



Тренінговий модуль

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ
ТРЕНІНГУ ДЛЯ ЛІКАРІВ
З ТРАНСКОМПЕТЕНТІСНОГО
МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

Навчально-методичний посібник

Київ, 2024



Тренінговий модуль

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ
ТРЕНІНГУ ДЛЯ ЛІКАРІВ
З ТРАНСКОМПЕТЕНТІСНОГО
МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

Навчально-методичний посібник

Київ, 2024

Талалаєв К. О., Талалаєва О. П. Організація та проведення тренінгу для лікарів з транскопетентного медичного обслуговування: Навчально-методичний посібник (тренінговий модуль). — Київ: Альянс громадського здоров'я, 2024. — 80 с.

Рецензенти:

Миронюк Іван Святославович, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи Ужгородського національного університету;

Процюк Ольга Вікторівна, доктор медичних наук, професор, в.о. декана медичного факультету Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Автори посібника:

Талалаєв Костянтин Олександрович, доктор медичних наук, професор, магістр державного управління, проректор Одеського національного медичного університету з науково-педагогічної роботи, голова правління громадської організації «Медична правда».

Талалаєва Олена Петрівна, магістерка державного управління, ексдиректорка Одеського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, голова правління громадської організації «Молодіжний центр розвитку», керівниця національних та міжнародних гуманітарних проєктів і програм, спрямованих на захист прав і свобод різних верств населення.

Редактор: Мирослава Андрущенко

Літературний редактор: Оляна Чередниченко

Дизайн та верстка: Катерина Косьміна

Посібник адресовано:

- викладачам закладів вищої медичної освіти, які висвітлюють у своїй освітній діяльності питання організації якісної медичної допомоги та дотримання прав пацієнтів;
- слухачам факультетів післядипломної медичної освіти, фахівцям, які хочуть підвищити свій рівень обізнаності, навичок та вмінь стосовно якісного медичного обслуговування;
- отримувачам освітніх послуг у межах системи безперервного професійного розвитку для працівників сфери охорони здоров'я України;
- широкому колу лікарів, які зацікавлені надавати якісні медичні послуги дорослому населенню з урахуванням принципів рівності прав;
- здобувачам вищої медичної освіти;
- громадським активістам, які працюють над запобіганням дискримінації трансгендерних людей та формуванням демократичного толерантного ставлення суспільства до представників усіх спільнот.

ЗМІСТ

Термінологія, скорочення та умовні позначки	4
Розділ I. Вступна частина	10
Мотиваційна промова авторів	10
Загальна характеристика навчально-методичного посібника (модуля)	11
Про тренінг	12
Розділ II. Тренінгова частина	14
Тематичний план	14
Зразок програми одноденного тренінгу з транскопетентнісного медичного обслуговування	14
Хід тренінгу	16
Розділ III. Теоретична інформація. Матеріали для самостійної підготовки	47
Актуальність теми	47
Міжнародна класифікація хвороб	48
Історичні аспекти розвитку транс* культури	49
Етимологія термінів	52
Законодавчі підстави. Правові питання медичної діяльності	53
Дискримінація і способи протидії	57
Ключові групи	58
Медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти	60
Адвокація, комунікація і соціальна мобілізація	63
Клінічні протоколи надання медичної допомоги — українські та міжнародні	67
Розділ IV. Література	71
Додатки	79
Додаток 1. Дослідження стосовно рівності прав на отримання медичних послуг та якості медичної допомоги трансгендерним людям	79
Додаток 2. Результати незалежної експертної оцінки обґрунтування розробки та змісту концептуальної моделі системи транскопетентнісного медичного обслуговування	79
Додаток 3. Пояснювальна записка. Теорія і практика проведення тренінгів	79
Додаток 4. Етичний кодекс лікаря України	80
Додаток 5. Медичний перехід	80
Додаток 6. Концептуальна модель системи транскопетентнісного медичного обслуговування	80

Термінологія, скорочення та умовні позначки*

Адвокація — представництво інтересів певної категорії населення задля донесення актуальності проблеми цієї категорії до осіб, що ухвалюють рішення, та вплив на них з метою запровадження ефективних шляхів розв'язання сформульованої проблеми.

Адвокаційна кампанія — систематизований комплекс заходів у сфері адвокації, що поєднуються спільною метою і складаються з взаємопов'язаних та обмежених у часі дій, спрямованих на вплив на осіб, які ухвалюють рішення, з метою спонукання їх до ухвалення саме бажаних рішень.

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини.

Гендерна ідентичність — глибоке сприйняття особою внутрішніх та індивідуальних особливостей гендерної приналежності, що може як збігатися, так і не збігатися зі статтю, задокументованою при народженні, включаючи індивідуальне сприйняття свого тіла (за наявності вільного волевиявлення може супроводжуватися зміною зовнішності або фізіологічних функцій медикаментозними, хірургічними й іншими способами) та інші прояви, такі як одяг, артикуляція, манери.

Гендерна рівність означає, що різна поведінка, прагнення і потреби всіх людей, у тому числі транс* людей, цінуються рівною мірою, і що права, обов'язки й можливості особи не залежать від її статі чи гендеру; усі люди, незалежно від статі, гендерного самовираження, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації та всіх інших притаманних їм рис та/або особливостей, мають рівні права на охорону здоров'я, безпеку, гідність, незалежність і якісне медичне обслуговування.

Гендерне самовираження — зовнішнє вираження людиною маскулінності, жіночності або певної комбінації через вигляд (включно з одягом, зачісками й використанням косметики) та моделі поведінки.

Гендерний перехід (трансгендерний перехід) — процес зміни гендерної презентації та/або стевих рис відповідно до внутрішнього відчуття гендерної ідентичності — бути чоловіком, жінкою, небінарною особою чи гендерквіром. Індивідуальне відчуття гендерної ідентичності небінарних людей не можна охарактеризувати як виключно жіноче або чоловіче. Поняття не тотожне операції зі зміни статі.

* Деякі терміни тлумачаться авторами згідно рекомендованих до застосування у «Транс* глосарії» робочої групи транс* людей з питань ВІЛ та сексуального здоров'я у Східній Європі та Центральній Азії (РГТ), що була створена за підтримки Євразійської коаліції з чоловічого здоров'я (ЕКОМ).

Гендерна дисфорія — душевні страждання, пов'язані з досвідом власної гендерної ідентичності пацієнта, що не відповідає фенотипу або статевій чи соціальній ролі, як правило, пов'язаній із цим фенотипом.

Гендерно підтверджувальна допомога — згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я охоплює низку соціальних, психологічних, поведінкових і медичних втручань, «створених для підтримки та підтвердження гендерної ідентичності особи, коли вона суперечить гендерній приналежності при народженні.

ГО — громадська організація.

Громадянське лобювання — просування рішень, важливих для певних когорт, спільнот, суспільства в цілому, представництво інтересів осіб або соціальних груп, які не мають безпосереднього доступу до процесу ухвалення рішень.

GAMST — гендерно підтверджувальне медикаментозне та хірургічне лікування.

Дискримінація — явище обмеження людини у визнанні, реалізації або користуванні встановленими законом правами й свободами. Поняття охоплює як індивідуальну дискримінацію однієї людини іншою, так і групову — дискримінацію однієї групи людей іншими.

ЗОЗ — заклад охорони здоров'я.

ІПОІЛ — індивідуальний план обстеження і лікування.

ІПСШ — інфекції, що передаються статевим шляхом.

Камінг-аут — добровільне усвідомлене публічне визнання людиною своєї статевої орієнтації чи гендерної належності.

Ключові групи населення (КГ) — певні групи, які через специфічну поведінку мають підвищений ризик інфікування ВІЛ незалежно від типу епідемії чи місцевого контексту. Крім того, вони часто мають юридичні й соціальні проблеми, пов'язані з поведінкою, що підвищує їхню вразливість до ВІЛ.

Клінічний маршрут пацієнта (КМП) — документ, частина уніфікованого клінічного протоколу, що являє собою алгоритм дій медичного персоналу й схему руху пацієнта структурними підрозділами, залученими до надання допомоги конкретному пацієнтові.

Компетентність — набута в процесі навчання інтегрована характеристика особистості, складається зі знань, досвіду, цінностей і ставлення, що можуть цілісно реалізовуватися на практиці.

Компетенція — особиста здатність лікаря застосовувати знання, навички, досвід у конкретних умовах, досягнувши при цьому максимально позитивного результату.

Комунікація — обмін інформацією шляхом застосування вербальних і невербальних інструментів, за допомогою яких передаються дані для ухвалення та впровадження ефективних рішень.

Кросдресинг — носіння одягу й інше самовираження у гендерній ролі, яка в певній культурі більш притаманна протилежній статі.

ЛВІН — люди, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини.

ЛГБТ — акронім для позначення когорт лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерів; може стосуватися будь-кого, хто не є гетеросексуалом або цисгендером, а не виключно людей, які є лесбійками, геями, бісексуалами чи трансгендерами.

Лікарі ЗП-СЛ — лікарі загальної практики — сімейні лікарі.

ЛЖВ — люди, які живуть з ВІЛ.

Медична допомога — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику й лікування хвороб, травм, отруень і патологічних станів, супровід вагітності й пологів.

Медичне обслуговування — діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів і фізичних осіб — підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.

МКХ — Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

Небінарна гендерна ідентичність (небінарний гендер) — спектр гендерних ідентичностей, що перебувають «під парасолькою» поняття трансгендерності, відмінних від бінарного чоловічого й жіночого гендерів. Носії небінарних ідентичностей називаються небінарними людьми або гендерквір. У небінарних людей ідентичність може просто виходити за межі традиційної бінарної гендерної системи, бути комбінацією чоловічого та жіночого гендеру (бігендерність, тригендерність), бути мінливою з часом (гендерфлюїдність), або повністю бути відсутньою (агендерність).

НУО — неурядова організація.

Патерн — шаблон.

Пацієнт — фізична особа, яка звернулася по медичну та/або реабілітаційну допомогу або медичну послугу та/або якій така допомога чи послуга надається.

Послуга медичного обслуговування населення (медична послуга) — послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнти.

ПТВ — послуги з тестування на ВІЛ.

СОГІ — сексуальна орієнтація та/або гендерна ідентичність.

СЗІЗ — соціально значущі інфекційні захворювання.

СНІД — синдром набутого імунодефіциту.

СМД-8 — стандарти медичної допомоги трансгендерам та гендерно різноманітним людям СПАТЗ, версія 8.

Соціальна мобілізація — активне залучення усіх верств населення до вирішення проблем певних груп, які мають істотне значення для суспільства в цілому.

Соціальний перехід — сукупність процесів і процедур, що містять косметичні, соціальні й законодавчі зміни без урахування медичних втручань. Люди, які перебувають на етапі соціального переходу, можуть закликати називати їх іншим іменем і займенниками, іноді вони юридично змінюють своє ім'я.

СП — секс-працівники.

СПАТЗ (WPATH) — Світова професійна асоціація трансгендерного здоров'я.

Спільноти — групи людей, які мають спільні інтереси, проблеми або ідентичність.

Стать:

а) сукупність ознак кожної людини, порівняння котрих з унормованими статистичними показниками дає змогу визначити новонародженій дитині чоловічу або жіночу стать;

б) одна з ознак людини, яка застосовується з метою опису статевої структури популяції в демографічних дослідженнях, серед іншого. Вивчаючи населення, різні науки виокремлюють свої класи характеристик, до яких належать аскринтивні (фіксовані при народженні) біологічні характеристики: стать, вік і деякі інші — расова належність, етнічна належність та ін.;

в) комплекс морфофункціональних ознак людини, що детермінують її особистісний статус як чоловіка чи жінки. Характеристики статі, в тому числі ідентичності, котрі в силу стереотипів асоціюються із задокументованою при народженні статтю, є загальним та різноманітним в багатьох культурах людським феноменом, який не слід розглядати як по суті патологічний або негативний.

Стать біологічна — визначається як сукупність анатомічних, фізіологічних, біохімічних та генетичних характеристик, що відрізняють чоловічий організм від жіночого, здатних застосовуватися окремо або в комплексі для ідентифікації і розрізнення чоловіка й жінки.

Стать генетична або **хромосомна** — визначається комбінацією статевих хромосом: XY у чоловіків, XX у жінок; людина успадковує генотип від батьків.

Стать фенотипова (морфологічна) — сукупність ознак і властивостей організму, що проявляються після народження дитини протягом її розвитку і дорослішання та слугують

індикаторами при віднесенні особи до чоловічої або жіночої статі (геніталії за чоловічим або жіночим типом, розвиток молочних залоз (грудей), наявність вусів і бороди, зріст, вузькі або широкі талія і стегна, об'єм м'язів тулуба, кадик тощо).

Стать гонадна — визначається за наявністю і функціонуванням в організмі людини яєчок або яєчників.

Стать гормональна — визначається за домінуванням рівня певних статевих гормонів в організмі.

Стать генітальна — визначається лише за первинними статевими ознаками: пеніс — чоловіча стать, вагіна — жіноча стать; вторинні статеві ознаки не є показником статі, вони лише відображають напрямок перебігу процесу статевого дозрівання.

Стать документальна / паспортна* — визначається у перші хвилини життя новонародженої дитини після її візуального огляду медичним працівником.

Транс* — застосування зірочки (*) після слова «транс» вказує на те, що спільнота наголошує на необмеженій кількості гендерних ідентичностей, які не завжди пов'язані з бінарними варіаціями фемінності / маскулінності та потребою у медичних втручаннях.

Трансгендерність — збірний термін для позначення явищ незбігу гендерної ідентичності або гендерного вираження із біологічною статтю [1] чи розбіжності соціальної статі (гендеру) та біологічної статі людини. Трансгендерність не визначає сексуальної орієнтації людини. Навпаки, трансгендерність не залежить від сексуальної орієнтації: трансгендерні люди можуть ідентифікувати себе як гетеросексуали, гомосексуали, бісексуали тощо [2]. Трансгендерність описує спектр гендерного досвіду людини та не є діагнозом.

ТГГНКЛ — трансгендерні та гендерно неконформні люди.

Трансгендерна жінка (ТЖ) — особа, стать якої при народженні була визначена як чоловіча, але яка ідентифікує себе жінкою.

Трансгендерний перехід — сукупність процедур і визначених законодавством дій, що мають виконати трансгендерні люди для приведення у гармонійну відповідність своїх відчуттів і документів, тобто перехід від однієї гендерної ролі, пов'язаної зі статтю, зазначеною під час народження, до іншої. Перехід може включати застосування гормональних препаратів з метою фемінізації або маскулінізації тіла, інших медичних процедур та/або операцій.

* Відповідні записи про визначення статі новонародженої дитини медичні працівники вносять до форми № 103/о (згідно з Наказом МОЗ від 08.08.2006 р. № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті» (форма № 103/о «Медичне свідоцтво про народження») [3] та форми № 112/о (згідно «Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини № ___» (затверджена Наказом МОЗ від 28.07.2014 р. № 527) [4]. Зкладами охорони здоров'я та фізичними особами — підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, якими внесено медичні висновки про народження до Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я форма № 103/о не ведеться (Пункт 1.1 розділу 1 доповнено новим абзацом згідно з Наказом МОЗ від 18.09.2020 р. № 2136). Перший примірник медичного свідоцтва про народження видається будь-кому з батьків або іншим особам, які будуть провадити реєстрацію народження дитини, другий примірник медичного свідоцтва про народження залишається в закладі охорони здоров'я.

Трансфобія — упередження та/або вороже ставлення щодо людей, чия гендерна ідентичність або гендерне вираження не відповідає стереотипним соціальним нормам і очікуванням, що включає різні форми дискримінації, криміналізації, патологізації та стигматизації і проявляється різними способами — від соціального обмеження до принизливих образ і фізичного насильства.

ТГР (трансгендери та гендерно-різноманітні люди) — термін застосовується у найширшому та всеосяжному значенні для опису представників різноманітних спільнот людей з гендерними ідентичностями та їх експресією, яка відрізняється від притаманної певній статі, задокументованій при народженні.

Трансгендерний чоловік (ТЧ) — особа, стать якої при народженні була визначена як жіноча, але яка ідентифікує себе чоловіком.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія» (УКПМД) — нормативний акт галузевого рівня, що розробляється на основі клінічних настанов з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я, а в разі наявності стандарту медичної допомоги — відповідно до нього. Покроково визначає процес надання медичної допомоги, обсяг і її результати при певному захворюванні, затверджується Міністерством охорони здоров'я.

ЦКПХ — Центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України.

Цисгендер — людина, чия гендерна ідентичність та гендерне самовираження збігаються з її визначеною біологічною статтю.

ЧСЧ — чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками.

ЮНЕЙДС — Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД, об'єднання органів ООН, створена для всебічної, скоординованої боротьби в глобальному масштабі з епідемією ВІЛ і СНІДу та її наслідками

Якість життя — складний термін, що містить сукупність психічного, фізичного та соціального здоров'я в умовах впливу від двосторонньої взаємодії індивіда з його оточенням.

Якість медичного обслуговування — наслідок стану, за якого ресурси організуються так, щоб максимально ефективно й безпечно задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільше потребує допомоги, проводити профілактику й лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

РОЗДІЛ І.

ВСТУПНА ЧАСТИНА

Мотиваційна промова авторів

Вимоги відповідності стандартам високої якості медичної допомоги, задоволення користувачів отриманими медичними послугами — це принципи з багаторічною історією, на яких ґрунтуються сучасні теоретичні й практичні медичні дисципліни.

У навчально-методичному посібнику з організації і проведення тренінгу для лікарів з транскомпетентнісного медичного обслуговування (тренінговому модулі) розглядаються різні аспекти й механізми забезпечення **рівних прав на отримання якісних медичних послуг** у відповідь на обґрунтовані потреби клієнтів та пацієнтів щодо охорони здоров'я.

Основні наголоси авторами зроблено саме на питаннях **якісного медичного обслуговування** (з медичною допомогою в тому числі).

Шановні читачі не побачать тут тез про особливості діагностики нозологічних форм або переваги одних схем лікування над іншими, але знайдуть багато корисної професійної інформації про **способи оптимізації сфери охорони здоров'я** та запровадження **сучасної концептуальної моделі надання медичних послуг** для трансгендерних людей, що сприятиме формуванню якісної повноцінної культури стосунків медиків з клієнтами, які отримують медичні послуги.

- У цьому виданні автори ставили за мету не агітацію за уподобання інших людей, а адвокацію прав кожної людини на повагу і всеосяжне та якісне медичне обслуговування.
- За основу нами взято постулат: кожна людина є цілісною особистістю, яка має право на реалізацію своїх бажань у межах, встановлених законодавством, у тому числі відрізнитися від інших.
- Кордони відмінностей кожна та кожний Homo sapiens можуть обирати собі самі за умови беззаперечної поваги до прав суспільства.

Вищенаведене є, на наш погляд, сутністю культури взаємодій у сучасному демократичному суспільстві. Саме про те, як до цього ще більше наблизитися Україні, і йдеться далі в посібнику.

Одна з важливих цінностей, яку транс* люди шукають серед співробітників сфери охорони здоров'я — поєднання у медичних працівників культуральних і медичних компетентностей, спрямованих на організацію ефективного спілкування в умовах забезпеченої різномірної, в тому числі гендерно орієнтованої, безпеки.

Усі клієнти й користувачі медичних послуг мають відчувати рівне ставлення і повагу незалежно від їхніх уподобань. На наш погляд, більш перспективна та ефективна — модель формування серед медичних працівників культури соціально-перцептивних компетентностей (емпатії, толерантності) до всіх верств населення, аніж створення окремих умов для транс* людей, як то спеціальні клініки, виділені години прийому або інші «вигоди». Не має бути штучної ізоляції транс* людей чи представників інших груп населення, які всі є рівноправними членами суспільства.

Здоров'я популяції як один з показників сталого розвитку суспільства досягається завдяки грамотній державній політиці, реформам законодавства і сприянню рівноправності всіх, у тому числі і ТГР людей, а також викоріненні упередженого ставлення, стигматизації і дискримінації, розвитку високого рівня толерантності. Фахівці, які надають медичні послуги ТГР людям, мають бути важливою ланкою в загальній системі адвокації стосовно покращення доступу до безпечної та ефективної медичної допомоги з урахуванням потреб користувачів медичних послуг.

Загальна характеристика навчально-методичного посібника (модуля)

Навчально-методичний посібник з організації і проведення тренінгу для студентів-медиків і лікарів з транскомпетентнісного медичного обслуговування (тренінговий модуль) складається з трьох основних розділів, переліку використаної літератури та пропонування до подальшого вивчення джерел, додатків. З метою більш ефективного сприйняття матеріалу, тренінгову частину відокремлено від теоретичної, але всі розділи тісно пов'язані між собою контентом і перехресними посиланнями. У додатках розміщено довідкову інформацію, яка також використовується під час тренінгових занять.

Тренінговий модуль — інструмент, завдяки застосуванню якого планується досягнення таких **цілей**:

- інформування;
- адвокація;
- формування культури;
- розвиток емпатії;
- сприяння змінам ставлення і професійної поведінки;
- становлення компетентнісного підходу до медичного обслуговування.

Сучасна медична освіта стосовно допомоги ТГР людям складається з короткострокових педагогічних втручань переважно в курсах психіатрії, ендокринології, коригувальної хірургії, заснованих на формуванні обізнаності й культури ставлення, які концептуально демонструють незначні короткострокові покращення, але методологічно недосконалі. Консенсус у доступній літературі підтримує освітні зусилля щодо переходу до педагогічних втручань, які є довгостроковими, інтегрованими та інституціоналізованими. Автори пропонують низку рекомендацій для подальшого утвердження і спрямування такої ініціативи.

Про тренінг

Методологічне підґрунтя інформаційно-освітньої діяльності — **інтерактивний тренінговий підхід у навчанні**, який довів свою ефективність порівняно з класичними формами навчання дорослих.

Програма тренінгу передбачає:

- прослуховування теоретичних інформаційних повідомлень;
- участь у виконанні практичних вправ;
- самостійне опанування певних розділів.

Мета тренінгу: сприяти актуалізації знань учасників, формуванню культури, набуттю компетентностей, необхідних для підготовки та самостійного проведення тренінгів на подібну тематику та якісного виконання своїх професійних обов'язків.

Завдання тренінгу:

- підвищити рівень інформування студентів медичних навчальних закладів і лікарів про способи покращення якості послуг, що надаються в ЗОЗ;
- сприяти формуванню в учасників емпатичного ставлення до клієнтів (пацієнтів) незалежно від специфіки нозологічних форм;
- сприяти поглибленню рівня знань учасників про сутність трансгендерності, основні антидискримінаційні заходи, підхід транскопетентнісного медичного обслуговування;
- відпрацювати навички, необхідні для запобігання дискримінації, організації і впровадження толерантного підходу в ЗОЗ;
- покращити рівень володіння учасників комунікативними навичками задля плідного спілкування під час групових обговорень або професійних діалогів.

Знання	Вміння	Можливості
<ul style="list-style-type: none">▶ про способи підвищення якості медичних послуг, що надаються в ЗОЗ;▶ про особливості формування емпатичного ставлення до отримувачів медичних послуг незалежно від специфіки нозологічних форм;▶ про основи теорії комунікацій, особливості встановлення психологічного контакту;▶ про сутність трансгендерності, основні антидискримінаційні заходи.	<ul style="list-style-type: none">▶ розпізнавання ознак стигматизації та дискримінації;▶ підготовка до зустрічей з клієнтами та планування подальшої діяльності;▶ робота з ЗОЗ, які мають потенціал в залученні до мережі, стосовно запровадження принципів якості;▶ комунікативні техніки, необхідні для порозуміння та можливої взаємодії між учасниками «груп якості».	<ul style="list-style-type: none">▶ завдяки навчальним вправам долучитися особисто до всіх етапів діяльності з попередження дискримінації серед клієнтів ЗОЗ;▶ проаналізувати актуальні для транс*спільноти проблемні ситуації, з якими люди стикаються в реальному повсякденному житті;▶ усвідомити можливості адвокаційного впливу на виклики, опанувати здатність брати участь в плануванні та організації кампаній.

Тренінг може бути рекомендований у повному обсязі (бажано)
або у скороченому вигляді (окремі теми).



Вимоги до тренерів: важливо, щоб до тренерської команди під час кожного тренінгу входило **кілька висококласних фахівців** і за можливості хоч один з них був експертом — **представником спільноти**. У тренерів-лікарів неодмінно має бути як досвід співпраці з цільовою групою, так і практика тренерської / викладацької діяльності. Тобто людина, яку запрошують вести тренінг, має бути здатна не лише ефективно доносити інформацію слухачам, а й переконувати та мотивувати на певні зміни ставлення і поведінки. Якщо є можливість, слід залучати представників спільноти також як учасників під час виконання певних групових завдань, обговорення сенситивних питань або обміну досвідом на кшталт «живої книги».



З огляду на те, що лікарі, на відміну від студентів, уже мають певний практичний досвід, пропонуємо акцентувати увагу під час роботи на тренінгу з лікарями на обміні досвідом. А студентству можна пропонувати в цей час більш поглиблено вивчати теоретичну частину за наставницької підтримки досвідчених тренерів.

РОЗДІЛ II.

ТРЕНІНГОВА ЧАСТИНА

Тематичний план

Загальна кількість годин — 30:

- аудиторні заняття* — 9 год.
- самостійна робота — 21 год.

	Назва розділів і тем	Всього	Аудит	Самостійна робота
1	Актуальність теми. Історія проблеми. Сучасні налаштування сфери охорони здоров'я в Україні.	4	1	3
2	Сутність транскопетентнісного підходу. Законодавче підґрунтя. Правові питання. Дискримінація і способи протидії.	6	2	4
3	Ключові групи. Медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти.	5	2	3
4	Адвокація і соціальна мобілізація. Посилення можливостей і розширення прав транс* спільнот.	7	2	5
5	Концептуальна модель транскопетентнісного медичного обслуговування — теорія і практичне застосування. Плани на майбутнє.	8	2	6

Зразок програми одноденного тренінгу з транскопетентнісного медичного обслуговування



Задля якісної підготовки й проведення сесій тренерам бажано попередньо ознайомитися з відповідними теоретичними матеріалами, що наведені у Розділі III тренінгового модуля.

