

المقايضة:

قراءة الاستقلالية
الجسدية

والحقوق المدنية
والنظام الطبي

من خلال تجارب الأشخاص الترانس

هذه الورقة البحثية جزء من مشروع

بين العيادة والمحكمة: تجارب الأشخاص الترانس مع الاستقلالية الجسدية في لبنان

من تطوير كّراس ٢٠٢٤ - ٢٠٢٥

الديباجة

تحدّد القوانين اللبنانية الحريات الشخصية والحقوق والواجبات استنادًا إلى "الجنس البيولوجي" للشخص، من دون أي إشارة إلى النوع الاجتماعي أو الجندر (مخلوف ودغيدي 2021، 25). ولا تزال العلاقة بين الجندر والجنس - أو إلى أي مدى يُفهم البيولوجي والاجتماعي على أنهما مترابطان أو متميزان - موضع نقاش. وغالبًا ما يتم منح العلوم سلطة تحديد "الحقيقة الجنسية" (مكداشي 2022، 10) بسبب تأطيرها السائد كمجال موضوعي ومحايّد، لا يتأثر بالتركيّبات الاجتماعية والسياسية. في أوراقنا البحثية، نشير إلى "الجندر" و"علامات الجندر" حيث تشير الدولة اللبنانية إلى "الجنس" و"علامات الجنس". نقوم بهذا الخيار من أجل التفكير والمحااجة من موقع لا يفضّل العلوم على التجربة الاجتماعية المعاشة، بل يتحدّى ثنائية الجنس والجندر من خلال دمج عنصرها والتأكيد على موقعة المجالات العلمية سياسيًا واجتماعيًا.

لا يوجد في لبنان مسار موحد يتبعه الشخص لتصحيح علامة جندره/ها في الأوراق الثبوتية. ومع ذلك، وفي الممارسة العملية، لا يزال الاعتراف القانوني بالجندر يعتمد إلى حد كبير على تقييمات جسم الشخص وتاريخه/ها الطبيّ. وفي ظلّ هذه الظروف، تختلف تجربة كل شخص في محاولة تحقيق الاعتراف القانوني باختلاف الأوضاع، ويزداد تأثير الطبقة والعرق والجنسية والجغرافيا ومحترميّة الشخص (جدارته/ها بالاحترام) على تجربته/ها. ويبيّن تفريد تجربة الاعتراف الطبيّ-القانوني أهمية اعتماد نهج قائم على الأبحاث والمبادرات مع أفراد المجتمع بشأن مساراتهم الشخصية، من أجل فهم أعمق لكيفية عمل المجمع الطبيّ-القانوني وكيفية تعامل الأشخاص معه، بينما يسعى هو إلى إدارة اختلافهم أو محوه.

المقايضة: قراءة الاستقلالية الجسدية والحقوق المدنية والنظام الطبي من خلال تجارب الأشخاص الترانس

المقدمة

"أعلم أنه يتوجب عليّ تغيير أوراقى الثبوتية، لكن فكرة إجراء عملية جراحية في الوقت الحالي غامرة".

- طارق

"بالنسبة إليّ، صحي تأتي أولاً. سأتعامل مع أوراقى الثبوتية حين أصبح جاهزاً. لكن في الوقت الحالي، عليّ التركيز على ما يهمني أكثر".

- شكيب

"لم أحاول بدء عملية تغيير أوراقى الثبوتية حتى، لأنني لم أقرّر بعد ما إذا كنت أريد الخضوع لجراحة إعادة تحديد الجنس".

- مريم

"خضعت للعمليات الجراحية، لكنني لن أغيّر أوراقى الثبوتية لأنني أرفض الانصياع لإجراء غير معقول كهذا".

- دينا

"أشعر أنني مُكره من قبل الحكومة على استئصال رحمي، ولهذا السبب لن أخضع للعملية. لا يزعجني أن يكون لدي رحم".

- هادي

يتطلب الوصول إلى الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر في لبنان التعامل مع نظام رعاية صحية مُخصّص إلى حد كبير ومُتضعّض بسبب الأزمات الاقتصادية المستمرة ونقص الأدوية وهجرة الطواقم الطبيّة وتراجع إمكانية الوصول إلى الخدمات الأساسية. وغالبًا ما تعاني المستشفيات العامة من نقص في التمويل، في حين أن المرافق الخاصة متاحة بشكل أساسي لمن يستطيع تحمّل تكاليفها المتزايدة. في هذا السياق من الصعوبة المعقّمة في الحصول على الرعاية الصحيّة الملائمة، يصبح العديد من التحديات في الوصول إلى الرعاية المؤكّدة للجندر بنيويًا. في الوقت نفسه، ولأن الاعتراف القانوني بالجندر لا يزال - عمليًا على الأقل - مرهونًا بالتقييمات الجسدية والطبيّة، فمن المهم دراسة خصوصيات كيفية تعامل الأشخاص الترانس¹ مع هذا النظام، سواء كان الاعتراف القانوني جزءًا من دوافعهم أم لا.

تستند هذه الورقة إلى بحث أجري بقيادة كُرّاس بين كانون الثاني/يناير وتشرين الثاني/نوفمبر 2024.² فمن خلال مقابلات أُجريت مع أفراد في المجتمع ومختصّين/ات طبيّين/ات، هدف البحث إلى توضيح أربعة مسائل رئيسية، ألا وهي: تجارب الأفراد الترانس المعاشة مع الحصول على الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر؛ والمؤسسات الطبيّة والجهات الفاعلة والضوابط التي يواجهونها؛ وتشابك الجوانب القانونية مع الجوانب الطبيّة في تجارب الأفراد الترانس؛ وكيفية فهم مقدّمي/ات الرعاية الصحية لأدوارهم ومسؤولياتهم في ما يتعلق بالرعاية المؤكّدة للجندر. في هذه الورقة، نناقش أهم النتائج المتعلقة بالشروط الطبيّة والجسدية للاعتراف

¹ نفضّل استخدام مصطلح "الأشخاص أو الأفراد الترانس"، عوضًا عن "العابرون والعابرات" أو أي مصطلح آخر لأننا، كأعضاء في المجتمع، نشعر براحة أكبر لدى استخدامه في اللغة العربية. وقد وجدنا أنه أكثر شيوعًا بين أترابنا مقارنةً مع "عابر وعابرة". كما أنه يسمح بتجنّب تحديد جندر المصطلح إلّا إذا برزت الحاجة إلى تحديده، فهو بالتالي أكثر شمولًا للأشخاص الترانس خارج الثنائية الجندرية.

² تفاصيل البحث ومنهجيته متوقّرة في ورقة منفصلة بعنوان "خلف الكواليس: منهجية البحث وتأملات"، كُرّاس، 2025. (متوفرة على قاعدة بيانات «داتابيس» [تجسّد](#))

القانوني، وكيفية الحصول على الرعاية الطبيّة المؤكدة للجندر، ودور الأطباء في بناء الأهلية الجسدية أو تقويضها.

1. الشروط الطبيّة/الجسدية للاعتراف القانوني

ما لا ينص عليه القانون

لا ترد في النصوص القانونية في لبنان متطلبات صريحة تتعلّق بالشروط الطبيّة أو الجسدية التي يجب توافرها من أجل تصحيح علامة الفرد الجندرية في الأوراق الثبوتية. في الواقع، إن مفهوم الجندر نفسه غائب في القانون اللبناني، الذي يشير بدلاً من ذلك إلى الجنس البيولوجي كوسيلة لتنظيم علاقة الأفراد في ما بينهم وعلاقتهم بالدولة (مخلوف ودغيدي 2021، 25). وتتوقع الدولة تحديد جنس الشخص، لا بل تتطلّبه، لما له من انعكاسات قانونية على الحريات الشخصية والحقوق والواجبات التي يفرضها القانون (مخلوف ودغيدي 2021، 25). ويكشف هذا الأمر عن الطابع الجندري في جوهر النظام القانوني اللبناني، ويفسّر عدم ارتياح هذا الأخير لدى مواجته طلبات تتحدى تصنيفاته الثنائية الثابتة. في هذا السياق، يتركّز قدر كبير من السلطة في شخص القاضي، حيث يتمّ البتّ في طلبات الاعتراف القانوني بالجندر بناءً على السوابق القانونية وتقييمات القضاة/القاضيات الفردية لحالة الشخص ومظهره/ها الجندري.³

³ الرجاء الاطلاع على الورقة القانونية بعنوان "القانون والنظام: الاعتراف القانوني بالجندر وما يولّده من استياء"، كراس، 2025. (متوفرة على قاعدة بيانات «داتابيس» [تحتد](#))

