https://doi.org/10.32921/2225-9929-2024-2-56-39-44
УДК 618; 613.88
МРНТИ 76.29.48; 76.35.39

Письмо редактору

Репродуктивное здоровье трансгендерных людей: серия случаев из Восточной Европы и Центральной Азии

Кирей-Ситникова Я.

Консультант по исследованиям, Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию, Таллинн, Эстония. E-mail: yana.kirey.sitnikova@gmail.com

Резюме

Цель исследования: Сбор данных о психологических, социальных, юридических и экономических барьерах, с которыми сталкиваются трансгендерные (ТГЛ) и небинарные (НБ) люди при обращении за медицинскими услугами в сфере репродуктивного здоровья в Восточной Европе и Центральной Азии.

Проведены полуструктурированные интервью с ТГЛ и НБ, имевшими опыт в сфере репродуктивного здоровья.

В общей сложности проведено шестью интервью с респондентами, имевшими опыт беременности (неназванная страна в Центральной Азии), забора яйцеклеток для оплодотворения партнерки (Россия), аборта (Казахстан), откладывания гормональной терапии для зачатия ребенка в будущем (Россия), абляции эндометрия с целью прекращения месячных (Грузия) и искусственной инсеминацией (Россия). ТГЛ, имеющие мужской пол в документах и маскулинную внешность, испытывают сложности при записи на гинекологические процедуры и сталкиваются с непониманием со стороны других пациентов. Стремясь избежать бюрократических сложностей и нетолерантного обращения, ТГЛ и НБ вынуждены обращаться в частные клиники, что связано с большими финансовыми затратами. ТГЛ, родившие ребенка и имеющие мужской гражданский пол, не могут быть записаны в качестве отца в свидетельство о рождении. Никто из респондентов не испытывал гендерной дисфории из-за прекращения/откладывания гормональной терапии. Одна респондентка испытала гендерную дисфорию из-за назначения феминизирующей гормональной терапии.

Выводы. Описанные юридические барьеры могут быть снижены путем предоставления доступа к гинекологическим процедурам всем пациентам независимо от гражданского пола. Необходимо внедрение компонентов по здоровью ТГЛ и НБ в клинические рекомендации по репродуктивному здоровью.

Ключевые слова: трансгендерность, транссексуальность, гендерное несоответствие, гендерная дисфория, репродуктивное здоровье, социально-экономические барьеры.

Corresponding author: Yana Kirey-Sitnikova, research consultant, Eurasian Coalition for Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia
Postal code: 10416
Address: Estonia, Tallinn, Tööstuse tn 48
E-mail: yana.kirey.sitnikova@gmail.com

J Health Dev 2024; 2 (56): 39-44
Recieved: 27-03-2024
Accepted: 19-04-2024

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Трансгендерные люди (ТГЛ) — это люди, чья гендерная идентичность (ощущение себя в качестве лица определенного пола) отличается от пола, определенного у них при рождении. Небинарные люди (НБ) имеют гендерную идентичность, отличную от женской и мужской. Многие ТГЛ и НБ стремятся к изменению своих первичных и вторичных половых характеристик, а также гражданского пола с целью приведения их в соответствие со своей гендерной идентичностью. Прием заместительной гормональной терапии (ЗГТ), включающей тестостерон для трансгендерных мужчин (ТГМ) и эстрогены в сочетании с антиандрогенами для трансгендерных женщин (ТГЖ), рекомендован с целью улучшения качества жизни и психосоциальных показателей у этой группы пациентов [1], но, вместе с тем, ведет к снижению или потере репродуктивной функции [2-3]. Репродуктивная функция может быть восстановлена в случае прекращения приема ЗГТ [4-5]. Напротив, в случае проведения операций на половых органах (гистерэктомия, орхиэктомия, вагинопластика) способность к репродукции утрачивается необратимо. В связи с этим современные клинические рекомендации советуют обсуждать с трансгендерными пациентами возможности сохранения фертильности (криоконсервация гамет или эмбрионов) до начала медицинских вмешательств [6].