* Аудиторні заняття — навчання, реалізоване у формі соціально-психологічного тренінгу, в якому інтегровано використані елементи лекції («міні-лекції», ілюстровані слайдами, відеоматеріалами, роздатковими матеріалами для надання певних знань), семінарських (опрацювання навчального матеріалу, його обговорення в групах, групова рефлексія) та практичних (тренінгові вправи, рольові та ділові ігри для формування та закріплення практичних умінь і навичок) занять.

Мета тренінгу: формування у лікарів культури транскопетентнісного медичного обслуговування.

Завдання:

1. Надати учасникам інформацію про стать, гендер, трансгендерність, особливості гендерної самоідентифікації.
2. Підвищити рівень розуміння необхідності недискримінаційного ставлення до всіх клієнтів незалежно від приводу, з якого вони звертаються на консультації.
3. Мотивувати присутніх змінити ставлення до клієнтів у плані культури спілкування.
4. Покращити компетентнісні навички в медичному обслуговуванні з особливим акцентом на трансгендерних людей.

Ресурси / матеріали: для кожного учасника — бейджі, блокноти для нотаток, олівці або кулькові ручки, ноутбук; проєктор, екран для проєктора, підставка до фліпчарту та аркуші для нього або аркуші формату А1 (з розрахунку мінімум по одному на кожного учасника групи), два набори маркерів різних кольорів (червоний, жовтий, зелений, синій), клейка стрічка (скотч), ножиці, клейкі паперові стикери різних кольорів, невеликий гумовий м'ячик (на зразок тенісного).

Орієнтовна програма одноденного тренінгу

Час	Тема
9:00–9:15	Привітання учасників тренінгу. Представлення тренерів.
	Обговорення порядку денного й регламенту роботи.
	Мета й завдання тренінгу.
9:15–9:25	Визначення правил роботи групи — виконання вправи «Правила групи».
9:25–9:40	Знайомство групи — виконання вправи «У дитинстві я хотів / хотіла бути...»
9:40–9:50	Збір очікувань і побоювань учасників — виконання вправи «Трамвайна зупинка».
9:50–10:00	Вхідна оцінка знань — виконання вправи «Анкетування».
10:00–10:20	Інформаційний блок «Актуальність теми. Історія проблеми».
10:20–10:40	Групова дискусія «Сучасні налаштування сфери охорони здоров'я в Україні. Сутність транскопетентнісного підходу».
10:40–11:00	Виконання вправи «Ділова розмова про секс».
11:00–11:20	Інформаційний блок «Законодавчі підстави. Правові питання, що супроводжують медичну діяльність».
11:20–11:35	Кава-брейк.
11:35–11:55	Виконання вправи «Безперервне оновлення».
11:55–12:15	Інформаційний блок «Дискримінація і способи протидії».
12:15–13:00	Вправа «Невідкладна операція».
13:00–14:00	Перерва на обід.
14:00–14:15	Ігрова розминка «Об'ява».
14:15–14:55	Мозковий штурм «Ключові групи. Медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти».
14:55–15:15	Групова вправа «Адвокація і соціальна мобілізація. Посилення можливостей і розширення прав транс* спільнот».
15:15–15:30	Кава-брейк.

Час	Тема
15:30–16:00	Групова вправа «Глибина емпатії».
16:00–17:15	Концептуальна модель транскомпетентнісного медичного обслуговування — теорія і практичне застосування. Особливості застосування уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія» (УКПМД). Обговорення майбутньої діяльності.
17:15–17:30	Виконання вправи «Діймо». Підбиття підсумків тренінгу.
17:30–17:40	Вихідна оцінка знань — виконання вправи «Анкетування».
17:40–17:50	Зворотній зв'язок від учасників — заповнення оціночних форм.
17:50–18:00	Урочисте вручення сертифікатів. Групове фотографування.

Хід тренінгу



1. Привітання учасників тренінгу. Представлення тренерів. Обговорення порядку денного й регламенту роботи. Мета і завдання тренінгу.

Тривалість: 15 хвилин.

Кількість учасників: уся група.



До уваги тренера (тренерів). Тренерам варто з перших хвилин зустрічі з учасниками тренінгу будувати позитивну групову динаміку й почати з привітання і представлення себе — голосно й розбірливо назвати повне ім'я та прізвище, бажане ім'я для звернень протягом тренінгу (якщо є), повідомити про найбільш цікаві й важливі для конкретної групи досягнення в освіті та досвід роботи. Тренерам не слід демонструвати перевагу над присутніми — по-перше, це нечестно й не сприятиме командоутворенню, а також може викликати в деяких учасників страх, хибне відчуття власної меншовартості та перешкодити подальшому спілкуванню.

Чітке оприлюднення порядку денного дасть змогу запобігти в подальшому непорозумінням і уникнути невідповідності попередніх очікувань учасників тому, що вони побачили або в чому взяли участь під час тренінгу.

Детальне пояснення мети й завдань з перших хвилин тренінгу сприяє налаштуванню учасників на робочий лад.



2. Визначення правил роботи групи — виконання вправи «Правила групи»

Тип вправи: командоутворювальна.

Мета вправи: прийняття групою правил взаємодії та роботи протягом тренінгу.

Тривалість: 10 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: аркуші паперу формату А1, кольорові маркери, канцелярські кнопки або клейка стрічка (скотч).

Хід вправи: тренер пропонує учасникам поміркувати й запропонувати важливі на їхній погляд правила, дотримання яких під час тренінгу покращить якість групової роботи. Після внесення пропозиції щодо чергового правила воно записується і групі пропонується прийняти його: «Правило приймається? Приймається. Дякую!». Правила можна занотувати словами або застосовувати загальнозрозумілі символи.

Правила бажано включати до переліку за умови, що вони всі відповідають ненасильницькій дружній атмосфері й не суперечать іншим правилам, а група віддає більшість голосів за їхнє прийняття.

Якщо хтось з учасників не згоден з певними пропозиціями стосовно правил, тренерам слід детально пояснити, що дотримання правила буде корисне всій групі для досягнення загальної мети тренінгу. Можна попросити підтримки групи. Якщо людина заперечує і взагалі не сприймає наведених аргументів, тренер може запропонувати покласти на його особистий досвід та запросити прийняти правило. Пізніше можна буде обговорити його доцільність.



Порада тренерам. Важливо, щоб усі учасники погодилися з кожним із запропонованих правил. Розробка й затвердження правил разом з усіма учасниками створює атмосферу спільних зусиль, а не нав'язаних розпоряджень. Трохи згодом це буде позитивно оцінено аудиторією.

Приклади пояснень певних правил групи

Правило	Приклад пояснення
Цінувати час	Зверніть увагу на наш порядок денний. Він дуже насичений різними заходами. Ми маємо за короткий час розглянути важливі проблеми й опанувати способи впливу на ситуації. Тому пропоную прийняти правило, що заохочує нас бути уважними, не відволікатися від запланованих тем у відведений для кожної вправи час.
Правило ввічливості	Висловлювати свої думки по черзі, не перебиваючи одне одного. Нас на тренінгу багато, думка кожного учасника важлива і є необхідною умовою для обміну досвідом.
Можливість висловлюватися кожному	Учасників на тренінгу багато, але думка кожного цінна й необхідна для наповнення нашої спільної скарбнички успіхів. Говорімо коротко й не часто, даймо можливість висловитися й іншим.
Говорити від власного імені	Не узагальнювати й оприлюднювати власні думки або ділитися реальним власним досвідом.
Позитивне ставлення	Висловлювати ідеї і пропонувати ефективні дії, нові нестандартні рішення, робити власні реальні кроки на шляху до успіху.
Ввічливе ставлення до думок інших	Толерантне й шанобливе ставлення до чужих думок і висловлювань. Не заперечувати чужих думок, кожна продуктивна думка має право на існування.
Шаноба до гендерної різноманітності	Поважаємо статеві вподобання як свої, так і інших людей, не утискаємо нічийх прав. Забороняємо образливі висловлювання і жарти щодо статей та гендерів. Погоджуємося застосовувати жіночі закінчення слів і жіночі визначення, коли говоримо про жінку, і чоловічі закінчення та визначення, коли йдеться про чоловіка. Не будемо соромитися промовляти «учасниця» і «учасник», «кожна» та «кожен» тощо.
Не заважати іншим	Мінімізувати спілкування із «зовнішнім світом» під час участі в тренінгових сесіях. Встановити на пристроях зв'язку такі сигнали, які не будуть турбувати й відвертати увагу інших учасників тренінгу.

Правило	Приклад пояснення
Відсутність стигматизаційних та дискримінаційних тверджень	Учасники погоджуються запобігати вживанню принизливих чи образливих висловлювань щодо присутніх або певних явищ узагалі.
Конфіденційність	Будь-які отримані на тренінгу сенситивні відомості, зокрема добровільно розкриті присутніми інформація про особисте життя, мають залишатися конфіденційними.



Порада тренерам. Наприкінці виконання вправи варто подякувати кожному з учасників групи за запропоновані й прийняті правила. Після голосування і фінального прийняття «правил групи» бажано прикріпити аркуш з правилами на видному місці, щоб вони були доступні протягом усього тренінгу.



3. Знайомство групи — виконання вправи «У дитинстві я хотів / хотіла бути...»

Тип вправи: «криголам».

Мета: сприяти знайомству учасників тренінгу між собою; створити можливість розділитися кожного в оптимістичному позитивному вигляді; дати зрозуміти, що всі на тренінгу мають цінність для групи однаковою мірою.

Тривалість: 15 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: для вправи потрібен маленький гумовий м'ячик або інший предмет, який зручно кидати й ловити в межах кімнати.

Хід вправи: учасники сідають на стільці у велике коло. Тренер кидає м'яч одному з учасників і ставить запитання на кшталт: «Ким ви хотіли бути в дитинстві й чому?», «Чи збулися ваші дитячі мрії?», «Ким працюєте зараз?», «Яким ви бачите свій професійний розвиток через п'ять або десять років?», «Які ваші риси характеру можуть бути корисними на сьогоднішньому тренінгу?», «Чим ви можете допомогти іншим учасникам групи?», «Який яскравий досвід або знання ви хочете передати іншим присутнім на тренінгу людям?». Отримавши м'яча, учасник називає своє ім'я, відповідає на запитання, потім кидає м'ячик наступному гравцю на свій вибір. Гра триває, доки всі члени групи (тренери в тому числі!) відрекомендуються.



Порада тренерам. Перед початком виконання вправи бажано вивести на екран або написати на великому аркуші паперу / дошці приклади запитань учасникам. Якщо хтось бажатиме, може використовувати запитання з числа наведених прикладів. Подякуйте кожному з учасників вправи. Наголосіть, що мета вправи — не просто дізнатися, як кого звати, а продемонструвати всім членам групи цінність кожного учасника, мотивувати на успіх тренінгу.



4. Збір очікувань та побоювань учасників — виконання вправи «Трамвайна зупинка»

Тип вправи: командоутворювальна.

Мета: створити можливість учасникам сформулювати свої очікування і побажання стосовно досягнення мети тренінгу, поділитися можливими особистими уподобаннями щодо проголошеного змісту заходу, а також висловити можливі побоювання щодо участі в заході.

Тривалість: 10 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: кулькові ручки; маркери; три аркуші паперу формату А1, кнопки канцелярські або клейка стрічка (скотч), стикери паперові клейкі різних кольорів.

Хід вправи: тренер ставить запитання учасникам: «Що роблять люди, коли очікують трамвай на зупинці?» та дає можливість всім подумати й відповісти.

Далі тренер пропонує розділитися на 3 групи з приблизно рівною кількістю учасників.

У різних кутах тренінгової зали тренерам слід закріпити великі аркуші паперу із заздалегідь зробленими написами назв зупинок — «ТЕОРІЯ», «ПРАКТИКА», «ВІДЧУТТЯ». Окремо слід закріпити аркуш із написом «ПОБОЮВАННЯ».

Кожна з трьох підгруп займає місце біля одного з аркушів (зупинки) і записує все, що очікує отримати від тренінгу, із застосуванням методу «мозкового штурму».

«ТЕОРІЯ» — яку інформацію присутні хочуть почути; «ПРАКТИКА» — що хочуть навчитися робити; «ВІДЧУТТЯ» — які емоції бажають пережити.

За сигналом тренера «Трамвай приїхав» усі групи переходять до наступної «зупинки» — аркуша. Якщо певна пропозиція вже занотована попередньою підгрупою, то повторюватися не потрібно. Бажано додавати унікальні ідеї.

На аркуш із написом «ПОБОЮВАННЯ» тренер запрошує розмістити кольорові стикери із зазначеними побоюваннями або сумнівами стосовно тренінгу, якщо такі є в учасників.



Порада тренерам. Після закінчення виконання вправи слід запросити добровольця з числа учасників голосно прочитати результат роботи груп на «зупинках» та окремо побоювання. У разі появи некоректних, стигматизуючих висловів тренер має зупинити дискусію, наголошувати на дотриманні прав кожного учасника групи та вносити корективи у нетактовні висловлювання. Можна ставити додаткові запитання групам на кшталт: «У чому відчувалися труднощі під час виконання завдання?», «Які емоції у вас переважали під час виконання вправи?», «Що найбільше сподобалося у цій вправі?». Важливо, щоб аркуші висіли на видних місцях протягом усього тренінгу. Наприкінці тренінгу варто знову до них звернутися та разом із учасниками впевнитися, що не залишилося жодного запису без відповіді.



5. Вхідна оцінка знань — виконання вправи «Анкетування»

Тип вправи: тематична.

Мета вправи: визначити на початку тренінгу наявність в учасників певних знань і вмінь стосовно медичного обслуговування трансгендерного контингенту. Ця інформація буде базовою для порівняння із рівнем знань і вмінь наприкінці тренінгу.

Тривалість: 10 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: кулькові ручки; примірник роздрукованого питальника для кожного члена групи.

Хід вправи:

1. Кожного учасника просять анонімно заповнити наданий примірник питальника. Ім'я та прізвище вказувати не потрібно.
2. Кожному учаснику варто зробити на питальнику свою особисту позначку, щоб вони самі змогли знайти наприкінці дня серед інших свій аркуш.
3. Після заповнення тренерська команда збирає питальники для подальшого детального вивчення.



Порада тренерам. Подякуйте всім, що виконали вправу. Проаналізувавши відповіді на запитання, тренери, за потреби, можуть внести певні зміни до порядку денного або наголосити на питаннях, які будуть визначені пріоритетними після анкетування.

Приклад питальника для анкетування:

Шановні учасники тренінгу!
Запрошуємо відповісти на 10 нескладних запитань.
Результати відповідей ми використаємо
для кращого розуміння потреб групи в інформації та компетенціях

1. Дискримінація, на мою думку, — це
2. Поясніть, будь-ласка, чим відрізняються поняття «трансгендер» і «кросдресер»
3. Що таке «гендерний перехід»?.....
4. Що означає поняття «камінг-аут»?
5. Фактори, що спричиняють стигматизацію трансгендерних людей:.....
6. Чи вважаєте ви за потрібне депатологізувати трансгендерність?.....
7. Медична допомога — це
8. Чим відрізняються поняття «клієнт» і «пацієнт»?
9. Медичне обслуговування — це
10. Чи згодні ви, що трансгендерна людина в новому колективі неодмінно має відверто декларувати свої вподобання?.....



6. Інформаційний блок «Актуальність теми. Історія проблеми»

Хід вправи: тренер виголошує інформаційне повідомлення для присутніх. Детальнішу інформацію для підготовки повідомлення на тему блоку тренери можуть отримати в Розділі III на сторінці [47](#).

Тривалість: 20 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: блокноти, кулькові ручки.



Сфера охорони здоров'я трансгендерів — міждисциплінарна сфера, що стрімко розвивається. За останні кілька років у всьому світі спостерігалося безпрецедентне збільшення кількості трансгендерів і людей із гендерним різноманіттям, які шукають підтримки й гендерно підтвердженого медичного обслуговування [7].

Оцінки частки трансгендерних і гендерно різноманітних осіб у всьому світі коливаються від 0,6% до 3% і зросли за останні роки [8].

Дедалі більше досліджень висвітлює нерівність у доступі до сфери охорони здоров'я, з якою стикаються трансгендерні особи, і ще більше підкреслює потребу в тому, щоб медичні працівники пройшли належну підготовку для надання допомоги цій групі населення. Транскомпетентна освіта в сфері охорони здоров'я може надати лікарям можливість визначати та змінювати системні перешкоди для допомоги, що спричиняють нерівність у доступі до послуг системи охорони здоров'я, а також покращувати знання про види спеціальної допомоги [9].

ТГР відчувають високий рівень дискримінації під час звернень по медичну допомогу, що спричиняє у них гірший стан здоров'я порівняно з населенням у цілому та представниками інших спільнот [10], вони стикаються з численними бар'єрами в медичній допомозі, згідно з даними систематичного дослідження 2019 р., яке показало, що 27% (діапазон, 19%–40%) було відмовлено в лікуванні медичним працівником [11]. Дослідження 2018 р. серед лікарів первинної медичної допомоги показало, що 85% з них висловлювали готовність надавати медичні послуги трансгендерам та людям з гендерним різноманіттям, але 52% не були знайомі з рекомендаціями щодо охорони здоров'я для трансгендерів та людей із гендерним різноманіттям [12].

Відсутність транскомпетентності в ЗОЗ означає, що транс* людям відмовляють у доступі до належних гендерно орієнтованих приміщень, гендерно підтверджувального одягу, медикаментів, пов'язаних з перехідним періодом, і адекватного медичного обслуговування.

Історично склалося так, що багато медичних систем, у тому числі підтримуваних ВООЗ, класифікували трансгендерність як певний стан психічного здоров'я. Проте розвиток наукового розуміння поняття гендеру та адвокація з боку правозахисників у всьому світі мають вирішальне значення для розв'язання цього питання. Всесвітня асамблея охорони здоров'я, керівний орган ВООЗ, що представляє інтереси 194 країн-учасниць, 25 травня 2019 р. проголосувала за нові діагностичні рекомендації, які більше не описують гендерну невідповідність як «психічний розлад» [13].

Під час підготовки цього видання в Україні діє наказ МОЗ України від 8.10.1998 р. № 297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну

класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду». Перехід на нову (одинадцяту) версію класифікації рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) з 1 січня 2022 р. [14], перехідний період подовжено до 2027 р. [15]. З огляду на необхідність дотримання норм законодавства України, авторами цього модуля застосовуються терміни й поняття, відображені в МКХ-10, проте з розумінням сучасних векторів розвитку системи охорони здоров'я в Україні й світі та прямування до впровадження МКХ-11.

Повідомлення про трансгендерів (в тому числі небінарних осіб і людей третьої статі) були виявлені в культурах по всьому світу ще з давніх часів. Сучасні терміни й дефініції трансгендерності, гендеру, гендерної ідентичності та гендерної ролі з'явилися лише після 1960-х років.

Учені простежили походження терміну «трансгендерність» і до 1960-х років, коли він використовувався як у медицині, так і транс-активістами, такими як Йоргенсен (Jorgensen) та Вірджинія Принс (Virginia Prince). Слово «трансгендер» не стало поширеним до 1990-х років, але історія трансгендерів почалася задовго до того, незважаючи на те, що стигматизація, насильство та пригнічення є частинами трансгендерної історії [16].



7. Групова дискусія «Сучасні налаштування сфери охорони здоров'я в Україні. Сутність транскопетентнісного підходу»

Тип вправи: інформаційна.

Тривалість: 20 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: блокноти, кулькові ручки.

Хід вправи:

1. Повідомити присутнім про основні сучасні характеристики сфери охорони здоров'я України.
2. Обговорити з учасниками сутність транскопетентнісного підходу.
3. Надати учасникам можливість висловити особисті пропозиції щодо можливих шляхів покращення медичного обслуговування.

На початку виконання вправи тренер виголошує інформаційне повідомлення такого змісту:



«Охорона здоров'я — один з пріоритетних напрямів державної діяльності в Україні. Стаття 49 Конституції України [17] наголошує, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; наявна мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Структура, зовнішня і внутрішня взаємодія у сфері охорони здоров'я України детально відображені в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [18], деякі розділи з якого адаптовано та наведено нижче.

Серед основних принципів охорони здоров'я в Україні, що є необхідними для подальшого обговорення на тренінгу, можна навести такі:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства й держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини й громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини й телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та найкращого світового досвіду в сфері охорони здоров'я.

Систему стандартів у сфері охорони здоров'я формують державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки й практики;
- клінічний протокол — уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;
- протокол надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я — уніфікований документ, що визначає вимоги до реабілітаційних заходів та їх послідовність відповідно до напрямів реабілітації у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасного рівня розвитку міжнародної реабілітаційної науки і практики.

Медичне обслуговування — діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб — підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.

Медична допомога — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику й лікування хвороб, травм, отруєнь і патологічних станів, супровід вагітності й пологів. Медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами — підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах.

На прохання пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України, йому може бути проведено шляхом медичного втручання в закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності. Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі.

Набір компетентностей працівників, які вміють відповідально співпрацювати з ТГР людьми, є унікальним і має за нагоди бути поширений між лікарями інших ЗОЗ та фахівцями інших медичних спеціальностей.

Транскомпетентнісний підхід є сукупністю:

- здатності лікаря розуміти запити й виклики, що постають у житті перед ТГР;
- емпатії, що має культуральне підґрунтя;
- готовності відповідати потребам ТГР в медичному обслуговуванні;
- прихильності до формування довірливої атмосфери в ЗОЗ задля подальшого спілкування та спільного планування дій.

Важливий компонент набору компетентностей лікаря — дотримання положень Етичного кодексу лікаря України, який було затверджено Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X з'їздом Всеукраїнського лікарського товариства в м. Євпаторії 27 вересня 2009 р.. Метою застосування зазначеного Кодексу є упорядкування взаємодії між лікарями, пацієнтами, медичними організаціями, а також застосування етичних норм під час наукових досліджень.

Важливі етичні принципи, що мають бути взяті до уваги лікарем під час професійного спілкування:

- повага;
- рівність у наданні медичної допомоги усім, хто по неї звертається;
- забезпечення конфіденційності;
- професійна незалежність;
- відвертість і правдивість.

Комунікативна компетентність лікаря відіграє важливу роль у подальшому розкритті фахових компетентностей — у діагностиці, лікуванні та реабілітації.

Основними складовими частинами комунікації можна зазначити:

- участь / присутність у дискусії та взаємоповага;
- здатність активно слухати й чути співрозмовника;
- прийняття поглядів інших людей;
- співпереживання.

Відчуття присутності сприяє функціонуванню психологічного мосту та налагодженню зворотного зв'язку між співрозмовниками. Здатність активно слухати й чути свідчить про концентрацію уваги співрозмовників на словах і почуттях під час розмови. Прийняття поглядів інших людей, навіть якщо їхні думки або вподобання не збігаються з лікарськими, мають важливе значення для встановлення довірливих міжособистісних взаємин.

Лікар і відвідувач ЗОЗ мають докласти певних зусиль, щоб побудувати довірливі стосунки й досягти порозуміння, результатом чого буде вирішення проблемних питань і допомога в пристосуванні до змін і обмежень в особистому, професійному та соціальному житті, пов'язаних із ТГР.

Медичні працівники, які беруть до уваги психологічні особливості своїх пацієнтів, за- слугують їхню повагу й довіри. А самі ці пацієнти характеризуються прихильністю до дотримання плану подальших дій, що було створено спільними зусиллями. Без довіри ТГР людина не буде готова відверто розповідати про особистий досвід, що ускладнює діагностування справжніх кореневих проблем та робить терапію менш ефективною.

Комунікативна компетентність — це не лише комплекс знань у сфері обміну інфор- мації, а й відпрацьовані навички встановлення перших контактів, жваве слухання, активне розуміння та застосування невербальних складових спілкування, керування бесідою та вміння спрямувати її у необхідному напрямку, здатність вміло формулюва- ти, комбінувати та чергувати відкриті й закриті запитання. Важливими компонентами комунікативної компетентності є і лікарський моніторинг можливих особистих емоцій та поведінки взагалі, емпатія до стилю спілкування та емоційних проявів відвідувача. Комунікативна компетентність медичного персоналу забезпечує порозуміння, відчуття довіри у взаємодії з клієнтами, сприяє ефективному збиранню анамнезу, скарг і форму- ванню повного, неупередженого й безоціночного образу клієнта.

Комунікативна компетентність містить у своєму складі не тільки особисті компетент- ності, але й соціальні, до яких можна віднести:

- вміння чемно розмовляти з відвідувачами (незалежно від нозології) та їхніми родича- ми або близькими людьми;
- здатність мотивувати хворого дотримуватися спільно створеного плану подальших дій;
- дотримання рівних прав всіх пацієнтів;
- шанобливе ставлення до всіх колег, у тому числі й молодших за посадами;
- відвертість під час пошуку виходу із суперечливих і складних ситуацій.

Для запровадження комунікації на ефективному рівні лікарям слід керуватись деяки- ми важливими порадами:

- Для встановлення сталого контакту з відвідувачем варто продемонструвати зацікав- леність у допомозі та готовність активно його слухати — лікар підтримує візуальний контакт, уважно стежить за емоціями й настроєм відвідувача, сигналізує, що він уваж- но слухає й намагається зрозуміти проблему, як і причини її виникнення. При цьому можна повторювати іноді своїми словами найважливіші частини розповіді співроз- мовника з позитивним емоційним забарвленням або у вигляді запитань.
- Не варто переривати розповіді співрозмовника, краще дати йому можливість висло- вити свою думку цілком. Однак лікар має одразу пояснити відвідувачу, скільки часу він готовий йому або їй приділити без шкоди іншим пацієнтам, яким, можливо, також знадобиться медична допомога чи увага лікаря.
- Лаконічні та чіткі висловлювання лікаря додають йому впевненості та значно спро- щують розуміння відвідувачем висловленої думки.
- Побудована ефективна комунікація — результат довіри до лікарів у вигляді мотиво- ваності покращувати якість життя, створити план досягнення мети, високого ступеню залученості пацієнтів та клієнтів до терапевтичних дій.
- Перед початком детального збору анамнезу лікареві варто впевнитися, що вже від- бувся перший емоційний контакт із відвідувачем і що вони вже почали спільний ком- фортний рух у напрямку побудови моделі допомоги. Лікареві необхідно пояснити ще на початку бесіди, що він, можливо, поставитиме пацієнту/пацієнтці деякі сенситивні запитання, відверті відповіді на які дадуть змогу краще розібратися у причинах ви- никнення проблеми клієнта.
- Важливо бути уважними до кожної, навіть маленької деталі! Наприклад, можна по- ставити запитання щодо можливої наявності татувань на тілі ТГР людини, і якщо

вона відповість позитивно, то чемно запитати коли, ким та в яких умовах вони були нанесені, в жодному разі не дискримінуючи людину за наявність тату. Лікар має пояснити попередньо, що він ставить ці запитання не заради цікавості, а задля спільного з клієнтом уточнення можливого ризику інфікування соціально значущими інфекційними захворюваннями (ВІЛ, наприклад). Подібне сенсове навантаження нестимуть і запитання стосовно наявності в минулому випадків контакту з кров'ю інших людей або переливання донорської крові чи застосування наркотичних речовин ін'єкційним шляхом тощо.