المجمع الطبي-القانوني

غالبًا ما يكون من المغري فهم الإبهام القانوني على أنه أمرٌ يجب حلّه، إذ يمكن أن يشكّل سببًا لانعدام المساواة والتمييز. ولكن، وفي حالة تجارب الأشخاص الترانس في لبنان، يستدعي الغموض القانوني مقارنة أكثر دقة. لا شك أن للغموض عواقب غير مرغوب فيها عندما يسبب الارتباك، ولاسيما إذا كان هدف المرء تحقيق الاعتراف القانوني بالجنس. إلّا أنّه قد يشكّل أيضًا مساحة من الإمكانيات، على سبيل المثال، في حالة الأشخاص الذين واللواتي يرغبون/ن في تعديل أجسادهم ولكن ليس لديهم أي اهتمام باعتراف الدولة بهم أو في ما يُذكر في الوثائق الرسمية. في كلتي الحالتين، وبصرف النظر عن دوافع الشخص ونواياه أو نواياها، من الواضح أن الاعتراف القانوني مشروط إلى حد كبير بالمعايير الطبية الحيوية. ويضع هذا الأمر التدخلات الطبية - وعلى نطاق أوسع، الأهلية الجسدية - تحت قدر كبير من التدقيق والتفحص والرقابة لأنها قد تشكّل أساسًا للاعتراف القانوني، وبالتالي تغيير حقوق الشخص وواجباته/ها وعلاقاتها/ها بالآخرين/الأخريات وبالدولة. وتعرّف المؤسسات الطبية والقانونية معًا الأجساد والهويات والسلوكيات وتنظّمها وتتحكّم بها من خلال ما يُشار إليه غالبًا باسم "المجمع الطبي-القانوني" (دافي 2011، مونرو 2018، فريبورغ 2023). وفي حالة تجارب الأشخاص الترانس في لبنان وفي أماكن أخرى على الأرجح، يحدّد المجمع الطبي-القانوني الوصول إلى الحقوق المدنية والأهلية الجسدية، كاشفًا عن مدى قوّة هذا النظام وسلطته على كل الأجساد والحيوات التي تقع تحت إشرافه.

التعامل مع المجمع الطبي-القانوني

ليس من السهل التعامل مع المجمع الطبي-القانوني في لبنان، ولاسيّما إذا كان الشخص لا يندرج تحت فئة "الجسم السليم الخالي من الإعاقة والذي تتوافق هويته الجندرية مع الجنس المعيّن له عند الولادة" (بصبوص وناصر، 2024). وفي حالة العمليات الطبيّة على وجه الخصوص، فإن الإرشادات أو خدمات الدعم المستنير المتاحة لمساعدة الأشخاص الترانس في التعامل معها محدودة أو معدومة. وبالتالي، يميل هؤلاء إلى الاعتماد في المقام الأول على مشورة الأتراب التي لا يمكن تعميمها دائماً، وفي بعض الحالات، إلى المعلومات التي يتم الحصول عليها من المهنيين/ات القانونيين/ات الذين واللواتي قد لا يكونون/يكنّ على دراية بحالتهم الخاصة. ونتيجة لذلك، يشارك أفراد المجتمع والمهنيون/ات القانونيون/ات في بناء مفاهيم متصوّرة لما هو مطلوب طبّيّاً من أجل تحقيق الاعتراف القانوني. فعلى سبيل المثال، هناك مفهوم شائع لدى النساء الترانس باستحالة تغيير العلامة الجندرية من دون الخضوع لجراحة توكيد الجندر - وهي إجراء مكلف وغير شائع في لبنان. وفي حين أن بعض النساء الترانس يرغبن في تصحيح علامتهن الجندرية، إلّا أنهن لسن جميعهن مهتمات بالخضوع لعملية توكيد الجندر أو يفضّلن إجرائها وفق شروطهن وتوقيتاتهن الخاصة. لذلك، يؤخّر إجراءات الاعتراف القانوني بهن إلى أن يشعرن بأنهن مستعدّات لإجراء جراحة توكيد الجندر. ومن ناحية أخرى، رفض بعض النساء الترانس فكرة الاعتراف القانوني بالكامل لاعتقادهن أن جراحة توكيد الجندر إلزامية قانونيّاً، في حين أنها ليست كذلك صراحةً.

تدفع المتطلبات القانونية المتصوّرة الأفراد إلى اتخاذ قرارات طبيّة بناءً على مواعيد نهائية وشروط بيروقراطية، بدلاً من الرغبات والجهوزيّة الشخصية أو العاطفية. وفي العديد من الحالات، يشعر الأشخاص الترانس بأنهم مجبرون/ات على الخضوع لتدخلات لم يكونوا/يكن

ليختاروا/يختزن القيام بها لولا ذلك، فيضطرون/ن بموجبها إلى الاختيار فعليًا بين الأهلية الجسدية من جهة، والحقوق المدنية من جهة أخرى. وينتج عن ذلك قدر كبير من الظلم والإحباط تجاه نظام يفرض على الأشخاص الترانس فعليًا تغيير أجسادهم بطرق لا رجعة فيها أحيانًا، قبل أن يتم الاعتراف بهم كأشخاص شرعيين/ات. وبعبارة أخرى، فإن المجمع الطبي-القانوني في لبنان يشترط فقدان الأهلية الجسدية لممارسة الحقوق المدنية.

إطار عمل الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر في لبنان: الدوائر العامة والخاصة وغير الرسمية

تتعدّد طرق الشخص لتجسيد جندره/ها، وليست جميعها طبيّة - فما الشعر المستعار، والمكياج، والملابس، وربط الثديين، ورزم الملابس الداخلية إلّا بعض الأمثلة عن ذلك. وعلى الرغم من الخلافات بشأن ما يُعتبر طبيًّا، إلّا أننا نركّز في هذا الجزء على الأشكال الطبيّة للرعاية المؤكّدة للجندر بالمعنى الواسع للمصطلح. ويشمل ذلك العلاجات الطويلة الأمد مثل العلاج الهرموني، والعمليات الجراحية (مثل استئصال الثدي وتكبير الثدي وعمليات تجميل الأنف واستئصال القضيب واستئصال الخصيتين واستئصال الرحم ورأب الأعضاء التناسلية وغيرها)، والتدخلات التجميلية (مثل إزالة الشعر بالليزر وزراعة الشعر والботوكس والحشوات). ولفهم كيفية الوصول إلى هذه الأنواع من التداخلات، نبدأ بتوضيح بنية قطاع الرعاية الصحية الرسمي في لبنان، وننتقل إلى دراسة كيفية التعامل معه في الممارسة العملية.

2. بنية قطاع الرعاية الصحية الرسمي في لبنان

يتألف قطاع الرعاية الصحية في لبنان من مؤسسات عامة وخاصة، حيث يلعب القطاع الخاص دورًا مهمًا. وتميل المرافق العامة إلى خدمة السكان ذوي/ات الدخل المنخفض، بينما تلبي المؤسسات الخاصة احتياجات الأشخاص الذين واللواتي يستطيعون/يستطعن تسديد نفقاتها من أموالهم الخاصة أو عبر التأمين الخاص.

ووفقًا لتقارير منظمة الصحة العالمية (2024) وخليفة وآخرين (2017)، يشمل القطاع العام، الذي تديره وزارة الصحة العامة، المستشفيات العامة،⁴ ومراكز الرعاية الصحية الأولية التي تقدّم خدمات الرعاية الصحية الأساسية،⁵ والمستوصفات.⁶ أمّا القطاع الخاص، فيشمل المستشفيات الخاصة،⁷ التي تمثّل حوالي 82% من جميع المستشفيات في لبنان، والمنظمات الدينية والطائفية التي تقدّم خدمات الرعاية الصحية الأولية، والعيادات الخاصة ومراكز التشخيص في العيادات الخارجية (الأشعة والمختبرات وغيرها). في ما يتعلق بتمويل الرعاية الصحية، أفاد خليفة وآخرون (2017) أن حوالي 47% من المواطنين/ات اللبنانيين/ات لديهم تأمين صحي من خلال خطط أو برامج مختلفة.⁸ بينما تفتقر نسبة 53% المتبقية من السكان إلى التغطية الرسمية.

⁴ يعمل 29 مستشفى عامًا في إطار نموذج شبه مستقل يشمل مجالس إدارية معيّنة بموجب مراسيم حكومية. ⁵ تشمل الخدمات التي يقدمها 229 مركزًا من مراكز الرعاية الصحية الأولية استشارات طبية مخفّضة التكلفة، والأدوية المجانية للأمراض المزمنة، والأدوية الأساسية، والتلقيح.

⁶ حوالي 600.

⁷ يشكّل 133 مستشفى خاصًا 83% من إجمالي السعة السريرية في البلد.

⁸ بما في ذلك الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والخطط العسكرية، والتأمين الخاص، وتعاونية موظفي الدولة.

