"زي الحيوانات في الجنينة"

الكرامة، التمييز، والحق في الصحة في القصر العيني

صامويل راي

مارس 2026

«زي الحيوانات في الجنينة»:
الكرامة، التمييز، والحق في الصحة في القصر العيني

المؤلفون/المؤلفات

صامويل راي، باحث في العلوم السياسية مقيم في مصر، حاصل على درجة البكالوريوس في العلوم السياسية من جامعة القاهرة. يتناول عمله قضايا النوع الاجتماعي، والقانون، والحقوق في مصر، مع تركيز خاص على تجارب المجتمعات المهمّشة. يركّز بحثه الحالي على كيفية تنقّل الأفراد العابرين/ات جنسيًا ضمن الهياكل القانونية والطبية والبيروقراطية للدولة المصرية، مستندًا إلى عمل ميداني نوعي معمّق يشمل مقابلات وملاحظات ميدانية في عيادة قصر العيني للنوع الاجتماعي. يهدف عمله إلى توثيق أصوات غالبًا ما يتم استبعادها من السرديات السائدة لحقوق الإنسان، والمساهمة في فهم أكثر تجذرًا وسياقية للواقعين القانوني والاجتماعي للعابرين/ات جنسيًا في مصر.

القاهرة ٥٢
CAIRO 52
LEGAL RESEARCH INSTITUTE

عن مركز القاهرة ٥٢

مركز القاهرة ٥٢ للأبحاث القانونية، المركز الإقليمي الرائد الذي يخصص اهتمامًا خاصًا بقضايا الحريات الجنسية والجسدية للمجتمعات المهمشة. نحن في القاهرة ٥٢ نعتمد على مبدأ التقاطعية، مدركين لتعقيد القضايا المتصلة بالعدالة وتداخلها.

هدفنا هو الدفاع عن الحريات الجنسية والجسدية، بشكل خاص للأقليات الجندرية والجنسية المهمشة والموصومة، شاملةً الأفراد من مجتمع الم.ع+، و المتعايشين/ات مع فيروس نقص المناعة البشرية، والعاملين/ات في الجنس التجاري، والنساء المعنفة.

www.cairo52.com
info@cairo52.com

طريقة مقترحة للاستشهاد:

صامويل راي, «زي الحيوانات في الجنينة»: الكرامة، التمييز، والحق في الصحة في القصر العيني, مركز القاهرة ٥٢ للأبحاث القانونية، مارس ٢٠٢٦

جميع الحقوق محفوظة لمركز القاهرة 52 للأبحاث القانونية
نَسب المُصنَّف - الترخيص بالمثل 4.0 دولي (CC BY-SA 4.0)

المحتويات

١ ملخص تنفيذي

٣ مقدمة

٥ المنهجية

٧ النتائج

١٤ انتهاكات المعايير الوطنية والدولية

١٧ توصيات

٢٠ خاتمة

٢٢ المراجع

ملخص تنفيذي

يُحلِّل هذا التقرير عمليات عيادة أضطراب الهوية في مستشفى القصر العيني، وهو المرفق الحكومي الوحيد في مصر المُخصَّص لتشخيص اضطراب الهوية الجندرية. تعمل العيادة ضمن إطارٍ قانوني مُقيِّدٍ يتَّسم بحظر عام ٢٠٠٣ على الجراحات المُؤكِّدة للجندر وتوجيه عام ٢٠٢٤ الذي يُحِد من الاعتراف القانوني بالجندر على الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس. وبالتالي، تعمل العيادة كحظر دخولٍ بيروقراطيٍ أكثر منها كخدمة رعايةٍ صحية. تستخدم الدراسة منهجيةً نوعية، تستخدم مقابلاتٍ شبه منظمةٍ مع تسعة أشخاص عابرين/اتٍ جندريًا لتقييم مدى التزام العيادة بالدستور المصري والمعايير الدولية لحقوق الإنسان.

النتائج الرئيسية: نظام رعايةٍ وهمي: يكشف التحقيق أن العيادة تعمل ضمن إطارٍ يتميز بالإهمال والاستبعاد المنهجي:

- **الحواجز التشغيلية:** تعمل العيادة مرةً واحدةً فقط في الشهر، مع حدٍ صارمٍ للسعة بين ٣٠–٤٠ مريضًا/ـة، مما يُجبِر الأفراد على الانتظار في الطابور في وقتٍ مبكرٍ من الساعة ٢:٠٠ صباحًا لتأمين الدخول.
- **التقرير «عديم الفائدة»:** يُطلَب من المرضى الخضوع لفترة مراقبةٍ إلزاميةٍ مدتها ١٢ شهرًا للحصول على تقريرٍ طبي. ومع ذلك، ينفي هذا التقرير صراحةً المسؤولية الطبية أو القانونية، يفشل في تقديم إحالاتٍ للعلاج الهرموني أو الجراحة، وغالبًا ما يعتبره المرضى «ورقةً عديمة الفائدة».
- **جودة الرعاية:** تكون الاستشارات قصيرة (٥–١٠ دقائق) وتفتقر إلى التفاعل الجوهري. غالبًا ما يُبلِغ المرضى عن معاملةٍ غير إنسانية، بما في ذلك سوء الفهم من قبل الموظفين/ات، عدم كفاية الخصوصية، والعدائية الإدارية.
- **فخ العبور:** كان استنتاج حاسم هو المفارقة التي يضغط فيها أطباء العيادات على المرضى للعبور الاجتماعي لتأكيد تشخيصهم/ن، ومع ذلك تمنع الدولة الوثائق القانونية اللازمة لنجاح العبور. هذا الوضع يجعل الأفراد عرضةً للبطالة، المضايقة، واتهاماتٍ بالاحتيال في الهوية.

الآثار القانونية يخلص التقرير إلى أن الحالة الحالية للرعاية المُؤكِّدة للجندر في مصر تُشكِّل انتهاكًا **للحق في الصحة** (المادة ١٨)، **كرامة الإنسان** (المادة ٥١)، **والمساواة** (المادة ٥٣) كما هو منصوص عليه في الدستور المصري. إن فشل العيادة في توفير رعايةٍ سهلة المنال، مُنْصِفةٍ جغرافيًا، ومناسبةٍ علميًا يتعارض كذلك مع التزامات مصر بموجب اللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب.

توصيات لمعالجة هذه النواقص النظامية، يُوضِّح التقرير إصلاحاتٍ عاجلة:

١. **تشريعيًا:** إلغاء التوجيه رقم ٢٠٢٤/٢٥ للسماح بالاعتراف القانوني بالجندر للأفراد العابرين/ات جندريًا و إلغاء حظر النقابة الطبية لعام ٢٠٠٣ على جراحات تأكيد الجندر.
٢. **طبيًا:** يجب على وزارة الصحة إلغاء مركزية الرعاية من خلال إنشاء وحداتٍ في محافظاتٍ أخرى و إصدار إرشاداتٍ وطنيةٍ لتشخيص اضطراب الهوية الجندرية بناءً على معايير منظمة الصحة العالمية.
٣. **اجتماعيًا ومؤسسيًا:** يُشجِّع المجتمع المدني والقطاع الخاص على تنفيذ سياسات عدم التمييز وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لسد الفجوات التي تركها إهمال الدولة.