- Бувають ситуації, коли клієнту зручніше повідомити частину важливої чутливої інформації іншому фахівцеві, і лікар має повідомити заздалегідь про таку можливість задля зручності й комфорту відвідувача.
- Украй важливо на початку кожної зустрічі доступною для розуміння мовою пояснювати пацієнту, що лікар збирає інформацію виключно в інтересах пацієнта та в потрібному обсязі, і не збирається давати оцінку відвідувачеві чи поширювати почуте й побачене.
- Актуальним є вміння лікаря зрозуміло донести до пацієнта інформацію, що в нього або в неї є потреба зустрітися та попрацювати з психологом, психотерапевтом чи психіатром, і що саме зазначені фахівці можуть і готові долучитися до процесу покращення стану здоров'я пацієнта. До питань психічного здоров'я пересічні громадяни ставляться не завжди спокійно й толерантно, тому відвідувачі ЗОЗ можуть певний час відмовлятися від пропозицій про додаткову кваліфіковану спеціалізовану допомогу.
- Кожному лікареві важливо донести до пацієнта інформацію, що всі без винятку порушення стану здоров'я будь-якої людини потребують звернень до ЗОЗ, повноцінної діагностики та вчасної всеосяжної допомоги».



Порада тренерам. Після інформаційного повідомлення учасникам надається можливість висловити своє ставлення до почутої інформації, а також пропозиції і рекомендації щодо можливих коригувань нормативних документів.



8. Виконання вправи «Ділова розмова про секс»

Тип вправи: комунікативна.

Тривалість: 20 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: аркуші паперу А4, кулькові ручки, коробка від паперу А4.

Мета вправи: дати учасникам можливість подумати про їхню сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність, регламентувальні норми суспільства та спробувати говорити з іншими про ці та інші сенситивні питання, що стосуються глибоко особистісних моментів, без хибної сором'язливості. Тренерам не варто схиляти учасників до певної думки або наполягати виключно на своїй правоті. Наголос слід зробити на тому, що кожна людина унікальна і має рівні права.

Хід вправи:

1. Тренер роз'яснює, що вправа дасть можливість присутнім розвинути компетентність спокійного професійно виваженого та без зайвої сором'язливості спілкування про сексуальну орієнтацію, статеві стосунки.
2. Бажано також залучити двох фасилітаторів з числа експертів ТГР.
3. Учасники отримують аркуші паперу й кулькові ручки, записують на аркушах будь-які цікаві запитання (бажано кожен мінімум по три на трьох окремих аркушах), що в них особисто виникали колись або виникають і досі стосовно сексуальної орієнтації та гендерних проявів в цілому, а потім кладуть свої папірці в скриньку. Запитання можуть бути анонімними.
4. Тренери розміщують три стільці перед загальною групою — це буде імпровізований «акваріум». Стільці призначені для трьох учасників, які перебувають в «акваріумі». Решта присутніх до певного часу виконують функції спостерігачів.
5. Кожен учасник має змогу висловлювати протягом виконання завдання (в коректній формі!) думки, що можуть бути незвичними, суперечливими або такими, що ставлять під сумнів певні суспільні «норми».
6. Тренер пояснює, що вправа починається із запрошення двох охочих стати учасниками бесіди в «акваріумі» — «Іхтіандрами». Вони можуть також транслювати думку інших, якої можуть і не поділяти. Таким чином, погляди, які є суперечливими й нетиповими, можливо детально висвітлювати з урахуванням різних думок.
7. Запросіть охочого витягти одне запитання зі скриньки, голосно прочитати його й почати обговорювати. Інші «Іхтіандри» можуть пропонувати свої відповіді / бачення на кожне запитання. Процес обговорення може тривати кілька хвилин, доки будуть охочі ділитися думками.
8. Якщо протягом виконання вправи ще хтось забажає взяти участь, то може це зробити. Проте в «акваріумі» одночасно не має перебувати більше трьох «Іхтіандрів», тому хтось мусить помінятися. Людина, яка бажає доєднатися до розмови, має підійти й ввічливо доторкнутися до плеча одного зі співрозмовників. Вони міняються місцями, і ті гравці, які були співрозмовниками, стають спостерігачами.
9. Тренер може запросити інших охочих обговорити наступне запитання зі скриньки за аналогічними правилами.
10. Завдання може тривати, доки будуть запитання в скриньці та охочі виконувати ролі «Іхтіандрів».
11. Після завершення вправи тренери мають підбити підсумки та дати можливість усім вийти з ролей «Іхтіандрів». Варто дати можливість охочим розповісти, що вони відчували в «акваріумі» і поза ним під час виконання вправи. Потім перейдіть до обговорення різних думок, які були висловлені, і зрештою з'ясуйте, що люди винесли для себе з цієї вправи.

Приклади запитань:

- ▶ Чи був хто-небудь категорично не згоден або скривджений якимось висловленням поглядом? Яким? Чому?
- ▶ Наскільки в медичній спільноті фахівці відверті щодо обговорення власної сексуальності?
- ▶ Чи має людина відповідати конкретній призначеній суспільством сексуальній орієнтації і ролі?
- ▶ Як сприймаються і лікуються люди, які не підпадають під ці очікування?

- ▶ Чи є деякі групи більш відкритими, ніж інші? Чому?
- ▶ Яким чином формулюються людські цінності щодо сексуальності?
- ▶ Чи відрізняються висловлені думки учасників стосовно сексуальності та проявів гендерної ідентичності від суджень попередніх поколінь (батьків, бабусь, дідусів)? Якщо так, то яким чином? Чому?
- ▶ Чи є в нашій країні закони, що регламентують статеві стосунки між повнолітніми людьми?
- ▶ Стаття 16 Загальної декларації прав людини [19] проголошує: «Чоловіки і жінки, які досягли повноліття, мають право без будь-яких обмежень за ознакою раси, національності або релігії одружуватися і засновувати сім'ю. Вони користуються однаковими правами щодо одруження під час шлюбу та під час його розірвання». Чому гендерна ідентичність не входить до цього переліку нарівні з расою, національністю та релігією? Чи має вона там бути?



Порада тренерам. До початку виконання вправи слід ознайомитися з матеріалом у Розділі III тренінгового модуля на сторінці [57](#) та поміркувати заздалегідь, які «гострі» запитання можуть бути поставлені учасниками. Тренери мають створити довірливу атмосферу в залі, за якої учасники не почуватимуться скучно й зможуть відверто спілкуватися. Одним зі способів можуть бути розповіді тренерів про своє особисте бачення сексуальності та гендерної ідентичності. Відверта бесіда допомагає розпочати обговорення знань людей про сексуальність і гендер та їхнього особистого ставлення до цього.

Приклади запитань для початку бесіди:

- ▶ «Ти чула про камінг-аут Василя? Ніколи не подумав би, що він такий. Він зовсім на такого не схожий!».
- ▶ «Чи має вік вступу до шлюбу або в статеві стосунки бути іншим для трансгендерних людей? Поясніть вашу думку, будь-ласка».
- ▶ «Чи треба дозволити трансгендерним людям вступати в шлюб і всиновлювати дітей? Чому так? Чому ні?».
- ▶ «Чи правда, що трансгендерні люди мають статистично більший ризик захворювання на ІПСШ, в тому числі ВІЛ-інфекцію? Чому ви так думаєте?»



9. Інформаційний блок «Законодавче підґрунтя. Правові питання»

Тип вправи: інформаційна.

Тривалість: 20 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: блокноти, кулькові ручки.

Хід вправи: тренер виголошує підготовлене заздалегідь інформаційне повідомлення для присутніх.



«Права людини — одна з найважливіших суспільних цінностей і водночас велике надбання і винахід людства [19].

Це також поняття, що використовується як для позначення конкретного переліку законодавчих положень або міжнародних стандартів, так і для визначення статусу конкретного індивіда в суспільстві. Права — один з невід’ємних атрибутів сучасних соціумів та держав, ознака їхньої демократичної спрямованості. Ще за античних часів з’явилося розуміння того, що держава не може свавільно втручатися у сферу індивідуальної свободи та що кожна людина має певні права [20].

Відповідно до ст. 3 Конституції України, «людина, її життя і здоров’я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в державі найвищою соціальною цінністю» [17].

Правовий статус особи відображає юридичне закріплення досягнутого суспільством обсягу свободи особи. Він ґрунтується на сучасному вченні про свободу, в підвалинах якого лежать такі ідеї [19]:

1. Усі люди вільні від народження, і ніхто не має права відчужувати їхні природні права. Забезпечення і охорона цих прав є головним обов’язком держави.
2. Свобода особи полягає у можливості робити все, що не завдає шкоди іншій особі.
3. Межі свободи можуть визначатися законом, який відповідає праву, а право є мірою свободи.
4. Обмеження прав є можливим виключно з метою сприяння досягненню загального добробуту в демократичному суспільстві.

Статут Організації Об’єднаних Націй і Загальна декларація прав людини встановили принцип, згідно з яким усі люди можуть користуватися основними правами й свободами без будь-якої дискримінації.

В основі Конституції України лежить ліберальна концепція прав і свобод людини, яка закріплює максимальну кількість прав і свобод людини та громадянина, а конституційні обов’язки регламентує в обмеженому вигляді, або взагалі вони не згадуються в конституційному акті. Ліберальна концепція визначає, що особа наділяється невід’ємними правами. За цією теорією людина є найвищою соціальною цінністю, як це зазначено у ст. 3 Конституції України [17].

Право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров’я захищається також міжнародним правом на підставі статті 25 Загальної декларації прав людини, статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права (МПЕСКП) та інших міжнародних і регіональних договорів і конвенцій. Даний міжнародно-правовий захист застосовується до осіб будь-якої сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності, оскільки право на здоров’я, що закріплене в Загальній декларації прав людини і МПЕСКП є «правом кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров’я», а не лише правом гетеросексуальних чоловіків і жінок [21].

Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав (КЕСКП) зазначає у загальному коментарі № 14 про право на найвищий досяжний рівень здоров’я, що дискримінація за будь-якими ознаками, в тому числі за ознакою статі й сексуальної орієнтації, суперечить статті 2(2) (недискримінації) та статті 3 (рівноправність чоловіків і жінок) МПЕСКП [22].

КЕСКП згодом підтверджує в загальному коментарі № 20, що «інші обставини», перелічені в статті 2(2) МПЕСКП про недискримінацію, охоплюють сексуальну орієнтацію та гендерну ідентичність [23].

Це узгоджується і з судовою практикою у справі «Тунен проти Австралії», у якій ідеться про те, що дискримінація на підставі «статі» включає в себе дискримінацію на основі сексуальної орієнтації [24].

Європейський суд з прав людини також підтвердив, що дискримінація на підґрунті сексуальної орієнтації людини є «втіленням упередженості з боку гетеросексуальної більшості проти гомосексуальних меншин, подібне негативне ставлення не може слугувати достатньою підставою для диференційованого підходу більше, ніж аналогічне негативне ставлення щодо іншої раси, походження або кольору шкіри» [25].

26 березня 2007 р. впроваджено «Джок'якертські принципи прав людини щодо сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності» (далі –«Джок'якертські принципи»). Ці принципи всебічно визначають права усіх людей, незалежно від їхньої сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності, та ідентифікації відповідних зобов'язань, передбачених міжнародним правом. Згідно з преамбулою, «Джок'якертські принципи» ґрунтуються на тому, що «міжнародне право підтверджує, що дотримання прав людини повинно здійснюватися у повному обсязі, незалежно від сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності конкретних осіб» [26]».



Порада тренерам. Детальнішу інформацію для підготовки інформаційного повідомлення на тему блоку тренери можуть отримати в Розділі III на сторінках [53-55](#).



10. Виконання вправи «Безперервне оновлення»

Тип вправи: командоутворювальна, мотивувальна.

Мета вправи:

- продемонструвати учасникам, як з плином часу можуть змінюватися ставлення суспільства до певних речей та вірування громадян;
- дати можливість учасникам зрозуміти, що існує певна залежність «суспільних норм» від політичних і соціальних процесів.

Тривалість: 20 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: чотири аркуші формату А1, набір кольорових маркерів з розрахунку по одному маркеру на учасника тренінгу.

Хід вправи:

- Запропонуйте учасникам розділитися на підгрупи.
- Кожна підгрупа самостійно може вибрати для подальшого розкриття тему або твердження чи судження, які вони будуть далі опрацьовувати. Теми можуть бути абсолютно будь-якого спрямування, навіть не дуже логічно близькі до теми тренінгу. Приклади тверджень для погодження після обговорення або аргументованого спростування: «Регулярна їзда жінки на велосипеді призводить до застою крові в органах малого тазу та спричиняє порушення лібідо і навіть безпліддя», або «Самиця домашнього собаки неодмінно має народити щеня хоча б один раз протя-

гом життя», «Усі українці вживають в їжу сало щодня», «Повні люди завжди привітні» тощо.

3. Кожна підгрупа має шляхом «мозкового штурму» навести приклади аргументів, які минулі покоління могли вважати за фактично підтвержені, і до яких ми зараз ставимось з певним скепсисом та розумінням того, що наші нащадки також можуть вважати наші теперішні твердження застарілими або безпідставними. Аргументи слід занотовувати на аркуші формату А1. Важлива не стільки науковість аргументів, що будуть наводити учасники вправи, а творчій підхід і здорова розкутість / відсутність побоювань у роботі групи.
4. Кожна підгрупа має делегувати представника для оприлюднення напрацьованих тез у загальній групі.
5. Запропонуйте підгрупам вибрати з усіх оприлюднених три такі вірування, що істотно змінилися з часу вимерлих мамонтів і найяскравіше демонструють залежність ставлення людей до процесів та речей від суспільної або політичної формації.



Порада тренерам. Підбиваючи підсумки вправи, бажано почати з короткого перегляду суті завдання, а потім переходити до дискусії.

Приклади запитань:

- ▶ Чи складно було виконувати завдання із застосуванням «мозкового штурму»?
- ▶ Яким чином формуються наші вірування?
- ▶ Чи можна узагальнити, як було в минулому і спрогнозувати, чим буде відрізнятися майбутнє з урахуванням перебігу сьогодення?
- ▶ Що переважно є підставою для зміни вірувань людей?
- ▶ Чи має вплив на вірування система прав людини? Якщо так, чому? Якщо ні, чому?
- ▶ Чи мають вплив на права людини домінуючі вірування суспільства? Аргументуйте вашу думку, будь ласка.
- ▶ Які переваги в спільному дотриманні вірувань?
- ▶ Що могло б змусити присутніх змінити особисті вірування?
- ▶ Чи легко присутнім змінювати вірування?
- ▶ Які способи й методи захисту від хибного впливу пропаганди можна рекомендувати застосовувати клієнтам?
- ▶ Хто в суспільстві має право вирішувати, які обмеження можуть бути накладені та яка поведінка «типова», а яка виходить за межі «нормальності»?
- ▶ Наведіть, будь ласка, відомі вам приклади порушення прав людини в медицині.

Під час підбиття підсумків тренери підводять групу до ідеї, що деякі вірування людей — здебільшого похідний продукт суспільства й часів, у які вони живуть, і для змін застарілих вірувань мають бути задіяні освіченість, здатність мислити та мотивація до змін.



11. Інформаційний блок «Дискримінація і способи протидії»

Тип вправи: інформаційна.

Мета вправи:

- а) надати учасникам тренінгу інформацію щодо особливостей дискримінації та способів протидії їй;
- б) сприяти формуванню в учасників культури «нульової» толерантності до проявів дискримінації у медичному середовищі.

Тривалість: 20 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: чотири аркуші формату А1, набір кольорових маркерів.

Хід вправи: тренер виголошує інформаційне повідомлення, задля підготовки якого він має опанувати матеріал на сторінці [57](#) Розділу III тренінгового модуля.



«Дискримінація (лат. *discriminatio* «розрізнення») — відмінність, обмеження або перевага, що позбавляють можливостей на рівне здійснення прав [27]. Поняття дискримінації охоплює обмеження можливостей для членів певної групи або частини населення порівняно з потенційними можливостями інших груп. Дискримінація — одна з найпоширеніших форм насильства й порушення прав людини.

Нетолерантність (або нетерпимість) і дискримінація — це поняття, що тісно пов'язані між собою. Під нетолерантністю розуміють відсутність поваги до вчинків, уподобань або переконань іншої людини, які відрізняються від власних. Вона також може проявлятися навіть у відторгненні людей, яких ми бачимо іншими. Нетерпимість може виявлятися у широкому діапазоні — від відсторонення або уникання таких людей, вербальної ненависті і завершуючи тілесними травмами або навіть вбивствами.

Людей можуть дискримінувати через їхній вік, інвалідність, етнічну належність, походження, політичні переконання, расу, релігію, стать, гендер, сексуальну орієнтацію, мову, культуру та з багатьох інших причин. Дискримінація може проявлятися в обмеженні доступу до роботи, послуг з охорони здоров'я, освіти тощо.

Принципи рівності й недискримінації закріплені у Загальній декларації прав людини, з дня проголошення якої 10 грудня 1948-го на засіданні Генеральної Асамблеї ООН минуло вже 75 років: «Усі люди народжуються вільними й рівними у своїй гідності та правах» (стаття 1). Ця концепція рівності в гідності та правах вбудована в сучасну демократію. Держави зобов'язані захищати меншини та вразливі групи від нерівного поводження. Стаття 2 закріплює свободу від дискримінації: «Кожна людина повинна мати всі права і всі свободи, проголошені цією Декларацією, незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного чи соціального походження, майнового, станового або іншого становища».

Дискримінація може здійснюватися у прямий і непрямий спосіб. Пряма дискримінація характеризується наявністю наміру дискримінувати людину чи групу людей. Непряма дискримінація має місце, коли нібито нейтральна умова, критерій або практика де-факто ставить окрему особу чи представників певної меншини у невігідне, порівня-

но з іншими, становище. Наприклад, для прийому на роботу в загін льотчиків авіакомпанії є певні критерії та формальні вимоги, яким часто не відповідають жінки. Пряма і непряма дискримінація заборонені договорами з прав людини; непряма дискримінація часто більш поширена і її важче довести, ніж пряму дискримінацію [28].

Протидія дискримінації

Ефективні заходи боротьби з дискримінацією включають:

- юридичні дії задля забезпечення дотримання права на недопущення дискримінації;
- освітні програми, що підвищують обізнаність усіх верств суспільства щодо механізмів упереджень і нетерпимості, їхнього впливу на дискримінацію та пригнічення людей, а також сприяють розумінню різноманітності та заохочують терпимість;
- діяльність громадянського суспільства, що засуджує дискримінацію і упередженість, протидіє злочинам на ґрунті ненависті й ворожнечі, надає допомогу жертвам дискримінації або сприяє змінам у законодавстві.

Суспільство вимагає розвитку в кожній людині культури толерантного і недискримінаційного ставлення до інших осіб і створення соціального середовища, яке визнає переваги різноманітності, а не ігнорує її. У межах цього розвитку неодмінно мають бути ті, хто надає медичні послуги. Самі клієнти також мають навчитися розпізнавати та усвідомлювати свою власну і чужу дискримінаційну поведінку. Наприклад, у галузі прав транс* людей додаткова просвітницька діяльність у медичному середовищі може допомогти медикам розвинути розуміння і співпереживання, з одного боку, а клієнтам — стійкість і впевненість у собі, щоб люди могли уникнути, запобігти або впевнено протистояти дискримінації.

Один з основних інструментів боротьби з дискримінацією в рамках системи міжнародного права — Хартія основних прав Європейського Союзу (далі — Хартія). Відповідно до статті 21.1 Хартії, «будь-яка дискримінація за будь-якою ознакою статі, раси, кольору шкіри, етнічного чи соціального походження, генетичних особливостей, мови, релігії або переконань, політичних або інших поглядів, приналежності до національних меншин, майнового стану, народження, інвалідності, віку чи сексуальної орієнтації, забороняється». У ЄС існує кілька директив щодо боротьби з дискримінацією. Директива расової рівності забезпечує рівне ставлення до людей незалежно від їхнього расового чи етнічного походження. Рамкова директива рівності зайнятості забороняє дискримінацію на робочому місці за ознакою інвалідності, сексуальної орієнтації, релігії, переконань або віку. Законодавство ЄС також вимагає, щоб кожна держава спільноти мала спеціальний національний орган з питань рівності, де можна отримати пораду й підтримку [29].

Освіта й вивчення характерних рис інших культур являє собою процес дослідження різноманітності й має суттєву питому вагу в антидискримінаційній діяльності. Процес навчання в медичному середовищі слід уявляти частиною процесу соціального удосконалення, спрямованого на запровадження шанобливих стосунків між різними людьми й групами з різними культурними традиціями. Загалом це має сприяти взаємній повазі надавачів та отримувачів медичних послуг і їхній солідарності в досягненні спільної мети.

Ще один істотний важіль, який має бути задіяний задля створення толерантного суспільства — культуральна соціологія, цікава соціологічна парадигма, що займається вивченням культуральних структур, тобто внутрішніх, латентних, як правило неусвідомлених механізмів діяльності індивідів, сформованих у контексті смислів соціального життя [30].»



Порада тренерам. По закінченні інформаційного повідомлення бажано дати можливість учасникам поставити запитання або прокоментувати почуте.



12. Вправа «Невідкладна операція»

Тип вправи: командоутворювальна.

Мета вправи:

- надати учасникам тренінгу можливість відчути відповідальність за власні вчинки й мотивувати до відповідального ставлення до долі інших людей;
- сприяти опрацюванню в учасників навичок адвокації та відстоювання власної думки.

Тривалість: 45 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: чотири аркуші формату А1, набір кольорових маркерів.

Хід вправи:

Тренер зачитує умови завдання:

— У клініці є один донорський орган для трансплантації. У черзі перебувають 10 людей, яким він може підійти та врятувати життя. Без операції люди не отримують шансу на подовження життя. Учасники мають протягом 15 хвилин дискусії аргументовано визначитися, кому саме з черги вони «затвердять право» пересадити орган та одногосно проголосують за це рішення.

У черзі перебувають:

- Учений-онколог — трансгендерний чоловік 80 років, який перебуває на порозі важливого наукового відкриття.
- Дитина-сирота, 5 років.
- Поліціант.
- Самотня студентка, 22 роки.
- Трансгендерна жінка.
- Депутат.
- Мати 5 дітей.
- Фермер.
- Ув'язнена жінка.
- Споживач ін'єкційних наркотиків.

Через 15 хвилин тренери пропонують делегату від групи:

- оголосити претендента на операцію та повідомити про названі аргументи й причини обрання саме «затвердженого» пацієнта;
- ранжувати вірогідність надання переваги іншим людям у списку (хто перший у черзі, другий, третій і так далі) та пояснити, чому так вирішили.

Після прослуховування всіх, хто бажає висловитися, тренер підбиває підсумки:

«Під час виконання вправи інформаційна складова предметного знання доповнювалася знаннями особистісними, тобто переживаннями кожного учасника в процесі ігрової (тренінгової) діяльності. Така дидактична технологія сприяє трансформуванню теоретичних знань у подальші дії».



Порада тренерам. Важливо розуміти, що завдання може виявитися доволі сенситивним та особистим для певних учасників. Якщо тренери не впевнені в своїх силах тримати групу або є психологічні чи будь-які інші підстави уникати теми трансплантації органів, можна замінити «орган для трансплантації» на «один квиток у залізничній касі» або «одне яблуко на овочевому ринку» тощо. Також можна вільно змінювати представлену соціальну належність і професії на розсуд тренерів. Якщо група не дійшла консенсусу стосовно одного головного претендента, можна запропонувати однак повідомити всім присутнім, якими саме були наведені аргументи та контраргументи, що заблокували одноголосне рішення.



13. Ігрова розминка «Об'ява»

Тип вправи: командоутворювальна.

Мета вправи:

- а) сформулювати й візуалізувати в учасників навички, якими вони вже володіють;
- б) дати можливість учасникам аргументовано відчутти, що вони є висококласними професіоналами, які можуть якісно допомагати людям.

Тривалість: 15 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: три аркуші паперу формату А1, набори паперу для нотаток із клейким шаром (або стикери) жовтого, салатового та блакитного кольорів по 100 аркушів кожного, кулькові ручки.

Хід вправи: тренери пропонують всім учасникам поміркувати й скласти об'яву «Шукаю роботу» — написати на аркушах салатового кольору мінімум п'ять своїх соціально-комунікативних навичок (soft skills), на аркушах жовтого кольору — мінімум п'ять своїх професійних навичок (hard skills), на аркушах блакитного кольору — мінімум п'ять особистих навичок (personal skills). На одному з аркушів формату А1 підписати «Соціально-комунікативні навички», на другому — «Професійні навички», на третьому — «Особисті навички» та прикріпити їх на видних місцях у залі. Під час виконання завдання тренери пропонують учасникам (за бажанням) по черзі голосно зачитати, які свої навички вони зазначили на кольорових стикерах та наклеїти стикери на відповідних аркушах формату А1.



Порада тренерам. Після закінчення виконання вправи тренерам варто підбити підсумки й наголосити, що група компетентна, аргументовано доведено її якісну фахову підготовку, а всі учасники тренінгу можуть бути корисними в наданні транскмпетентнісного медичного обслуговування.



14. Мозковий штурм «Ключові групи. Медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти»

Тип вправи: мотивувальна.

Мета вправи:

- а) актуалізувати в учасників розуміння ситуації в суспільстві з соціально значущими інфекційними захворюваннями, в тому числі з ВІЛ-інфекцією;
- б) надати можливість кожному учаснику замислитися про потреби транс* спільнот і дати собі відповідь на запитання щодо власного долучення до вирішення проблем;
- в) підвищити рівень розуміння необхідності недискримінаційного ставлення лікарів до представників ключових груп населення.