ويواجه غير المواطنين/ات في لبنان عوائق كبيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية بسبب النظام المخصص بشكل كبير في البلاد ومحدودية المخصصات العامة. ويعتمد اللاجئون/ات السوريون/ات على التعاون بين وزارة الصحة العامة اللبنانية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والمنظمات غير الحكومية، لكن تضائل التمويل يصعب الوصول إلى الرعاية الصحية بشكل متزايد. أما اللاجئون/ات الفلسطينيون/ات، فلديهم نظام منفصل، ويعتمدون/يعتمدن بشكل أساسي على شبكة مرافق الرعاية الأولية التابعة للأونروا وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني للرعاية الثانوية، على الرغم من أن معظمهم يفتقرون/ن إلى التأمين الصحي ويعتمدون/ن على إعانات الأونروا لدخول المستشفيات. ولا يستطيع المهاجرون/ات غير المؤثّقين/ات، الذين واللواتي لا يتمتعون/ن بتغطية صحية رسمية، الحصول على الخدمات إلّا من خلال دعم المنظمات غير الحكومية. ومع ذلك، غالبًا ما تحصر المنظمات غير الحكومية تغطيتها بزيارات الأطباء/الطبيبات وتستثني العلاجات والفحوصات، التي تكون مكلفة وتُجرى في مختبرات خاصة. عمومًا، يعتمد غير المواطنين/ات على المؤسسات الخاصة والمساعدات الدولية إلى حد كبير، وبواجهون/ن عقبات مالية ومحدودية في الوصول إلى العلاجات المتخصصة.

يُبرز توافر مؤسسات الرعاية الصحية الربحية في القطاع الخاص توترًا جوهريًا بين التفويض الأخلاقي للطب في إعطاء الأولوية لرفاه المريض/ة، والضرورات المالية لنظام يحركه السوق، ممّا يثير أسئلة ملحة حول كيفية التعامل مع الرعاية الحيوية كسلعة. غالبًا ما تكون الإجراءات المؤكّدة للجنادر محدودة بسبب "انخفاض العائد على الاستثمار"، وفقًا لاعتراف الأطباء/الطبيبات أنفسهم. ويمثّل هذا التركيز على الربحية على حساب رعاية المرضى إشكالية، ولاسيّما في ما يتعلّق بالجراحات المؤكّدة للجنادر، والتي تتطلب خبرةً وتدريبًا لا ترغب

العديد من المؤسسات في الاستثمار فيهما بسبب الانخفاض المتصور للطلب والعائدات المالية. وتجدر الإشارة إلى أنّ بعض مؤسسات الرعاية الصحية داخل القطاع الخاص تعمل على أساس غير ربحي، مثل مستشفى الزهراء - مركز طبيّ جامعي أو المستشفى اللبناني الجعيتاوي الجامعي. ويلعب هذا النوع من المؤسسات دورًا حيويًا، ولاسيّما بالنسبة إلى السكان الذين/اللواتي يواجهون/ن محدودية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العامة أو خدمات الرعاية الخاصة الربحية. وعلى تخوم القطاع الرسمي للرعاية الصحية، يبرز الصيدالة كشخصيات رئيسية للأشخاص الذين واللواتي لا يستطيعون/ن الوصول إلى الأطباء/الطبيبات أو الاختصاصيين/ات. فمن خلال تقديم المشورة الطبيّة المستنيرة وتسهيل الوصول إلى العلاج، يقدّم الصيدالة الرعاية الصحية العامة والمؤكّدة للجندر لمن يبحث عنها. ويمكن تفسير ذلك بالطابع التعاملّي أو التجاري للصيدليات، حيث تقدّم بعض الصيدليات تسهيلات بالدفع على أقساط.

وبالتالي، يصعب على معظم الأشخاص الذين واللواتي يعيشون/ن في لبنان الحصول على الرعاية الصحية العامة وتحمل تكلفتها، ومن ضمنهم الأشخاص الترانس. عند السعي إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية العامة، غالبًا ما يلجأ الأفراد الترانس واللواتي والذين قد لا يملكون/ن الدعم المالي أو التأمين اللازم لتغطية تكاليف الرعاية الصحية الخاصة إلى القطاع العام. لكنّ مرافق الرعاية الصحية العامة تفتقر غالبًا إلى التجهيزات الكافية للتعامل مع الاحتياجات الخاصة للمرضى/المريضات الترانس. وفي حين أن المؤسسات الخاصة تقدّم بشكل عام رعاية ذات جودة أعلى، بما في ذلك الوصول إلى الخدمات المتخصصة، تتفاقم التكلفة الباهظة للرعاية الصحية الخاصة بسبب عدم وجود تغطية تأمينية شاملة للرعاية المؤكّدة للجندر. وحتى في الأماكن الخاصة، يلجأ الأفراد الترانس في كثير من الأحيان إلى الشبكات

الاجتماعية أو الاتصالات الشخصية لتحديد الأطباء/الطبيبات الداعمين/ات. ويأتي عادةً الأشخاص الذين واللواتي يلتمسون/ن الرعاية من المؤسسات الخاصة من خلفيات اجتماعية واقتصادية أعلى، أو يكون لديهم إمكانية الحصول على تأمين خاص، أو يعتمدون/ن على المدخّرات الشخصية أو الدعم الأسري لتغطية التكاليف العالية المرتبطة بالرعاية المؤكّدة للجندر. وفي الحالات التي يكون فيها أفراد الأسرة غير داعمين/ات أو معادين/ات لقرار الشخص الترانس بتجسيد جندره/ها، يصبح الوصول إلى الرعاية الصحية الخاصة محدودًا للغاية. لذلك علينا أن ننظر إلى مسألة الوصول إلى الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر من هذا المنطلق. وتفيد النساء الترانس اللواتي احتُجن لفترات معيّنة بأنهن حُرمن من الوصول إلى الرعاية الطبيّة المناسبة، والمرافق الصحية الملائمة، والضروريات الأساسية. وتبرز هنا الحاجة إلى إجراء المزيد من الأبحاث لوضع هذا الواقع في سياق كيفية التعامل مع احتياجات المحتجزين/ات والسجناء/السجينات المرتبطة بالرعاية الصحية بشكل عام، إلى جانب خصوصيات الأفراد الترانس في مثل هذه الحالات.

لا مسار موحد للرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر

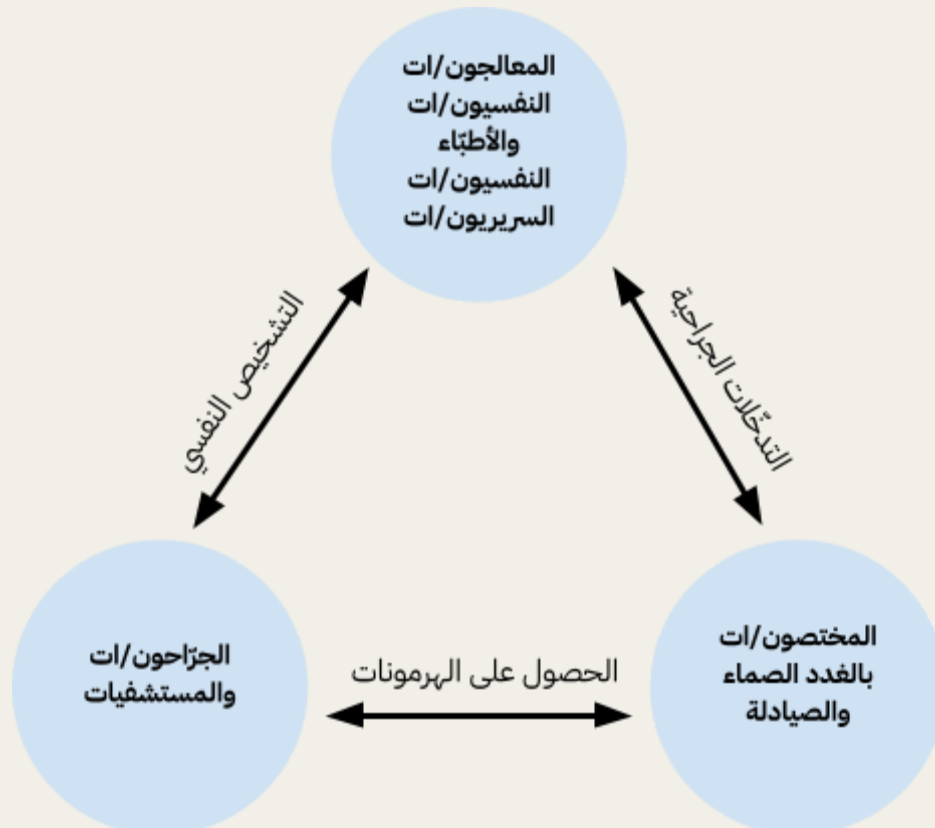
في الممارسة العملية، يحصل الأفراد المقيمون/ات في لبنان على الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر من خلال نقطة دخول من بين ثلاث نقاط ممكنة تشكّل شروطًا مسبقة غير رسمية للاعتراف القانوني، ألا وهي التشخيص النفسي، والعلاج الهرموني، والتدخلات الجراحية. وتبيّن تبادلية النقاط الطابع المجزّأ والمخصوص لمسارات الرعاية المؤكّدة للجندر في لبنان، حيث يتعيّن على الأفراد التعامل مع جهات فاعلة متعدّدة للحصول على الخدمات التي يحتاجونها ويحتجّونها.