مقدمة

عيادة أضطراب الهوية في قصر العيني، التي تأسست عام ٢٠١٧، هي منشأة متخصصة للصحة النفسية تعمل ضمن الإطار الطبي لجامعة القاهرة كجزءٍ من مرافق الطب النفسي للمستشفى؛ وهي المكان الحكومي الوحيد الذي يمكن فيه للأفراد العابرين/ات جندريًا طلب تقييماتٍ نفسيةٍ بخصوص اضطراب الهوية الجندرية. تعمل العيادة مرةً واحدةً في الشهر، عادةً في أول يوم أحد، وتفرض حالةً تشخيصيةً واحدة: يجب على المرضى إكمال اثنتي عشرة جلسة، أو حوالي سنة من الحضور، قبل تلقي تقريرٍ قياسي (رئيس الأطباء في عيادة القصر العيني، تواصل شخصي، ٤ مايو ٢٠٢٥). بعد هذه الفترة التي تبلغ ١٢ شهرًا، وهي الشرط الوحيد، يتلقى الأفراد تقريرًا طبيًا قياسيًا يصف حالتهم/ن ويُحال تلقائيًا إلى النقابة الطبية المصرية، ما لم يطلب المريض/ـة خلاف ذلك. ومع ذلك، حتى مع إحالةٍ مختلفة، لا يوفر التقرير وصولًا إلى خطواتٍ عبوريةٍ إضافيةٍ مثل العمليات الجراحية أو الاعتراف القانوني.

نظريًا، يستخدم المرضى هذه الإحالة في التقرير الطبي للحصول على الموافقة على جراحاتهم/ن من خلال «لجنة تصحيح الجنس» التابعة للنقابة، وهي هيئة أُنشِئَت في عام ٢٠٠٣ بموجب لوائح الأخلاقيات المهنية الطبية (القرار رقم ٢٠٠٣/٢٣٨) لتفويض إجراءات «تصحيح الجنس» (نورالله، ٢٠٢٣). ومع ذلك، في الواقع، تُميِّز هذه السياسة بشكلٍ صارمٍ بين «تصحيح الجنس» للأشخاص بَيْنِيِّي/ات الجنس و«تغيير الجنس» للأشخاص العابرين/ات جندريًا، ولذلك غالبًا ما كان طلبهم/ن للموافقة على جراحاتهم/ن مرفوضًا. يرتكز هذا التمييز في المعتقدات الدينية، حيث عارضت الأزهر، أعلى سلطةٍ إسلاميةٍ في مصر، تاريخيًا علاجات تغيير الجنس بناءً على عوامل نفسيةٍ مثل اضطراب الهوية الجندرية (GID). وبالتالي، تسمح اللجنة بالتصحيح فقط لأسبابٍ بيولوجيةٍ موجودةٍ لدى الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس (نورالله، ٢٠٢١). على الرغم من اختلاف تطبيق هذه السياسة، إلا أن اللجنة عملت بشكلٍ أساسي كحظر دخولٍ للرعاية الصحية المُؤكِّدة للجندر (GAH)، حيث رفضت كثيرًا المُتقدِّمين/ات العابرين/ات جندريًا (نورالله، ٢٠٢٢). هذا الرفض يُجبِر العديد من الأفراد على البحث عن عياداتٍ سريةٍ خطيرةٍ للعمليات الجراحية أو اللجوء إلى علاج تبديل الهرمونات الذاتي (HRT) (نورالله، ٢٠٢٤ب).

في السابق، كانت هناك عيادات عامة أخرى متخصصة في اضطرابات الهوية الجندرية، مثل تلك الموجودة في مستشفى الحسين الجامعي ومستشفى الدمرداش (كارينيو، ٢٠٢٤). كلاهما أغلق دون أسبابٍ محددة؛ على الرغم من أن إغلاق الحسين حدث بعد حريق (علي، ٢٠١٨)، لا يزال مغلقًا رغم استعادة المرافق المُتضرِّرة الأخرى (أبو ضيف، ٢٠٢٣). لذلك، وعلى الرغم من أي قيودٍ تشغيلية، يظل القصر العيني الخيار الوحيد المتاح للأشخاص العابرين/ات جندريًا للحصول على تشخيص اضطراب الهوية الجندرية.

لا يوجد إطار تنظيمي مُوحَّد مُخصَّص لاضطراب الهوية الجندرية (نورالله، ٢٠٢٤ج)؛ ونظرًا لأن قصر العيني يقتصر على تقديم التقييمات النفسية، فإنه يعمل بموجب قانون الصحة النفسية العام (القانون رقم ٧١ لعام ٢٠٠٩) وتعديله (القانون رقم ٢١٠ لعام ٢٠٢٠)، المُطبَّق بلوائح وزارة الصحة (المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠). لا تذكر هذه القوانين ولا اللوائح صراحةً الممارسات التشخيصية لاضطراب الهوية الجندرية أو تُحدِّد إطارًا لرعايته. بدلًا من ذلك، تُركِّز اللوائح على المعايير التشغيلية العامة مثل التوظيف، الترخيص، وحفظ السجلات. تتماشى هذه الأطر مع تصنيفات التشخيص التابعة لمنظمة الصحة العالمية (التصنيف العالمي للأمراض-١٠ والتصنيف العالمي للأمراض-١١). بينما يقوم التصنيف العالمي للأمراض بتوحيد الأوصاف، إلا أنه لا يصف تقييمًا أو إجراءات دوائيةً مُوحَّدة (التصنيف العالمي للأمراض-١٠؛ التصنيف العالمي للأمراض-١١). ومن الجدير بالذكر أن التصنيف العالمي للأمراض-١٠ (١٩٩٠) صَنَّف «التحول الجنسي» ضمن الاضطرابات العقلية والسلوكية، في حين نقل أحدث تصنيفٍ عالمي للأمراض-١١ التشخيصات المتعلقة بالهوية الجندرية إلى «الحالات المتعلقة بالصحة الجنسية». على الرغم من أن المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠ يُشير إلى كليهما، إلا أن العيادة تتبنى فعليًا التعريف القديم للتصنيف العالمي للأمراض-١٠، كما يتضح من دورها كعيادةٍ نفسيةٍ بحتة لا تُحِيل المرضى لعملياتٍ جراحيةٍ مُؤكِّدة للجندر أو علاج تبديل الهرمونات.

بعيدًا عن قانون الصحة النفسية، تعمل العيادة ضمن السياق الأوسع لحق الصحة المستمر. تضمن المادة ١٨ من الدستور المصري حق كل مواطنٍ/ـةٍ في الحصول على رعايةٍ صحيةٍ شاملةٍ وعالية الجودة (الدستور، ٢٠١٤). يُعزِّز هذا الالتزام المعايير الدولية، بما في ذلك دستور منظمة الصحة العالمية (١٩٤٦) واللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب (ACHPR)، اللذان يُلزِمان مصر بالحفاظ على أعلى معيارٍ ممكنٍ للصحة الجسدية والنفسية (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨؛ منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٥). لذلك، تسعى هذه الدراسة إلى تقييم فرص وحدود عيادة أضطراب الهوية في القصر العيني من خلال عدسة الحق في الصحة. هي تُقَيِّم كيف تتوافق ممارسات العيادة مع الضمانات الدستورية في مصر، الالتزامات الدولية لحقوق الإنسان، وأُطُر التشخيص التابعة لمنظمة الصحة العالمية. من خلال وضع العيادة ضمن هذه السياقات القانونية، الطبية، والمعيارية، يهدف هذا التقرير إلى تقييم إمكانيتها في توسيع الوصول إلى الرعاية جنبًا إلى جنبٍ مع القيود النظامية التي تُحِد من فعاليتها.

المنهجية

تصميم ومنطق الدراسة *إطار التجريم واللامرئية*

تستخدم هذه الدراسة منهجيةً نوعيةً لاستكشاف التجارب الحياتية للأفراد العابرين/ات جندريًا أثناء تجربتهم/ن في عيادة أضطراب الهوية في القصر العيني. استلزم غياب المعلومات المتاحة للجمهور حول الإجراءات الرسمية للعيادة هذا النهج، الذي يخدم هدفَيْن: توثيق التأثيرات الذاتية لرعاية العيادة و إعادة بناء إطارها التشغيلي (بما في ذلك متطلبات الجلسات، محتويات التقارير، وممارسات الإحالة) من خلال الروايات المُباشِرة لمستخدمي/ات الخدمة.