Тривалість: 40 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: сім аркушів формату А1.

Хід вправи: на початку виконання вправи тренер виголошує інформаційне повідомлення про поняття «соціально значущі інфекційні захворювання» та про «ключові групи» населення щодо інфікування ВІЛ-інфекцією.

Далі тренери пропонують учасникам розділитися на 7 мінігруп по 2-3 особи (залежно від розміру групи). Кожній мінігрупі тренери пропонують попрацювати з інформацією стосовно однієї з ключових груп населення на вибір (згідно з Наказом МОЗ України від 15.09.2023 р. № 1632 «Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення» [31]).

Кожна з підгруп має занотувати на аркуші формату А1 характерні риси, притаманні, на їхній погляд, представникам тієї чи іншої ключової групи, приклади їхніх медико-психосоціальних потреб та навпроти кожної з потреб вказати найбільш вірогідні причини, що призводять до цього (тобто встановити причинно-наслідкові зв'язки на кшталт діаграми Ішікави Каору або «риб'ячої кістки» — детальний опис див. на сторінці [58](#) Розділу III тренінгового модуля).

Після закінчення формування причинно-наслідкових зв'язків варто запросити по одному представнику від кожної мінігрупи презентувати свої напрацювання перед загальною групою.

Тренери повідомляють присутнім, що після закінчення кожної з презентацій мінігруп усі охочі зможуть додавати свої коментарі, зауваження або побажання. Залучених експертів від транс* спільнот тренери запрошують верифікувати (підтверджувати або спростовувати) наведені учасниками тренінгу риси, медико-соціальні потреби або виклики та причини їх виникнення.

Після закінчення презентацій мінігруп тренери пропонують усім подумати й запропонувати варіанти відповіді суспільства в цілому та лікарів зокрема на оприлюднені щойно медико-психосоціальні потреби/виклики стосовно представників транс* спільноти. Пропозиції занотовують на окремому аркуші формату А1 та зберігають для подальшого застосування у наступній груповій вправі «Адвокація і соціальна мобілізація. Посилення можливостей і розширення прав транс* спільнот».



Порада тренерам. Підбиваючи підсумки, тренери звертають увагу присутніх на те, що причини і наслідки для різних ключових груп іноді мають ідентичний вигляд.

Задля кращого розуміння ситуації в групах з хорошою базовою підготовкою тренери можуть пропонувати учасникам додатково звертатися до Додатку 1 і знайомитися з аналізом відповідей респондентів у дослідженні стосовно рівності прав на отримання медичних послуг та якості медичної допомоги трансгендерним людям.

Для підготовки до виконання вправи варто уважно ознайомитися з підготовленими теоретичними матеріалами у Розділі III тренінгового модуля на сторінках [58–60](#).



15. Групова вправа «Адвокація і соціальна мобілізація. Посилення можливостей і розширення прав транс* спільнот»

Тип вправи: інформаційна, мотивувальна.

Мета вправи: сприяти підвищенню рівня знань і розвитку практичних компетенцій в учасників стосовно планування і впровадження адвокаційних та соціально-мобілізаційних заходів на місцевому рівні.

Тривалість: 40 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: сім аркушів формату А1, що були презентовані учасниками в попередньому мозковому штурмі.

Хід вправи: задля ознайомлення присутніх з основними поняттями стосовно адвокації, комунікації і соціальної мобілізації один з тренерів виголошує інформаційне повідомлення із застосуванням матеріалів, наведених у Розділі III тренінгового модуля на сторінках [63–67](#).

Надалі пропонують залишити без змін склад мінігруп (за згоди учасників), який було сформовано під час виконання вправи «Мозковий штурм «Ключові групи. Медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти» та продовжити роботу з аркушами формату А1, на яких присутні вже занотували варіанти надання відповіді на оприлюднені щойно потреби.

Тренер оголошує наступне завдання для мінігруп: подумати про можливі дії кожного з учасників після повернення з тренінгу на свої робочі місця та як ці дії будуть впливати на наведені причини, відповідати на виклики й потреби представників транс* спільноти в медичному обслуговуванні.

Тренери пропонують учасникам кожної мінігрупи систематизувати свої думки на папері у вигляді плану дій. У плані дій слід зазначити назву ЗОЗ, призначення адвокаційної діяльності, мету, завдання, можливі ризики, очікувані результати, необхідні ресурси, потенційних партнерів тощо.

Можна запропонувати присутнім заповнити по одній табличці на мінігрупу такого зразка:

Назва ЗОЗ	Призначення дій	Мета діяльності	Завдання	Ризики	Очікувані результати	Ресурси	Партнери
1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.
		2.	2.	2.	2.	2.	2.
		3.	3.	3.	3.	3.	3.

Після заповнення табличок тренери запрошують усі мінігрупи по черзі презентувати свої напрацювання.



Порада тренерам. Після презентацій планів дій, створених у мінігрупах, подякуйте учасникам та повідомте, що вони зможуть забрати з собою копії планів. Бажано висловити сподівання на вдалу імплементацію намірів і запропонувати можливість лікарям звертатися до тренерів, якщо ті матимуть потребу в підтримці для впровадження планів.



16. Групова вправа «Глибина емпатії»

Тип вправи: мотивувальна.

Мета вправи: сприяти вдосконаленню компетентності розуміння лікарями почуттів інших людей та опрацюванню навичок однаково емпатичного ставлення до всіх відвідувачів ЗОЗ незалежно від мети їхнього візиту.

Тривалість: 30 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: блокноти, кулькові ручки.

Хід вправи: учасникам тренери пропонують розділитися на мінігрупи по 4–5 осіб, узяти кулькові ручки, розгорнути блокноти й приготуватися уважно слухати.

Тренер виголошує інформаційне повідомлення:



«Людам не притаманно часто замислюватися про емпатію до малознайомих людей — цей ресурс має певні обмеження. Коли одна людина дбає про іншу, вона витрачає фізичну й ментальну енергію — емоції, переживання, спроби спланувати найкращий розвиток подій тощо. Насправді люди проявляють до одних людей більшу емпатію (родичі, діти, батьки, друзі), ніж до інших (супутники в громадському транспорті, сусіди по черзі в лікарні). Неможливо дбати про всіх людей однаково та ставитися до всіх пацієнтів однаково емпатично — синдром «вигорання» не примусить чекати на себе. Ми внутрішньо віддаємо перевагу співпереживанню та опікуванню над одними людьми перед іншими. Хтось ставиться до цього твердження спокійно, а для інших це може виявитися неприємною несподіванкою. Ми всі декларуємо прояви беззаперечної емпатії до пацієнтів «за замовчуванням» (by default) та запевняємо, що ставимося до них без будь-якої стигматизації, осуду чи надання переваг. Звичайно, ми всі можемо співпереживати будь-кому, якщо в нас є така нагода. Будь-хто в теорії може стати навіть другом або близькою лю-

диною. Набагато легше співчувати людям, яких ми можемо візуалізувати особисто (наприклад, за іменем чи обличчям), ніж якщо вони є абстракцією середньостатистичних даних. Щоб бути порядною людиною, лікарям не конче «рятувати» весь світ, достатньо виконувати свій обов'язок без стигматизації, дискримінації та будь-яких інших утисків пацієнтів і клієнтів.

Для лікарів проголошення однакової цінності кожного життя — аксіома. Проте це не завжди коректно відображає реальну роботу людського розуму у справжніх життєвих ситуаціях. Утім, досвідченість і майстерність дають змогу лікарям не допускати різниці в діях і ставленні до пацієнтів».

Тренер стає посередині зали й зачитує заздалегідь підготовлені описи різних життєвих ситуацій.

Завдання для всіх учасників групи:

- 1) уважно слухати й одразу намагатися уявляти образи тих людей, про яких ітиметься — скривджених пацієнтів, розгублених родичів пацієнтів, в сльозах, коли вони незаслужено потерпають або навпаки отримують радісну новину тощо;
- 2) після закінчення читання кожної з життєвих ситуацій одразу помічати в блокноті перші три емоції, які учасники відчули до героїв ситуацій під час прослуховування завдань;
- 3) протягом 5–7 хвилин після закінчення читання та записування обговорити в мінігрупах свої почуття і зробити висновки щодо поведінки героїв та власних емоцій.

Приклади запитань для подальшого обговорення:

- До кого в наведених ситуаціях виникають позитивні емоції, а до кого негативні? Чому саме так?
- Від чого залежить цей рівень позитивності?
- Чи можуть лікарі відчувати однакові емоції і мати різний вираз обличчя під час спілкування з різними пацієнтами? Наведіть приклади таких ситуацій.

Сценарії ситуацій:

Ситуація 1. Лікарка, переглянувши обличчя відвідувачів у черзі перед дверима, голосно повідомила:

— Семенівно, ви можете навіть не займати черги. Я вас приймати не буду. Ви на цьому тижні вже були тричі.

— Як тричі? Сьогодні ж тільки вівторок... — пролунала здивована тиха відповідь. — До того ж мені дуже важко пересуватися містом до лікарні.

— Ви ще сперечаєтеся з лікаркою? Відмовляю вам у прийомі на два тижні. Ідіть звідси.

Ситуація 2. Сімейний лікар на прийомі призначає схему лікування хворій літній жінці. Оскільки лікар говорив дуже швидко, пацієнтка змушена була перепитати призначення у медсестри, що сиділа поруч. Лікар це помітив і звернувся до хворої людини з проханням повторити призначення. Літня людина не змогла повторити.

— Ідіть звідси!

— За що? — запитала хвора.

— За те, що не слухали мене, — пролунало у відповідь.

— Але ж я слухала дуже уважно, та не змогла вас зрозуміти. Чи я маю бути за це так суворо покарана? — спробувала запитати лікаря хвора бабуся. Проте не отримала відповіді.

Ситуація 3. До відокремленої консультативної комісії, утвореної з числа залучених лікарів, прийшов чоловік 50 років, щоб пройти обстеження та отримати довідку про відсутність тяжких і хронічних хвороб. На жаль, у день візиту до закладу охорони здоров'я він іще перебував у стані реконвалесценції після перенесеного три тижні тому гострого ларингіту й не міг голосно говорити. У реєстратурі йому вдалося прошепотіти своє прізвище та ім'я і повідомити необхідні для заведення амбулаторної картки дані. Дочекавшись за 1,5 години стояння у коридорі своєї черги й зайшовши до кабінету, в якому одночасно сиділи за столами п'ять лікарів різних спеціальностей (хірург, дерматовенеролог, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог), чоловік спробував звернути на себе увагу, але голосу в нього знову не було після спілкування в реєстратурі. І він був вимушений стояти посеред кабінету в очікуванні уваги з боку лікарів. Стільця для відвідувачів у цьому кабінеті не було передбачено. Відповідати на уривчасті запитання лікарів у нього змоги не було, але це їх не дуже турбувало. Однак у нього не було з собою двох фотокарток розміром 3 × 4 см для довідки й медичної форми, про які він мав сам попередньо здогадатися дивним чином.

Завдання для подальшої самостійної роботи над своїми емоціями та формування емпатії

Лікарям пропонують виконувати регулярно наведені нижче завдання:

- ▶ Прислухатися до своїх особистих емоцій під час взаємодії з близькими людьми: відчувати їхній стан, уважно вислухати. Формулювання і нотування своїх емоцій важливі для їх подальшого аналізу.
- ▶ Перебуваючи у громадському транспорті або на громадських зборах, непомітно придивитися до обличчя іншої людини. Спробувати побачити в своїй уяві це обличчя заляканим, з усмішкою, засмученим тощо. Подумайте про відчуття, які може переживати стороння людина в ці хвилини.
- ▶ Прислухайтеся до себе. Запам'ятайте, які емоційні прояви для вас більш притаманні й типові, якій модальності гасіння негативних емоцій ви надаєте пріоритет?
- ▶ Уважно подивіться в дзеркалі на своє обличчя. Спробуйте показати собі вирази незадоволення, здивування, відвертості, зацікавленості, доброзичливості, радості. Після цього поставте собі запитання та дайте на нього відповідь: «Що мені заважає сьогодні мати протягом робочого дня приємний для оточення вираз обличчя?».
- ▶ Поділіться з іншими своїми враженнями.



Порада тренерам. Рольова гра з сюжетом, що вимагає від гравців проявів почуттів, може стати дієвим інструментом розвитку емпатії за умов, що гра змістом створює умови певної поведінки й тренер володіє навичками керування динамікою групи та здатний створити умови, за яких учасники переживають почуття і демонструють в результаті емпатійну поведінку.



17. Вправа «Концептуальна модель транскопетентнісного медичного обслуговування — теорія і практичне застосування. Особливості застосування уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія» (УКПМД). Обговорення майбутньої діяльності»

Тип вправи: організаційна.

Мета вправи: на практиці відпрацювати модель подальшої співпраці лікарів у напрямку впровадження транскопетентнісного медичного обслуговування в ЗОЗ.

Тривалість: 75 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: три набори кольорових маркерів (зелений, синій, червоний, чорний), мінімум 3 аркуші паперу формату А1, блокноти для нотаток, кулькові ручки.

Хід вправи: до початку виконання практичного завдання тренер виголошує інформаційне повідомлення і висвітлює основні складові частини концептуальної моделі транскопетентнісного медичного обслуговування (детально можна ознайомитися в Додатку б) з огляду на особливості застосування уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія» (УКПМД).



Трансгендерні та гендерно неконформні люди стикаються з низкою проблем під час звернення по медичні послуги, що проявляється у стигматизації і дискримінації та призводить до низької якості медичної допомоги. Робота кожного медичного працівника з трансгендерними людьми, як і з усіма іншими пацієнтами, вимагає суворого дотримання певних етичних правил та деонтологічних норм.

Дефініція терміну «транскопетентнісність» визначає надання послуг транс* людям кваліфікованим способом, який передбачає прояви високого ступеню професіоналізму та, у разі залучення сфери охорони здоров'я, відображає знання постачальником різних аспектів гендерної ідентичності, повагу до прав людини та конкретної ситуації і розуміння потреб, щодо яких транс* особа звертається та обслуговується.

Транскопетентнісне медичне обслуговування має забезпечувати зрозумілі й прості шляхи доступу до всіх видів медичної допомоги, включаючи профілактику й лікування ВІЛ-інфекції та інших соціально значущих інфекційних захворювань, гендерну підтримку, охорону психічного здоров'я і загальну медичну допомогу незалежно від гендерної ідентичності та сексуальної орієнтації [32].

Професійна компетентність та доброзичливе ставлення надавачів медичних послуг до всіх без винятку відвідувачів має бути обов'язковим показником професійної успішності. Крім того, транскопетентнісне, як і всяке інше обслуговування, має надаватися з повагою, без засудження, в умовах, вільних від стигматизації та дискримінації. Доброзичливого ставлення надавачів медичних послуг недостатньо за відсутності в них професійної компетентності, а термін «trans*friendly specialist» (дружній до транс* людей

фахівець) не є тотожним за конотацією визначенню «trans*competent physician» (транскопетентний лікар).

Доступ до якісної медичної допомоги як складової частини медичного обслуговування — право кожної людини. Індивідуальні постачальники медичних послуг та установи мають обслуговувати кожного клієнта та пацієнта з урахуванням принципів медичної етики, деонтології та рівного права на здоров'я. Медичні послуги мають бути доступними в повному обсязі для транс* людей, як і для всіх інших людей, які відчувають у цьому потребу. Соціальні й медичні програми та послуги можуть бути ефективними лише тоді, коли вони прийнятні для суспільства, якісні та в достатній мірі впроваджені. Низька якість і обмежений доступ до медичних послуг негативно впливають на можливі індивідуальні переваги транскопетентнісного медичного обслуговування.

Прийнятність медичних послуг для пацієнтів є ключовим аспектом при оцінці їхньої ефективності. Медичні комунікації та інтервенції, спрямовані на допомогу хворим з розладами статевої ідентифікації, мають бути шанобливими, прийнятними та доступними для отримувачів, щоб залучити їх до участі, забезпечити можливість мати постійний діалог з медичними працівниками та сприяти формуванню прихильності до подальшого отримання якісних послуг. Послуги для транс* людей часто базуються на відповідних моделях надання послуг, але багатьом медичним працівникам іще бракує досвіду. У той же час транс* люди можуть вважати послуги, що вони отримують, низькоякісними або навіть неприйнятними. Для гармонізації потреб з послугами необхідно нарощувати потенціал обслуговування, перш за все завдяки навчанню медичного персоналу. Послуги, що будуть прийнятними для транс* людей за якістю, кількістю та іншими складовими частинами, будуть затребувані ними регулярно та в достатньому обсязі.

Основою досягнення цілей слугуватиме визначення стратегічних напрямів діяльності, на яких треба зосередитись зацікавленим інституціям, на всіх рівнях управління і впровадження гуманітарних програм.

Такими стратегіями слід вбачати:

- 1) удосконалення організації медичного обслуговування пацієнтів з розладами статевої ідентифікації;
- 2) впровадження та розвиток інтегрованих медико-соціальних послуг для пацієнтів з розладами статевої ідентифікації, децентралізації медичної допомоги з наданням переваг амбулаторним моделям лікування, орієнтованим на медико-соціальні потреби пацієнтів, відповідно до нормативних вимог;
- 3) впровадження актуальних доказових медичних технологій з медичного обслуговування пацієнтів з розладами статевої ідентифікації в практику діяльності ЗОЗ усіх рівнів і етапів медичної допомоги та їх використання;
- 4) безперервний професійний розвиток лікарів ЗП-СЛ, лікарів інших спеціальностей, набуття міждисциплінарних компетентностей, запровадження командних форм роботи професіоналів;
- 5) удосконалення інформаційно-комунікаційних технологій між усіма зацікавленими сторонами з питань транскопетентнісного медичного обслуговування, інформаційно-освітніх технологій серед широких верств населення та ключових груп щодо профілактики поширення соціально значущих інфекційних захворювань, в тому числі ВІЛ-інфекції, й зупинення епідемії.

З урахуванням безпосередньої дотичності питань якості медичної допомоги до сталого запровадження транскопетентнісного медичного обслуговування, авторами під час розробки концептуальної моделі (далі — КМ) для аналізу медичних послуг та оцінки

якості медичної допомоги прототипом було застосовано тріаду Аведіса Донабедіана (Структура-Процес-Результат) [33]. У подальшому розділи були організовані за темами та підтемами категорій структури, процесу та результату.

Як складові компонентів КМ представлені наявні, удосконалені та істотно нові елементи в межах класичних суб'єкту (I), об'єкту управління (II) та блоку наукового регулювання (III).

Структура КМ формується у відповідь на потреби суспільства в охороні здоров'я із включенням ЗОЗ комунальної, приватної або державної форм власності, закладів фахової медичної передвищої та вищої освіти, громадських організацій та інших установ, що зацікавлені в розбудові системи якісного медичного обслуговування.

Хід практичного завдання: тренери пропонують учасникам поєднатися в три мінігрупи. Бажано, щоб учасники з одного ЗОЗ, населеного пункту чи області поєднувалися в межах однієї мінігрупи. Кожна мінігрупа для виконання завдання має отримати набір кольорових маркерів та аркуш паперу формату А1.

Тренер пояснює завдання: розробити план подальших дій учасників у їхніх ЗОЗ з впровадження транскомпетентнісного медичного обслуговування. Зокрема — передбачити створення мережі «дружніх лікарів», «груп якості», координаційної ради. У тих населених пунктах, де вже працюють координаційні ради, варто розглянути питання обрання додатково представника з трансгендерної спільноти або делегування повноважень присутнім партнерським неурядовим організаціям.

Через 45 хвилин тренер запрошує делегатів від кожної мінігрупи презентувати всім учасникам напрацювання. По закінченню доповідей тренери надають можливість учасникам ставити запитання, коментувати або давати слухні рекомендації.



Поради тренерам. Для підготовки до викладання теми пропонуємо тренерам скористатися інформаційними матеріалами, що наведено в Розділі III тренінгового модуля на сторінках [67–70](#). Під час виконання завдання слід запропонувати учасникам користуватися напрацюваннями стосовно адвокаційних заходів, що були здобуті під час виконання групової вправи «Адвокація і соціальна мобілізація. Посилення можливостей і розширення прав транс* спільнот».



18. Виконання вправи «Діймо»

Тип вправи: командоутворювальна, підбиття підсумків тренінгу.

Мета вправи:

- завершити роботу тренінгу позитивними висловлюваннями, що підготують самі учасники;
- продемонструвати присутнім групову згуртованість і вміння працювати разом на спільний результат.

Тривалість: 15 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: чотири набори кольорових маркерів (зелений, синій, червоний, чорний), 5 аркушів паперу формату А1, блокноти для нотаток, кулькові ручки.

Хід вправи: тренери пропонують групі розділитися на мінігрупи по 4–5 осіб і надають інструкцію для всіх: «Кожна мінігрупа — це команда авторів. Ви отримуєте можливість скласти повідомлення за темою тренінгу, яке почує, прочитає і побачить кожна людина на нашій планеті. Ваше завдання — вирішити, яка інформація буде корисною та важливою, щоб презентувати її всім людям, і скласти лаконічне інформаційне повідомлення (до 25 слів)».

По завершенні 10 хвилин відведеного часу кожній групі надається можливість прочитати створене інформаційне повідомлення.

Тренери розміщують аркуші з повідомленнями один за одним так, щоб утворився лаконічний гармонійний абзац, що складається з п'яти повідомлень.



Порада тренерам. Подякуйте всім учасникам та наголосіть, що виконана ними робота — дуже серйозна й важлива, і що вони підтвердили це щойно своїми професійними високоякісними напрацюваннями в мінігрупах.



19. Вихідна оцінка знань — виконання вправи «Анкетування»

Тип вправи: тематична.

Мета вправи: оцінити в учасників рівень наявних знань і вмінь щодо впровадження транскмпетентнісного медичного обслуговування після участі в тренінгу та порівняти їх із рівнем знань, зафіксованим на початку тренінгу.

Тривалість: 10 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: заздалегідь роздруковані опитувальники та кулькові ручки для кожного учасника.

Хід вправи:

1. Кожного учасника просять самостійно заповнити наданий примірник питальника.
2. Підписувати ім'я, прізвище чи інші дані не потрібно. Бажано, щоб кожен учасник знайшов і взяв у тренера свій заповнений уранці питальник за тільки йому відомою позначкою і подивився, наскільки та в якому напрямку змінилися його ставлення і знання.
3. Тренери збирають після заповнення питальники для подальшого аналізу якості проведення тренінгу.



Порада тренерам. Подякуйте кожному учаснику вправи. Аналізуючи відповіді до та після тренінгу, тренери зможуть оцінити якість своєї роботи: чи зрозуміло вони викладали матеріал, наскільки вдалий був тренінг, які форми й методи роботи учасники оцінюють вище за інші. Запитання застосовуються одні й ті ж самі на початку тренінгу і після його завершення.

Приклад питальника для анкетування:

Шановні учасники тренінгу!

Запрошуємо кожного дати відповіді на 10 нескладних запитань.

1. Дискримінація, на мою думку це
2. Поясніть, будь-ласка, чим відрізняються поняття «трансгендер» і «кросдресер»
3. Що таке «гендерний перехід»?.....
4. Що означає поняття «камінг-аут»?
5. Фактори, що спричиняють стигматизацію трансгендерних людей:
6. Чи вважаєте ви за потрібне депатологізувати трансгендерність?
7. Медична допомога — це
8. Чим відрізняються поняття «клієнт» і «пацієнт»?
9. Медичне обслуговування — це
10. Чи згодні ви, що трансгендерна людина в новому колективі неодмінно має відверто декларувати свої вподобання?



20. Зворотній зв'язок від учасників — заповнення оціночних форм

Тривалість: 10 хвилин.

Кількість учасників: уся група.

Матеріали: заздалегідь роздруковані оціночні анкети й кулькові кулькові ручки для кожного учасника.



Порада тренерам. На цьому етапі варто попросити учасників заповнити заздалегідь роздруковані оціночні анкети та зазначити свої коментарі й побажання стосовно подій, учасниками яких вони були на тренінгу. Після заповнення тренер збирає форми та в подальшому ретельно аналізує.

Зразок оціночної анкети для заповнення учасниками після завершення тренінгу

Тренінг для лікарів з транскмпетентнісного медичного обслуговування

Дата:

Місце проведення:

ОЦІНОЧНА АНКЕТА

№	Критерій	Оцінка					Коментарі
		①	②	③	④	⑤	
Оцініть від одного (дуже погано) до 5 (дуже добре)		①	②	③	④	⑤	
1.	Користь тренінгу	○	○	○	○	○	
2.	Актуальність	○	○	○	○	○	
3.	Ефективність методів проведення тренінгу	○	○	○	○	○	
4.	Місце проведення	○	○	○	○	○	

Які теми семінару були для вас найкорисніші?.....
.....
.....

Які теми тренінгу були для вас найменш корисні?.....
.....
.....

Дякуємо за ваші відповіді та участь у заході!



21. Закриття тренінгу. Підбиття підсумків.

На цьому етапі бажано дати змогу всім учасникам поділитися відчуттями та емоціями. Для когось у групі цей тренінг був перший у житті, можливо. Інші могли відвідати вже десятки тренінгів. До останніх хвилин присутності учасників у залі незалежно ні від чого має бути дотримане право на рівність. Тренери після обміну думками учасників також висловлюють слова подяки за активну роботу й бажають учасникам і одне одному натхнення та миру. Важливо нагадати про можливість та користь від застосування зворотного зв'язку.



В допомогу тренерам наводимо приклади запитань, які можна ставити для оцінювання рівня знань учасників тренінгу

- 1. У чому ви вбачаєте різницю між тренінгом та іншими видами навчальних занять?*
- 2. Назвіть та опишіть основні типи групових завдань і вправ на тренінгу.*
- 3. Чи подібні терміни «компетенція» та «компетентність»? Поясніть свою думку.*
- 4. Яка мета взаємодії лікарів і середнього медичного персоналу в межах процесу покращення якості медичних послуг?*
- 5. Охарактеризуйте сутність транскомпетентного підходу.*
- 6. Як ви розумієте концепцію забезпечення рівності прав на отримання медичних послуг?*
- 7. Охарактеризуйте явище дискримінації за гендерною ідентичністю, статтю, сексуальною орієнтацією та перелічіть способи протидії.*
- 8. Дайте визначення поняття «ключові групи» населення щодо інфікування ВІЛ-інфекцією.*
- 9. Назвіть основні ключові групи згідно з позицією МОЗ України.*
- 10. Назвіть критерії віднесення осіб до ключових груп щодо інфікування ВІЛ-інфекцією.*
- 11. Чи існують медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти? Назвіть їх, якщо так.*
- 12. У чому полягає сутність концептуальної моделі системи транскомпетентного медичного обслуговування?*
- 13. Охарактеризуйте правові аспекти гендерного (трансгендерного) переходу.*
- 14. Назвіть відомі вам способи застосування адвокації, комунікації і соціальної мобілізації для посилення можливостей та розширення прав спільнот.*
- 15. Назвіть та охарактеризуйте відомі вам українські й міжнародні протоколи надання медичної допомоги.*

РОЗДІЛ III.

ТЕОРЕТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Актуальність теми

Згідно з нещодавнім оглядом, у США приблизно 9 осіб на 100 000 населення зверталися з клопотанням про операційну корекцію статі або про призначення гормональної терапії, 7 осіб на 100 000 населення отримали діагноз трансгендерності, а 355 осіб на 100 000 людей ідентифікують себе як трансгендери [34]. Загальноприйнятої термінології для досліджень поки що не існує, тому оцінки можуть суттєво відрізнятись. Так, у США метааналіз 12 загальнонаціональних опитувань з 2007 по 2015 роки показав, що в країні налічується приблизно 1 млн (або 0,39%) дорослих людей, чия гендерна ідентичність відрізняється від статі, задокументованої при народженні [35], тоді як згідно з ретроспективним аналізом даних Census Bureau за 1936–2010 рр. людей, чий гендер нинішнього імені відрізняється від гендеру імені при народженні, є від 0,001 до 0,01% дорослого населення. Проте через надзвичайно широку розбіжність даних (від 0,001 до 0,39%) та неузгодженість термінології, використаної у різних оцінках, екстраполяція цих показників на Україну не є доцільною [36].

Навіть якби епідеміологічні дослідження встановили, що по всьому світу пропорція транссексуалів, трансгендерів однакова, імовірно, культурні відмінності між країнами змінили б як поведінковий вираз різних статевоїх ідентичностей, так і ступінь, до якого гендерна дисфорія відмінна від статевої ідентичності індивіда. Гендерна варіативність не є рідкістю. Опитування 10 000 осіб, що здійснювалось у 2012 р. Комісією з прав людини та рівності у Сполученому королівстві Великої Британії і Північної Ірландії, встановило, що 1% населення ідентифікує себе певною мірою у різних гендерних варіантах. Цю цифру не обов'язково вважати репрезентативною для всього населення [37].

Медичні знання, необхідні для підтримки трансгендерних людей, не є надто складними, але транс* клієнтам досі часто важко знайти лікарів, які готові надавати їм затребуване медичне обслуговування.

Піклування про здоров'я трансгендерів ще не отримало широкого висвітлення у навчальних програмах, але зусилля, спрямовані на включення трансгендерного здоров'я в медичну освіту як для студентів, так і для лікарів на рівні післядипломної освіти, ще тільки зароджуються. Немає консенсусу щодо конкретних освітніх новацій, які слід застосовувати для вирішення проблеми здоров'я трансгендерів. Перешкоди для збільшення впливу на користь здоров'я трансгендерів включають обмежений навчальний час, відсутність

у викладачів предметної компетентності та недостатню інституціональну підтримку. Усі доступні звіти про опубліковані освітні втручання довели ефективність у покращенні ставлення, знань та/або навичок, необхідних для досягнення клінічної компетентності з трансгендерними пацієнтами [38].

ТГР є однією з ключових груп, які вразливі до ВІЛ-інфекції, що виділяються ЮНЕЙДС. Виділення ТГР до окремої ключової групи — важливий крок для зниження поширення ВІЛ-інфекції серед транс* людей. Це дасть змогу ТГР отримувати легітимну, можливо, навіть трансспецифічну профілактичну підтримку, бути прихильними до лікування, а їхні дані не будуть змішуватися з групою ЧСЧ [39].

За результатами біоповедінкового дослідження серед трансгендерних людей в Україні [109] серед трансгендерних чоловіків не було зафіксовано жодного позитивного результату тесту на ВІЛ-інфекцію в рамках дослідження. Серед трансгендерних жінок цей показник становить 2%. Захворюваність на ВІЛ серед трансгендерних жінок становить 0,33% (95% ДІ: 0,0–1,27%). За результатами тестування трансгендерних жінок виявлено антитіла до вірусного гепатиту В у 2,1%, вірусного гепатиту С — у 1,4%, сифілісу — у 2,6% респонденток. За самодекларуванням трансгендерні жінки вказали, що хворіли або хворіють на наступні захворювання: сифіліс — 1,1%, гепатит В — 0,6%, гепатит С — 0,2%.

Серед трансгендерних чоловіків за самодекларуванням та за результатами тестування виявлено антитіла до вірусного гепатиту С — 2,0%.

Міжнародна класифікація хвороб

В Україні, як і в багатьох інших країнах світу, для перетворення словесного формулювання діагнозів хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у коди, які забезпечують зручність збереження, збору та аналізу даних, діє Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) — документ, що використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я. Зазначена Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ) є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів та міжнародну верифікацію матеріалів. МКХ стала міжнародною стандартною діагностичною класифікацією для всіх загальних епідеміологічних цілей та багатьох завдань, пов'язаних з управлінням системою охорони здоров'я. Ці цілі включають аналіз загальної ситуації зі здоров'ям груп населення, а також підрахунок частоти й поширеності хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у їхньому взаємозв'язку з різними факторами [40]. МКХ періодично переглядається під керівництвом ВООЗ та 25 травня 2019 р. було схвалено серйозні зміни, які будуть корисні трансгендерним людям у всьому світі.

Перегляд ВООЗ включення до МКХ станів, що стосуються сексуального здоров'я, іноді здійснювався у випадках, коли культурні уявлення не підтверджувалися медичними фактами. Наприклад, у МКХ-6, опублікованій 1948 р., гомосексуальність класифікувалася як психічний розлад з урахуванням припущення, що це передбачуване відхилення від норми відображає певний особистісний розлад. Пізніше у 1970-ті роки гомосексуальність було виключено з МКХ та інших систем класифікації хвороб. Згодом і гендерну невідповідність теж було перенесено з розділу психічних розладів МКХ у розділ станів, що стосуються сексуального здоров'я. Обґрунтуванням цьому служить той факт, що, хоча в даний час з усією очевидністю доведено, що гендерна невідповідність не є психічним розладом, а її включення в класифікацію насправді може спричинити виражену стигматизацію

трансгендерних людей, у них все ж таки є значні потреби в медичному обслуговуванні, які можуть бути задоволені повніше, якщо цей стан буде позначено кодом у межах МКХ [40].

Хоча транс* люди стають дедалі більш помітні як у масовій культурі, так і в повсякденному житті, досі не рідкість — випадки жорсткої дискримінації, стигматизації та системної нерівності у реалізації прав людини.

Деякі конкретні проблеми, з якими може стикатися транс* спільнота, та про які часто повідомляють:

- відсутність належного правового захисту — правова система та суспільство не завжди якісно захищають від дискримінації з причини гендерної різноманітності;
- стигматизація, переслідування і дискримінація;
- насильство щодо транс* людей;
- документи, що засвідчують особу транс* людини, оформлені на стать, яка відрізняється від її зовнішнього вигляду — це може вплинути на всі аспекти життя, включаючи доступ до житла в екстрених випадках чи отримання державних послуг. Без ідентифікації людина не може подорожувати, зареєструватися в системі соціального забезпечення або отримати доступ до багатьох послуг, необхідних для функціонування в суспільстві [42];
- отримання якісної медичної допомоги;
- складнощі з працевлаштуванням — трансгендерні люди, особливо ті, які зараз перебувають у процесі переходу або чий документи не відповідають гендерному самовираженню, відчувають складнощі в працевлаштуванні: важко знайти нову роботу, або доводиться далі працювати на тому самому робочому місці через страх не знайти іншого, навіть якщо не відчувають комфорту чи колеги їх не приймають.

У 2015 р. Верховна Рада України проголосувала за поправку до Кодексу законів про працю, яка забороняє дискримінацію людей на робочому місці за ознакою сексуальної орієнтації та/або гендерної ідентичності (далі — СОГІ). Станом на 2023 рік в Україні не було жодної переданої до суду справи щодо дискримінації на робочому місці за ознакою СОГІ. Загалом люди, які були змушені приховувати свою СОГІ, повідомляли про страхи й стрес, пов'язані з можливим розкриттям їхньої ідентичності. Вони остерігалися можливих знущань на робочому місці, пліток, викриття перед іншими колегами, звільнення чи спонукання до звільнення з роботи [43].

Історичні аспекти розвитку транс* культури

Існує багато доказів гендерних відмінностей протягом усієї історії людства. Серед найдавніших є розповіді про гала (gala) [44] та галлів (galli) [45], жерців, у яких при народженні визнавали чоловічу стать, та які перетнули гендерні межі у своєму поклонінні різноманітним богиням у стародавніх Шумері, Аккаді, Греції та Римі. Інші культури визнавали третю стать, включаючи людей з двома духами [46] в корінних громадах, і хіджру, небінарних людей, які виконують ритуальні ролі в Південній Азії.

Часом люди, які кинули виклик гендерній бінарності, посідали високе становище. Римський імператор, відомий як Елагабал, під час свого короткого правління (218–222 рр.) одягався у жіночий одяг, вимагав, щоб його називали «вона», і висловив бажання провести операцію з видалення статевих органів. Імператора Елагабала скинули з престолу й убили у віці 18 років, а труп його викинули в річку Тибр [47].

Хоча в західних суспільствах відносно нещодавно почали обговорювати визнання гендерів поза чоловічим і жіночим, в індуїстському суспільстві люди з небінарним гендерним вираженням відігравали важливу роль протягом понад 2000 років. Докази існування в індуїстському суспільстві людей, яких називають третьою статтю, можна знайти в священних текстах, таких як «Рамаяна» та «Махабхарата», де індуїстський герой Арджуна стає третьою статтю. Згадки про вшанування людей третьої статі зустрічаються протягом усієї історії Південної Азії. Наприклад, мусульманські правителі імперії Великих Моголів у XV–XIX століттях були щедрими покровителями індійців третьої статі. Багато з них досягли високих владних позицій як за індуїстських, так і за мусульманських правителів. 2014 р. було підраховано, що лише в Індії проживає близько 3 мільйонів осіб третьої статі.

Хоча третя стаття включає кілька різних груп у Південній Азії, найпоширенішими є хіджри. Хіджри часто народжуються чоловіками, але одягаються традиційно жіночно і мають відповідний вигляд. Багато, але не всі, вирішують пройти церемонію кастрації, видаляючи свої чоловічі статеві органи як жертву індуїстській богині Бахучара Мата. Інші хіджри народжуються інтерсексуалами. Індійське суспільство та більшість хіджр, яких сторонні люди часто називають трансгендерами, вважають себе третьою статтю — ні чоловіками, ні жінками, ні перехідними. Вони зовсім іншої статі. Однак ідентичність хіджри є складною, і нещодавно деякі люди визнали себе трансгендерними та звернулися за процедурою зміни статі.

Хоча хіджри зберегли свої традиційні права й обов'язки при народженні та шлюбі, сьогодні до хіджри часто ставляться зневажливо. Вони майже завжди відсторонені від роботи й навчання за межами своїх ритуальних ролей. Як наслідок вони часто бідні й змушені вдаватися до жебрацтва та проституції, щоб вижити. Вони часто стають жертвами насильства й жорстокого поводження, переслідуються поліцією та відмовляються від лікування у лікарнях.

Нещодавно хіджра повернули собі деякі права й свободи, у яких їм було відмовлено: 2014 р. Індія, Непал і Бангладеш офіційно визнали людей третьої статі громадянами, які заслуговують на рівні права. Верховний суд Індії постановив, що «кожна людина має право вибрати свою стать», і що визнання групи є «не соціальною чи медичною проблемою, а проблемою прав людини». Ухвала Верховного суду зобов'язує уряд забезпечити освіту й можливості працевлаштування для всіх груп третьої статі. Хоча прогрес був повільним, 2015 р. в місті Райгарху вперше в Індії було обрано мера-хіджру, а 2017 р. місто Кочі найняло 23 хіджри для роботи в системі громадського транспорту [48].

Вважається, що Магнус Гіршфельд заснував першу в світі клініку гендерної ідентичності, серед клієнтів якої був Ейнар Вегенер (який перетворився на Лілі Ельбе — одного з перших людей, які перенесли операцію зі зміни статі). Гіршфельд почав досліджувати сексуальність після переїзду до Берліна 1896 р., де він жив як відкритий гей і виступав за права геїв. Гітлер назвав його «найнебезпечнішим євреєм у Німеччині», а бібліотеку його Інституту сексуальних наук було спалено нацистами [49].

Інституту сексуальних досліджень у Берліні виповнилося 60 років, якби він не став жертвою нацистської ідеології [50].

Багато попередників і колег Гіршфельда вважали гомосексуалізм патологією. Опіраючись на нові психологічні теорії, проголошували це ознакою психічного розладу. Гіршфельд навпаки стверджував, що людина може народитися з характеристиками, які не вписуються в гетеросексуальні чи бінарні категорії, і підтримував ідею, що «третьа стаття» (або *Geschlecht*) існувала природно. Гіршфельд запропонував термін «сексуальні посередники» для неконформних осіб. Під цю «парасольку» входили ті, кого він вважав «ситуативними» та «конституційними» гомосексуалами — визнання того, що часто існує спектр бісексуальних практик, а також ті, кого він називав «трансвеститами». До цієї групи

входили особи, які бажали носити одяг протилежної статі, і ті, кого «з погляду характеру» слід вважати протилежною статтю. Він також визнав, що ці люди можуть бути як гомосексуалами, так і гетеросексуалами, що часто неправильно розуміють щодо трансгендерних людей нині.

Можливо, ще більш дивним було те, що Гіршфельд виділив осіб без фіксованої статі — схоже на сучасну концепцію гендерно мінливої або небінарної ідентичності (він зарахував до них французьку письменницю Жорж Санд). Найголовніше для Гіршфельда було те, що ці люди діяли «відповідно до своєї природи», а не проти неї.

Дослідження Гіршфельдом сексуальних посередників не було тенденцією чи примхою; натомість це було визнання того, що люди можуть народжуватися з природою, яка суперечить їхній приписаній статі. А у випадках, коли бажання жити як представники протилежної статі було сильним, він вважав, що наука повинна забезпечити спосіб переходу. На початку 1919 р. він придбав віллу в Берліні й 6 липня відкрив Institut für Sexualwissenschaft (Інститут сексуальних досліджень). До 1930 р. тут проводилися перші в світі сучасні операції з підтвердження статі.

Хоча хірургічні процедури, спрямовані на інтерсексуальних пацієнтів, почалися ще в XIX столітті, такі операції, як правило, носили суто косметичний характер. Гіршфельд був значно радикальшим. Працюючи з кількома колегами, як от піонером ендокринології Ойгеном Штаймахом і хірургом Феліксом Абрахамом, Гіршфельд почав досліджувати хірургічні методи зміни зовнішніх статевих органів пацієнтів відповідно до їхньої сприйнятої сексуальної ідентичності [51].

Гіршфельд з колегами провели операцію переходу від чоловіка до жінки під назвою Genitalumwandlung — буквально «перетворення статевих органів». Це відбувалося поетапно: кастрація, пенектомія та вагінопластика. Інститут лікував лише трансгендерних жінок у той час; фаллопластика з переходом від жінки до чоловіка не практикувалася до кінця 1940-х років. Пацієнтам також призначали гормональну терапію, що давало змогу їм відростити природні груди й пом'якшувало риси обличчя.

В інституті Гіршфельда була створена величезна бібліотека творів про сексуальність, яка збиралася протягом багатьох років і містила рідкісні книги, схеми та протоколи хірургічного переходу від чоловіка до жінки (MTF). На жаль, понад 20 000 книжок було спалено нацистами 6 травня 1933 р., коли вони захопили Інститут. Колекція включала унікальні роботи, що висвітлювали різні аспекти інтерсексуальності, гомосексуальності, трансгендерності*.

Вважається, що під час нападу було вбито Дору Ріхтер (нім. Dora Richter; 1891–1933, Німеччина) — першу відому транссексуальну жінку, яка перенесла повний цикл операцій з корекції статі [52]. Вона була однією з трансгендерних людей під опікою Магнуса Гіршфельда в Берлінському Інституті сексуальних наук у 1920-х і на початку 1930-х років, перенесла орхіектомію 1922 р., після чого 1931-го їй видалили статевий член і зробили вагінопластику.



* Фото з Меморіального музею Голокосту США <https://collections.ushmm.org/search/catalog/pa26351>

Лілі Ельбе (18 грудня 1882, Вайле, Данія — 13 вересня 1931, Дрезден, Німеччина) — данська художниця-трансгендерка. Вона стала другою офіційно зареєстрованою особою, після Дори (Рудольфа) Ріхтер, що пройшла операцію з хірургічної корекції статі. Спершу Ельбе — уроджена Ейнар Магнус Андреас Вегенер (дан. Einar Mogens Andreas Wegener) — була відомою данською художницею-пейзажисткою, яка з часом почала представлятися як Лілі, і широкій публіці стала відома як «сестра Ейнара». Після операції з хірургічної корекції статі офіційне ім'я було змінено на Лілі Ільзе Ельвернес (Ельбе), також після операції жінка припинила займатися живописом [53].

Ельбе померла від серцевого паралічу в жіночій клініці Дрездена під час одужання після останньої операції 1931 р., не доживши до свого 49-го дня народження [54].

У 1933 р. вийшла друком автобіографічна книжка Лілі Ельбе за редакцією Нільса Хоєра «Fra Mand til Kvinde», в якій авторка розповідає історію транс-жінки, яка вперше в історії людства перенесла операцію з підтвердження статі й була юридично визнана особою, яка належить до статі, відмінної від задокументованої при народженні.

Було досягнуто прогресу в гормональній фармакології, і наприкінці 1940-х років Швеція стала світовим центром хірургії зміни статі. Перша по-справжньому резонансна операція зі зміни статі здійснена 1952 р., коли Джордж Йоргенсен поїхав до Швеції, щоб стати Крістін. Як перша американка, якій зробили операцію з підтвердження статі, Йоргенсен (Jorgensen), стане найвідомішою трансгендерною жінкою своєї епохи. Її перехід від чоловіка-солдата до публічної особи жіночої статі став вододілом у видимості транс* людей. Джордж Йоргенсен народився у Бронксі, штат Нью-Йорк. У 1952 р. Йоргенсен півтора року проходив гормональне лікування і переніс операцію зі зміни статі. Повернувшись до Нью-Йорка, Крістін зіткнулася з пильною увагою засобів масової інформації і спровокувала загальнонаціональні дискусії про гендерну ідентичність. У 1952 р. Американське скандинавське товариство назвало її «Жінкою року».

Етимологія термінів*

На початку 1990-х років у Сполучених Штатах слово трансгендер набуло широкого вжитку як загальний термін для опису ряду гендерно-варіантних ідентичностей і спільнот. Створення терміну часто приписували Вірджинії Прінс (1913–2009), гетеросексуальному кросдресеру з Лос-Анджелеса, яка згодом почала жити соціально як жінка й відіграла важливу роль у формуванні гендерно-варіантних спільнот, організації та ідентичності в Сполучених Штатах у середині ХХ століття. Утім, її роль у становленні термінології переоцінена, а історія самого слова значно складніша, ніж вважалося раніше.

Прінс описувала себе як трансгендера ще в 1969 р., тобто застосовувала спосіб назвати специфічну поведінку у вибраній соціальній гендерній ролі, відмінній від тієї, яка зазвичай асоціюється зі статтю, визначеною з народження, без операції зі зміни статі на статевих органах. У 1975 р. FI News опублікувала статтю про термін «трансгендерист», визначивши його так, як пізніше вживала Прінс, а в 1976 р. Арі Кейн, тогочасний лідер гендерно різноманітних спільнот на Східному узбережжі, використав цей термін. Однак Прінс і Кейн не використовували слова «трансгендер» у його сучасному всеохопному значенні, а також не були першими, хто створив слова, що містять певну сполуку транс + гендер. Що ще важливіше, найдавніші задокументовані випадки використання «трансгендерності» не відрізняють транссексуальність від перевдягання або життя без операції.

* <https://read.dukeupress.edu/tsq/article/1/1-2/232/91833/Transgender>

У 1965 р., наприклад, доктор Джон Олівен запропонував замінити термін «транссексуалізм» на термін «трансгендерність», стверджуючи, що концепція сексуальності не може пояснити «безмежну віру в те, що [транссексуали] — це жінки, які через якусь неймовірну помилку народилися у тілах чоловіків». 26 квітня 1970 р. в газеті TV Guide використовувався термін «трансгендерний» для опису транссексуального титульного героя фарсу Гора Відала про зміну статі Майри Брекінрідж («Недільні моменти», 1970). У 1974 р. Роберт Хетчер і Джозеф Пірсон використовували «трансгендер» як термін для оперованих транссексуалів, написавши: «Трансвестит рідко вдається до трансгендерної операції». Того ж року Олівен знову використав «трансгендер», але цього разу як термін, що включає і трансвеститів, і транссексуалів.

До 1975 р. групи трансвеститів / транссексуалів почали використовувати «трансгендерність» як термін, що включає транссексуалів і трансвеститів. У 1979, 1982 та 1985 роках Крістін Йоргенсен, на той час, можливо, найвідоміша транссексуалка у світі, публічно відкинула термін «транссексуал» на користь терміну «трансгендер». 1984 р. журнал TV-TS Tapestry опублікував статтю, в якій згадувалося про важливість «трансгендерної спільноти», у якій «трансгендер» використовувався як загальний термін, що включає транссексуалів і трансгендерів. До середини 1980-х років термін «трансгендер» використовувався неодноразово і в медицині, і в поп-культурі та в джерелах транс-спільноти як узагальнений термін, що включає транссексуалів та інших людей, що відрізняються за статтю. Отже, різке зростання популярності терміна на початку 1990-х років слід розглядати як прискорення тривалої тенденції, а не як створення нового значення для наявного терміна, який спочатку означав щось інше. Вигадування, поглинання та розповсюдження «трансгендерності» було органічним, низовим процесом, який виник із багатьох джерел, у багатьох розмовах, що відбувалися у різних соціальних місцях.

Законодавчі підстави. Правові питання медичної діяльності

Право на недискримінацію

Транс* спільнота в Україні потерпає від підвищеного рівня дискримінації та стигматизації, відсутності профільних сервісів і недостатнього інформування медичних працівників. Усе це призвело до закритості групи, безробіття, залучення до секс-бізнесу та браку базових знань і навичок щодо профілактики ВІЛ-інфекції і збереження свого здоров'я, а також частого самолікування та самопризначення замісної гормональної терапії. Трансгендерні люди дуже вразливі до психологічного, фізичного, сексуального насильства з боку суспільства, клієнтів, медичного персоналу, роботодавців та можливості доступу до соціальних, психологічних, медичних, правових послуг. Деякі представники транс* спільноти надають сексуальні послуги за винагороду, тим самим наражаючи себе на ризик інфікування ВІЛ та ІПСШ [41].

Представники транс* спільноти повідомляють про різні форми і прояви дискримінації. Один із проявів дискримінаційного ставлення — гомофобія, що має вплив на здоров'я представників спільноти. У соціологічному словнику Блеквелла дається таке визначення гомофобії: «уникнення, боязнь, забобони, дискримінація, утиски або акти насильства щодо лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерних осіб» [55].

Візиту до лікаря в користувачів медичних послуг передують виникнення запитань, приміром: «А чи застосовує лікар дружній до транс* спільноти підхід?», «На чому ґрунтується впевненість, що те, про що він від вас дізнається, залишиться справді конфіденційним?», «Які наслідки можуть бути у разі розкриття лікарської таємниці?».

Відверта розмова з медиками — це певний ризик для користувачів послуг, адже чи є реальна гарантія того, що лікар не поділиться інформацією з вашими батьками або з іншими людьми про ті таємниці, яких ви не хотіли б оприлюднювати?

Ця проблема — одна з головних у сфері охорони здоров'я. Розповідь про свою гендерну ідентичність іншим особам має істотне значення для психічного здоров'я людей. Суспільство, яке перешкоджає зізнанню, заважає визнанню кожної людини і її гідності. Така ситуація сприяє розвитку культури, у якій транс* особи навряд чи зможуть отримувати доступ до повного обсягу послуг в сфері охорони здоров'я тому, що традиційні уявлення про стать і гендер створюють перешкоди для отримання ними медичних послуг.

Право на отримання медичних послуг

Окремим аспектом здоров'я транс* спільнот є право на отримання відповідних гендерно підтверджувальних медичних послуг, що мають бути передбачені державою у повному обсязі. Розглядаючи зміст права на охорону здоров'я, варто зауважити, що через відсутність визнання транс* переходу люди можуть постійно переживати тривогу, страх, збентеження і приниження в своєму повсякденному житті [56].

Гендерна толерантність на рівні міжнародних правових механізмів

Толерантність — норма сучасного цивілізованого світу. Як така вона прокламована Декларацією принципів толерантності, затвердженою Резолюцією Генеральної Конференції ЮНЕСКО 16 листопада 1995 р.. На рівні ООН за останні роки розроблено чимало документів, спрямованих на боротьбу з дискримінацією за ознакою сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності [29].