فعلى سبيل المثال، يتجنّب بعض الأفراد الترانس الاستشارات النفسية ويحصلون/ن مباشرةً على العلاج الهرموني عن طريق أطباء/طبيبات الغدد الصماء أو الصيادلة أو الأتراب، في حين قد يُعطي/تُعطي آخرون/أخريات الأولوية للتدخلات الجراحية ويبدأون/يبدأن رحلتهم بالاتصال بالجرّاحين/ات أو المستشفيات.

وتعكس هذه التبادلية غياب نظام موحد ومركزي للرعاية، ممّا يدفع الأفراد إلى اتّخاذ قراراتهم بناءً على الموارد والمعلومات المتاحة لهم - وهي معلومات تستند عادةً إلى التجربة ويتم تبادلها بين الأفراد الترانس. ويشكّل تعدّد المسارات الممكنة عقبةً أمام التنسيق بين مختلف المجالات والتخصصات لضمان الرعاية الشاملة التي يجب أن تُعطي أهمية متساوية للرعاية الصحية العامة والرعاية الصحية المؤكدة للجنّدر، فالتدخلات المؤكدة للجنّدر لا تحلّ مشاكل الرعاية الصحية العامة. وينعكس ذلك أيضًا على تجربة طالبي/ات الرعاية، الذين واللواتي قد يجدون/ن صعوبة في الحصول على إجابات على بعض أسئلتهم. فعلى سبيل المثال، تم تقويض تجربة طارق الإيجابية بشكل عام مع الجراحة بسبب غياب التنسيق بين أفراد الطاقم الطبيّ، مما أدّى إلى التأخير في الإجراءات وفشل في التواصل، بحسب طارق. قد تؤدّي هذه التجزئة إلى بروز ثغرات في العلاج وإجهاد نفسي إضافي، وقد ينتج عنها عواقب وخيمة على صحة المرضى/المريضات الترانس ورفاههم، ولاسيّما الذين واللواتي يحتاجون/ن إلى رعاية مستمرة ومتعددة التخصصات. كما أنها تقيّد الوصول إلى معلومات شاملة عندما يكون لدى المرضى/المريضات أسئلة مرتبطة بتخصصات متعددة. وفي حين أن توحيد بعض جوانب الرعاية المؤكدة للجنّدر قد يكون مفيدًا، يبقى السؤال: كيف يتم تحقيق الاتساق من دون فرض تدابير تحدّ من قدرة طالبي/ات الرعاية على القيام بخيارات بناءً على صحتهم واحتياجاتهم؟

فعلى سبيل المثال، قد يضرّ توحيد ترتيب الإجراءات المؤكّدة للجندر أكثر ممّا يفيد، كما هو الحال في سياقات أخرى.

يوضح الرسم البياني أدناه الأدوار المترابطة للمعالجين/ات النفسيين/ات والأطباء النفسيين/ات السريريين/ات، وأطباء/طبيبات الغدد الصماء والصيدلة، والجراحين/ات والمستشفيات في تسهيل الحصول على الرعاية المؤكّدة للجندر. يتولّى عادةً المختصون/ات في العلاج النفسي أو الطب النفسي السريري إصدار التشخيص النفسي. وعلى الرغم من أن القانون لا يشترط الحصول على تشخيص نفسي صراحةً، غالبًا ما يكون هذا التشخيص شرطًا مسبقًا ضروريًا للحصول على تدخلات طبيّة إضافية، بما في ذلك العلاج بالهرمونات والعمليات الجراحية. أما بالنسبة إلى المختصين/ات بالغدد الصماء والصيدلة، فهمن يتولّون/ن إدارة الوصول إلى العلاج الهرموني، بينما يوفّر الجراحون/ات والمستشفيات التدخلات الجراحية.



واستنادًا إلى تجارب أفراد المجتمع، تشمل العوامل المؤثرة على جودة الرعاية التي يتلقونها/يتلقينها نوع مؤسسة الرعاية الصحية (حيث أفادت التقارير أن جودة الرعاية في المستشفيات الخاصة أفضل منها في القطاع العام)، ومستوى خبرة وتدريب مقدّمي/ات الرعاية الصحية، وتوافر الرعاية بعد العمليات الجراحية. في المستشفيات العامة، يغيب التدريب المتخصص والبروتوكولات القياسية للعمليات الجراحية المؤكّدة للجندر بشكل ملحوظ، ممّا قد يؤدي إلى نتائج خطيرة. وتعدّ تجربة جابر في مستشفى عام مثالاً صارخاً عن الإهمال الطبيّ الشديد. فبعد الخضوع للجراحة، عانى جابر من مضاعفات خطيرة بسبب افتقار المستشفى للرعاية والإشراف المناسبين بعد الجراحة. وفشل المستشفى في توفير المتابعة العلاجية، تاركاً جابر يتعامل مع عواقب الإهمال المهني بمفرده. وأبلغ العديد من الأشخاص الترانس عن تفاوت بين الخبرة الجراحية والرعاية الصحية العامة، مما يشير إلى أنه حتى عندما يتلقى الأشخاص الترانس رعاية متخصصة مرتبطة بتدخلات مؤكّدة للجندر، فقد يواجهون/ن صعوبات في الحصول على المتابعة والرعاية بعد الجراحة اللازمتين لتعافيهم وضمان صحتهم على المدى الطويل. وأفاد حسام، على سبيل المثال، أنّ تجربته مع الرعاية الطبيّة العامة بعد الجراحة كانت أقلّ إرضاءً بكثير، على الرغم من أن تجربته في المستشفى أثناء الجراحة كانت إيجابية بشكل عام. ويتفاقم هذا الأمر عندما يُعطي أفراد المجتمع الأولوية للنتائج الجمالية على حساب الرفاه العام.

تأملات نقدية في القطاع غير الرسمي

في بعض الحالات، يُجبر الأشخاص اللواتي والذين يسعون/يسعين إلى الحصول على رعاية طبيّة مؤكّدة للجندر على تلبية احتياجاتهم عبر قنوات غير رسمية. ويمكن فهم هذا الواقع كنتيجة للظروف الموصوفة سابقاً، ونتيجة أيضاً لانعدام الثقة بالسلطة الطبيّة والمساوي المترتبة عن ذلك لتجنّبها، ولاسيّما بسبب كيفية تعاملها مع الأشخاص الذين واللواتي لا ينطبق عليهم معيار الجسم السليم الخالي من الإعاقة والذي تتوافق هويته الجندرية مع الجنس المعيّن له عند الولادة. وتلعب عوامل مثل حالة المواطنة والطبقة الاجتماعية والاقتصادية دوراً حاسماً في إمكانية الوصول إلى الرعاية المقدّمة وجودتها. وبالتالي، فإن العديد ممن يلجأون/ن إلى القنوات غير الرسمية همّن في حالة هشاشة سياسياً أو اقتصادياً. ففي السياقات غير الرسمية، تتفاقم أشكال الهشاشة هذه بسبب الممارسات الطبيّة غير المنظمة والتي قد تؤدي أحياناً إلى عواقب مميتة.

تتخذ الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر غير الرسمية أشكالاً مختلفة ولها درجات متفاوتة. وتشمل التطبيب الذاتي، والاعتماد على الأتراب والرفاق للحصول على المشورة الطبيّة، وتوفير الدعم المالي، وتوفير العلاجات الهرمونية من خلال صناديق المساعدة المتبادلة، والجراحات التجميلية غير المنظّمة محلياً وفي الخارج.

قد تقدّم مجموعات المساعدة المتبادلة والشبكات المجتمعية ودعم الأتراب مسارات بديلة للرعاية عندما تكون الخيارات الرسمية محدودة أو غير متاحة. فهي تساعد الأفراد في تجاوز العوائق المؤسسية والسياسات التقييدية، والقيود على المعلومات في الأماكن الطبيّة،

والعقبات القانونية. كما تتيح المعرفة المجتمعية اتّباع مقاربة أكثر مراعاةً لفراة الشخص في تجسيد الجندر والرعاية المؤكّدة له، فتدمج الخبرات والممارسات متجاوزةً بذلك البروتوكولات الطبيّة المعيارية. كما يقدّم الأتراب ذوو/ات الخبرة المباشرة الدعم العاطفي والنصائح العملية والاستراتيجيات التي قد يغفلها الأطباء/الطبيبات. ويعتمد العديد من الأشخاص الترانس على هذه الشبكات من أجل الوصول إلى الطبيب (الذاتي) والتوجيهات لتحديد العلاجات ومقدمي/ات الرعاية الصحية الراغبين/ات بالمساعدة وبأسعار معقولة، ومن أجل ترقيّ التعامل مع الأطباء/الطبيبات والاستعداد له، أو لتحديد المخاطر المحتملة والحدّ منها.