جمع البيانات

تم جمع البيانات من خلال مقابلاتٍ شبه منظمةٍ مع تسعة مشاركين/اتٍ أجريت بين ٢٩ مارس و٧ مايو ٢٠٢٥. ركزت المقابلات على ثلاثة أبعادٍ رئيسية:

- **الخبرة المؤسسية:** عملية التقييم، تفاعلات الموظفين/ات، القيود الهيكلية (مثل تواتر الجلسات)، وفائدة التقرير الطبي.
- **السياق الاجتماعي والاقتصادي:** تأثيرات ديناميكيات الأسرة، الوضع الاقتصادي، والوصم الاجتماعي على الوصول إلى الرعاية الصحية.
- **الحواجز القانونية والتنظيمية:** تجارب مع «لجنة تصحيح الجنس» والعقبات القانونية التي تُعِيق الاعتراف بالجندر.

إيجاد واختيار المشاركين/ات

تم اختيار المشاركين/ات باستخدام استراتيجية عينةٍ هادفةٍ تهدف إلى تصوير مجموعةٍ متنوعةٍ من الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية والمواقع الجغرافية. اعتمد العثور عليهم/ن على شبكاتٍ مجتمعيةٍ راسخةٍ لضمان سلامة المشاركين/ات وتسهيل النقاشات المفتوحة والصريحة حول مواضيع حساسة.

تحليل البيانات

استخدمت الدراسة التحليل الموضوعي (براون وكلارك، ٢٠٠٦) لتحديد أنماطٍ متكررةٍ للإهمال النظامي والحواجز الهيكلية داخل مجموعة البيانات. بالإضافة إلى ذلك، تم إجراء تركيبٍ وصفيٍ لإعادة بناء الإجراءات التشغيلية غير المُوثَّقة للعيادة، مما رسم بشكلٍ فعالٍ بيروقراطية المنشأة من خلال روايات المرضى.

الاعتبارات الأخلاقية والسلامة

لمعالجة مخاوف السلامة والحواجز الجغرافية، أُجريَت المقابلات في أماكن خاصةٍ ومحايدةٍ أو عبر منصاتٍ إلكترونيةٍ آمنةٍ للمشاركين/ات المقيمين/ات خارج القاهرة الكبرى. تم الالتزام ببروتوكولاتٍ أخلاقيةٍ صارمة؛ تم الحصول على موافقةٍ شفهيةٍ مستنيرةٍ من جميع المشاركين/ات لضمان إخفاء هويتهم/ن في ظل البيئة القانونية الحساسة المحيطة بقضايا العابرين/ات جندريًا في مصر. تم إبلاغ المشاركين/ات صراحة بحقهم/ن في الانسحاب من الدراسة في أي وقتٍ دون عواقب.

النتائج

الديموغرافيات

تم إجراء مقابلاتٍ مع ٩ أشخاصٍ على اتصالٍ مباشرٍ بعيادة أضطراب الهوية في القصر العيني؛ أربعة منهم/ن كانوا من الرجال العابرين جندريًا وخمسة من النساء العابرات جندريًا، تتراوح أعمارهم/ن بين ١٩ و٣٤ عاما. تراوحت خلفياتهم/ن الاجتماعية والاقتصادية من المتوسط الأدنى (٤ مشاركين/ات) إلى المتوسط (مشاركَيْن) والمتوسط الأعلى (٣ مشاركين/ات). تم تحديد الوضع الاجتماعي والاقتصادي إما من خلال الإبلاغ الذاتي المباشر أو الاستنتاج من خلال أسئلةٍ متابعةٍ حول قوتهم/ن الشرائية. للتصنيف: أولئك الذين يستطيعون/ن تحمل تكلفة أي شيءٍ يريدونه/ـه فورًا، بما في ذلك العمليات الخاصة، كانوا/ن يعتبرون/ن من الطبقة العليا؛ الذين يستطيعون/ن شراء ما يحتاجونه/ـه ومع ذلك فكانوا/ن قادرين/اتٍ على الادخار لنفقاتٍ أكبرٍ كانوا/ن من الطبقة العليا المتوسطة؛ الذين يستطيعون/ن شراء ما يريدون/ن لكنهم/ن يكافحون/ن للادخار فكانوا/ن من الطبقة الوسطى؛ الذين يستطيعون/ن تحمل تكلفة الضروريات ولم يستطيعوا/ن الادخار فكانوا/ن من الطبقة المتوسطة المنخفضة؛ أما الذين يواجهون/ن صعوبةً في تحمل تكلفة الاحتياجات الخاصة فكانوا/ن من الطبقة الدنيا. حصل ٦ مشاركون/ات على التقرير الطبي، بينما لم يحصل ٣ على ذلك. جغرافيًا، كان ٨ مشاركين/ات من القاهرة الكبرى، لكن اثنين فقط منهم/ن عاشوا/ن في الجيزة بالقرب من العيادة، بينما أقام الباقون/يات في مناطق بعيدةٍ عن العيادة، أحدهم/ن يقيم في حلوان، وآخر/ى من خارج القاهرة الكبرى. فيما يتعلق بالتوظيف والتعليم، كان ٤ مشاركين/اتٍ موظفين/ات، ٤ طلاب، وواحد/ة عاطل عن العمل. كان أحدهم/ن يعيش بمفرده/ـا، والثمانية الآخرون/يات يعيشون/ن مع عائلاتهم/ن.

نتائج متعلقة بالعيادة

فجوات المعلومات وعدم الشفافية الهيكلية

قبل دخول العيادة، كانت المشكلة الكبيرة التي واجهها المرضى هي نقص المعلومات الرسمية والشفافية بشأن عمليات العيادة، والتي استمرت حتى بعد الدخول. غالبًا ما كان المرضى يعرفون/ن عن العيادة عن طريق السماع عنها، حيث شارك أحد المشاركين/ات في المقابلة أنه تم إخباره في البداية من قبل أحد المختصين/ات الصحيين/ات في لجنة تصحيح الجنس التابعة للنقابة الطبية أن «القصر العيني مُغلَق منذ ٢٠١٧» في ٢٠٢٣، أثناء عملها، ومن قبل سكرتير المستشفى أن العيادة غير موجودة، حتى عرف أنها مفتوحةً لاحقًا من خلال إحالةٍ من طبيبٍ خاص. وقد خلق ذلك مشهدًا من المعلومات غير المُتَّسقة، مما أجبر المرضى على الاعتماد بشكلٍ كبيرٍ على شبكات الزملاء واللقاءات العشوائية للحصول على معلوماتٍ حيويةٍ حول التسجيل، إدارة الملفات، وجداول الجلسات. ومع ذلك، فإن هذه المشكلة لا تقتصر على عيادة أضطراب الهوية، بل تستمر في معظم عيادات الصحة النفسية العامة (الجمعية المصرية لدارسي العلوم الصحية، ٢٠٢٣). وبما أن عيادات القصر العيني النفسية لا تملك موقعًا منفصلًا عن موقع جامعة القاهرة، وهذا الموقع ينشر فقط أخبار فعاليات ومنشآت قصر العيني بدلًا من معلوماتٍ عن العيادات، الجداول، عملية فتح الملف، وحجز الجلسات، ولا أثر لعيادة أضطراب الهوية.