Назвемо лише деякі з них:

а) Рада ООН з прав людини у червні 2011 р. ухвалила резолюцію 17/19 — першу резолюцію щодо прав людини в контексті сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності, яку називають новою сторінкою в історії ООН;

б) ухвалення резолюції стало підставою для підготовки Офісом Верховного комісара ООН доповіді щодо прав людини в контексті СОГІ. Доповіддю було зафіксовано докази систематичного насильства і дискримінації, спрямованих на людей через їхню сексуальну орієнтацію чи гендерну ідентичність — починаючи від дискримінації на робочому місці, у системі охорони здоров'я і в освіті, завершуючи криміналізацією одностатевих відносин, а також насильством, яке вчиняється лише на тій підставі, що особа має відповідну сексуальну орієнтацію або є трансгендером;

в) спільна заява про припинення актів насильства і пов'язаних з ними порушень прав людини на основі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності, підтримана державами, у тому числі Україною, 22 березня 2011 р. в Раді ООН з прав людини;

г) резолюції Ради ООН з прав людини: 27/32 «Права людини, сексуальна орієнтація і гендерна ідентичність» від 2 жовтня 2014 р. і 32/2 «Захист від насильства і дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності» від 30 червня 2016 р. В останньому з названих документів висловлюється глибокий жаль з приводу актів насильства і дискримінації у всіх регіонах світу, скоєних щодо осіб через їхню сексуальну орієнтацію чи гендерну ідентичність. Документ вказує на призначення Незалежного експерта з питань захисту від насильства і дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності, мандат якого серед іншого передбачає необхідність проводити роботу у співпраці з державами з метою сприяння здійсненню заходів, спрямованих на захист всіх осіб від насильства і дискримінації за ознакою сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності;

д) виданий під егідою ООН буклет, який розкриває зобов'язання держав щодо забезпечення прав людини від їх порушення внаслідок дискримінації за ознакою СОГІ. Як зазначається у передмові до цього буклету, упродовж десятиліть такі слова як «сексуальна орієнтація» і «гендерна ідентичність» надзвичайно рідко промовлялися під час офіційних міжурядових засідань ООН. Але настав момент, коли права лесбійок, геїв, бісексуальних людей і трансгендерів стали предметом обговорення Ради ООН з прав людини у Женеві [57].

Національна нормативна база в Україні

Відповідно до статті 51 Основ законодавства України про охорону здоров'я, підпункту 2 пункту 64 плану заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 р., наведеного в додатку до розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.11.2015 р. № 1393-р «Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 р.», та з метою удосконалення надання медичної допомоги населенню, Наказом МОЗ України від 05.10.2016 р. № 1041 «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення» [58], встановлено медико-біологічні та соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності, затверджена форма первинної облікової документації № 066-З/о «Медичне свідоцтво про зміну (корекцію) статевої належності» та інструкцію щодо її заповнення, і зазначено, що вимоги до діагностичних, лікувальних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги особам, що мають медико-біологічні та соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності та їх послідовність визначаються галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Зазначений Наказ МОЗ України від 05.10.2016 р. № 1041 є свідченням суттєвого прогресу вітчизняної медицини, з огляду на значну його демократичність і зручність у використанні лікарями порівняно з попередніми (що вже втратили чинність) наказами, які стосувалися питань статі, як то Наказ МОЗ України від 30.11.1992 р. № 173 «Про створення комісії з питань транссексуалізму», Наказ МОЗ України від 15.03.1996 р. № 57 «Про надання медичної допомоги особам, що потребують зміни (корекції) статевої належності», Наказ МОЗ України від 03.02.2011 р. № 60 «Про надання медичної допомоги особам, що потребують зміни (корекції) статевої належності».

Таким чином в Україні на сьогодні медико-біологічними показаннями для зміни (корекції) статевої належності є психічний і поведінковий розлад «транссексуалізм» за МКХ-10 (F64.0). Соціально-психологічними показаннями для зміни (корекції) статевої належності є дискомфорт або дистрес, обумовлені розбіжністю між статевою ідентичністю індивідуума і статтю, задокументованою при народженні (і пов'язаними з цим гендерною роллю та/або первинними і вторинними статевими ознаками).

«Процедура офіційної зміни статі в Україні є хоч і не досконалою, але достатньо реальною для виконання та прозорою. Зокрема, вона не передбачає обов'язкового медичного втручання і фактично вимагає лише отримання вищезгаданих медичних діагнозів. Отримати їх у теперішніх умовах в Україні можливо у відповідних лікарських комісіях, які діють в обласних центрах» [59].

У МКХ-11, яку поки що не впроваджено в Україні, блок F64 чинної МКХ-10 («Розлади статевої ідентифікації») змінено. Зокрема діагноз F64.0 «транссексуалізм» отримав нове кодування і назву — HA60 «гендерна невідповідність підліткового або дорослого віку», і його перенесено до розділу 17 «Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям» [60].

Правові аспекти гендерного (трансгендерного) переходу

Перехід — це багатокомпонентний процес, що містить будь-який або всі гендерні аспекти життя людини (естетичні, соціальні, правові, біологічні тощо). Люди можуть вибрати привабливі компоненти з урахуванням гендерної ідентичності, сприйняття власного тіла, інших рис особистості, наявності коштів, ставлення інших людей. Допускається перехід між культурами та субкультурами залежно від культуральних особливостей у поглядах суспільства.

Перехід починається з прийняття рішення, спричиненого відчуттям, що гендерна ідентичність людини не відповідає статі, задокументованій при народженні.

Цей процес зазвичай передбачає терапію (яка може включати замісну гормональну терапію та операцію зі зміни статі).

Одна з найпоширеніших частин перехідного періоду — камінг-аут. Процес переходу може тривати від кількох місяців до кількох років. Деякі люди, особливо небінарні або гендерквір особи, можуть провести своє життя переходячи, і можуть переосмислювати та з часом змінювати свою стать. Здебільшого перехід починається там, де людина почувається в безпеці та комфорті: у колі членів сім'ї, друзів, близьких людей. Надалі може бути визнання та оприлюднення власних змін у колективі, на робочому місці тощо.

Як один з варіантів переходу можна розглядати операцію зі зміни статі. Люди на етапі перехідного періоду не завжди можуть приймати рішення на користь операції зі зміни статі, вони можуть відчувати нестачу ресурсів для цього.

Порівняно з хірургічною корекцією статі перехід — більш містке поняття, що передбачає зазвичай фізичні, психологічні, емоційні та соціальні зміни.

Повний перехід означає, що людина постійно живе повсякденним життям як представник гендеру, з яким вона себе ототожнює. Повний перехід може бути тимчасово чи перманентно відтермінований з огляду на безпекові умови, фізичні або правові умовності та обмеження. Прийнятним виходом може бути зміна місця роботи, якщо, наприклад, чоловік вважатиме небезпечним представляти себе жінкою на попередньому місці роботи.

Згідно з рекомендаціями СПАТЗ, не слід вимагати від пацієнта повного переходу протягом першого року, як мінімум, — цей час приділяється для реального тестування змін та отримання справжнього досвіду. ТГР у багатьох країнах можуть юридично змінювати ім'я на те, яке більше відповідає їхній гендерній ідентичності. Іноді законодавства дозволяють змінювати людям маркер статі на таких документах, як свідоцтво про народження, паспорт, посвідчення водія. Вимоги до підстав для змін імені залежать від юрисдикції — іноді потрібне попереднє хірургічне втручання зі зміни статі, в інших випадках обходяться без нього.

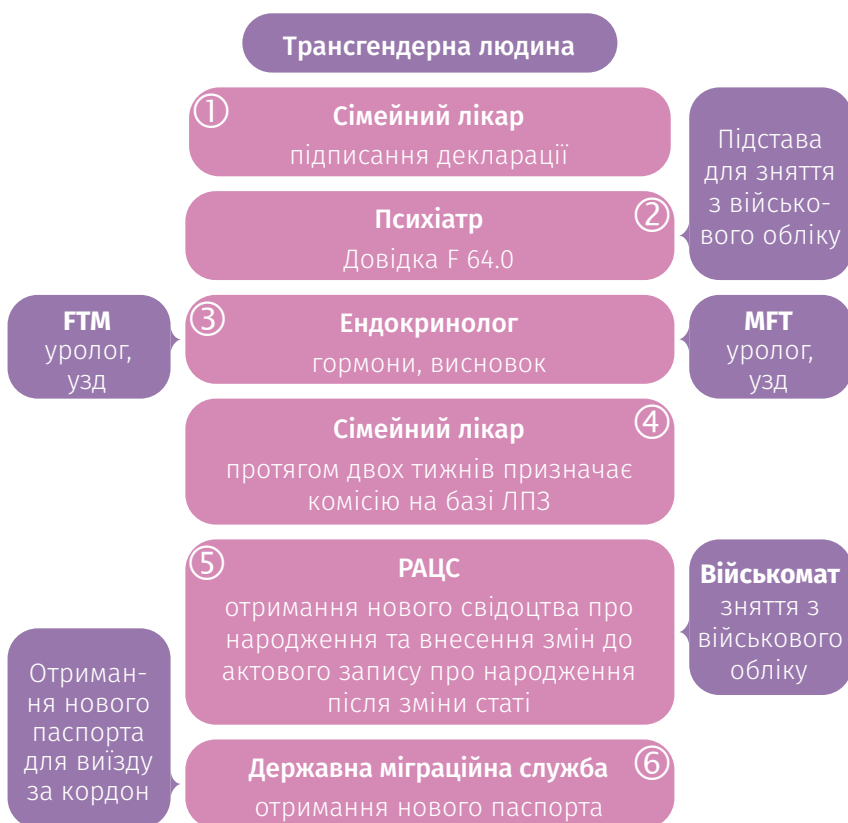


Схема «Алгоритм транс* переходу» [41].

Алгоритм транс* переходу

Алгоритм є орієнтиром для початку «переходу» зі старту, проте кроки за алгоритмом можуть бути змінені залежно від готовності транс* людини до того чи іншого етапу (наприклад, транс* людина має на руках вже висновок психіатра та висновок ендокринолога, тому стартом буде звернення до сімейного лікаря / сімейної амбулаторії для отримання медичного свідоцтва про зміну статевої приналежності).

Про медичний перехід пропонуємо дізнатися детально з інформації в [Додатку 5](#).

Дискримінація і способи протидії

Дискримінація за гендерною ідентичністю, статтю, сексуальною орієнтацією

До дискримінації за гендерним фактором можна віднести сексизм або дискримінацію за ознакою статі й трансгендерну дискримінацію людей, чия гендерна ідентичність не відповідає або культурально не є відображенням (наслідками, проявами тощо) їхньої задокументованої при народженні статі. Дискримінація за ознакою сексуальної орієнтації як правило впливає на негетеросексуальних людей. Гомофобія часто визначається як «ірраціональний страх перед і відраза до гомосексуальності, лесбійок, геїв, бісексуалів і транссексуалів, ґрунтовані на упередженнях, подібно до расизму, ксенофобії, антисемітизму та сексизму» [61], а також до людей, які сприймаються як ЛГБТ+. Якщо це почуття спрямоване проти транс* людей, це називається «трансфобією».

Трансфобія — це сукупність ідей і явищ, які охоплюють низку негативних ставлень, почуттів або дій щодо трансгендерних людей або трансгендерності загалом. Трансфобія може включати страх, відразу, ненависть, насильство, гнів або дискомфорт, який відчувається або виражається щодо людей, які не відповідають соціальним гендерним очікуванням [62]. Вона часто висловлюється поряд із гомофобними поглядами, і тому часто вважається аспектом гомофобії [63].

Різні тоталітарні режими в світі робили гомофобію частиною своєї політичної ідеології. Багато транс* людей не можуть повною мірою користуватись своїми загальними правами людини, ризикують стати жертвами злочинів на ґрунті ненависті, не можуть отримати захисту від вуличних нападів співвітчизників [64].

Важливим фактором, що суттєво ускладнює процес звернення транс* людей по медичні та інші послуги, є прояви стигматизації, дискримінації та факти розголошення конфіденційної інформації. Часто звернення по медичні послуги має місце лише тоді, коли стан здоров'я досягає критичного або прийом гормональних препаратів не дає бажаного результату. Крім того, обстеження для отримання довідки про діагноз, пов'язаний з гендером, є єдиною можливістю для подальшої зміни документів. Транс* люди також часто стикаються із насильством з боку близького оточення і суспільства загалом [65].

Для трансгендерів особливим бар'єром також є правове визнання змін у гендерному статусі. Це чинить негативний вплив на усі сфери їхнього життя. При отриманні медичних послуг це виявляється, наприклад, у тому, що відсутня можливість реєстрації у медичному закладі картки пацієнта, яка відповідала б їхньому гендеру [66].

Високий рівень суспільної гомофобії і трансфобії в Україні призводить до того, що більшість ЛГБТ у країні ведуть закритий спосіб життя, приховуючи свою сексуальну орієнтацію або гендерну ідентичність. Це значно ускладнює надання послуг, що входять до ВІЛ-сервісу, ключовим групам ЧСЧ і трансгендерів, а також справляє негативний вплив на стан їхнього психічного та фізичного здоров'я в цілому [67].

Ключові групи

Ключові групи (КГ) — це певні групи населення, які через специфічну поведінку мають підвищений ризик інфікування ВІЛ-інфекцією, незалежно від типу епідемії чи місцевого контексту. Крім того, вони часто мають юридичні й соціальні проблеми, пов'язані з їхньою поведінкою, що підвищує вразливість до ВІЛ-інфекції та інших ІПСШ.

ЮНЕЙДС розглядає чоловіків-гомосексуалів та інших чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками, працівників секс-бізнесу, трансгендерних осіб, людей, які вживають ін'єкційні наркотики, а також ув'язнених та осіб, які утримуються під вартою як п'ять основних КГ (МОЗ України налічує сім основних КГ, про це йтиметься далі), представники яких особливо вразливі до ВІЛ-інфекції і часто не мають адекватного доступу до послуг [68].

КГ важливі для динаміки передачі ВІЛ-інфекції. Вони також є важливими партнерами в ефективній протидії епідемії.

За даними The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [69], поширеність ВІЛ-інфекції порівняно з загальною популяцією серед секс-працівників перевищує в 4 рази, серед ЛВІН у 7 разів, серед ЧСЧ в 11 разів та серед ТГР в 14 разів.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед трансгендерних жінок (ТЖ) може в 48,8 разів перевищувати поширеність у загальній популяції [70]. Додатковою проблемою є неоднорідність цієї групи: до неї можуть потрапляти як люди з задокументованою при народженні жіночою, так і чоловічою статтю, з різною кількістю медичних втручань і т. ін., що не сприяє переконливості навіть тих нечисленних даних, які доступні [71].

Стратегічну інформацію про трансгендерних людей в контексті ВІЛ-інфекції почали збирати відносно недавно і станом на 2019 рік [72] тільки одинадцять країн провели таку оцінку. Аналіз стану стратегічної інформації в регіоні Центральної та Східної Європи і Центральної Азії показав, що тільки Вірменія виконала у 2018 р. експертну оцінку кількості трансгендерів, отримавши в результаті значення 200 трансгендерних жінок або 0,007% населення країни [73].

В Україні епідемія ВІЛ-інфекції і далі концентрується в ключових групах, передусім серед ЛВІН, секс-працівників та ЧСЧ. Особливої уваги набуває спільнота ТГР — незважаючи на те, що вони в 49 разів частіше, ніж загальне населення, живуть з ВІЛ-інфекцією, лише 30 країн повідомили про їх оціночну чисельність на веб-сайті ЮНЕЙДС. Провідником для поширення ВІЛ-інфекції серед населення в цілому можуть слугувати так звані «групи-містки», тобто групи, які тісно пов'язані з ключовими. Переважання у структурі передачі ВІЛ-інфекції статевого шляху потребує розуміння оціночної чисельності груп, через які відбувається передача ВІЛ-інфекції від ключових груп до загального населення — статеві партнери ЛВІН, клієнти секс-працівників і партнерки ЧСЧ. Окрім ключових груп і груп-містків, офіційна статистика не відображає міграційних процесів (наприклад, чисельності внутрішньо переміщених осіб, зовнішніх мігрантів тощо), розуміння яких важливе для ухвалення управлінських рішень на регіональному та національному рівнях. Оцінка чисельності представників ключових груп, груп-містків та інших соціально значущих груп — важливий стратегічний ресурс для подальшого прийняття рішень у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції / СНІДу [74].

Законодавство щодо ключових груп в Україні*

В Україні визначення приналежності до КГ щодо інфікування ВІЛ та вразливих груп відбувається згідно з Наказом МОЗ України від 15.08.2023 р. № 1465 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»» [75] (додаток 1 до Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» (підпункт 1 пункту 3 Розділу І) та Наказом МОЗ України від 15.09.2023 р. № 1632 «Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення» [76].

До КГ щодо інфікування ВІЛ-інфекцією відносять групи людей, які через особливості їхньої поведінки та поведінки їхнього оточення мають підвищений ризик інфікування ВІЛ-інфекцією незалежно від епідеміологічного контексту, що впливає на динаміку поширення ВІЛ-інфекції.

КГ щодо інфікування ВІЛ-інфекцією:

- 1) статеві партнери й партнерки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- 2) люди, які вживають наркотики ін'єкційно;
- 3) чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками;
- 4) люди, які надають сексуальні послуги;
- 5) статеві партнери людей, які вживають наркотики ін'єкційно;
- 6) люди, які перебувають в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах, а також звільнені з них;
- 7) трансгендерні люди.

Критерії віднесення осіб до КГ щодо інфікування ВІЛ-інфекцією (адаптовано авторами із застосуванням недискримінаційної термінології):

- 1) статеві партнери й партнерки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією — люди, які за останні 12 місяців мали принаймні один сексуальний контакт з людиною, яка живе з ВІЛ-інфекцією;
- 2) люди, які вживають наркотики ін'єкційно — люди, які вживають наркотики або інші речовини, що змінюють свідомість, ін'єкційним способом поза медичним призначенням та мали два або більше епізодів їх уживання протягом останніх 12 місяців;
- 3) чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками — чоловіки, які мають досвід принаймні одного за останні 12 місяців добровільного сексуального контакту з чоловіком;
- 4) люди, які надають сексуальні послуги — повнолітні, які надають сексуальні послуги та мають принаймні два випадки надання контактних (таких, що передбачають безпосередню тілесну взаємодію) сексуальних послуг протягом останніх 12 місяців;
- 5) статеві партнери й партнерки людей, які вживають наркотики ін'єкційно — люди, які мають досвід принаймні одного за останні 12 місяців добровільного сексуального контакту з людиною, яка вживає наркотики ін'єкційно;
- 6) люди, які перебувають в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах, а також звільнені з них — люди, які тримаються в установах виконання покарань і попереднього ув'язнення протягом строку відбування покарання або тримання під вартою, та впродовж 12 місяців після звільнення з установ виконання покарань;
- 7) трансгендерні люди — люди, гендерна ідентичність яких відрізняється від статі, задокументованої при народженні.

* У розділі частково наведено адаптовані положення Наказу МОЗ України від 15.08.2023 р. № 1465 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»» та Наказу МОЗ України від 15.09.2023 р. № 1632 «Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення»

До вразливих належать групи людей, які через вплив на них несприятливих соціальних, економічних або медичних факторів зазнають більшого ризику інфікування ВІЛ-інфекцією.

Уразливі групи:

- 1) клієнти людей, які надають сексуальні послуги;
- 2) люди, які вживають психоактивні речовини неін'єкційним способом;
- 3) статеві партнерки чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками;
- 4) люди, які постраждали від зґвалтування, зокрема люди, що зазнали сексуальної експлуатації;
- 5) бездомні повнолітні особи;
- 6) мігранти (внутрішні і зовнішні), зокрема внутрішньо переміщені особи;
- 7) діти мігрантів, діти, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування;
- 8) військовослужбовці та особи, які брали участь у бойових діях.

Додаток 6 до Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» (підпункт 2 пункту 3 Розділу II) [77] визначає вимоги до проведення послуг тестування на ВІЛ-інфекцію (ПТВ) для ключових груп щодо інфікування ВІЛ-інфекцією та уразливих груп, в тому числі для ТГР.

Спеціальні додаткові вимоги до ПТВ для ТГР:

1. Пояснення високого ступеня ризику інфікування ВІЛ та ІПСШ при незахищених статевих контактах. Обговорення статевих контактів без презерватива та оцінювання ризику інфікування ВІЛ / ІПСШ.
2. Наголошення на необхідності використання презерватива при кожному статевому контакті (анальному, вагінальному чи оральному). За можливості надання презервативів (чоловічих та/або жіночих) безкоштовно. Консультування щодо правильного використання презервативів та лубрикантів.
3. Заохочення особи залучити до ПТВ свого (-їх) статевого (-их) партнера (-ів) за допомогою медичних та/або немедичних працівників, зокрема співробітників НУО, або отримання швидких тестів для самотестування на ВІЛ.
4. Рекомендація щодо отримання регулярних ПТВ за допомогою медичних та/або немедичних працівників, зокрема співробітників НУО, або отримання швидких тестів для самотестування на ВІЛ та тестування на ІПСШ щонайменше один раз на рік.
5. Надання інформації щодо можливості отримання профілактичних та соціальних послуг на рівні спільнот / ГО.
6. Надання інформації щодо доступності медичної та психологічної допомоги під час проведення гормональної терапії.

Медико-психосоціальні потреби представників транс* спільноти

Маргіналізація транс* спільноти впливає деструктивно на сучасні ініціативи в сфері охорони здоров'я, внаслідок чого ця частина населення вимушено відчуває обмеженість можливості отримання медичних послуг. Непоодинокі випадки, коли люди побоюються звертатися по медичну допомогу через стигматизацію та дискримінацію.

ТГР стикаються зі значним рівнем стигматизації, дискримінації інасильства, що можуть бути як структурними (виявлятися в законах, політиці та інституційній практиці), так і

соціальними (тобто неприйняття та відсутність гендерного визнання іншими). І те, й інше ускладнює доступність та використання послуг з профілактики, тестування, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, а також інших послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи догляд з урахуванням гендерного фактора. 2019 р. ризик інфікування ВІЛ серед трансгендерних людей був у 13 разів вищий, ніж серед решти населення віком від 15 до 49 років. Поширеність ВІЛ серед трансгендерних жінок у 19 разів вища, ніж серед інших жінок віком від 15 до 49 років. У деяких країнах до 40% трансгендерних жінок живуть із ВІЛ. Незважаючи на те, що в період з 2010 по 2019 р. показники захворюваності на ВІЛ серед усіх жінок знизилися на 23%, серед трансгендерних жінок вони не знизилися. Стигма є потужним чинником стримування в плані отримання доступу до лікування чи продовження лікування, має негативний вплив на психічне здоров'я ТГР, підвищує вразливість до ВІЛ і погіршує доступ до медичної допомоги. Дані ЮНЕЙДС демонструють, що від 47% до 73% трансгендерних людей уникають тестування на ВІЛ через стигму та дискримінацію [78].

За даними ВООЗ, трансгендерні люди мають приблизно в 13 разів більше шансів стати ВІЛ-позитивними, ніж інші дорослі репродуктивного віку. У деяких регіонах на трансгендерних жінок припадає непропорційно велика частка нових інфекцій, включаючи Азію та Тихий океан (7%), Латинську Америку (6%) і Карибський басейн (5%). Поширеність ВІЛ серед трансгендерних жінок оцінюється в 28,4% у Східній і Південній Африці; 13,5% у Західній і Центральній Африці; 22,2% у Латинській Америці; 23,7% у Карибському басейні (ЮНЕЙДС, 2020). Для трансгендерних чоловіків та інших трансгендерних груп населення доступно мало даних щодо епідеміології ВІЛ. Ще менше даних доступно щодо поширеності та захворюваності на вірусний гепатит та інші ІПСШ серед трансгендерних людей [79].

У звіті за результатами операційного дослідження «Оцінка профілактичних інтервенцій для транс* людей в Україні та визначення шляхів їх покращення», проведеного МБФ «Альянс громадського здоров'я», наведено дані, що транс* люди, які є клієнтами профілактичних програм, повідомляли про зацікавленість у таких послугах, як тестування на ВІЛ, отримання презервативів та лубрикантів. Деякі транс* люди, які не є клієнтами профілактичних програм, також говорили про зацікавленість у тестуванні на ВІЛ, отриманні засобів контрацепції. Зацікавленість у проходженні тестування на ВІЛ висловлювалася переважно в контексті наявного ризику інфікування ВІЛ та необхідності тестування обох партнерів. Водночас отримання профілактичних послуг багатьма транс* людьми не тільки і не стільки пов'язане з власне профілактичними послугами як такими, а більшою мірою обумовлене можливістю отримати доступ до консультацій лікарів та перенаправлення до інших послуг у зв'язку із трансгендерним переходом. Деякі респонденти, які не є клієнтами профілактичних програм, відзначали, що транс* люди взагалі не потребують профілактичних послуг, а їхнім основним пріоритетом є саме послуги, пов'язані з трансгендерним переходом. Багато з них повідомили, що готові отримувати профілактичні послуги з меншою кратністю, ніж пропонується зараз. Або готові почати і регулярно їх отримувати, якщо ці послуги будуть відображати потреби транс* людей.

У рамках надання профілактичних послуг важливою для багатьох транс* людей є можливість отримати інформацію щодо поєднання профілактичних та медичних послуг. Крім того, у цьому контексті виникають запитання щодо взаємодії гормональних препаратів та АРТ серед транс* людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією. Лікарі з числа респондентів повідомили про можливість такого поєднання, але з урахуванням схем прийому препаратів. Окремі транс* люди не бачать доцільності застосування доконтактної профілактики, адже вона не замінює використання презерватива. Окремі транс* люди, які не є клієнтами профілактичних програм, повідомили про актуальність отримання юридичних консультацій у зв'язку із трансгендерним переходом, зокрема зі зміною документів [65].

За результатами операційного дослідження «Вивчення поведінки трансгендерів та їхніх потреб у профілактичних послугах щодо ВІЛ», що було проведено МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», дві третини опитаних трансгендерів є клієнтами ВІЛ-сервісних організацій. Найчастіше вони отримують такі послуги: роздача засобів захисту, експрес-тестування на ВІЛ і гепатити, психологічні консультації, надання інформації щодо запобігання ВІЛ та ІПСШ. Трохи менше половини опитаних хотіли б отримувати консультації щодо зміни статі й інших медичних питань, експрес-тести на ІПСШ, юридичні консультації, брати участь у групах психологічної взаємодопомоги. Більшість трансгендерів хотіли б отримувати консультації онлайн, у телефонному режимі або в приміщенні НУО, близько половини — не проти послуг удома або в мобільній амбулаторії [80].