ولكن ثمة حدود لإمكانية نقل هذه الأنواع من المعارف، ولاسيّما في ما يتعلق بجرعات الأدوية، وأنظمة العلاج، وعلاقتها بالصحة العامة. كذلك يصعب التحقّق من سلامة وجودة الأدوية التي تُشترى بشكل غير رسمي - كالهرمونات مثلاً - مما قد يؤدي إلى مضاعفات صحية عامة، ولاسيّما إذا لم تُراقب. إضافةً إلى ذلك، تُفسح المعرفة المجتمعية المجال لبروز الخرافات وانتشارها. على سبيل المثال، أدّى الاستخدام الواسع النطاق لحبوب منع الحمل كعلاج هرموني في أوساط النساء الترانس إلى الاعتقاد بأن هذا العلاج "أقوى" و"أكثر فعالية" من حقن الإستروجين. ويرى آخرون/أخريات أنه ما لم يُبدأ العلاج الهرموني قبل سن البلوغ، فلن يكون له أي آثار. وبشكل عام، تشير النساء الترانس إلى الإبهام ومحدودية المعلومات المتاحة بشأن العلاج الهرموني وجراحة توكيد الجندر، مما يثير قلق الكثيرات منهن بشأن الآثار الجانبية المحتملة القصيرة والطويلة المدى لهذه العلاجات والإجراءات. ويتفاقم هذا الوضع بسبب تحريم مناقشة أي آثار جانبية سلبية مرتبطة بجراحة توكيد الجندر من قبل من خضعن لها، مثل فقدان الإحساس أو الآثار على الصحة النفسية. وعلى العكس من ذلك، يُبالغ في النتيجة الإيجابية التي يتبين لاحقاً أنها غير صحيحة في بعض الحالات.

يمكن أن تشمل المشورة المجتمعية أيضًا الإحالات إلى شبكات طبيّة سرّية في لبنان والخارج، حيث تُفسّح الممارسات غير المنظّمة المجال للأخطاء الطبيّة والمضاعفات. وفي حين يُنظر إلى التدخلات التجميلية على أنها قد تُشكّل مخاطر ضئيلة، فقد يكون للتدخلات الجراحية التوغّلية عواقب وخيمة. فعلى سبيل المثال، غالبًا ما تُختار سوريا كبديل أقلّ كلفة للعمليات الجراحية، إلا أن المسار غير المنظّم الذي يتم من خلاله الوصول إلى الرعاية الطبيّة يُصعّب محاسبة الطبيب/ة عند ظهور مضاعفات بعد الجراحة. وهذا ما حصل مع شبيب بعد مواجهته مضاعفات خطيرة إثر خضوعه لعملية جراحية في سوريا. فاخترى طبيبه لاحقًا، وتعتّدت محاولاته للحصول على الرعاية في لبنان بسبب إحجام الأطباء/الطبيبات المحليين/ات عن قبول حالته، مما يعكس وصمة العار التي تلحق بالمرضى/المريضات الترانس الذين واللواتي عانوا وعانين من مضاعفات في الخارج. أما بالنسبة إلى الوصفات الطبيّة التي تطلبها الصيدليات لتوفير العلاج الهرموني، فيتم الحصول عليها أحيانًا بشكل غير رسمي نظرًا إلى ارتفاع تكلفة زيارات الأطباء/الطبيبات والفحوصات التي تُجرى في المختبرات الخاصة، حيث غالبًا ما تُطلب الهوية. وتبيّن هذه الحالات كيف يضع انعدام الرعاية الصحية المؤكّدة للجنس والقي يمكن الوصول إليها بأسعار معقولة وبشكل نظامي في لبنان العديد من الأشخاص الترانس في مواقف غير مأمونة ومحفوفة بالمخاطر. وعلى الرغم من أن الكثيرين والكثيرات يدركون/ن المخاطر المترتبة، لكنهم يجدون/ن أنفسهم بلا بديل صالح.

3. تجارب الوصول إلى الرعاية الطبيّة المؤكّدة للجندر في لبنان

في ما يتعلّق بالرعاية الصحيّة المؤكّدة للجندر، تتفاقم أوجه القصور العامة في نظام الرعاية الصحيّة بسبب التمييز المجتمعيّ الواسع النطاق وغياب الحماية القانونية الفعّالة ضد الأخطاء الطبيّة، مما يجعل الأفراد الترانس عرضة لرعاية دون المستوى المطلوب. تصعب المساءلة الطبيّة عمومًا في لبنان، وتزداد صعوبةً في حالة الأشخاص الترانس الذين واللواتي يعانون/يعانين من مضاعفات أو إهمال طبيّ. ومع ذلك، تتعدّد الدروس المستفادة من تجربة الأشخاص الذين واللواتي حصلوا/ن أو حاولوا/ن الحصول على رعاية طبيّة مؤكّدة للجندر في السياق اللبناني.

السلطة الطبيّة والنفوذ الطبيّ

يتعامل الأشخاص الترانس مع نظام رعاية صحيّة غالبًا ما ينظر إليهم بريبة وإحفاف، إن لم يتم بتصنيفهم فورًا كمرضى/مريضات. ويُعدّ التشكيك الطبيّ تجربة شائعة بين الأشخاص الترانس، إذ يصفون/ن غالبًا مواجهتهم التشكيك بمشاكلهم الصحيّة أو إنكارها، ولاسيّما في مرافق الرعاية الصحيّة العامة. علاوةً على ذلك، يميل مقدمو/ات الرعاية الصحيّة إلى التقليل من شأن الأعراض والمخاوف أو تجاهلها، لا بل يطرحون/ن أسئلة تطقيّة لا علاقة لها بالأعراض أو المشاكل التي يطلب الشخص الرعاية الطبيّة بشأنها. ويُشار إلى هذا النوع من التمييز الطبيّ بـ "الإسناد الطبيّ الخاطئ والاستجواب التطفلي المرتبطين بالجندر"، وهو معروف

عامّةً بـ "متلازمة الذراع المكسورة". وفي حين يصف هذا التمييز عمومًا افتراض مقدّمي/ات الخدمات الصحية الخاطئ أن حالة المريض/ة الطبيّة ناتجة عن هويته/ها الجندرية أو قراراته/ها الطبيّة المتعلّقة بها، إلا أنه قد يتّخذ أيضًا شكل أسئلة تطفّلية وغير ضرورية تتعلق بهويته/ها الجندرية وتوجهه/ها الجنسي (وول وآخرون، 2023). في هذا السياق، لا يؤثّر التمييز في راحة المريض/ة أو كرامته/ها فحسب، بل تنجم عنه أيضًا آثار مباشرة وضارّة على صحته/ها الجسدية. وغالبًا ما يؤدي إلى التشخيص الخاطئ أو الإهمال أو الرعاية غير الملائمة، ويساهم في خلق جوٍّ عام من انعدام الثقة والإحجام في أوساط الأشخاص الترانس.

وللتخفيف من حدة العنف الذي يتعرضون/ن له في المرافق الطبيّة، يلجأ أفراد المجتمع إلى البحث عن صيادلة وأطباء/طبيبات من خلال الإحالات المجتمعية، والعمل على بناء علاقة ثقة واحترام طويلة الأمد معهم - حتى لو تطلّب ذلك دفع تكاليف العلاج من جيوبهم الخاصة. ويتبع أفراد المجتمع أساليب مماثلة عند التعامل مع قطاعات أخرى، مثل الشركات الخاصة أو موظفين/ات الدولة.⁹

الاختلافات الجندرية في التجارب الطبيّة

تتعدّد المقارنات لدراسة تأثير التعبير الجندري في التجربة الطبيّة. في هذا القسم، نركّز على تجارب الأشخاص الترانس اللواتي والذين يُنظر إليهم على أنهم رجال ترانس ونساء ترانس ثنائيو/ات الجنس من قبل النظام الطيّ، والذين واللواتي تتشكّل تجربتهم بالتالي بناءً على هذا التصرّ والتصورات المسبقة المرتبطة به. وعلى الرغم من وجود بعض القواسم المشتركة بينهم، إلا

⁹ الرجاء الاطلاع على الورقة القانونية بعنوان "القانون والنظام: الاعتراف القانوني بالجندر وما يولّده من استياء"، كراس، 2025. (متوفرة على قاعدة بيانات «داتابيس» [تحتد](#))

أن تجاربهم مع المجال الطبي في لبنان تُظهر اختلافات يمكن تفسيرها من منظور الاختلاف الجندري. على سبيل المثال، هناك تباين كبير بين تجارب الرجال الترانس وتجارب النساء الترانس مع الحصول على العلاجات الهرمونية.