لم ينته غموض النظام بمجرد تسجيل المرضى. ظلت عمليات تأكيد الجندر مثل العمليات الجراحية، الهرمونات، أو الاعتراف القانوني غير واضحة، ولم يتم الحديث عنها داخل الجلسات، مما أدى إلى الإحباط والشعور بأن النظام كان تعسفيًا. أعرب عدة مشاركين/اتٍ عن إحباطهم/ن من أن العيادة لم تكن مرتبطةً أو تُقدِّم إرشاداتٍ حول الخطوات التالية في عبورهم/ن. تذكر أحد المشاركين أنه استفسر عن هذا الغموض وأخبره الطبيب بأنه لا يريد أن يكون «متدخلًا في السياسات». شرح مشارك آخر عواقب هذا النقص في الدعم: «إذا جاءك شخص بمخاوف مُحبِطة، مثل القضايا القانونية، ورددت عليها بـ ‹لا أعرف›، سيشعر بإحباطٍ أكبر. وإذا قُلت: ‹هذا ليس من شأني›، فإن هذا الإحباط يزداد فقط.» كان نفس الغموض واضحًا في ممارسات الأدوية، حيث أوضح المشاركون/ات أنهم/ن تلقوا/ين تشخيصاتٍ لحالاتٍ مثل الاكتئاب أو الأرق دون تقييمٍ أو معلوماتٍ مناسبة. أشار أحد المشاركين/ات: «بعضهم/ن كان يكتفي بتدوين ملخص الجلسة، ويسأل إذا كانت هناك مشاكل، ثم يصف لك مهدئًا أو حبةً منومةً ويُرسِلك إلى الصيدلية.»

القيود التشغيلية وعدم الكفاءة البيروقراطية

بعد دخول العيادة، سادت العديد من القيود التشغيلية الأخرى، مثل قلة جدولة الجلسات، حيث تعمل العيادة مرةً واحدةً فقط في الشهر، تقليديًا في أول يوم أحدٍ من كل شهر، وأشار أحد المشاركين/ات إلى أن هذا لا يُوفِّر قيمةً حقيقيةً بالنظر إلى التغيرات التي تحدث طوال الشهر. أو متطلبات المتابعة الطويلة غير الضرورية بـ ١٢ شهرًا لاستلام التقرير الطبي (حوالي سنة من الحضور المستمر) قبل إصدار تقرير التقييم، وهو أمر كان غير مُتوقَّعٍ ومحبطًا لبعض المشاركين/ات نظرًا لأن الجلسات لم يكن لها قيمة حقيقية أو بها تقييم حقيقي، حيث وُصِفَت الجلسات غالبًا بأنها أماكن لا يمكنهم/ن فيها مشاركة أي شيء، كان لديهم/ن وقت محدود للكلام، أو شعروا/ن بأنهم/ن لم يتم تقييمهم/ن. وهكذا، ما كان يُمكِن أن يُنظَر إليها على أنها فترة انتظارٍ معقولةٍ أصبحت تبدو كعمليةٍ فارغةٍ وبيروقراطية، خاليةٍ من المشاركة أو التقدم الجاد.

لـم يكـن النمـوذج التشـغيلي للعيـادة هـو المشـكلة الأكبـر، بـل كان عـدم الالتـزام بهـذه المعاييـر. علـى الرغـم مـن أن العيـادة تتطلـب ١٢ شـهرًا مـن المتابعـة، إلا أن ٤ مـن أصـل ٦ مشـاركين/ن حصلـوا/ن علـى تقريرهـم/ن الطبـي واجهـوا/ن تأخيـراتٍ إضافيـة، تتـراوح مـن شـهرٍ إلـى حتـى ٥ أشـهر بسـبب سـوء التنظيـم، حيـث لـم تُحتسَـب بعـض الجلسـات التـي حضروهـا. بالإضافـة إلـى ذلـك، أعربـت مشـارِكة لـم تسـتلم تقريرهـا بعـد عـن إحباطهـا مـن عـدم احتسـاب ٣ جلسـات، قائلـةً «كان مـن الممكـن أن تكـون تسـعة أشـهر، لكنهـم خصمـوا منـي ثلاثـة أشـهر، لـذا يمكنـك القـول إن ملفـي الحالـي يقـول سـتة أشـهر... كان الأمـر محبطًـا جـدًا. وأشـعر أن ملفـي بـدا جديـدًا، وليـس مثـل الأصلـي، فربمـا تـم تغييـره أو شـيء مـن هـذا القبيـل.»

الحواجز أمام الوصول وعدم المساواة

إن المسـاواة فـي الوصـول إلـى الجلسـات تعانـي بنفـس القـدر، ففـي معظـم العيـادات العامـة، يجـب علـى المرضـى الحضـور عنـد الفجـر للحصـول علـى تذاكـر للجلسـات (الجمعيـة المصريـة لدارسـي العلـوم الصحيـة، ٢٠٢٣)، ممـا يتـرك الباقيـن/ات بـلا أي قـدرةٍ للوصـول إلـى خدمـات صحـةٍ نفسـية. وتـزداد هـذه المشـكلة حـدةً فـي عيـادة القصـر العينـي، حيـث يُسـمَح بأخـذ ٣٠-٤٠ شـخصًا شـهريًا فقـط لحضـور جلسـتهم/ن الشـهرية، ممـا يـؤدي إلـى رفـض العديـد مـن المرضـى، خاصـةً مـن المناطـق النائيـة، بعـد الانتظـار، واضطـر المرضـى للوصـول فـي وقـتٍ مبكـرٍ يصـل إلـى السـاعة ٢ أو ٣ صباحًـا لتأميـن مـكانٍ بيـن ٣٠-٤٠ مريضًـا/ـةً مسـموح بهـم/ن. شـارك أحـد المشـاركين/ات أن «قاعـدة الـ ٣٥ حالـةً مزعجـة حقًـا. يجـب أن يحصـل الجميـع علـى فرصـةٍ عادلـة... تسـتيقظ مبكـرًا جـدًا وتذهـب هنـاك، ومـع ذلـك تنتهـي فـي أواخـر العشـرينات فـي القائمـة، أو فـي مـكانٍ مـا فـي العشـرينات.» وشـاركت إحـدى المشـاركات اللاتـي توقفـن عـن الحضـور أن قاعـدة ٣٠-٤٠ مريضًـا/ـةً كانـت أحـد أسـباب توقفهـا عـن الحضـور، حيـث غالبًـا مـا لـم تكـن تسـتطيع تأميـن مـكان، واضطـرت للسـفر مـن حلـوان إلـى الجيـزة، وبالتالـي لـم تسـتطع الوصـول فـي وقـتٍ مبكـرٍ مـن ٢–٣ صباحًـا.