Більшість транс* людей, які приймають гормональну терапію, повідомляють, що її було розпочато самостійно, без попередніх консультацій ендокринолога. Особливо це характерно для тих транс* людей, які почали прийом гормонів давно, наприклад, років 10 тому, і не мали можливості проконсультуватися з фахівцями, довіряючи «сарафанному радіо» та досвіду знайомих, а також приймаючи неправильні препарати та/або дозування у зв'язку з обмеженими фінансовими можливостями для їхньої купівлі в повному обсязі. Крім того, про самостійний початок прийому гормональних препаратів повідомляють молоді учасники (до 25 років), які боялися звертатися та/або не знали про «дружніх» лікарів, а також тих, хто мав негативний досвід відвідування ендокринолога. У поодиноких випадках транс* люди звернулися спершу до НУО, де фахівці організації надали їм потрібну інформацію про перехід та проконсультували про «дружніх» лікарів. Незалежно від того, розпочато прийом гормонів самостійно чи за підсумками консультації з лікарями, більшість опитаних транс* людей повідомили про проблеми зі здоров'ям, спричинені гормональною терапією. У зв'язку з нестачею коштів такі учасники не завжди можуть пройти необхідні обстеження і здати аналізи, необхідні для моніторингу гормонального рівня та/або вирішення проблем зі здоров'ям, що виникли внаслідок прийому препаратів. Моніторинг стану свого здоров'я та регулярні аналізи, на думку учасників, іноді є більш фінансово затратними процедурами, ніж безпосередньо гормональні препарати. Запит на «дружніх» лікарів, зокрема сімейних лікарів, психіатрів та ендокринологів, залишається актуальним серед представників спільноти. Респонденти вважають, що медичний фахівець повинен допомагати і вирішувати проблему пацієнта, незважаючи на його гендерну ідентичність, і в цьому випадку професіоналізм фахівця виходить на перший план [81].

Результати дослідження, проведеного МБФ «Альянс громадського здоров'я» 2024 р. демонструють, що серед питань, у зв'язку з якими транс* люди потребували допомоги в сфері психічного здоров'я, ключовою була підтримка під час транс* переходу, в процесі якого вони зазнавали булінгу, дискримінації, мали ризик розвитку стресових реакцій, депресії, суїцидальних намірів. Під час транс* переходу бажаним є отримання послуг різних провайдерів — психолога, психіатра, сімейного лікаря, але за умови надання кваліфікованої допомоги дружніми до спільноти фахівцями. Деякі учасники радили не допускати транс* переходу до 25-річчя [82].

Ще один важливий момент, який може негативно вплинути на здоров'я транс* спільнот — це нездатність адекватно враховувати їхні конкретні потреби і відсутність адаптації системи охорони здоров'я, в тому числі брак навчання медичних працівників з метою більш чутливого сприйняття проблем спільноти. Законодавці, ухвалюючи закони, не в змозі визначити пріоритети цієї конкретної групи споживачів медичних послуг, а також інших представників транс* спільноти. Наприклад, деякі медичні працівники зосереджені на лікуванні особистості хворого, а не його тіла. Крім того, клієнти «не отримують достатньої уваги», коли постає необхідність у врахуванні їхніх унікальних медичних потреб: сексуального та репродуктивного здоров'я, фертильності, правильного розуміння проблем одностатевих пар.

З метою отримання достовірної та актуальної інформації про досвід в отриманні допомоги та потреби в трансконпетентному медичному обслуговуванні серед транс* спільнот, авторами цього навчально-методичного посібника (тренінгового модуля) спільно з ГО «Когорта» у березні 2024 р. було проведено «Опитування стосовно рівності прав на отримання медичних послуг та якості медичної допомоги трансгендерним людям» (далі — Опитування). Опитування проводилося за допомогою спеціально розробленого питальника в Google та містило 26 запитань. Дати відповідь на запитання було запропоновано респондентам, які ідентифікують себе трансгендерною людиною (включно з небінарними гендерними ідентичностями) та за останні 2 роки користувались медичними послугами в Україні. Детально про аналіз отриманих відповідей можна дізнатися в [Додатку 1](#) до цього модуля.

Результати проведеного опитування підтверджують висновки авторів попередніх досліджень МБФ «Альянс громадського здоров'я», ЄКОМ, ГО «Когорта» та багатьох інших колег щодо специфіки потреб ТГР в медичному обслуговуванні. Цікавими, при тому, видаються відповіді респондентів щодо прогалів в культурі спілкування з боку медичних працівників, недостатньої толерантності і емпатії та неготовності допомогти в повному обсязі. Вбачається очевидна необхідність продовження системної роботи, спрямованої на підтримку освітніх ініціатив у медичному середовищі: тематичних удосконалень, тренінгів, науково-практичних конференцій тощо.

Адвокація, комунікація і соціальна мобілізація

Посилення можливостей і розширення прав транс* спільнот

Адвокація була, є і завжди буде одним з пріоритетних напрямків діяльності організацій неурядового сектора. Сутність адвокації полягає у співпраці з органами державної та місцевої влад усіх рівнів та з широким колом зацікавлених сторін чи осіб задля представлення і просування інтересів певних спільнот або соціальних груп, переважно вразливих, незахищених, що потребують додаткової організації. Задля досягнення мети із застосуванням адвокації мають бути скоординовані зусилля, налагоджена комунікація з усіма зацікавленими верствами населення, проведена соціальна мобілізація із широким залученням громадськості.

Адвокація в сучасному вигляді — інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація і соціальна мобілізація в інтересах здоров'я — одна з десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я, що були запропоновані для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх покращення, як це зазначено у прийнятому в 2012 р. Європейським регіональним бюро ВОЗ «Європейському плані дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я». Цей документ — один з основних компонентів Європейської політики в інтересах здоров'я та добробуту [83].

Зазвичай адвокація як процес здійснюється у вигляді кампаній. Інформаційні кампанії передбачають підвищення рівня поінформованості людей, привернення уваги суспільства до нагальних проблем. У певних ситуаціях пріоритетами адвокаційних кампаній можуть бути внесення змін до законодавства (ухвалення нових норм або скасування наявних). Проте аналіз українського законодавства демонструє наявність потрібних важелів впливу на медичних працівників, але залишається потреба в адвокаційних кампаніях, спрямованих на зміну ставлення до транс* спільнот і формування в середовищі медичних працівників культури трансконпетентнісного медичного обслуговування.

Успішна адвокація сприяє підвищенню рівня громадянської свідомості, активності та відповідальності. Саме тому важливо залучати представників цільових груп, в інтересах яких плануються адвокаційні заходи, до їх підготовки та проведення. Адвокація передбачає, що люди мають бути активними учасниками процесу, а не лише пасивними споживачами вигод від досягнутих результатів [84].

У процесі планування адвокаційних заходів, спрямованих на зміни ставлення до надання медичних послуг в ЗОЗ, варто пам'ятати про три основні принципи такої діяльності:

- 1) покращення рівня поінформованості щодо зазначеної проблеми досягається цілеспрямованими стратегіями навчання медичних працівників на додипломному та післядипломному рівнях формування в них компетентностей щодо толерантного ставлення та емпатичної поведінки на робочих місцях;
- 2) системні дії, спрямовані на створення і постійну підтримку середовища, безпечного й комфортного для відвідування та перебування транс* людьми, реалізуються через створення здорової емоційної атмосфери в ЗОЗ, як приклад: концепція «лікарні, дружньої до транс* спільнот», «лікарні сприяння транс* людям» тощо. Запровадження в сфері охорони здоров'я принципу «здоров'я для суспільства і суспільство для здоров'я» допомагатиме спільнотам, громаді, кожній особі відчувати справедливе ставлення та рівність у реалізації гарантованого ст. 49 Конституції України права на охорону здоров'я;
- 3) принцип транс* толерантності та емпатії у всіх політиках ЗОЗ впроваджується шляхом створення протоколів, що передбачатимуть визначення особливостей та умов запровадження транскопетентнісного медичного обслуговування в тому чи іншому ЗОЗ, а також певні дії персоналу задля оптимізації спілкування з транс* людьми, підвищення якості медичної допомоги та покращення загального рівня здоров'я популяції. Передумовами розуміння необхідності розробки протоколів в ЗОЗ мають стати вивчення проблемних ситуацій та ранжування зон у роботі медичних працівників, що мають в результаті вплив на емоційний стан клієнтів. Психологічні та особистісні фактори, що перебувають поза індивідуальним контролем відвідувачів, мають насправді суттєвий вплив на комунікації в межах ЗОЗ. Рівень транскопетентнісного медичного обслуговування населення багато в чому залежить від буденних індивідуальних рішень співробітників. Те, як люди поведуться на робочих місцях, здебільшого залежить не від наявності ресурсів або постійної присутності неподалік менеджера чи супервайзера (головного лікаря, медичного директора або старшої медсестри). У більшості випадків люди обирають таку поведінку, яка відповідає найпростішій емоційній модальності та вимагає найменших зусиль. Проте системна політика ЗОЗ може вплинути на щоденний вибір співробітників на користь перманентного застосування культури та системи практики транскопетентнісного медичного обслуговування. Можливо, саме лікарі загальної практики — сімейної медицини можуть стати провайдерами заходів, спрямованих на сприяння збереженню здоров'я ТГР з перших контактів та візитів до ЗОЗ.

Послідовність створення системоутворювальних фундаментальних змін не налаштована на здобуття швидких результатів та потребує суттєвої прихильності від тих, хто прагне досягти таких змін. Люди з їхніми особистими системами цінностей змінюються вкрай повільно, особливо якщо йдеться про медичних працівників, юристів, політиків — тобто про людей таких професій, які звикли домінувати в вираженні своїх думок та ідей. Але вони також змінюються, якщо суспільство примушуватиме їх розвиватися у певному напрямку та відповідати сучасним демократичним вимогам.

Перш ніж провести адвокаційну кампанію, треба набути чимало навичок та опанувати багато інструментів, які допоможуть проаналізувати, спланувати й реалізувати конкретну адвокаційну стратегію.

Спільноти транс* людей, які відчувають на собі схожі проблеми з доступом до сфери охорони здоров'я, мають об'єднуватися задля привертання уваги суспільства до їхніх складнощів та отримання можливостей для вирішення проблем.

Адвокаційна робота з керівниками ЗОЗ та членами медичних асоціацій є невід'ємною роботою НУО. Для вирішення соціальних та інших проблем, пов'язаних здоров'ям ТГР, до адвокаційних кампаній залучають як цілі громади, так і окремих представників цільової групи, які можуть отримувати увагу аудиторії та утримувати її на ефективному рівні протягом всієї адвокаційної кампанії.

Успіх будь-якої адвокаційної кампанії великою мірою залежить від її коректного планування. Отже, стратегічне планування впровадження адвокаційних кампаній — одна з заporук результативної і продуктивної роботи. З огляду на виклики сучасності та задля ефективного застосування адвокації, комунікації та соціальної мобілізації на користь транс* спільнотам, доцільним, окрім іншого, видається посилення систематичного впливу на формування культури суспільства за такими напрямками*:

- захист людей від трансфобії та зумовленого нею насильства — є сенс лобювати питання включення понять «трансгендерність» і «гендерна ідентичність» як фіксованих ознак до кримінального законодавства, розробити законодавчі механізми відповідальності за «злочини ненависті». Одним із прикладів законотворчої діяльності слугуватиме і зареєстрований 13 травня 2021 р. у Верховній Раді України законопроект № 5488, що має удосконалити механізм реагування на випадки дискримінації і розслідування злочинів на ґрунті нетерпимості та запровадити визначення поняття «нетерпимості» за різними ознаками, зокрема вік, раса, колір шкіри, політичні, релігійні та інші переконання, особливі потреби, етнічне та соціальне походження, громадянство, сімейний і майновий стан, гендерна ідентичність, мова та інші ознаки. Скоєння правопорушення з мотивів нетерпимості визнається обставиною, яка обтяжує відповідальність. Важливо забезпечити ефективну статистичну систему фіксації та розслідування актів насильства, що були спричинені за ознакою гендерної ідентичності;
- запобігання принизливого ставлення і жорстокого поводження з боку представників держави стосовно транс* суспільства із компетентним розслідуванням усіх таких випадків; задля досягнення мети забезпечити організацію та проведення навчальних заходів (тренінгів) для співробітників правоохоронних органів;
- модифікація та оптимізація законодавства задля створення умов, за яких у суспільстві буде унеможливлена дискримінація за ознаками гендерної ідентичності та забезпечено рівні права на охорону здоров'я, навчання, працевлаштування тощо; інформаційно-освітні кампанії допоможуть подолати стереотипи щодо транс* спільнот у суспільстві;
- забезпечити право на свободу вираження, свободу об'єднання і проведення мирних зібрань, вжити відповідних заходів із боротьби з дискримінацією за ознакою гендерної ідентичності; забезпечити рівне ставлення до всіх, у тому числі за ознакою гендерної ідентичності.

* У процесі створення цього розділу було вибірково адаптовано матеріали «Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions» [85].

Фундаментальною підставою сучасного демократичного суспільства є захист прав людини для всіх членів кожної ключової групи населення, включно з трансгендерними людьми. Законотворчі та інші державні органи мають запроваджувати й забезпечувати дотримання антидискримінаційних і захисних законів, що впливають із міжнародних стандартів прав людини, щоб усунути стигматизацію, дискримінацію і насильство, з якими стикаються транс* люди, зменшити їхню вразливість до ВІЛ. Участь і лідерство допомагають зміцнити довіру з тими, кому призначені програми, зробити їх комплексними та більш чуйними до потреб транс* людей, а також створити більш сприятливе середовище для профілактики ВІЛ. Транс* люди можуть бути найефективнішими агентами змін на шляху суспільства до більшого інституційного та соціального визнання їхніх людських прав. Забезпечення транс* людям доступності медичної допомоги вимагає соціально-політичного прийняття різноманітних проявів ідентичності та різноманітності. Зважаючи на це, транс* люди повинні займати позиції лідерства та приймати рішення, щоб була можлива участь у процесах ефективного впровадження та змін. Партнерство, яке надає пріоритет активній участі транс* індивідів, має розвиватися та підтримуватися на всіх рівнях програмування.

Ефективність комунікації як частини стратегії залежить від якісного передавання ідей та інформації щодо дій і правильного їх сприйняття учасниками адвокаційної кампанії. Комунікація має також підвищувати здатність отримувати, розуміти та використовувати інформацію задля підвищення рівня транс* медичного обслуговування та медичної допомоги, якості життя і здоров'я спільнот.

Комунікація у сфері охорони здоров'я має кілька напрямків, у тому числі просвітницьку діяльність, спілкування, інформаційно-пропагандистську роботу, комунікації всередині спільнот та між ними, соціальний маркетинг, та охоплює різні канали (блоги, електронні дошки об'яв, онлайн-форуми, канали в месенджерах тощо).

Комунікація у сфері охорони здоров'я надає спільноті засіб протидії байдужості та непрофесіоналізму з боку поодиноких недбалих представників медичної громади. Комунікація у сфері охорони здоров'я також означає відкритість і відвертість, завдяки яким суспільство може знати про реальний стан справ.

Процес становлення системи комунікації має охоплювати такі вектори:

1. Системність, що впроваджується з урахуванням різних потреб і спроможностей залежно від аудиторій.
2. Поширення інформації у прийнятних для кожної аудиторії форматах і через доступні канали.
3. Підтримка ідеї про необхідність розробки та реалізації транскомпетентнісних політик і локальних протоколів на всіх ланках в ЗОЗ.
4. Навчання і розвиток кадрового потенціалу.

Отримані результати з оцінки ситуації на всіх рівнях надання транскомпетентнісних медичних послуг і визначені проблеми мають бути базою для планування комунікаційної стратегії на визначених рівнях комунікативного впливу*:

Перший: центральні органи законодавчої і виконавчої влад.

Другий: галузевий — Міністерство охорони здоров'я України.

Третій: органи регіональної влади та місцевого самоврядування.

Четвертий: засоби масової інформації.

* Адаптована авторами тренінгового модуля ідея щодо рівнів комунікативного впливу запозичена у «Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я : метод. рекомендації» [86].

П'ятий: всі верстви населення.

Шостий: громадські організації та громадські діячі.

У методичному сенсі структура підготовки й проведення комунікаційної кампанії має кілька етапів:

- оцінка ситуації і опис проблемних питань;
- визначення мети;
- створення програми дій;
- пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм;
- вибір цільових груп для проведення комунікацій;
- відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу;
- планування бюджету;
- дії в межах програми комунікацій;
- оцінка результатів.

Клінічні протоколи надання медичної допомоги — українські та міжнародні

«Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія»

МОЗ України наказом від 15.09.2016 р. № 972 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії» та відповідно до частини першої статті 141 Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу п'ятого підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, наказу МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313, на виконання пунктів 2, 3, 13 Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р., затвердженого Наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597, з метою удосконалення медичної допомоги при гендерній дисфорії, було затверджено «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія» (далі — УКПМД) [87].

Для зручності сприйняття матеріалу ми не копіюємо УКПМД до тренінгового модуля, а пропонуємо охочим ознайомитися з ним за посиланням: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_972_ukpmd_gendysfor.pdf.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики — сімейні лікарі, лікарі-психіатри, дитячі лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти, лікарі-сексопатологи, лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-хірурги, лікарі-урологи та фахівці інших спеціальностей. Відповідно до ліцензійних вимог і стандартів акредитації у ЗОЗ має бути розроблено документ, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень) з метою дотримання вимог УКПМД.

УКПМД призначений для лікарів, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

Мета застосування УКПМД — організація надання медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, зменшення рівня дистресу, покращення якості життя.

Міжнародні протоколи стосовно гендернокомпетентної допомоги

1. Оскар Морено-Перес (Oscar Moreno-Perez) та співавтори в **«Клінічних практичних рекомендаціях щодо оцінки та лікування транссексуалізму»** наголошують, що пацієнтів-транссексуалів можна діагностувати й лікувати лише у відділеннях функціональної гендерної ідентичності з наданням високоякісної медичної допомоги, розробкою клінічних практичних рекомендацій та міждисциплінарними робочими групами. Терапевтичний процес складається з трьох основних напрямків: початкова психологічна діагностика та психотерапія, ендокринологічна оцінка та гормональна терапія, а також операція зі зміни статі. Міжстатева гормональна терапія має важливе значення для процесу анатомічного та психологічного переходу у належним чином відібраних пацієнтів. Гормони допомагають оптимізувати статеву ідентичність у реальному житті, покращують якість життя та обмежують супутні психічні захворювання, які часто пов'язані з відсутністю лікування. Розробка клінічної практичної настанови спрямована на необхідність впровадження протоколу скоординованих дій для комплексної медичної допомоги трансгендерним людям у національній системі охорони здоров'я Іспанії [88].

2. **Стандарти медичної допомоги трансгендерам і гендерно різноманітним людям Світової професійної асоціації трансгендерного здоров'я (WPATH)**, версія 8 (Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8). Охорона здоров'я трансгендерів — це міждисциплінарна сфера, що швидко розвивається. За останнє десятиліття спостерігалось збільшення кількості та видимості трансгендерів і людей із гендерним різноманіттям (ТГР), які шукають підтримки та гендерно підтверджувального медичного лікування, паралельно зі значним зростанням культурного та соціального схвалення людей з ТГР. Всесвітня асоціація трансгендерного здоров'я (WPATH) — це міжнародна міждисциплінарна професійна асоціація, місія якої полягає в сприянні науково обґрунтованому лікуванню, освіті, дослідженням, державній політиці та повазі до здоров'я трансгендерів. Однією з основних функцій WPATH є сприяння найвищим стандартам охорони здоров'я для трансгендерів і людей із гендерним різноманіттям через Стандарти догляду (SOC). Першу редакцію SOC було розроблено 1979 р., а останню версію (SOC-7) опубліковано 2012 р.. Стандарти догляду за здоров'ям трансгендерів і людей із гендерним різноманіттям, версія 8 (SOC-8) — це стандарти, що ґрунтуються на фактичних даних для безпечної та ефективної медичної допомоги, яка підтверджує гендерні аспекти, і представляє найбільш експертні, глибокі та засновані на доказах і консенсусі рекомендації на міжнародному рівні. Переклад SOC-8 українською мовою здійснено ГО «Когорта» завдяки підтримці МБФ «Альянс громадського здоров'я» та Глобального фонду в рамках проєкту «Адвокація, інформування і мобілізація силами спільноти транс* людей України» у 2023 р. [87].

Усі люди мають право на тілесну автономію і самовизначення та заслуговують на милосердну медичну допомогу, яка використовує найновіші наукові досягнення та найсучасніші методи лікування для відповідного задоволення їхніх індивідуальних потреб — і це так само правильно для трансгендерних людей, як і для будь-кого іншого. Щоб утвердити це право на медичне обслуговування, WPATH підтримує комплексний набір експертних стандартів медичної допомоги для сприяння постачальникам медичних послуг у підтрим-

ці та обслуговуванні ТГР. Ці стандарти містять експертні клінічні рекомендації для медичних працівників, які працюють з ТГР, щодо розробки індивідуальних планів догляду, які відповідають віку, для покращення здоров'я та загального самопочуття. Ця допомога може включати гінекологічну та урологічну допомогу, репродуктивне здоров'я, голосову й комунікаційну терапію, послуги психічного здоров'я (наприклад, консультування, психотерапія) та/або гормональне чи хірургічне лікування, серед іншого.

Розширена глибина та масштаб SOC-8 відображають збільшення досліджень у сфері охорони здоров'я трансгендерів та гендерно різноманітних людей за останнє десятиліття. SOC-8 вийшов за межі єдиного фокусу на гормонах і хірургії та включив рекомендації щодо первинної медичної допомоги, сексуального та репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я, голосової та комунікаційної терапії, а також культурної обізнаності та прав людини. Щоб рекомендувати GAMST у дорослої людини, потрібен лише один лист про оцінку від медичного працівника, який має компетенцію в оцінці трансгендерів та людей із гендерною різноманітністю [8].

3. Стандарти допомоги трансгендерним та гендерно різноманітним людям (Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People).

Основні рекомендації

Первинна медична допомога — трансгендерні та гендерно різноманітні пацієнти повинні отримувати неупереджену допомогу від належним чином підготованих медичних працівників. Первинна медична допомога, яка підтверджує гендерну ознаку, включає профілактичну допомогу, скринінг психічного здоров'я та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, гормональну терапію та поінформованість щодо немедичних / нехірургічних втручань, які підтверджують гендерну ознаку.

Оцінка трансгендерних і гендерно різноманітних осіб. Якщо дорослий пацієнт бажає медичної та/або хірургічної терапії з підтвердженням статі (GAMST), яка узгоджує фізичні характеристики з гендерною ідентичністю, така допомога має бути запропонована, якщо існує помітна та стійка різниця між статтю, задокументованою при народженні, та поточною статтю; є здатність до інформованої згоди; було оцінено стан фізичного та/або психічного здоров'я, на який може вплинути GAMST; а також обговорювалися репродуктивні наслідки та варіанти.

Психічне здоров'я. Будь-який кваліфікований медичний працівник, який здатен визначити гендерну невідповідність, може оцінити пацієнтів для GAMST. Для GAMST у дорослих потрібно не більше одного рекомендаційного листа. Психотерапія не потрібна перед GAMST, хоча терапія може бути корисною для деяких пацієнтів.

Ліки. Щоб покращити психосоціальне функціонування та якість життя, клініцисти повинні оцінити та, якщо це доцільно, розпочати й продовжити гормональну терапію для відповідних трансгендерів та людей із гендерною різноманітністю.

Хірургія. Клініцисти повинні консультувати трансгендерних і гендерно різноманітних пацієнтів, які шукають варіанти хірургічного втручання, щодо пов'язаних ризиків і переваг, якщо операція не протипоказана. Кваліфіковані хірурги повинні пройти підготовку та безперервну освіту в процедурах, що підтверджують стать, і повинні відстежувати результати своїх операцій.

Освіта. Співробітники системи охорони здоров'я повинні отримувати безперервну освіту з питань культурної обізнаності щодо трансгендерів і гендерної різноманітності [89].

4. Ендокринне лікування осіб із гендерною дисфорією / гендерно невідповідних осіб: практичні рекомендації ендокринного товариства (Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline).

Лікарі-діагности, спеціалісти з питань психічного здоров'я — усі повинні знати про діагностичні критерії для гендерно підтверджувального лікування, мати достатню підготовку й досвід оцінки відповідних станів психічного здоров'я та бути готовими брати участь у поточному лікуванні протягом ендокринного переходу. Особи з гендерною дисфорією / гендерною неконгруентністю повинні отримувати безпечну та ефективну гормональну терапію, яка пригнічуватиме секрецію статевих гормонів в організмі, що визначається при народженні та проявляється в період статевого дозрівання, і підтримуватиме рівні статевих стероїдів у межах норми для підтвердженої статі людини. Гормональне лікування не рекомендоване особам із гендерною дисфорією / гендерною неконгруентністю в препубертатному віці. Для дорослих осіб із гендерною дисфорією / гендерною неконгруентністю клініцисти повинні мати досвід у діагностичних критеріях, що стосуються трансгендерів, психічному здоров'ї, первинній медичній допомозі, гормональному лікуванню та хірургічному втручанні за потреби пацієнта. Усі особи, які звертаються по медичне лікування, яке стосується статі, повинні отримати інформацію та консультації щодо варіантів збереження фертильності перед лікуванням або пригніченням гормональною терапією. Видалення статевих залоз може розглядатися, коли потрібні високі дози статевих стероїдів для пригнічення секреції гормонів організмом та/або для зниження рівня стероїдів у літньому віці. Під час лікування статевими стероїдами клініцисти повинні контролювати як у трансгендерних чоловіків (від жінки до чоловіка), так і/або у трансгендерних жінок (від чоловіка до жінки) рівень пролактину, метаболічні розлади та втрату кісткової маси, а також ризик раку в осіб, які не вдавались до хірургічного втручання [90].

5. Рекомендації щодо психологічної практики з трансгендерними та гендерно неконформними людьми (Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People)

Метою Рекомендацій є допомога психологам у забезпеченні культурно компетентності, відповідної розвитку та трансформативної психологічної практики з трансгендерними та гендерно неконформними людьми (ТГГНКЛ). Трансформативна практика — це надання допомоги, яка передбачає повагу, усвідомлення і підтримку особистості та життєвого досвіду ТГГНКЛ. Рекомендації є вступним ресурсом для психологів, які стикаються з ТГГНКЛ у своїй практиці, але також можуть бути корисними для психологів, які мають досвід у цій галузі практики, щоб покращити допомогу, яку вже пропонують ТГГНКЛ. Керівні принципи стосуються сильних сторін ТГГНКЛ, викликів, з якими вони стикаються, етичних і правових питань, міркувань щодо тривалості життя, досліджень, освіти, навчання та охорони здоров'я. Оскільки питання гендерної ідентичності часто пов'язані з питаннями гендерного самовираження або сексуальної орієнтації, психологічна практика з ТГГНКЛ гарантує отримання конкретних знань про проблеми, унікальні для ТГГНКЛ. Рекомендації не призначені для владнання деяких конфліктів, з якими можуть зіткнутися цисгендерні люди через суспільні очікування щодо гендерних ролей, а також не спрямовані на розв'язання проблем інтерсекс людей [91].