في لبنان، يصعب الحصول على التستوستيرون من دون وصفة طبية من طبيب/ة الغدد الصماء، والتي تتطلب عادةً - وليس دائمًا - وثيقة تشخيص نفسي. يشرح أفراد المجتمع أن استحصال التستوستيرون أكثر تكلفة في الواقع من العلاج الهرموني نفسه، مشيرين إلى وجود رقابة طبقيّة حيث يتعين على الأشخاص تغطية تكاليف زيارات الأطباء/الطبيبات وفحوصات الدم. بالإضافة إلى ذلك، ولأنه مادة مستوردة، فإنه لا يتوفر باستمرار في الصيدليات، ولاسيما في خلال الأزمات الوطنية الحادة. كما يعتقد أفراد المجتمع أن كمّيات التستوستيرون تخضع لرقابة حكومية أكثر صرامة مقارنةً بالإستروجين، ربّما كوسيلة للحد من استخدام التستوستيرون غير الموصوف بين رواد الصالات الرياضية من الذكور.

ومن المثير للاهتمام أنه في أوقات القصرة، تُصبح هذه المجتمعات إحدى المصادر البديلة للتستوستيرون، إلى جانب الهرمونات المهزّبة/المُجلبة من قبل أترابهم من دول مثل سوريا والأردن وتركيا. وعندما ينعدم هذا الهرمون تمامًا، يلجأ بعض الرجال الترانس إلى استبدال التستوستيرون بالمنشطات التي يحصلون عليها من هذه الدوائر نفسها، ممّا قد يكون له آثار صحية وخيمة.

أما بالنسبة إلى الإستروجينات، فإن توفرها على نطاق واسع في شكل حبوب منع الحمل والعلاج الهرموني المخصص للنساء في سن الأمل يؤدي، ومن دون قصد، إلى زيادة توافرها وسهولة حصول النساء الترانس عليها. وبما أن بعض ماركات مضادات الأندروجينات تُباع كأدوية مدرّة

للبلول، فإنّها متوقّرة ولكنها باهظة الثمن؛ ومع ذلك، قد ينبغي جلب ماركات أخرى من خارج لبنان. وبينما قد تُسهّل بعض الصيدليات الحصول على هذه الهرمونات، فإن بعضها الآخر يتطلب صفات طبّية قد يكون ثمن الحصول عليها باهظًا. وتبرز مجموعات المساعدة المتبادلة كمزوّد رئيسي للإستروجين القابل للحقن والذي يميل إلى أن يكون أكثر فعالية. وتُسهّم هذه العوامل في تعقيد الوصول الرسمي إلى العلاج الهرموني للرجال الترانس، وتُسهّل التطبيب الذاتي غير الخاضع للرقابة في أوساط النساء الترانس.

من ناحية أخرى، لا تستثني كراهية النساء الممنهجة في النظام الطيّ أحدًا. وتعاني النساء الترانس والرجال الترانس تحديدًا من آثارها التي تتجلّى في ممارسات تمييزية مختلفة. فبينما تواجه النساء الترانس تحيّزات مضاعفة تشمل رهاب الأشخاص الترانس والتمييز على أساس الجنس، يواجه الرجال الترانس الأخطاء في تحديد جندهم والوصول المقيّد إلى احتياجات الرعاية الصحية المعيّنة، مثل الرعاية الإنجابية (الرعاية والفحوصات النسائية، ومسحات عنق الرحم، والإجهاض، وتجميد البويضات، إلخ). وتتحول الصور النمطية والمعتقدات الضارّة إلى ممارسات تعسّفية. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي الربط المنهجي والواهي بين النساء الترانس والعمل بالجنس إلى إجراء فحوصات غير ضرورية لفيروس نقص المناعة البشرية.

الطبقة والجنسية والمحترمية

تشكل تجارب الأشخاص الترانس مع النظام الطيّ بفعل عوامل متداخلة، مثل الطبقة الاجتماعية، والوضع القانوني للمواطنة، والمحترمية (الجدارة بالاحترام)، وتتفاعل مع بعضها

البعض (ومع عوامل أخرى مثل الأهلية، والعمر، والعرق، وغيرها) لخلق مستويات متفاوتة من الوصول إلى الرعاية الصحية والتميز.

وتُعد مسألة الطبقة الاقتصادية والموارد المالية من أبرز هذه المسائل، ولاسيما لتأثيرها في سرعة الحصول على الرعاية، وعلى جودة الرعاية المقدمة. فعندما يعجز المرء عن تحمّل تكاليف الرعاية الطبيّة، غالبًا ما يضطر إلى الانتظار لفترات طويلة: انتظار توفير المال والقدرة على تحمّل تكاليف الرعاية الطبيّة، أو انتظار العثور على مقدّم/ة رعاية صحية بأسعار معقولة، أو انتظار إحالات من المنظمات غير الحكومية، أو انتظار تحديد الطبيب/ة المناسب/ة، إلخ. وبينما قد تكون عملية الانتظار مرهقة نفسيًا في حد ذاتها، للرعاية الطبيّة المتأخّرة عواقب جسدية، إذ يمكن أن تتفاقم الحالة، وقد تنشأ مضاعفات بسببها، وما إلى ذلك. كما قد تدفع الموارد المالية المحدودة الأشخاص اللواتي والذين يسعون/ن إلى الحصول على رعاية طبيّة مؤكّدة للجنس إلى اللجوء إلى التطبيب الذاتي أو الشبكات الطبيّة غير المنظّمة داخل لبنان وخارجه.

وعلى الرغم من تقديمهم أنفسهم كأشخاص محايدين/ات علميًا وعادليين/ات، لا تزال معاملة الأطبّاء/الطبيبات والكوادر الطبيّة والصيدلة - وإن بدرجة أقل - للأشخاص الترانس تتأثر إلى حد كبير بسياسات الاحترام. في هذا السياق، يشير الاحترام أو المحترمية إلى كون الشخص مقبولا أو مقبولة اجتماعيًا، أو لائقًا/ة، أو جديرًا/ة بالتقدير بناءً على المعايير الأخلاقية أو الثقافية أو الطبقيّة السائدة. وغالبًا ما تعني المحترمية الالتزام بالسلوكيات والمظاهر والقيم التقليدية التي تمنح الشرعية أو المكانة داخل مجتمع معين.

وغالبًا ما يُشير أفراد المجتمع إلى "البقاء بعيدًا عن الأضواء"، و"تجنّب الاهتمام"، و"اتباع السلوك السليم"، و"التزام الحذر" كوسائل لكسب احترام الكادر الطيّ والأطبّاء/الطبيبات

وحصولهم على معاملة عالية الجودة. وغالبًا ما يحدث التمييز، الذي يؤدي إلى رعاية غير مناسبة، أو إلى رفض تقديم الرعاية، أو إلى رفض صرف الأدوية في الصيدليات، عندما ينظر/تنظر مقدم/ة الرعاية إلى المريض/ة على أنه/ها ترانس، مما يُبرز دور المظهر والهيئة في المسألة. وفي بعض الحالات، ولاسيّما في حالة النساء الترانس، تُرفض الرعاية على أساس القيام بالعمل بالجنس، إمّا لأن الطبيب تعرّف على المريضة، وإمّا لأنه اعتبرها ترانس وافترض أنها تعمل في هذا المجال (ببصوص وناصر، 2024).

يميل الأشخاص الترانس من غير اللبنانيين/ات وذوي/ات الدخل المحدود إلى أن يكونوا/يكن أكثر عرضة لخطر الإهمال الطبيّ وسوء الممارسة. فعلى سبيل المثال، أفادت امرأة ترانس عربية أن طبيبها أجرى لها عملية تكبير الثدي باستخدام غرسات أوقفت الشركة المصنّعة لها إنتاجها بسبب ضررها المؤكّد. وعندما أدركت ذلك، واجهت الطبيب الذي ادّعى أنه لا يعرف عمّا تتحدث عنه، ولكنه وافق على إعادة إجراء العملية. ومع ذلك، استخدم في العملية الثانية نفس نوع الغرسات الخطرة. فهدّدت بالإبلاغ عن الجراح ومقاضاته، فعرض عليها عوضًا عن ذلك رشوة مقابل التزامها الصمت فرفضتها. في النهاية، غادرت المريضة البلاد. ويُضاعف هذا النوع من التجارب انعدام الثقة في الدوائر الطبيّة الرسمية وعدم الرضا عن أدائها، ويبين كيف يتم استغلال أوضاع الأجانب الهشّة من قبل الأشخاص الذين واللواتي من واجبهمن تقديم الرعاية لهم.

وتُبرز هذه التجارب التناقضات في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وجودتها، والتي غالبًا ما تكون نتيجةً لتداخل هياكل القمع. وأخيرًا، تُحوّل هذه التجارب النقاش بشأن صحة الأشخاص الترانس من كونه مسألةً تتعلّق بتأكيد الجندر حصراً إلى المطالبة باعتبار الصحة العامة وصحة الأسنان بنفس الأهمية. ويزداد هذا النوع من الرعاية الطبيّة أهميةً مع التقدّم في السنّ، وتبرز

الحاجة إليه لدى الأشخاص المتعاشين/ات مع فيروس نقص المناعة البشرية، مما يعكس أيضًا التركيز المفرط على الشباب والبالغين/ات "الأصحاء" في الأبحاث وأعمال المناصرة والخدمات.