Вместе с тем, сохранение репродуктивной функции у ТГЛ и НБ может приводить к различным психологическим, социальным, юридическим и экономическим сложностям. Так, многие ТГЛ и НБ испытывают гендерную дисфорию при обсуждении своих половых органов и при прекращения приема ЗГТ с целью восстановления фертильности. Они могут сталкиваться с барьерами при получении медицинской помощи в связи с репродуктивным здоровьем, если их внешность и/или паспортные данные отличаются от строения половых органов: например, ТГМ могут испытывать негативное обращение со стороны медицинского персонала и других пациентов при обращении к гинекологу. Вспомогательные репродуктивные технологии дорогостоящие и зачастую финансово недоступны для ТГЛ и НБ [7]. Упомянутые сложности описаны в зарубежной, преимущественно англоязычной, литературе. Напротив, оригинальные исследования по репродуктивному здоровью ТГЛ и НБ в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) практически отсутствуют. В результате поиска в базе Российского индекса научного цитирования обнаружена всего одна русскоязычная публикация по этой теме. В ней описан случай ТГМ, у которого был произведен забор яйцеклеток, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) донорской спермой и перенос эмбриона в матку партнерки [8].

Целью настоящего исследования является описание большего числа случаев, связанных с репродуктивным здоровьем ТГЛ и НБ, с фокусом на психологических, социальных, юридических и экономических барьерах, специфических для региона Восточной Европы и Центральной Азии.

Материалы и методы

Набор респондентов производился с помощью онлайн-анкеты, включающей вопросы о гендерной идентичности, стране проживания, возрасте и опыте в сфере репродуктивного здоровья. Критерии включения: ТГЛ или НБ, проживающие на территории одной из стран Восточной Европы и Центральной Азии и имевшие опыт в сфере репродуктивного здоровья (например, контрацепция, сохранение фертильности, забор яйцеклеток для оплодотворения партнерки, искусственная инсеминация, ЭКО, детранзишн или откладывание перехода для зачатия ребенка, беременность, аборт). С респондентами, отвечающими критериям, проводились полуструктутированные интервью. Исследование одобрено Рабочей группой ТГЛ при Евразийской коалиции по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию (Таллинн, Эстония). Во время заполнения анкеты респонденты давали согласие на участие в исследовании.

Результаты

В период с апреля по август 2023 года получено 14 уникальных ответов на онлайн-анкету, из них 11 ТГМ, 2 ТГЖ, 1 НБ. Распределение по странам: 11 из России, по одному из Беларуси, Казахстана и одной из стран Центральной Азии (по просьбе респондента конкретная страна не указывается). Трое респондентов не ответили на письмо-приглашение, трое не проходили вмешательства, связанные с репродуктивным здоровьем, трое пользовались контрацепцией в целях защиты от инфекций, передающихся половым путем, но не в связи с репродуктивным здоровьем - эти респонденты не были включены в выборку. К оставшимся пяти респондентам добавлен респондент из Грузии, связавшийся с исследовательницей напрямую, не заполняя анкету. Итого: шесть респондентов с опытом беременности, забора яйцеклеток для оплодотворения партнерки, аборта, откладывания ЗГТ для зачатия ребенка в будущем, абляции эндометрия с целью прекращения месячных и искусственной инсеминации.

1. ТГМ, 40 лет, Центральная Азия, беременность. До 27 лет не было мыслей о детях. Рассматривал разные варианты: удочерение/усыновление и суррогатное материнство. Информации о репродуктивных возможностях для ТГЛ мало. Знал о ТГМ, имеющих детей, однако все они были детьми их цисгендерных партнерок от предыдущего брака. На тот момент ЭКО в стране было недоступно. Респондент встретил стабильного партнера - цисгендерного мужчину, что сподвигло его на мысли о собственной беременности: «И я решил, неожиданно для себя вдруг, я вспомнил, что у меня есть матка, я могу в принципе ребенка выносить. Вот он есть там со спермой... Ингридиенты оказались под рукой». Прекратил прием гормонов, вскоре пришла менструация и наступила беременность.

Гендерной дисфории в связи с прекращением ЗГТ не испытывал: «Я ничего не испытывал, мне было плевать. Потому что у меня была цель. Я такой: "Ну, Господи, потерплю, что я так выгляжу"». Беременность велась знакомым гинекологом в частной клинике. Респондент так мотивировал отказ от обращения в государственные медицинские учреждения: «В какой-то момент вступает такой закон, что все рады, когда появляется ребенок. Они очень за деторождение... И я предполагаю, что в госклинике специалист не был бы грубым... Но люди, которые ходят в поликлинику, там огромные очереди, и, естественно, у меня там такой абсолютно маскулинный вид, голос, живот даже не начал у меня расти, но я понимал, что он будет расти, и я сижу в очереди к гинекологу... Я бы не смог это пережить, это была бы ужасная травма».