يمكـن عـزو حـد الـ ٣٠-٤٠ مريضًـا/ـةً إلـى عـدة عوامـل، منهـا نقـص الأطبـاء المتخصصيـن/ات ونقـص التمويـل الكافـي. فيمـا يتعلـق بالأولـى، تُواجِـه معظـم العيـادات العامـة فـي مصـر نقصًـا شـديدًا فـي الأطبـاء النفسـيين/ات. إن نسـبة الأطبـاء النفسـيين/ات إلـى السـكان هـي ٠٫١٢ لـكل ١٠٠,٠٠٠ شـخص، مـع وجـود حوالـي ١,١٠٠ طبيـبٍ/ـةٍ مُسـجَّلٍ/ـةٍ فـي جميـع أنحـاء البـلاد (عكاشـة وآخـرون، ٢٠٢٥). كانـت هـذه المشـكلة واضحـةً فـي عيـادة أضطـراب الهويـة، حيـث كان هنـاك طبيـب/ـة أو اثنـان فقـط متاحـان/ـتان لـ ٣٠-٤٠ مريضًـا/ـة، ممـا يجعـل النسـبة حوالـي ٠٫٠٦ طبيـب/ـة لـكل مريـض/ـة، وهـو أسـوأ حتـى مـن الـ ٠٫١٢ المذكـورة سـابقًا. ونتيجـةً لذلـك، تـم إحالـة المرضـى الذيـن تجـاوزوا/ن حـد الـ ٣٠-٤٠ إلـى عيـادات الطـب النفسـي العامـة أو رفضهـم/ن تمامًـا. شـرح أحـد المشـاركين/ات: «كان هنـاك طبيـب واحـد فقـط يتعامـل مـع كل هـؤلاء المرضـى. أو، علـى سـبيل المثـال، كانـوا يُحيلوننـا إلـى أطبـاء نفسـيين عامييـن قـد لا يعرفـون شـيئًا عـن اضطـراب الهويـة الجندريـة. بعضهـم لا يـزال فـي التدريـب، وكنـا نُـوزِّع بينهـم عشـوائيًا.» أمـا بالنسـبة للعامـل الأخيـر، فخدمـات الصحـة النفسـية فـي مصـر تتلقـى أقـل مـن ١٪ مـن إجمالـي ميزانيـة الصحـة (إبراهيـم، ٢٠٢١). علـاوةً علـى ذلـك، فـإن الميزانيـة الصحيـة الإجماليـة نفسـها مثَّلـت حوالـي ١٫١٦٪ فقـط مـن الناتـج المحلـي الإجمالـي فـي عـام ٢٠٢٤، وهـو أقـل بكثيـرٍ مـن نسـبة ٣٪ المنصـوص عليهـا دسـتوريًا (كسـاب، ٢٠٢٤). يرتبـط هـذا النقـص المزمـن فـي التمويـل مباشـرةً بالقضايـا المذكـورة أعـلاه، حيـث تُقيِّـد الميزانيـة المحـدودة القـدرة علـى ضمـان الوصـول المتسـاوي إلـى الخدمـات وتوظيـف أطبـاء نفسـيين/ات إضافييـن/ات.

نقص القوى العاملة وتأثيره على جودة الرعاية

لـم يـؤد نقـص الأطبـاء النفسـيين/ات إلـى عـدم المسـاواة فـي تقديـم الخدمـة فحسـب، بـل أيضًـا إلـى نقـص الرعايـة أو العمـق فـي الجلسـات التـي تراوحـت مدتهـا مـن ٥ إلـى ١٠ دقائـق، وهـو مـا لـم يكـن كافيًـا للنقـاش الجـاد أو التقييـم المناسـب؛ كمـا أكـد أحـد المشـاركين أنـه الطبيبـة «لـم يكـن لديهـا أي اهتمـامٍ بالكتابـة أو السـؤال عـن أي تفاصيـلٍ فـي حياتـي، كانـت سـريعةً فـي إنهـاء الجلسـات.» وبعـد ذلـك، بالإضافـة إلـى قِصَـر مـدة الجلسـات، كان يسـمع كثيـرًا نفـس الأسـئلة المتكـررة التـي تكـون: «‹كيـف العمـل؟، مـاذا تفعـل بحياتـك؟ كيـف تسـير الأمـور مـع عائلتـك؟›)». اتفـق جميـع المشـاركين/ات التسـعة علـى هـذه المشـكلة، حيـث ذكـروا/ن أشـياء مثـل «هـي تُسـرع فـي كل شـيء، وتقـول: ‹هيـا، التالـي، التالـي، التالـي.›» أو «أحيانـا، أشـعر أنهـا تريـد فقـط إنهـاء الأمـر، كأنهـا ليسـت مهتمـةً حقًـا أو فقـط تريـد إنهـاء الأمـور بسـرعة.» وهـذا يـدل علـى أن هـذه المشـكلة كانـت مصـدر ضيـقٍ وانعـدام ثقـةٍ فـي المنشـأة كمـا ذكـر أحـد المشـاركين/ات «بصراحـة، كنـت أظـن أنهـم سـيتواصلون معـي أكثـر، واعتقـدت أن ذلـك ضـروري. لكننـي فكـرت: إذا لـم يقـم الطبيـب المدفـوع بذلـك، فهـل سـيفعل الطبيـب المجانـي؟». بشـكلٍ عـام، كانـت هـذه المشـكلة خاصـةً لعيـادة أضطـراب الهويـة، حيـث أنـه وفقًـا لجمعيـة علمـاء العلـوم الصحيـة المصريـة، فـإن المرضـى فـي عيـادات الصحـة النفسـية العامـة الأخـرى أبلغـوا/ن عـن رضاهـم/ن عـن مـدة الجلسـات (الجمعيـة المصريـة لدارسـي العلـوم الصحيـة، ٢٠٢٣).

المعاملة غير المهنية والتمييزية

بالإضافـة إلـى الجلسـات القصيـرة، أفـاد ٧ مـن أصـل ٩ مشـاركين/ات تمـت مقابلتهـم/ن عـن معاملـةٍ غيـر مهنيـةٍ أو تمييزيـةٍ مـن قبـل الأطبـاء داخـل الجلسـات، علـى سـبيل المثـال، أبلـغ العديـد منهـم/ن عـن اسـتخدام الجنـدر الخاطـئ مـن قبـل الأطبـاء، حيـث شـهد أحـد المشـاركين رجلًا عابـرًا يتـم الغلـط

في جندره، قائلًا: «لقد أشارت إلى رجلٍ عابرٍ جندريًا بـ ‹هي› رغم أنه كان يتناول الهرمونات وكانت ملامحه الذكورية واضحة.» وهو أمر لا يُمكِن حتى تبريره كعدم علم من الطبيبة لأنها كانت جلسةً جماعيةً للعابرين/ات فقط، وبالتالي كان ذلك مقصودًا. كما تذكر مشاركة أخرى أن الطبيبة لم تحترم ضمائرها وسألت لماذا لا تؤثر الهرمونات على صوتها، والذي ليس فقط جهلًا، بل تمييزيًا أيضًا. أو استخدام مصطلحاتٍ غير مناسبةٍ طبيًا مثل «تحويل» بدلًا من «تصحيح»، والتي تُعتبَر تمييزيةً وغير مناسبةٍ طبيًا حسب رأي المشاركين/ات. يمكن عزو ذلك إلى نقص المعلومات حول الاضطراب الجندري/اضطراب الهوية الجندرية، حيث لا يتلقى الأطباء النفسيون/ات تعليمًا في كليات الطب ولا يتلقون/ين برامج تدريبية (نورالله، ٢٠٢٤ج).

بالإضافة إلى المشاكل التي يواجهها الأطباء، يواجه المرضى في العيادات العامة أيضًا معاملةً غير إنسانيةٍ من الموظفين/ات الإداريين/ات والتنظيميين/ات (الجمعية المصرية لدارسي العلوم الصحية، ٢٠٢٣). وكان هذا الظلم موجودًا في عيادة أضطراب الهوية، فعلى سبيل المثال، ذكر أحد المشاركين أن موظفي/ات أرشيف المستشفى فقدوا/ن ملفه مرارًا وتكرارًا، مُوضِّحًا: «هم يستمرون/رن في فقدان سجلاتنا. أنا أُضطَّر للبحث عن ملفي الخاص في كل مرةٍ أذهب فيها، لأجده في غير مكانه.» بالإضافة إلى ذلك، فيما يتعلق بالفريق التنظيمي، ذكر أنهم/ن لا يؤدُّون/ين دورهم/ن فعليًا. بدلًا من ذلك، يتم توظيف مريضٍ بشكلٍ غير رسمي للتطوع في إدارة مهامٍ مثل التعامل مع التذاكر، استرجاع الملفات من الأرشيف، وترتيب الدخول إلى الجلسات. الحالة الوحيدة التي تدَخَّل فيها الموظفون/ات التنظيميون/ات كانت من خلال المعاملة المهينة. تَذَكَّرت إحدى المشاركات أنها كانت مغلقةً خارج العيادة، مع أبوابٍ مغلقةٍ وبلا مخرج، ووصفت ذلك بأنه أشبه بالمعاملة كأنك «في حديقة حيوانات.»

