електронне джерело] – Режим доступу: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/indd_ua.pdf – Назва з екрану
12. A.L.Edwards. The Social Desirability Variable in Personality Assessment and Research / Allen L.Edwards. – New York: Henry Holt & Co. (Dryden Press), 1957. – p.108. – ISBN 031-323-245-8.
13. Grant J.M. National transgender discrimination survey report on health and health care / Grant J.M., Mottet L.A., Tanis J. – 2010. – 24 p. – Режим доступу: http://transequality.org/PDFs/NTDSReportonHealth_final.pdf – Назва з екрану.

14. Brown, M.L. True Selves: Understanding Transsexualism – For Families, Friends, Coworkers, and Helping Professionals Jossey-Bass / Brown, M.L., Rounsley, C.A. – San Francisco, 1996. – 288 p.: ISBN 078-796-702-5.

15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text-Revised (DSM-IV-TR). – Washington, DC, Amer Psychiatric Pub, 2000. – 943 p. – ISBN 089-042-024-6.

16. Shorter E.A. History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac / Shorter E.A. – John Wiley & Sons, 1997. – 448 p. – ISBN 047-124-531-3.

17. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10. – World Health Organization, 2004. – 811 p. – ISBN 924-154-654-9.

18. Xavier J. The health, health-related needs and life-course experiences of transgender Virginians / Xavier J., Honnold J.A., Bradford J. – 2007. – 76 p. – Режим доступу: <http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/diseaseprevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf>

19. Health Law Standards of Care for Transsexualism: materials from the 2nd International Conference on Transgender Law and Employment Policy (Houston, Texas, U.S.A., August 1993). Режим доступу: http://transgendercare.com/guidance/resources/ictlep_soc.htm – Назва з екрану.

20. The Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity: materials from the international seminar (Yogyakarta, Indonesia, November 2006). Режим доступу: <http://www.yogyakartaprinciples.org> – Назва з екрану.

21. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: за станом на 03.02.2011 [Електронний ресурс]: Законодавство України / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua>

22. Jacques J. No wonder many transsexual people end up in sex work / J. Jacques // The Guardian. – 2010. – Режим доступу: <http://guardian.co.uk/lifeandstyle/2010/aug/25/transsexual-people-sex-work#start-of-comments> – Назва з екрану.

23. Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. The Network Scale-Up Method. Presentation to UNAIDS/ Christopher McCarty, – New York. – September 3, 2008.

24. Bockting, W and Kirk S, Transgender and HIV: Risks, prevention and care. / Bockting, W. – Bringhamton, NY. – The Haworth Press, – 2001.