Респондент и его партнер решили рассказать о своих отношениях и беременности семье партнера. Так как оба они идентифицировали себя и воспринимались социумом как мужчины, семья отнеслась крайне негативно, старший брат партнера объявил охоту на респондента, узнал его домашний адрес. Благодаря финансовой поддержке от правозащитной организации респондент снял жилье в другом районе города, где его никто не знал, и передвигался на такси, опасаясь давки и драк в общественном транспорте. На фоне конфликта с семьей расстался с партнером.

Роды в этой стране не проводились в частных клиниках, поэтому респондент был вынужден обратиться в государственный родильный дом. Отношение медицинского персонала было в целом доброжелательным, однако случались и неудобные ситуации: «Когда я ходил по больнице, меня все время ругали: "А что ты сюда залез?" Они воспринимали меня мужем какой-то пациентки... Потом все привыкли».

Роды прошли без осложнений, однако возникли проблемы при выдаче свидетельства о рождении из-за того, что респондент ранее изменил свой гражданский пол с женского на мужской: «В справке напечатано "мать". Не может быть такого, чтобы отец такой-то родил ребенка. Потом это был вопрос электронной базы, когда мы пришли делать свидетельство о рождении. В свидетельстве записать меня отцом было невозможно по одной причине, и для меня прям показательна эта простота, когда мы говорим о детях, которые навсегда прилеплены к матерям, но никогда к отцам. Чтобы записать одного отца только - что было возможно - нужно было представить справку, которая объясняет, что случилось с матерью: она либо умерла, либо пропала, либо ее лишили родительских прав. Не только, там есть и другие варианты, но факт в том, что с ней должно что-то случиться, что она не может быть матерью. С отцом совсем по-другому. Просто говоришь: "Отца нету". И ставят прочерк».

Данный вопрос мог потенциально быть разрешен судом, однако респондент отказался идти в суд из-за страха публичности и изъятия ребенка. В итоге до двух лет ребенок жил без свидетельства о рождении. Позже респондента записали в свидетельство о рождении как мать. Это вызывает страх публичного разоблачения: «Я всегда боялся, что докопаются, начнут спрашивать либо посмеются, сфотографируют, кому-то покажут, и кто-то в соцсетях выставит». Респондент переехал в другой район города, объяснил новым соседям, что мать оставила дочь и уехала за границу учиться. Дочь переживала из-за отсутствия матери, пришлось рассказать ей правду, она отнеслась с пониманием. Отношения с биологической семьей улучшились в результате рождения ребенка.

№2. ТГМ, 45 лет, Россия, забор яйцеклеток для оплодотворения партнерки. До 30 лет детей не планировал. Есть партнерка - цисгендерная женщина. Они вместе искали информацию, рассматривали разные варианты, включая беременность самого респондента, однако после консультации с юристами от этой идеи пришлось отказаться: «Много звонил этим всем организациям нашим... Какой-то юрист с какой-то организации... Он мне так сказал: "Ну ты попробуй, хочешь, чтобы к тебе из опеки пришли?" И он мне сказал, что якобы были случаи, суды, и что это вообще сложно с мужскими документами». Респондент хотел иметь биологическую связь с ребенком, поэтому было принято решение забрать его яйцеклетки для оплодотворения партнерки. Прекратил прием гормонов. Гендерной дисфории в связи с этим не испытывал: «Может быть, те, кто жалуется, это кто в начале пути. Вот у них, может, откат. А у тех, кто постарше, знаете, нам уже все равно... Вообще на этот откат». Гражданский пол изменен на мужской, в связи с чем государственные клиники отказывались проводить процедуру забора яйцеклеток. Обратились в частную, найденную по знакомству. Там процедуру официально оформили на партнерку, у которой в документах указан женский пол, как будто это ее яйцеклетки. Пробовали ЭКО со спермой от разных доноров, но безрезультатно. Для проведения процедур были взяты кредиты. Затем началась пандемия COVID-19, в связи с чем попытки были остановлены.