التقرير الطبي: القيمة الرمزية مقابل القيود العملية

بعد إكمال الجلسات الاثني عشر المطلوبة، يَصدُر التقرير الثابت من قبل الطبيب الرئيسي ويُحال إلى لجنة تصحيح الجنس في النقابة الطبية المصرية، ما لم يُطلَب خلاف ذلك. بينما يصفها المرضى بأنها وثيقة حرجة، إلا أنها تحمل قيودًا كبيرةً تؤثر بشكلٍ كبيرٍ على مشاعرهم/ن تجاه العيادة. تكشف روايات المرضى أن التقرير مجرد وصفٍ وهو عام لجميع المرضى. هذه مشكلة اتفق عليها جميع المشاركين/ات، حيث ذكروا/ن أشياءً مثل أنهم/ن «كأنهم ينسخون ويلصقون نفس القالب للجميع.» بالإضافة إلى ذلك، تُوصَف لغته بأنها مُقيِّدة، لأنها لا تحتوي على أي إحالاتٍ طبيةٍ للعمليات أو حتى علاج تبديل الهرمونات؛ بدلًا من ذلك، يتضمن صراحةً إخلاء مسؤوليةٍ يفيد بأن العيادة «لا تتحمل أي التزامٍ قانونيٍ أو طبيٍ» بجانب إصداره. وعبارة «بناءً على طلب المريض» في إخلاء المسؤولية في التقرير تُقوِّض فعليًا سلطته وتُشير إلى أن العيادة لا تُقدِّم تأكيدًا رسميًا أو قوةً مُلزِمة. حتى أن أحد المشاركين/ات أشار إلى أن أحد الأطباء صرَّح صراحةً بأن العيادة لن تصف هرمونات أو جراحات؛ لذلك، وصف العديد من المشاركين/ات التقرير بأنه «ورقة عديمة الفائدة». وحتى أن إحدى المشارِكات غادرت العيادة قبل استلام تقريرها، ويرجع ذلك أساسًا إلى العبء اللوجستي، مما يُبرِز انخفاض القيمة المُتصوَّرة للتقرير نفسه.

إن الإحالة إلى لجنة تصحيح الجنس في النقابة الطبية التي أسسها وزير الصحة عام ٢٠٠٣ (نورالله، ٢٠٢٣) لا تعكس أي تقدمٍ أو قوةٍ مُلزِمةٍ في تقرير القصر العيني الطبي نحو الوصول إلى جراحاتٍ مُؤكِّدة للجندر أو علاج تبديل الهرمونات. لا تُوفِّر العيادة ولا التقرير الطبي إحالاتٍ لمثل هذه العلاجات. بدلًا من ذلك، يتضمن التقرير الصادر إخلاء مسؤوليةٍ يعفي العيادة من أي مسؤوليةٍ عن الإجراءات اللاحقة لتأكيد الجندر، مثل علاج تبديل الهرمونات أو الجراحة. علاوةً على ذلك، منذ عام ٢٠٠٣، التزمت النقابة الطبية بمدونة أخلاقياتٍ مُعدَّلة، فرضها وزير الصحة، تحظر على الأطباء المصريين/ات إجراء عمليات تغيير الجنس وتُعرِّض الأطباء الذين يجرون/ين هذه العمليات لإجراءاتٍ قانونيةٍ أو فقدان رخصتهم/ن الطبية، وهي نفس المدونة التي تأسست بموجبها لجنة تصحيح الجنس نفسها (نورالله، ٢٠٢٣)، حيث أن لجنة تصحيح الجنس تقبل فقط حالات الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس «لأسبابٍ جسدية» وترفض جميع حالات الأفراد العابرين/ات جندريًا الذين يعانون/ين من «اضطراب الهوية الجندرية» (نورالله، ٢٠٢٢). جاءت هذه المدونة الأخلاقية المُعدَّلة ورفْض الأفراد العابرين/ات جندريًا من قبل النقابة الطبية كرد فعلٍ على فتوى دار الافتاء[١]، التي ميزت بين «تغيير الجنس»، الذي يشير إلى جراحة تأكيد الهوية الجندرية للأشخاص العابرين/ات جندريًا، و«إعادة تحديد الجنس»، الذي يشير إلى الجراحة للأشخاص بَيْنِيِّي/ات الجنس (نورالله، ٢٠٢١). أما بالنسبة للعلاج الهرموني، فلا يوجد تنظيم لهذا الأمر، حيث يعتمد المرضى غالبًا على علاج تبديل الهرمونات الذاتي دون إشرافٍ طبيٍ أو فحوصاتٍ منتظمة (نورالله، ٢٠٢٤ب) أو كما ذكر أحد المشاركين/ات، على شبكات الزملاء التي قد تكون مُضلِّلةً في كثيرٍ من الأحيان.

علاوة على ذلك، من حيث الاعتراف القانوني، فإن الوضع مُقيِّد بنفس القدر. حتى لو أصدر القصر العيني تقريرًا طبيًا إيجابيًا، فلن يُمكِّن ذلك الفرد من تغيير خانة الجنس في الوثائق الرسمية. اعتبارًا من عام ٢٠٢٤، تم تقييد الاعتراف القانوني بالجندر في مصر صراحةً على الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس بموجب التوجيه رقم ٢٠٢٤/٢٥، الذي يفرض إجراء اختبار الحمض النووي لتأكيد حالة بينية الجنس، كشرطٍ مُسبَقٍ لأي تغيير قانوني

١ دار الإفتاء المصرية هي السلطة القانونية الإسلامية الرسمية في مصر المسؤولة عن إصدار الفتاوى - الأحكام الدينية أو الآراء المبنية على الشريعة الإسلامية. تأسست في عام ١٨٩٥، وتعمل تحت إشراف وزارة العدل.

(نورالله، ٢٠٢٤ب). هذا التوجيه يستبعد فعليًا الأفراد العابرين/ات جندريًا تمامًا، بغض النظر عن التقييمات الطبية أو النفسية التي تشهد على هويتهم/ن الجندرية.

هذه الحالة تترك أيضًا قيمة واعتراف التقرير الطبي بالكامل لتقدير المتخصصين/ات الطبيين/ات الأفراد. كما شرح أحد المشاركين/ات: «على حسب — بعض الجرَّاحين يقبلونه، بعضهم لا يهتم، وبعضهم يرفضه تمامًا... في نهاية اليوم، الأمر مجرد ورقةٍ بالنسبة لنا.» بعبارةٍ أخرى، لا يضمن التقرير الوصول إلى العلاج أو الجراحة، بل يعمل كوثيقةٍ مُعترَفٍ بها بشكلٍ بسيطٍ تختلف شرعيتها بين الممارسين/ات. يرجع هذا الغموض إلى غياب مسارٍ معياريٍ أو رسميٍ للوصول إلى الرعاية الصحية المُؤكِّدة للجندر في مصر. نتيجةً لذلك، غالبًا ما يُجبَر الأفراد على الاعتماد على طرقٍ غير رسميةٍ وغير منظَّمةٍ/تحت الأرض تَتَميَّز بكونها مرتفعة الأسعار وخطيرةً طبيًا (نورالله، ٢٠٢٤ب). حتى داخل هذه الشبكات، لا يُضمَن القبول، حيث أن قرار إجراء الجراحة يعتمد في النهاية على الحكم والرغبة الشخصية للجرَّاح/ـة أكثر من العملية المؤسسية المُوحَّدة.