4. دور الأطباء والطبيبات

يميل أفراد المجتمع إلى إرجاع تجاربهم المتباينة مع الطواقم الطبية إلى مواقف وقيم مقدمي/ات الرعاية الصحية الأفراد، التي قد تختلف اختلافًا كبيرًا من شخص إلى آخر داخل الأماكن وعبرها. ومع ذلك، تُبرز التجارب المعروضة في القسم السابق كيف يتخطى التمييز في سياقات الرعاية الصحية التحيزات الفردية، مع أنه متأصل في بنى وممارسات النظام الطبي، ويساهم في زيادة تهميش الأفراد الترانس وترسيخ اللامساواة الصحية. ولكن الواقع يتشكل دائمًا نتيجة تفاعل بين البنى والأهلية الجسدية. لذلك، من المهم دراسة كيفية فهم أفراد المجتمع لإساءة استخدام الأطباء/الطبيبات للسلطة، ولمواقفهم الداعمة، وتوضيح القيود الأخلاقية التي يجب على الأطباء/الطبيبات التعامل معها عند تقديم الرعاية المؤكدة للجنس في السياق اللبناني.

التعسف في استخدام السلطة

يوضح أفراد المجتمع أنه حق الأطباء/الطبيبات المستعدين/ات لتقديم الرعاية الطبية قد يفعلون/ن ذلك بطريقة فظة ومستنكفة، إذ لا تُلاحظ احتياجاتهم أو تُلبى حقًا. بمعنى آخر، لا

يعني قبول الطبيب/ة فحص المريض/ة أنه سيعامله/ها باحترام أو يعالج مشاكله/ها الصحية. وبالنسبة إلى احتياجات النساء والرجال الترانس، فغالبًا ما يجد أفراد المجتمع أن الأطباء/الطبيبات غير أكفاء/كفوءات بشكل واضح. ويُبرز هذا الأهمية القصوى لبناء علاقات طويلة الأمد مع الأطباء/الطبيبات الذين واللواتي تحقّق أفراد المجتمع منهم مسبقًا. أما بالنسبة إلى الأطباء/الطبيبات المُحالين/ات من قبل المنظمات غير الحكومية، فيفترض أفراد المجتمع أنه تمّ التحقق منهم وأنهم كفؤون/ات ومحترمون/ات. وعندما لا يصحّ ذلك، قد تُوفّر أنظمة الإحالة من قبل المنظمات غير الحكومية شرعيةً زائفةً تُفاقم ديناميكيات القوة المؤذية.

كما ذُكر سابقًا، تواجه النساء الترانس نوعًا خاصًا من التمييز يرتبط بافتراضات الأطباء/الطبيبات أن جميع النساء الترانس يعمل في مجال الجنس، بالإضافة إلى فهمهم المُبسط لماهية العمل بالجنس وما ينطوي عليه. وقد يؤدي هذا إلى رفض توفير الأدوية أو العلاج لأسباب "أخلاقية"، أو إلى حالات ابتزاز جنسي، حيث يستغلّ الطبيب موارد النساء الترانس المالية المحدودة بشكل غير أخلاقي من أجل تقديم الخدمات الطبيّة.

ويجدر بنا ذكر مسألة أخرى ألا وهي السلطة الممنوحة للوالدين على أجساد أبنائهم البالغين/ات، ولاسيّما في حالة الرجال الترانس. فمن الشائع أن يلجأ مقدمو/ات الرعاية الصحية إلى عائلة المريض/ة للحصول على الموافقة على القيام بإجراءات معيّنة، رغم كونه/ها بالغًا/ة وقادرًا/ة على اتخاذ قرارات مستنيرة. ولا يزال المختصين/ات الطبيين/ات يضعون السلطة الأسرية والوالدية فوق رغبات مرضاهم أو احتياجاتهم أو سلامتهم، مما يبيّن كيف يُقوّض النظام الطبيّ سلطة الأشخاص الترانس. وعلى الرغم من أنهم قد يعتبرون/ن أنهم حصلوا/ن على الموافقة التي يرونها مشروعة لإجراء بعض التدخلات الطبيّة، فإن

الأطباء/الطبيبات الذين واللواتي يعطون الأدوية أو يجرون/ن العمليات الجراحية من دون موافقة المريض/ة يسيئون استخدام سلطتهم فعليًا. وفي حالات أخرى، لا يطلب الطبيب/ة أي موافقة على الإطلاق، ويتصرّف أو تتصرّف بناءً على تشخيصات تُصنّف الشخص الترانس كمريض/ة. وفي إحدى الحوادث المبلّغ عنها منذ حوالي 15 عامًا، أُدخلت امرأة ترانس إلى المستشفى بعد محاولتها الانتحار، فقرر الطبيب المعالج، بمحض إرادته ومن دون موافقتها، تغيير توازن الهرمونات في جسمها إلى توازن أكثر ذكورية (عن طريق زيادة حقن التستوستيرون، إلخ) رغمًا عن رغبتها.

المواقف الداعمة

نظرًا إلى العوائق المالية التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية، من الشائع أن يلجأ مقدمو/ات الرعاية الصحية في لبنان إلى تذليل قيود التغطية التأمينية ومساعدة الأفراد في الحصول على الإجراءات الطبيّة التي يحتاجونها ولا يستطيعون/يستطعن تسديد تكلفتها. فعلى سبيل المثال، تُجرى بعض العمليات الجراحية تحت مسمّيات مختلفة لتجاوز القيود، مما يضمن حصول المرضى/المريضات على الرعاية اللازمة. وفي حالة الأشخاص الترانس تحديدًا، لا تعترف شركات التأمين بالتدخلات المؤكّدة للجنس كعلاج طبيّ أساسي، مما يجعل هذه الالتفاتات بغاية الأهمية. وعندما يكون لدى المرضى/المريضات تأمين صحي، غالبًا ما تُدرج العلاجات المؤكّدة للجنس تحت حالات مثل "كثرة الشعر" أو "اضطراب الدورة الشهرية" لضمان التغطية. وفي المستشفيات الدينية، حيث لا يُعترف بالجراحات المؤكّدة للجنس، يتخطى مقدمو/ات الرعاية العوائق المؤسسية باستخدام رموز بديلة لإجراءات مماثلة.

وفي حين تعكس هذه الممارسات مقارنةً عمليةً لمساعدة المرضى/المريضات الترانس في الحصول على الرعاية، إلا أنها تثير أيضًا مخاوف بشأن الشفافية والمساءلة، ولاسيما في حال نشوء مضاعفات طبيّة. كما تعكس التحدي الأخلاقي الأكبر المتمثل في العمل في نظام رعاية صحية لا يدعم احتياجات الأفراد الترانس بشكل كامل. وبينما تساعد هذه الاستراتيجيات المبتكرة المرضى/المريضات على المدى القصير، إلا أنّها تُبرز الحاجة إلى حلول طويلة الأمد. ويجب على الأطباء/الطبيبات الموازنة بين الفوائد القصيرة المدى والجهود المبذولة للمطالبة بتغييرات بنيوية من شأنها أن تُلغي الحاجة إلى مثل هذه التدابير في المستقبل.

التعامل مع القيود الأخلاقية

يجب على المختصين/ات الطبيين/ات الموازنة بين التزاماتهم الأخلاقية بتقديم الرعاية والمعايير المجتمعية والقيود القانونية والسياسات المؤسسية. وتُسبب هذه الضغوط مُعضلات أخلاقية تؤثر في جودة الرعاية المتاحة للأشخاص الترانس وإمكانية الوصول إليها. فعلى المستوى المؤسسي، تتمتع مجالس المستشفيات بسلطة كبيرة في تحديد مدى توفر بعض الإجراءات الطبيّة، بما في ذلك الجراحات المؤكّدة للجنس. وبالتالي، قد تُقيّد سياسات المستشفيات المحافظة أو المستشفيات ذات التوجّهات الدينية إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات. ويُقال إن بعض المستشفيات الدينية تلتزم "الصمت بشأن هذه المواضيع"، مما يعني أنّها نادرًا ما تطرّق إلى التنوّع الجندي والرعاية الصحية للأشخاص الترانس. ويواجه مقدمو/ات الرعاية الصحية أيضًا صراعات أخلاقية شخصية في ما يتعلق بالرعاية المؤكّدة للجنس. وقامت الدكتورة داليا، وهي طبيبة صحّة عامة أجرينا معها مقابلة، بمشاركة صراعاتها

الداخلي بين معتقداتها الدينية وواجبها كطبيبة. فقالت لنا: "هل أفعل شيئاً خاطئاً أمام الله؟ لا أدري. هذه رعاية طبيّة". يُبرز هذا الوضع الضغط الذي يشعر به بعض الأطباء/الطبيبات عند محاولتهن التوفيق بين مسؤولياتهن المهنية ومعتقداتهن الشخصية أو المجتمعية. وفي حين خلصت الدكتورة داليا في النهاية إلى أن تقديم الرعاية التزام طبيّ، قد يرفض مقدمو/ات رعاية صحية آخرون/أخريات تقديم الخدمات بناءً على معتقداتهن الدينية أو الثقافية، ويحولون/يحلن دون وصول المرضى/المريضات إلى الرعاية الأساسية. وتُبين هذه المعضلة التفاوت في الخدمة، حيث قد يُحرّم الأفراد الترانس من الرعاية الأساسية بناءً على معتقدات مقدم/ة الرعاية.