№3. ТГМ, 27 лет, Казахстан, аборт. Планировал беременность с помощью ЭКО. Обращался в частную клинику, однако получил отказ в связи с тем, что гражданский пол изменен на мужской. Прекратил прием гормонов, гендерную дисфорию не испытывал: «Я знал, к чему я иду и что естественные биологические процессы, которые возобновились, - это нормально, потому что я хочу детей». Беременность наступила естественным путем, без ЭКО. Была угроза выкидыша, в связи с чем требовалось часто обращаться в клинику и пропускать работу, где респондент находился на испытательном сроке. После рассказа о беременности коллеге последовало увольнение: «Когда я ему рассказал, на следующий день мне сказали, что я уволен... Я сказал, что они не имеют права меня увольнять, потому что я беременный человек. Ну, вообще по закону прописано, что беременных женщин нельзя увольнять, даже если они находятся на испытательном сроке, если они узнают о беременности. А мне на работе сказали, что я их обманывал, что я принес чужие документы». В тот же день респондент узнал, что беременность замерла, потребовался аборт. В государственной поликлинике врачи обращались вежливо, пытались пойти навстречу, однако электронная система не позволяла провести аборт человеку с мужским полом в паспорте: «Меня там даже не могли направить к гинекологу... Сказали, что база не пропускает, и меня в обход базы записали к гинекологу, который

уже не смог записать меня по квоте на бесплатный аборт».

Обратился к другу семьи, работающему в частной клинике. Там обращались в женском роде, однако респондент не придал этому значению: «Ко мне обращались на "она", потому что, видимо, они привыкли так обращаться к своим пациентам, и я был вообще не в ресурсе что-либо объяснять». Проведение процедуры в частной клинике стало возможным благодаря финансовой помощи от правозащитной организации. Если бы не эта помощь, респонденту пришлось бы ждать кровотечения: «Если у вас нет финансов на то, чтобы пойти в [частную] клинику, вы можете просто ждать, пока начнется кровотечение, и тогда вас будут обязаны госпитализировать». Хочет усыновить ребенка в будущем, однако это невозможно в силу наличия у него психиатрического диагноза F64.0 «Транссексуализм».

№4. ТГМ, 21 год, Россия, откладывание ЗГТ. Документы сменены на мужские, однако в связи с желанием иметь биологических детей в будущем не принимает ЗГТ. О возможности беременности после приостановки ЗГТ осведомлен, однако не считает этот вариант подходящим для себя. Вариант с заморозкой ооцитов финансово недоступен. Обсуждал с юристами возможность быть записанным как отец ребенка, однако получил ответ, что это сложно и возможно только через суд. Работает в регистратуре государственной больницы, утверждает, что среди врачей нет негативного отношения к ТГЛ. Гендерной дисфории в связи с откладыванием ЗГТ не испытывает.

№5. НБ с приписанным при рождении женским полом, 35 лет, Грузия, абляция эндометрия для прекращение месячных. Изменение гражданского пола не производилось. Гендерная дисфория из-за месячных. Большинство ТГМ прекращают месячные путем приема тестостерона, однако для респондента прием ЗГТ невозможен из-за медицинских противопоказаний. Использование контрацептивов приводило к плохому самочувствию. Другая опция - гистерэктомия - потребовала бы получения диагноза «Транссексуализм», была бы сложнее и могла привести к осложнениям. В итоге выбрана абляция эндометрия. Гинеколог не был поставлен в известность о гендерной идентичности пациента, а формальным основанием для назначения процедуры послужило наличие полипов в матке. Процедура оплачена государственной системой медицинского страхования на 80%.

№6. Бигендер с приписанным при рождении женским полом, 31 год, Россия, искусственная инсеминации. Синдром поликистоза яичников, в связи с чем снижен эстрадиол, позднее половое созревание, андрогинная внешность, отсутствие естественной овуляции. В 21 год обратилась в частную клинику для искусственной инсеминацией от донора - в государственных учреждений помощь не оказывалась из-за отсутствия гетеросексуального брака (имела партнерку с небинарной идентичностью). С целью налаживания цикла назначена Прогинова, что вызвало феминизацию тела, о чем респондентка не была предупреждена и что привело к повышению гендерной дисфории. После жалоб получила ответ: «Чего [ты] ожидала от этого, все девушки хотят иметь женственную фигуру». О своей гендерной идентичности не сообщала: «У меня была внешне однополая пара, и так было довольно много проблем, не хотелось зачитывать весь список идентичностей». В одну из попыток допущена врачебная ошибка: превышение дозировки Пурегона привело к разрыву яичника и попаданию в реанимацию. Дальнейшие попытки беременности остановлены. Сталкивалась с непонимаем других ТГЛ и НБ, «которые не понимали, каким образом я могу быть небинарная и одновременно хотеть беременеть».