على الرغم من هذه القيود الكبرى، يحمل التقرير بعض الفوائد المُتوقَّعة للمرضى. يُمكِن أن يكون ذلك فعالًا في إقناع أفراد الأسرة بشرعية الهوية الجندرية للمريض، وأحيانًا يكون شرطًا أساسيًا لدعم الأسرة لإجراءاتٍ طبيةٍ مثل الهرمونات. في الأماكن غير الرسمية مثل أماكن العمل، إدارة الجامعة، أو عند التعامل مع الوثائق الرسمية، يُمكِن أن يكون التقرير أداة تهدئةٍ تُساعد في تأكيد الهوية وتجنب الصراع، حتى دون منح حقوقٍ قانونية. على سبيل المثال، استخدمه أحد المشاركين/ات بفعاليةٍ في الجامعة. بالنسبة للبعض، مجرد امتلاك التقرير يُوفِّر راحةً نفسيةً وطمأنينةً ضد احتمال مضايقات الشرطة في نقاط التفتيش، كما ذكرت إحدى المشاركات حملها له في حقيبتها لهذا السبب. كما يرى البعض أن هذا التشخيص خطوةً أساسيةً للعمليات القانونية أو الطبية المستقبلية، حيث يحتاج بعض الأطباء إلى تشخيصٍ قبل إجراء الجراحة، لكن يبقى الأمر متروكًا للجرَّاح/ـة ليحكم على صحة التشخيص كدليل.

نتائج متقاطعة غير متعلقةٍ بالعيادة

سيُقيِّم هذا القسم التقاطع بين الجودة المتصوَّرة للرعاية المُقدَّمة وقرار الاستمرار أو الانسحاب من العيادة، مع عوامل خارجيةٍ أخرى مثل الديناميكيات الاجتماعية، الاقتصادية، والأسرية. استرشادًا بأوصاف وقصص المشاركين/ات في المقابلات.

المخاطر الاجتماعية، الاقتصادية، والقانونية بعد العبور الاجتماعي

على عكس نقص الرعاية المُقدَّمة والإحالة الطبية في التقرير، كما تم التأكيد سابقًا، شارك مشاركان تجربتهما وملاحظاتهما حول تجارب أخرى للتعرُّض لضغطٍ من الأطباء للعبور الاجتماعي[٢] أو حتى بعض الضغوط من الأطباء في العيادة لبدء العبور الطبي عبر علاج تبديل الهرمونات، كما ذكر أحد المشاركين أنه «إذا لم يكن شخص ما يعبر اجتماعيًا بسبب ظروف حياته أو عائلته، فسيتعرض لضغطٍ للعبور الاجتماعي. وهذا غريب جدًا—هذا القرار من المفترض أن يأتي من الفرد، وليس أن يصبح مفروضًا عليه.» بينما أضاف المشارك الآخر «هي كانت تعلم أنه لا يُسمح بأي عملياتٍ جراحيةٍ من قبل النقابة، وأنه لن يساعدنا شيء، وأن التقرير الذي سنحصل عليه لن يتضمن شيئًا مهمًا. فلماذا أصرَّت على بدء الهرمونات؟». وهذا يترك الأفراد العابرين/ات جندريًا في حالةٍ من الضياع القانوني والطبي. قد تضغط عليهم/ن العيادة لإجراء أشكالٍ جزئيةٍ من العبور (مثل علاج تبديل الهرمونات أو العبور الاجتماعي)، ومع ذلك يمنعون/ن في الوقت نفسه من إكمال العبور الطبي عبر الجراحة أو الحصول على اعترافٍ قانوني. وهذا يخلق وضعًا يتعرَّضون/ن فيه لمخاطر اجتماعيةٍ واقتصاديةٍ كبيرة، مثل التعرض للتمييز، فقدان العمل، الانفصال العائلي، و إمكانية التجريم بسبب «الاحتيال في الهوية» عندما لا تتطابق الوثائق مع التعبير الجندري.

اجتماعيًا، وصفت إحدى المشاركات الشوارع بعد عبورها الاجتماعي بأنها «كابوس» بالنسبة لها، حيث اضطرت للتعامل مع «نظراتٍ غريبة، حتى من الفتيات، والتي بدت أنها أكثر وقاحة.» أفاد بعضهم/ن بأنهم/ن حلوا/ـلن هذه المشكلة من خلال العبور الاجتماعي داخل العيادة فقط لتجنب المضايقة.

اقتصاديًا، كانت هناك مسألة العبور الاجتماعي في سوق عملٍ غالبًا ما لا يقبل مظهرًا مختلفًا عن الوثائق القانونية، حيث أن العديد من المشاركين/ات الذين لم يعبروا/ن اجتماعيًا بعد أكدوا/ن «خوفهم/ن» مما سيحدث إذا قاموا/ن بالعبور الاجتماعي، مع ذِكْر أحد المشاركين/ات أنهم/ن «ينظرون إليَّ بشكلٍ مختلف، ودائمًا يُطرَد الناس بسبب الأداء الضعيف. لذا يمكنهم/ن طردي بسهولة»، وهو ما يتعارض مع الطلب

٢ يشير العبور الاجتماعي إلى العملية التي يبدأ من خلالها الشخص في العيش بطريقةٍ تتماشى مع هويته/ـا الجندرية، بدلًا من الجنس الذي تم تعيينه له/ـا عند الولادة. عادةً ما تتضمن تغييراتٍ مثل الاسم، الضمائر، الملابس، تسريحة الشعر، والأدوار الاجتماعية. على عكس العبور الطبي، لا يتضمن هرموناتٍ أو جراحات.

الذي فرضته العيادة على العبور الاجتماعي لتلقي التقرير الطبي، مما يؤدي في النهاية إلى حلقةٍ لا تنتهي بين عدم القدرة على مواصلة الرعاية الطبية وتغيير المستندات القانونية بسبب عدم فعالية التقرير الطبي المذكور سابقًا وعدم القدرة على تأمين الأموال المتاحة لبدائل أخرى بعد العبور الاجتماعي بسبب الحاجة لاستلام التقرير الطبي. ومع ذلك، لم يكن لدى الجميع نفس التجربة، حيث تمكن بعض المشاركين/ات، على عكس التجربة الشائعة، من مواكبة سوق العمل، وتم التعرف على بعضهم/ن حتى باسمهم/ن وجندرهم/ن المُفضَّل، وبالتالي لم يشعروا/ن بنفس التوتر تجاه العبور الاجتماعي.

قانونيًا، أبلغ أحد المشاركين/ات عن اتّهامه بالاحتيال في الهوية، حيث ذكر أنه عند التقدم للنموذج ١١١ (وهو نموذج مطلوب للتقديم للعمل)، واجه معاملةً قاسيةً ورفضًا لأن مظهره لم يتطابق مع جندره القانوني رغم عرضه التقرير الطبي، وبكلماته الخاصة: «من المفترض أن تكون هذه الأوراق مختومةً رسميًا بختم النسر، والمستشفى معروف جيدًا—القصر العيني... لكن الطبيب قال: ‹لن أفحصك. لماذا أفعل ذلك؟›.» هذا الحادث يُظهِر الطبيعة غير المُلزِمة للتقرير الطبي، والمخاطر التي يواجهها الأفراد العابرون/ات جندريًا بعد العبور الاجتماعي، دون وجود مساراتٍ متاحةٍ للاعتراف قانونيًا بجندرهم/ن.