في السياق اللبناني، لا تزال السلطة الأسرية والوالدية تؤثر في كيفية تلقّف الأطباء/الطبيبات طلبات الأشخاص الترانس وكيفية تقديمهن الرعاية الطبيّة. وقد شاركنا الدكتور سامر، وهو اختصاصي في علم النفس السريري، تحدّيات العمل مع الأسر أو العائلات التي ترفض قبول الهوية الجندرية لأولادها (البالغين/ات). وأشار مقدمو/ات رعاية صحية آخرون/أخريات إلى تجنّب الحالات التي لا تكون فيها الأسر على دراية بالإجراءات التي يطلبها المريض/ة، أو التي لا يمكن إثبات موافقة الوالدين عليها، خوفاً من المسؤولية القانونية.

الخلاصات

في الختام، يقيّد المجمع الطبيّ-القانوني في لبنان الحقوق المدنية للأفراد الترانس بشرط فقدانهم أهليتهم الجسدية. فهو يفرض عليهم تغيير أجسادهم بطرق لا رجعة فيها أحياناً قبل أن يُعترف بهم كأشخاص شرعيين/ات.

ويتعامل الأشخاص الترانس طيلة مسارهم لتأكيد الجندر مع نظام طبيّ يعاني من مشاكل منهجية تشمل عدم القدرة على تحمّل التكاليف وصعوبة الوصول إلى الرعاية والتشردم والخصخصة والنقص في تمويل المؤسسات العامة. ويكافح هذا النظام لتلبية احتياجات السكان عمومًا، ناهيك عن توفير رعاية طبيّة متخصصة مؤكّدة للجندر. وبالتالي، يكون الأفراد الترانس عُرضةً لرعاية دون المستوى المطلوب بسبب أوجه القصور العامة في نظام الرعاية الصحية، والتي تتفاقم بسبب التمييز المجتمعي ونقص الحماية القانونية القوية ضد سوء الممارسة الطبيّة. ونتيجةً لذلك، غالبًا ما يُجبر الأشخاص الترانس إلى الوصول إلى الخدمات الطبيّة التي يحتاجونها ويحتجّونها من خلال قنوات غير رسمية وغير منظّمة قد تكون محفوفةً بالمخاطر.

وفي ظل غياب مسار موحد لتأكيد الهوية الجندرية قانونيًا وطبيًا، يعتمد الأشخاص الترانس بشكل أساسي على بعضهم البعض لتخطّي تعقيدات المجمع الطبيّ-القانوني. ومع ذلك، ثمة حدود لإمكانية نقل هذه الأنواع من المعارف، ممّا يشير إلى الحاجة إلى مواد إعلامية متاحة وموحّدة، تركز على المجتمع وتراعي السياقات المختلفة، وربما تقدّم المرافقة الطبيّة الداعمة. ولعلّ هذه التدابير تساعد في إرساء اتساق يسمح لطالبي/ات الرعاية الصحية باتخاذ خيارات

طبيّة بناءً على حالتهم ورغباتهم واحتياجاتهم الخاصة، بدلاً من تقييد حرّيتهم الجسدية. وتعلّمنا تجربة الأشخاص الترانس الحياتية مع النظام الطبيّ في لبنان أهمية دراسة ديناميكيات القوة في التفاعلات بين الطبيب/ة والمريض/ة، وكيف تتجلّى السلطة الطبيّة في سياقات مماثلة. كما تدلّنا على القواسم المشتركة والاختلافات الجندرية بين تجارب الرجال الترانس والنساء الترانس في المجال الطبيّ. بالإضافة إلى ذلك، تُبيّن كيف تُسهم بنى القمع المتداخلة، كالطبقة والجنسية والمحترمية وغيرها، في تشكيل تجربة كل فرد.

وأخيراً، تُساعدنا أدوار الأطبّاء/الطبيبات ومواقفهم تجاه المرضى/المريضات الترانس في فهم كيفية مقارنة المختصين/ات الطبيّين/ات للقيود الأخلاقية وتعاملهم معها. في كثير من النواحي، تخضع نتيجة المسار القانوني المؤكّد للجندر لتقدير القضاة، تمامًا مثلما تخضع نتيجة المسار الطبيّ لتقدير مقدّمي/ات الرعاية الصحية. ويبيّن هذا الأمر السلطة المركّزة في أيدي الأطبّاء/الطبيبات، ولكنه يُدلّ أيضًا على إمكانية تمثيل مقدّمي/ات الرعاية الصحية مدخلًا مناسبًا إلى تحسين تجارب الأشخاص الترانس في المجال الطبيّ على الرغم من أوجه القصور البنيوية.

المراجع

Basbous, Monica & Zakaria Nasser. 2024. "Learning from Transness and Disability: Toward a Framework of Bodily Autonomy". *Jeem* January 17, 2024. Last accessed April 17, 2025. [Available online](#).

بصبوص، مونیکا وزكريا ناصر. 2024. "أن نتعلّم من العبور الجندري والإعاقة: نحو الاستقلالية الجسدية إطاراً". جيم. 17 كانون الثاني/يناير 2024. تمّت معاينة الصفحة في 17 نيسان/أبريل 2025. [المقال باللغة العربية](#).

Davy, Zowie. 2011. *Recognizing Transsexuals: Personal, Political and Medicolegal Embodiment*. 1st ed. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315603919>.

Friberg, Nico Miskow. 2023. "It's Our Bodies, We Are the Experts: Countering Pathologisation, Gate-Keeping and Danish Exceptionalism Through Collective Trans Knowledges, Coalition-Building and Insistence." In *Transforming Identities in Contemporary Europe: Critical Essays on Knowledge, Inequality and Belonging*. Routledge. Last accessed April 17, 2024. [Available online](#).

Khalife, Jade, Nadwa Rafeh, Jihad Makouk, Fadi El-Jardali, Bjorn Ekman, Nabil Kronfol, Ghassan Hamadeh, and Walid Ammar. 2017. "Hospital Contracting Reforms: The Lebanese Ministry of Public Health Experience." *Health Systems & Reform* 3 (1): 34–41. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1272979>.

Makhlouf, Youmna, and Maya Dghaidy. 2021. "The Lebanese Law and Trans Individuals." In *Accessing Legal Rights, Mental Health and Community Support: A Collaborative Look Into Issues Facing the Trans Community in Lebanon*, edited by Qorras, 24–30. Last accessed April 17, 2025. [Available online](#).

مخلوف، يمّني ومايا دغيدى. 2021. "القانون اللبناني والأفراد الترانس". في "الوصول إلى الحقوق القانونية، الصحة النفسية، والدعم المجتمعي: نظرة بحثية تشاركية في المشكلات التي تواجه مجتمع العابرات والعابرين في لبنان"، من تحرير كراس، 24–30. تمّت معاينة الورقة في 17 نيسان/أبريل 2025. [رابط الورقة باللغة العربية](#).

Monro, Surya, and Janneke Van Der Ros. 2018. "Trans and Gender Variant Citizenship and the State in Norway." *Critical Social Policy* 38 (1): 57–78. <https://doi.org/10.1177/0261018317733084>.

Mikdashy, Maya. 2022. *Sextarianism: Sovereignty, Secularism, and the State in Lebanon*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wall, Catherine S. J., Alison J. Patev, and Eric G. Benotsch. 2023. "Trans Broken Arm Syndrome: A Mixed-Methods Exploration of Gender-Related Medical Misattribution and Invasive Questioning." *Social Science & Medicine* 320: 115748.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115748>.

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2024. *Understanding the Private Health Sector in Lebanon*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Licensed under CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

نص: مونيكا بصبوص
بحث: يحيا ط.
ترجمة: جوال حاتم
تصميم الغلاف: جاد وادي

الموقع الإلكتروني: www.tajassod.qorras.com

لم يكن من الممكن إنجاز هذه الورقة البحثية لولا جهود زملائنا الذين شاركوا في البحث، ولولا تمويل سفارة مملكة هولندا.

نشر في ٢٠٢٥
بيروت، لبنان