Обсуждение

ТГЛ и НБ являются немногочисленной группой населения. Из обозначенных выше стран, в России проживает порядка 25-29 тысяч ТГЛ, или 0,02% от общей популяции [9], в Грузии - 0,06% [10]. Отдельные данные по НБ отсутствуют. Лишь небольшой процент от этих людей пользуется или желает воспользоваться услугами в сфере репродуктивного здоровья. Помимо этого, ТГЛ и НБ являются закрытой и труднодоступной для изучения группой [11]. Это объясняет малую выборку данного исследования.

Несмотря на свою малочисленность, ТГЛ и НБ, пользующиеся услугами по репродуктивному здоровью, представляют собой интересный пример, выявляющий социальные нормы в учреждениях здравоохранения. Репродуктивное здоровье представляет собой самую гендерированную область медицины с четким разделением на женщин и мужчин. Нарушение этой гендерной дихотомии приводит к коллизиям на социальном и юридическом уровнях. Так, респондент №1 сообщил, что появление мужчины в «женских» пространствах (кабинет гинеколога, родильный дом) воспринимается, как минимум, с удивлением. По его опыту, негативное отношение исходит от других пациентов, тогда как врачи чаще всего относятся с пониманием. О доброжелательном отношении врачей сообщили также и респонденты №2 и №3. Несмотря на это, они столкнулись с юридическими коллизиями, когда их не могли записать на процедуры, предназначенные для женщин, из-за мужского пола в документах. Частные клиники оказались более гибкими и готовыми идти в обход формальным процедурам: так, забор яйцеклеток у респондента №2 был оформлен на его партнерку. Необходимость обращаться в частные клиники требовала от респондентов значительных финансовых вложений. Для респондентов №1 и №3 эта проблема была решена благодаря помощи правозащитных организаций, для №2 - путем взятия кредита. Как показывает пример респондента №1, социальные и юридические сложности не заканчиваются с родами: отсутствие матери не предусмотрено бюрократическими процедурами (ТГМ не может быть записан в свидетельство о рождении как одинокий отец) и вызывает вопросы со стороны окружающих.

Другой путь, по которому могут пойти ТГЛ, желающие пройти процедуры в связи с репродуктивным здоровьем, - откладывание ЗГТ (№4) или сокрытие своей гендерной идентичности (№5-6).

Эти респонденты были поставлены перед выбором между своей идентичностью/самовыражением и возможностью пройти медицинские процедуры, не сталкиваясь с многочисленными проблемами.

В отличие от предыдущих исследований [12], никто из респондентов (№1-4) не сообщил о возникновении гендерной дисфории в связи с прекращением/откладыванием ЗГТ. Во-первых, они ясно понимали, ради чего идут на такой шаг. Во-вторых, они рассматривали отказ от ЗГТ как временную меру. Лишь респондентка №6 сообщила о гендерной дисфории в связи с изменениями тела, о которых она не была предупреждена.

Выводы

Исследование показало, что ТГЛ сталкиваются с социальными, юридическими и экономическими барьерами при пользовании медицинскими услугами в сфере репродуктивного здоровья. Первоочередными проблемами являются недоступность гинекологических процедур для пациентов, имеющих мужской гражданский пол или не состоящих в гетеросексуальном браке, а также страх негативного обращения. В связи с этим ТГЛ и НБ предпочитают обращаться в частные клиники, чаще готовые идти в обход правил и более толерантные к ТГЛ и НБ, что приводит к существенным финансовым затратам для пациентов. По мнению автора, ограничение на использование гинекологических процедур для лиц с мужским полом в документах не выполняет никакой полезной функции: цисгендерным мужчинам эти процедуры не требуются в силу отсутствия у них соответствующих органов. Логичнее было бы предоставлять доступ к процедурам в сфере репродуктивного здоровья на основании наличия тех или иных половых органов, что не во всех случаях соответствует гражданскому полу. Также необходимо включать вопросы оказания помощи ТГЛ в клинические рекомендации по репродуктивному здоровью и обучающие программы для медицинского персонала.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Кирей-Ситникова Я. Некоторые проблемы разработки клинических рекомендаций по гендерной дисфории и гендерному несоответствию // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021. - №(9–10). - С. 47–53. [Crossref]