РОЗДІЛ IV.

ЛІТЕРАТУРА

1. Altilio T. Oxford Textbook of Palliative Social Work / T. Altilio, S. Otis-Green. — Oxford University Press, 2011. — 812 p.
2. Трансгендерність [Електронний ресурс] // Вікіпедія. — Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C#cite_note-3.
3. Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 08.08.2006 р. № 545 // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1150-06#Text>.
4. Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини № ___» [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 28.07.2014 № 527 // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0976-14#Text>.
5. Національний освітній глосарій: вища освіта / авт.-уклад.: В. М. Захарченко, С. А. Калашнікова, В. І. Луговий [та ін.] ; за ред. В. Г. Кременя. — 2-ге вид., перероб. і доп. — Київ: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди»», 2014. — 100 с.
6. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією / СНІДом сімейним лікарем: навч.-метод. посіб. для викл. / Н. Я. Жилка, Г. В. Бацюра, Л. І. Гетьман [та ін.]. — Київ: Агентство «Україна». — 2015. — 520 с.
7. History and purpose [Electronic resource] // WPATH. — URL: <https://www.wpath.org/soc8/history>.
8. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8 / E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman [et al.] // International Journal of Transgender Health. — 2022. — Vol. 23, suppl. 1. — P. S1–S259. — DOI:10.1080/26895269.2022.2100644.
9. Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness / S. N. Dubin, I. T. Nolan, C. G. Jr. Streed [et al.] // Advances in medical education and practice. — 2018. — Vol. 9. — P. 377–391. — DOI: 10.2147/AMEP.S147183.
10. Transgender-Competent Health Care: Lessons from the Community / J. P. Zatlhoff, S. A. von Esenwein, S. C. Cook [et al.] // Southern medical journal. — 2021. — Vol. 114, N 6. — P. 334–338. — DOI: 10.14423/SMJ.0000000000001261.
11. Health and health care among transgender adults in the United States / A. I. Scheim, K. E. Baker, A. J. Restar, R. L. Sell // Annual review of public health. — 2022. — Vol. 43. — P. 503–523. — DOI:10.1146/annurev-publhealth-052620-100313.

12. Primary care clinicians' willingness to care for transgender patients / D. A. Shires, D. Stroumsa, K. D. Jaffee, M. R. Woodford // Annals of family medicine. — 2018. — Vol. 16, N 6. — P. 555–558. — DOI:10.1370/afm.2298.

13. The World Health Organization Will Stop Classifying Transgender People as Having a «Mental Disorder» [Electronic resource] // Time. — URL: <https://time.com/5596845/world-health-organization-transgender-identity/>.

14. ВООЗ випустила новий Міжнародний класифікатор хвороб (МКХ-11) [Електронний ресурс] // Український фармацевтичний інститут якості. — Режим доступу: <http://gmpcenter.org.ua/news/vooz-vipustila-novij-mizhnarodnij-klasifikator-hvorob-mkh-11>.

15. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11) [Electronic resource] // The World Health Organization. — URL: [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).

16. Blakemore E. How historians are documenting the lives of transgender people [Electronic resource] / E. Blakemore // National Geographic. — 2022. — URL: <https://www.nationalgeographic.com/history/article/how-historians-are-documenting-lives-of-transgender-people>.

17. Конституція України [Електронний ресурс]: Закон України // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

18. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс]: Закон України // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

19. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року [Електронний ресурс]: Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text [неофіційний переклад]

20. Разметаєва Ю. С. Доктрина та практика захисту прав людини: навч. посіб. / Ю. С. Разметаєва. — Київ: ФОРУМ, 2018. — 364 с.

21. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: ратифіковано Указом Президента Верховної Ради Української РСР від 19.10.73 р. № 2148-VIII (2148-08) // Верховна Рада України: офіц. веб-сайт. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text.

22. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment N 14 (2000) [Electronic resource] / Economic and Social Council United Nations // Committee on economic, social and cultural rights: Twenty-second session, 25 April-12 May 2000, Geneva. — E/C.12/2000/4 (11 Aug. 2000). — URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/TBSearch.aspx?Lang=ru&TreatyID=9&DocTypeID=11.

23. Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). General comment N 20 [Electronic resource] / Economic and Social Council United Nations // Committee on economic, social and cultural rights: Forty-second session, 4-22 May 2009, Geneva. — 20E/C.12/GC/20 (2 July 2009). — URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F20&Lang=ru.

24. Communication N 488/1992 by Nicholas Toonen v. Australia 25 December 1991 [Electronic resource] // United Nations CCPR. — CCPR/C/50/D/488/1992. — URL: <https://digitallibrary.un.org/record/4010590?ln=ru&v=pdf#files>.

25. Case of S.L. v. Austria (Application no. 45330/99). Judgment Strasbourg 9 Jan. 2003 [Electronic resource] // European court of human rights. — URL: <https://hudoc.echr.coe.int/en/g#%7B%22fulltext%22%3A%5B%5C%2245330%2F99%5C%22%5D%2C%22documentcollectionid2%22%3A%5C%22GRANDCHAMBER%2C%22CHAMBER%22%5D%2C%22itemid%22%3A%5C%22001-60877%22%5D%7D>}.

26. The Yogyakarta Principles: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity [Electronic resource]. — March 2007. — 40 p. — URL: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_en.pdf.
27. Дискримінація [Електронний ресурс] // Вікіпедія. — Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F>.
28. Дискримінація та нетолерантність [Електронний ресурс] // Council of Europe. — URL: <https://www.coe.int/uk/web/compass/discrimination-and-intolerance>.
29. Свящук А. Л. Правовий захист ЛГБТ-спільноти: навч. посіб. / А. Л. Свящук. — Київ: ФОП Голембовська О.О., 2018. — 212 с.
30. Культуральна соціологія [Електронний ресурс] // Велика українська енциклопедія. — Режим доступу: <https://vue.gov.ua/%D0%9A%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F>.
31. Про затвердження «Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення» [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 15.09.2023 р. № 1632 // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1804-23#Text>.
32. Sangita Singh. Guidelines for healthcare providers on trans-competent healthcare services for transgender patients [Electronic resource] / Sangita Singh. — Bangkok, 2021. — 24 p. — URL: https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/01/KPRA-HCP-Factsheet_Final_19Nov2020.pdf.
33. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality / A. Donabedian. — Ann-Arbor, MI: Health Administration Press, 1982. — 504 p.
34. Prevalence of Transgender Depends on the «Case» Definition: A Systematic Review / L. Collin, S. L. Reisner, V. Tangpricha, M. Goodman // The journal of sexual medicine. — 2016. — Vol. 13, N 4. — P. 613–626. — DOI:10.1016/j.jsxm.2016.02.001.
35. Meerwijk E. L. Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples / E. L. Meerwijk, J. M. Sevelius // American journal of public health. — 2017. — Vol. 107, N 2. — P. e1–e8. — DOI: 10.2105/AJPH.2016.303578.
36. Касянчук М. Оцінка чисельності трансгендерних людей в Україні [Електронний ресурс]: аналіт. звіт / М. Касянчук, О. Трофименко ; ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка», Інститут соціології НАН України. — Київ, 2020. — 40 с. — Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/348325740_Analiticnij_zvit_OCINKA_CISELNOSTI_TRANSGENDERNIH_LUDEJ_V_UKRAINI.
37. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія» [Електронний ресурс]: затверджено Наказ МОЗ України № 972 від 15.09.2016 р. / розроб. А. О. Гаврилюк, І. Я. Пінчук, І. А. Марценковський [та ін.]. — Київ, 2016. — 53 с. — Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_972_ykpmg_gendysfor.pdf.
38. Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness / S. N. Dubin, I. T. Nolan, C. G. Jr. Streed [et al.] // Advances in Medical Education and Practic. — 2018. — Vol. 9. — P. 377–391. — doi: 10.2147/AMEP.S147183.
39. В Кыргызстане прошло исследование среди трансгендерных персон — первое в своем роде в Центральной Азии [Электронный ресурс] // Ecom: Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию. — Режим доступа: <https://ecom.ngo/news-eeca/kirgizstan-issledovanie-sredi-trans-person>.
40. Міжнародна класифікація хвороб [Електронний ресурс] // Вікіпедія. — Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Міжнародна_класифікація_хвороб.

41. Переходячи межі гендеру. 2024. Видання четверте, доповнене і доопрацьоване [Електронний ресурс] // Альянс громадського здоров'я. — Режим доступу: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2024/07/gender_2024_preview.pdf.
42. Understanding the Transgender Community [Electronic resource] // The Human Rights Campaign. — URL: <https://www.hrc.org/resources/understanding-the-transgender-community>.
43. (Не)дискримінація ЛГБТКІ+ людей на робочому місці та інклюзивний ринок праці результати національного опитування ЛГБТКІ+ спільноти [Електронний ресурс] / М. Шевцова, Т. Левчук, З. Кісь, М. Ключ // Точка опори ЮА. — Режим доступу: https://0f52f536-092c-43b1-93d5-39d5bc8afa0a.filesusr.com/ugd/ae7e39_d0e9ef8d605345e7bf6b2bd971dfded5.pdf.
44. Neill J. The origins and role of same-sex relations in human societies [Electronic resource] / J. Neill. — Jefferson; North Carolina; London, 2009. — URL: https://www.google.com/books/edition/The_Origins_and_Role_of_Same_Sex_Relatio/JhglEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=ga%20sumer&pg=PA84&printsec=frontcover.
45. Roscoe W. Priests of the Goddess: Gender Transgression in Ancient Religion / W. Roscoe // History of Religions. — 1996. — Vol. 35, N 3. — P. 195–230. <http://www.jstor.org/stable/1062813https://www.jstor.org/stable/1062813>.
46. Two-Spirit Community [Electronic resource] // Re: searching for LGBTQ2S + Health: community, collaboration, change. — URL: <https://lgbtqhealth.ca/community/two-spirit.php>.
47. Blakemore E. How historians are documenting the lives of transgender people [Electronic resource] / E. Blakemore // National geographic. — URL: <https://www.nationalgeographic.com/history/article/how-historians-are-documenting-lives-of-transgender-people>.
48. Hinduism Case Study — Gender 2018. The Third Gender and Hijras [Electronic resource] // Harvard Divinity School. — URL: <https://rpl.hds.harvard.edu/religion-context/case-studies/gender/third-gender-and-hijras>.
49. Arnold N. Pride 2019: Seven people who changed LGBT+ history. With June marking Pride month around the world, here are some of the most iconic LGBT+ pioneers / N. Arnold [Electronic resource] // BBC TREE. — URL: <https://www.bbc.co.uk/bbcthree/article/1f4c71a6-1359-4241-9f91-7b0a1b5ac9a0>.
50. Schillace B. The Forgotten History of the World's First Trans Clinic [Electronic resource] / B. Schillace // Scientific American. — URL: <https://www.scientificamerican.com/article/the-forgotten-history-of-the-worlds-first-trans-clinic>.
51. Dorchen's Day: Transgender Day of Remembrance [Electronic resource] // Providentia. — URL: <https://drvitelli.typepad.com/providentia/2010/12/dorchens-story.html>.
52. In böhmischen Dörfern — Dora Richters Taufeintrag gefunden [Electronic resource] // Lili-Elbe-Bibliothek. Trans Bücher und Filme. — URL: <https://lili-elbe.de/blog/2023/04/dora-richter-taufeintrag>.
53. Mühsam R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens / R. Mühsam // Therapie der Gegenwart. — 1926. — Vol. 67, N 5. — P. 451–455.
54. Lili Elbe [Electronic resource] // Biography. — URL: <https://www.biography.com/artists/lili-elbe>.
55. The Blackwell encyclopedia of sociology / ed. G. Ritzer. — Malden (MA): Blackwell Publ. [etc.], 2007. — Vol. 10: ST-Z. — XV, 4773–5332 p.
56. Охорона здоров'я та права людини: ресурсний посібник / ред. І. Сенюта. — Львів: Медицина і право, 2015. — 989 с.
57. Уварова О. О. Повага до сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності людини як вимога толерантності / О. О. Уварова // Право і громадянське суспільство. — 2015. — № 4. — С. 164–186.
58. Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової

документації й інструкції щодо її заповнення [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 05.10.2016 р. № 1041 // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1589-16#Text>.

59. Трансгендерні особи в Україні не можуть бути призвані на службу в ЗСУ та повинні бути зняті з військового обліку — правозахисники [Електронний ресурс] // ZMINA. — URL: <https://zmina.info/news/transgenderni-osoby-v-ukrayini-ne-mozhut-buty-pryzvani-na-sluzhbu-v-zsu-ta-povynni-buty-znyati-z-vijskovogo-obliku-pravozahysnyky>.

60. Діагностування транссексуалізму поки складатиме щонайменше два роки [Електронний ресурс] // ПРОЖЕКТОР: Сайт громадської організації. — URL: https://www.projector.org.ua/projects/public_hrc/cases_hrc/diagnostuvannya-f64-ha60.

61. European Parliament resolution on homophobia in Europe: Texts adopted 18 Jan. 2006, Strasbourg [Electronic resource] // European Parliament. — URL: www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2006-0018&language=EN.

62. Handbook of Gender Research in Psychology [Electronic resource] / ed. J. C. Chrisler, D. R. McCreary. — [S. l.]: Springer, 2010. — Vol. 1: Gender Research in General and Experimental Psychology. — 715 p. — URL: <https://xyonline.net/sites/xyonline.net/files/2020-07/Chrisler%2C%20Handbook%20of%20Gender%20Research%20in%20Psychology%20Vol%201%20%282010%29.pdf>.

63. Teaching for Diversity and Social Justice / A. Maurianne, L. A. Bell, D. Goodman [et al.]. — New York: Routledge, 2023.

64. КОМПАС: Посібник з освіти з прав людини за участю молоді [Електронний ресурс] / П. Брандер, Л. де Вітте, Н. Гані [та ін.]. — Страсбург: Видавництво «Право», 2020. — 465 с. https://fpk.in.ua/images/biblioteka/3FMB_Pravo/Compass-2020-Prava-lyudyny-compressed.pdf.

65. Звіт за результатами операційного дослідження: Оцінка профілактичних інтервенцій для транс* людей в Україні та визначення шляхів їх покращення [Електронний ресурс] / О. Недужко, О. Ковтун, Н. Семчук, Т. Салюк — Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. — 54 с. — Режим доступу: <https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/Report-Transgender-02.02.2021-sait.pdf>.

66. Семчук Н. Коротка довідка щодо ВІЛ серед ЧСЧ та трансгендерів в Україні 2018 [Електронний ресурс] / Н. Семчук // ЕКОМ: Евразійська коаліція по мужському здоров'ю. — 2018. — 11 с. — Режим доступу: https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2019/01/Ukraine_ua.pdf.

67. Обличчя ненависті. Злочини та інциденти на ґрунті гомофобії і трансфобії в Україні у 2014-2017 роках. — Київ: Центр «Наш світ», 2018. — 90 с. — Режим доступу: https://ecom.ngo/wp-content/uploads/2018/02/hate_crime_2018-u.pdf.

68. Ключевые группы населения [Электронный ресурс] // ЮНЭЙДС: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. — Режим доступа: <https://www.unaids.org/ru/topic/key-populations>.

69. Key Populations [Electronic resource] // The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. — URL: <https://www.theglobalfund.org/en/key-populations>.

70. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis / S. D. Baral, T. Poteat, S. Strömdahl [et al.] // The Lancet. Infectious diseases. — 2013. — Vol. 13, N 3. — P. 214–222. — doi: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8.

71. Кірей-Сітнікова Я. Дослідження ВІЛ серед транс*маскулінних і небінарних людей у Східній Європі і Центральній Азії. — Таллінн, 2023. — 20 с.

72. UNAIDS DATA 2023 [Electronic resource] // AIDSinfo. — URL: <http://aidsinfo.unaids.org>.

73. Chikhladze S. Two years of progress: Assessment of Existing Strategic Information on HIV among MSM and Trans People in Armenia, Belarus, Estonia, Georgia, Kyrgyzstan, and North Macedonia: Report comparing data from the baseline 2017 assessment and the final evaluation,

commissioned by ECOM as part of the GFATM program «Right to Health» / S. Chikhladze, M. Kasianczuk. — Tallinn, 2019. — 38 p.

74. Протокол з оцінки чисельності ключових груп, груп-містків та інших категорій населення / О. Ковтун, Т. Салюк, К. Матюшкіна, Ж. Антоненко. — Київ, 2020. — 22 с.

75. Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»: Наказ МОЗ України від 15.08.2023 р. № 1465 // Міністерство охорони здоров'я України: офіц. веб-сайт. — Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/9/48797-dn_1465_15082023.pdf.

76. Про затвердження Переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ та критеріїв їх визначення: Наказ МОЗ України від 15.09.2023 р. № 1632 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1804-23#Text>.

77. Вимоги до проведення ПТВ для ключових груп щодо інфікування ВІЛ та уразливих груп: Додаток 6 до Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» (підпункт 2 пункту 3 Розділу II) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/9/48802-dn_1465_15082023_dod_6.pdf.

78. ВІЛ, трансгендерні та інші гендерно різноманітні люди // Серія інформаційних бюлетенів з прав людини [Електронний ресурс]. — 2021. — 6 с. — Режим доступу: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_ru.pdf.

79. Trans and gender diverse people [Electronic resource] // World Health Organization. — URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/transgender-people>.

80. Коротке викладення результатів операційного дослідження «Вивчення поведінки трансгендерів та їх потреб у профілактичних послугах щодо ВІЛ» / М. Варбан, І. Волосевич, В. Головка та ін. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. — 12 с.

81. Ковтун О. Оценка потребностей транс* людей в доступе к здоровью и правам в Украине: отчет по результатам исследования [Электронный ресурс] / О. Ковтун, Ю. Йорский. — Таллинн: Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию (ЕКОМ), 2023. — 55 с. — Режим доступа: https://ecom.ngo/resource/files/2023/12/ecom_trans_ukraine_rus.pdf.

82. Психічне здоров'я ключових груп: потреби і можливості отримання відповідних послуг в умовах війни проти України: звіт за результатами дослідження / О. Карагодіна, О. Ковтун, О. Недужко [та ін.]. — Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2024. — 105 с.

83. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операц. посіб. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. — Київ, 2020. — 60 с.

84. Посібник з адвокації для жіночого руху в Україні: посібник / В. Кучереносов, Л. Чернявська, Т. Гончарук [та ін.]. — Київ: Укр. жіночий фонд, 2017. — 101 с.

85. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions [Electronic resource] / A Global Network of Transgender Women and HIV, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, WHO, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United States Agency for International Development. — N.Y.: United Nations Development Programme, 2016. — 212 p. — URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNDP-et-al_2016_transgender_practical_guidance_collaborative_interventions_en.pdf.

86. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я: метод. рек. / уклад.: Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця. — Київ: МОЗ України, 2016. — 20 с.

87. Стандарти медичної допомоги трансгендерам та гендерно різноманітним людям / Світова професійна асоціація трансгендерного здоров'я (WPATH), версія 8 — Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2023. — 236 с.

88. Oscar Moreno-Perez. Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism / Oscar Moreno-Perez, Isabel Esteva De Antonio; SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN) // *Endocrinología y Nutrición*. — 2012. — Vol. 59. — Iss. 6. — P. 367–382. — DOI: 10.1016/j.endoen.2012.07.004.

89. Poteat T. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People / T. Poteat, A. M. Davis, A. Gonzalez // *JAMA*. — 2023. — Vol. 329, N 21. — P. 1872–1874. — DOI:10.1001/jama.2023.8121.

90. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline [Electronic resource] / W. C. Hembree (Chair), P. T. Cohen-Kettenis, L. Gooren [et al.] // *JCEM*. — Sept. 2017. — URL: <https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/gender-dysphoria-gender-incongruence>.

91. Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People / American Psychological Association // *American Psychologist*. — 2015. — Vol. 70, N 9. — P. 832–864. — DOI: 10.1037/a0039906.

92. Riley S. Enhancing HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Disease, and Tuberculosis Prevention in the United States Through Program Collaboration and Service Integration: The Case for Broader Implementation / S. Riley, A. Gustavo, K. Fenton // *Sexually Transmitted Diseases*. — 2013. — Vol. 40, N 8. — P. 663–668. — DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000002.

93. Kennedy C. E. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review / C. E. Kennedy, S. A. Haberlen, Manjulaa Narasimhan // *British medical journal*. — 2017. — Vol. 7, N 6. — P. e015310. — DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015310.

94. Рекомендація щодо медичного обслуговування від 12.05.1944 р. № 69 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_216#Text.

95. Integrating Prevention Interventions for People Living With HIV Into Care and Treatment Programs / A. Medley, P. Bachanas, M. Grillo [et al.] // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. — 2015. — Vol. 68, Suppl. 3. — P. S286–S296. — DOI: 10.1097/QAI.0000000000000520.

96. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я: метод. рек. / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, В. В. Волчек, А. Є. Горбань. — Київ, 2015. — 45 с.

97. Lett E. Intersectionality and health inequities for gender minority Blacks in the U.S. / E. Lett, N. L. Dowshen, K. E. Baker // *American journal of preventive medicine*. — 2020. — Vol. 59, N 5. — P. 639–647. — DOI: 10.1016/j.amepre.2020.04.013.

98. Code of the District of Columbia. § 3–1205.10: Term and renewal of licenses, registrations, or certifications [Electronic resource] // Council of the District of Columbia. — URL: <https://code.dccouncil.us/us/dc/council/code/sections/3-1205.10>.

99. Ard K. L. Training in sexual and gender minority health—Expanding education to reach all clinicians / K. L. Ard, A. S. Keuroghlian // *The New England journal of medicine*. — 2018. — Vol. 379. — P. 2388–2391. — DOI: 10.1056/NEJMp1810522.

100. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я в Україні: Програма ООН із відновлення та розбудови миру. Тренінг «Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу». Модуль 1: Вступ до стратегічного планування. Оцінка ситуації та аналіз даних [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ua/P2-M1.pdf>.

- 101.** Kodner D. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications / D. Kodner, C. Spreeuwenberg // *International Journal of Integrated Care*. — 2002. — Vol. 2. — P. e12. — DOI:10.5334/ijic.67.
- 102.** Сидоренко В. В. Цикл Шухарта-Демінга (PDCA) для організації безперервного професійного розвитку фахівців / В. В. Сидоренко // *Неперервна освіта нового сторіччя: досягнення та перспективи: VI міжнар. наук-практ. конф., м. Запоріжжя, 12–18 трав. 2020 р.* — Запоріжжя, 2020. — С. 8.
- 103.** Curriculum development for medical education: a six step approach / D. E. Kern, P. A. Thomas, D. M. Howard, E. V. Bass. — Baltimore: JHU Press, 1998. — 178 p.
- 104.** Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>.
- 105.** Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>.
- 106.** Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 31.08.2023 р. № 1555 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: офіц. вебсайт. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1635-23#Text>.
- 107.** Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities: Health Policy Project: United Nations Development Programme [Electronic resource] / Asia Pacific Transgender Network. — Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2015. — 172 p. — URL: <https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2017/10/blueprint-comprehensive.pdf>.
- 108.** Mitra A. Educational inequality in India: A review paper for transgender population / A. Mitra // *International Journal of Trend in Scientific Research and Development*. — 2017. — Vol. 2, Iss. 1. — P. 1578–1584. — DOI: <https://doi.org/10.31142/ijtsrd8293>.
- 109.** Аналітичний звіт. Біоповедінкове дослідження серед трансгендерних людей в Україні. О. Трофименко, Я. Сазонова, М. Касянчук, Т. Лисенко, І. Андріанова / Центр соціальних експертиз ім. Юрія Саєнка, Київ, 2021. — 131 с.

ДОДАТКИ



Додаток 1. Дослідження стосовно рівності прав на отримання медичних послуг та якості медичної допомоги трансгендерним людям

Ознайомитися зі змістом Додатку 1 можна за посиланням:

https://drive.google.com/file/d/1vz6-bY_MdufHFXWmCuBKbBkzUtDdeRK8/view?usp=sharing



Додаток 2. Результати незалежної експертної оцінки обґрунтування розробки та змісту концептуальної моделі системи транскомпетентнісного медичного обслуговування

Ознайомитися зі змістом Додатку 2 можна за посиланням:

https://drive.google.com/file/d/1_OuRyF0wfXj7U8muAUZA6ihkOiz7nKIM/view?usp=sharing



Додаток 3. Пояснювальна записка. Теорія і практика проведення тренінгів.

Ознайомитися зі змістом Додатку 3 можна за посиланням

https://docs.google.com/document/d/1HKJ12z-GJxC9-6QJeu-qSWt_lhS-5THrdW0E35z1iMA/edit?usp=drive_link



Додаток 4. Етичний кодекс лікаря України

Виходячи з принципів гуманізму та милосердя, Декларацій Всесвітньої медичної асоціації та законодавства України про права громадян на якісну та доступну охорону здоров'я, декларуючи провідну роль лікарів в системі охорони здоров'я, керуючись Клятвою лікаря України, враховуючи особливий характер взаємовідносин лікаря та пацієнта і необхідність доповнення механізмів правового регулювання цих взаємовідносин нормами медичної етики і деонтології, а також моральну відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, Всеукраїнський з'їзд лікарських організацій приймає Етичний кодекс лікаря України.

З повним текстом Етичного кодексу лікаря України пропонуємо ознайомитися за посиланням <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>



Додаток 5. Медичний перехід

Ознайомитися зі змістом Додатку 5 можна за посиланням https://docs.google.com/document/d/1tEUolGmU7sh6TurnoQ_to6sfm_PFYrmqb1Tp6d14Rrc/edit?usp=drive_link



Додаток 6. Концептуальна модель системи транскомпетентнісного медичного обслуговування

З особливостями медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі системи транскомпетентнісного медичного обслуговування, етапами її розробки та специфікою формування структури запрошуємо читачів ознайомитися за посиланням <https://docs.google.com/document/d/1ckctNbZ9xTpXPfemrzECqf07QE5oPGrV6XOqNZgpZYo/edit?usp=sharing>