Kirej-Sitnikova Ja. Nekotorye problemy razrabotki klinicheskih rekomendacij po gendernoj disforii i gendernomu nesootvetstviju (Some problems in the development of clinical recommendations for gender dysphoria and gender nonconformity) [in Russian]. Problemy standartizacii v zdravoohranenii. 2021; (9–10):47–53. [Crossref]

2. Moravek M.B., Kinnear H.M., George J., Batchelor J., et al. Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. Endocrinology. 2020;161(3):bqaa014. [Crossref]

3. Vereecke G., Defreyne J., Van Saen D., Collet S., et al. Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. Human Reproduction. 2021;36(1):5-15. [Crossref]

4. de Nie I., van Mello N.M., Vlahakis E., Cooper C., et al. Successful restoration of spermatogenesis following gender-affirming hormone therapy in transgender women. Cell Reports Medicine. 2023;4(1). [Crossref]

5. Light A.D., Obedin-Maliver J., Sevelius J.M., Kerns J.L. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. Obstetrics & Gynecology. 2014;124(6):1120-7. [Crossref]

6. Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., Brown G.R., et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International Journal of Transgender Health. 2022;23(sup1):S1-259. [Crossref]

7. Кирей-Ситникова Я. Сексуальное и репродуктивное здоровье трансгендерных и небинарных людей: тематический обзор // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н А Семашко. - 2023. - №1. - С. 53-60. [Crossref]

Kirej-Sitnikova Ja. Seksual'noe i reproduktivnoe zdorov'e transgendernyh i nebinarnyh ljudej: tematicheskij obzor (Sexual and reproductive health of transgender and nonbinary people: a thematic review) [in Russian]. Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N A Semashko, 2023; 1: 53-60. [Crossref]

8. Савчук КС, Свежинина МА. Наступление беременности методом ЭКО в паре с FtM-транссексуалом (клинический случай) // Актуальные проблемы современной эндокринологии. – 2022. – С. 77-77. [Google Scholar]

Savchuk KS, Svezhinina MA. Nastuplenie beremennosti metodom JeKO v pare s FtM-transseksualom (klinicheskij sluchaj) (Getting pregnant by IVF in a couple with an FtM-transsexual (clinical case)) [in Russian]. Aktual'nye problemy sovremennoj jendokrinologii. – 2022. – S. 77-77.

9. Т-Действие. Анализ каскада профилактических услуг по ВИЧ для трансгендерных людей в России. Санкт-Петербург: Т-Действие; 2021. - 18 с. Электронный ресурс. [Google Scholar]

T-Dejstvie. Analiz kaskada profilakticheskih uslug po VICh dlja transgendernyh ljudej v Rossii (Analysis of the cascade of HIV preventive services for transgender people in Russia) [in Russian]. Sankt-Peterburg: T-Dejstvie; 2021. - 18 s. Jelektronnyj resurs. [Google Scholar]

10. Kasianczuk M., Gabadadze B., Djuma V., Miruashvili L., et al. Population Size Estimation of Transgender and Non-Binary People in Georgia. Tallinn, Tbilisi: ECOM, TEMIDA; 2023. [Crossref]

11. Russomanno J., Patterson J.G., Tree J.M. Social media recruitment of marginalized, hard-to-reach populations: development of recruitment and monitoring guidelines. JMIR Public Health and Surveillance. 2019;5(4):e14886. [Crossref]

12. Charter R., Ussher J.M., Perz J., Robinson K. The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. International Journal of Transgenderism. 2018;19(1):64-77. [Crossref]

Трансгендерлердің репродуктивті денсаулығы: Шығыс Еуропа мен Орталық Азиядағы жағдайлар сериясы

Кирей-Ситникова Я.

Денсаулық, құқықтар, гендерлік және жыныстық әртүрлілік бойынша

Еуразиялық коалицияның зерттеу жөніндегі кеңесшісі, Таллин, Эстония. E-mail: yana.kirey.sitnikova@gmail.com

Түйіндеме

Зерттеу мақсаты: Шығыс Еуропа мен Орталық Азиядағы репродуктивті денсаулық қызметтеріне қол жеткізу кезінде трансгендер адам (ТГА) және бинарлы емес (БЕ) адамдар кездесетін психологиялық, әлеуметтік, құқықтық және экономикалық кедергілер туралы деректерді жинау.

Репродуктивті денсаулық саласында тәжірибесі бар ТГА және БЕ адаммен жартылай құрылымдық сұхбат жүргізілді.

Жүктілік (Орталық Азиядағы аты аталмаған мемлекет), серіктесті ұрықтандыру үшін жұмыртқаны алу (Ресей), аборт (Қазақстан), болашақта бала туу үшін гормондық терапияны кейінге қалдыру (Ресей), етеккірді тоқтатуға дейін эндометриялық абляция (Грузия) және жасанды ұрықтандыру (Ресей) сияқты жағдайлар бойынша респонденттермен жалпы саны 6 сұхбат жүргізілді. Құжаттарында ер жынысты және еркектік келбеті бар ТГА гинекологиялық процедураларға жазылу кезінде қиындықтарға және өзге науқастардың түсінбеушілігіне тап болады. Бюрократиялық қиындықтар мен емдеудегі төзімсіз жағдайларды болдырмау үшін ТГА және БЕ адамдар жеке клиникаларға жүгінуге мәжбүр. Бұл өз кезегінде үлкен қаржылық шығындармен байланысты. Бала туған еркек азаматтық жынысы бар ТГА туу туралы куәлікте әке ретінде жазылмайды. Респонденттердің ешқайсысы гормондық терапияны тоқтату/кідірту салдарынан гендерлік дисфорияны бастан өткермеген. Бір респондент феминизациялық гормондық терапияның тағайындалуына байланысты гендерлік дисфорияны бастан кешірді.

Қорытынды. Сипатталған құқықтық кедергілерді азаматтық жынысына қарамастан барлық науқастарға гинекологиялық процедураларға қолжетімділікті қамтамасыз ету арқылы азайтуға болады. Репродуктивті денсаулық бойынша клиникалық нұсқауларға ТГА және БЕ адамдар үшін денсаулыққа қатысты компоненттерді енгізу қажет.

Түйін сөздер: трансгендеризм, транссексуализм, гендерлік сәйкессіздік, гендерлік дисфория, репродуктивті денсаулық, әлеуметтік-экономикалық кедергілер.

Reproductive Health of Transgender and Non-Binary People: A Case Series from Eastern Europe and Central Asia

Yana Kirey-Sitnikova

Research consultant, Eurasian Coalition for Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, Tallinn, Estonia.

E-mail: yana.kirey.sitnikova@gmail.com

Abstract

Objective: Collection of data on psychological, social, legal, and economic barriers faced by transgender (TG) and non-binary (NB) individuals when approaching reproductive healthcare in Eastern Europe and Central Asia.

Semi-structured interviews were conducted with TGL and NB who had experiences in reproductive healthcare.

Six interviews were conducted with respondents who had experiences of pregnancy (an undisclosed country in Central Asia), oocyte retrieval for impregnation of the partner (Russia), abortion (Kazakhstan), postponing hormone therapy to conceive a child in the future (Russia), endometrial ablation to stop menses (Georgia), and artificial insemination (Russia). TG with a male gender in identification documents and masculine appearance face difficulties when trying to make an appointment for gynecological procedures, as well as the lack of understanding on behalf of other patients. In order to avoid bureaucratic barriers and intolerant treatment, TG and NB have to turn to private clinics, resulting in high financial expenses. TG who have a male gender marker and gave birth cannot be designated as a father in the birth certificate. None of the respondents suffered from gender dysphoria because of stopping/postponing hormone therapy. One experienced gender dysphoria after treatment with feminizing hormone therapy.

Conclusion. The aforementioned legal barriers can be reduced by providing access to gynecological procedures for all patients irrespective of their gender marker. Clinical practice guidelines on reproductive health should be supplemented with information on TG and NB.

Keywords: transgender; transsexual; gender incongruence; gender dysphoria; reproductive health; socio-economic barriers