الديناميكيات داخل المجتمع والضغوط من الزملاء داخل العيادة

بعيدًا عن الحاجة إلى العبور الاجتماعي، لعبت عوامل أخرى دورًا أيضًا في تشكيل التصور حول العيادة والدافع للاستمرار أو الانسحاب من الرعاية. اجتماعيًا، على سبيل المثال، بدلًا مما كان متوقعًا، كانت المشكلة الأكبر في المجتمع داخل العيادة، حيث ذكر العديد من الذين أجروا/ين المقابلات شعورهم/ن بالعزلة أو المضايقة من قبل أشخاصٍ عابرين/اتٍ آخرين/اتٍ من خلال حكي أشياءٍ مثل «المجتمع هو من أسوأ الأشياء التي رأيتها في حياتي. هناك نقص في القبول أو الرفض الصريح لأشخاصٍ مثلهم.» أو حتى ذكر «بعض المرضى عاملوني بشكلٍ مختلفٍ لأنني لم أكن مقنعةً بما فيه الكفاية واستخدمت ضمائر خاطئة.» لذلك، جاء هذا الرفض، العزلة، أو المضايقة من أشخاصٍ عابرين/ات كان شكلهم/ن مقنعًا كجندرهم/ن المُفضَّل ضد أشخاص عابرين/ات آخرين/ات كانوا/ن في بداية عبورهم/ن أو لم «يكونوا/ن مقنعين/اتٍ بما فيه الكفاية» في معايير المجتمع. شرحت إحدى المشاركات في مقابلاتٍ هذا السلوك كما يلي: «هم يبنون مجتمعًا بقواعد المجتمع الذي يرفضهم، ويتبعون الأدوار الجندرية الراديكالية، ولهذا السبب تكره بعض النسويات النساء العابرات، لأنهن يُطبِّقن ما تقاتل ضده النسويات.» وحتى أن إحدى المشاركات أكدت أنهم/ن السبب في جعلها تتوقف، وأضافت أنهم/ن أجبروا/ن صديقتها على التوقف عن الحضور قائلةً: «سلوكهم وتصرفاتهم جعلا الفتاة تنعزل تمامًا عن المستشفى. لم تكن تريد العودة.»

ديناميكيات الأسرة والقيود على حضور العيادة

كان واضحًا أيضًا أن دعم الأسرة مهم عندما يتعلق الأمر بحضور العيادة أو بالرحلة بشكلٍ عام. حتى حجم الدعم كان مهمًا، حيث وجد الأفراد الذين يحظون/ين بدعمٍ ومناصرةٍ كاملَيْن من عائلتهم/ن أنه من الأسهل التنقل في ديناميكيات العيادة، حيث شارك أحد المشاركين تجربته وكيف دعمته والدته أثناء بحثه عن منشأةٍ صحيةٍ متخصصةٍ وخلال حضوره عيادة القصر عيني، رغم أن هذا النوع من الدعم لم يكن ماليًا. كان لذلك تأثير كبير عند التعامل مع تحدياتٍ مثل الضغط من الزملاء لاتباع طريقٍ غير آمنٍ معينٍ في عبوره (أخذ الهرمونات مع نفسه) أو خارج العيادة من خلال الدفاع عن هويته ضد أفراد العائلة الآخرين/ات. وهذا يختلف عن مشاركةٍ اضطرت للانسحاب من العيادة بسبب ضغط أحد أفراد عائلتها بعد أن اكتشف أن العيادة لن «تُصلِحها»، كما وصفتها. أو عن مشاركةٍ أخرى اضطرت لإخفاء ذهابها إلى العيادة عن بعض أفراد العائلة لأسبابٍ تتعلق بالسلامة، حيث قالت: «كان غاضبًا جدًا عندما علم [بذهابي إلى العيادة]. حتى أنه جاء إلى المستشفى مرة، لكن بعد ذلك ساءت الأمور كثيرًا... ذهبْتُ خلف ظهره.» هذا أضاف عبئًا، بالإضافة إلى اضطرارها لمواجهة كل ما ناقشناه سابقًا في العيادة، بسبب إخفاء حضورها عن أفراد العائلة.

وكان واضحًا أيضًا أن قرار الاستمرار في الحضور أو الانسحاب بسبب أمور عائليةٍ تقاطع مع عمر المشاركين/ات، حيث أن البالغين/ات الذين يعيشون/ن بشكلٍ مستقلٍ عن عائلاتهم/ن لم يشعروا/ن بضغط الرفض أو العنف؛ بل كان مجرد ضغطٍ كما أكّد أحد المشاركين أن «وضعي مختلف لأنني بالغ وأعيش بشكل فردي ... أنا أعتبر رأيهم لأنني أحبهم»، بينما شعرت المشاركة البالغة من العمر ١٩ عامًا التي تعيش مع عائلتها بالضغط إلى درجة اضطرارها للانسحاب من العيادة.

القيود الاقتصادية والجغرافية: سهولة الوصول وتكلفة الرعاية

إن العوامل الاقتصادية، إلى جانب عبء العبور الاجتماعي داخل سوق العمل، لعبت أيضًا دورًا في قرار الاستمرار أو الانسحاب. على الرغم من أن المنشأة العامة تُكلِّف حوالي ١٠ جنيهًا لكل جلسة (حوالي ٠٫٢ دولار)، إلا أن العديد من التكاليف الأخرى تدخل في الاعتبار عند متابعة

الرعاية الصحية هناك، مثل تكلفة النقل، خاصةً للمناطق البعيدة، وتكلفة أخذ يوم إجازةٍ من العمل، حيث ذكر أحد المشاركين خارج القاهرة أن تكلفة النقل جعلت عائلته تتساءل عن ذهابه قائلًا: «لماذا تضيع المال على النقل؟» واشتكى الكثيرون/ات من اضطرارهم/ن لأخذ يوم عطلةٍ فقط للحصول على «ورقةٍ لا تُغيِّر شيئًا.» لذلك، هناك دائمًا مقايضة بين كسب الرزق ومتابعة الرعاية الصحية.

لم يكن هذا التبادل واضحًا مع المرضى الذين لم تكن لديهم/ن مسؤوليات مالية أو كان لديهم/ن وضع اقتصادي أفضل، حيث أفاد معظم المشاركين/ات الذين كانوا/ن في وضعٍ اقتصاديٍ أعلى بأنهم/ن ذهبوا/ن إلى عياداتٍ خاصةٍ قبل القصر العيني وأنهم/ن جاءوا/ئن فقط من أجل «التقرير الرسمي الذي يحمل ختمًا حكوميًا يمنحه مكانةً أكثر صلابةً من تقارير العيادات الخاصة.» من بين أسبابٍ أخرى مثل لقاء أشخاص يعانون/ين من نفس الحالة، لم تزعجهم/ن جودة الرعاية بقدرٍ ما أزعجت الآخرين/ات الذين اشتكوا/ين من قلة الانتباه قائلين/ات: «هم يعملون/ن على افتراض أن معظمنا ذهب بالفعل للعلاج الخارجي، وحصل على تشخيص، وجاء هنا فقط للحصول على ختم الحكومة. لا أكثر.» هذا يدل على قلة الرعاية التي تلقوها/ينها، مما جعل وضعهم/ن أصعب في التنقل في العيادة، متوقعين/اتٍ الحصول على رعايةٍ مقبولة. توقع البعض هذا النقص في الجودة مسبقًا، لكنهم/ن كانوا/ن محبطين/ات، قائلين/ات: «كانت لدي توقعات معينة. بصراحة، كنت أظن أنهم سيتواصلون معي أكثر، واعتقدت أن ذلك ضروري. لكنني فكرت: إذا لم يقم الطبيب المدفوع بذلك، فهل سيفعل الطبيب المجاني؟». لذا، يمكن القول إن العيادة تُضخِّم المتباينات القائمة؛ الأفراد الحضريون/ات ميسورو/ات الحال نسبيًا يمكنهم تأدية الغرض، بينما يسقط آخرون/يات من بين الشقوق.

انتهاكات المعايير الوطنية والدولية

إن عيادة أضطراب الهوية في القصر العيني، باعتبارها المنشأة الحكومية الوحيدة المتاحة للأفراد العابرين/ات جندريًا في مصر، لا تُعَد مُقدِّمًا للرعاية، بل رمزًا صارخًا لفشل الدولة المصرية المنهجي في الوفاء بالتزاماتها الدستورية والدولية. إن عيوبها التشغيلية ليست مجرد عيوبٍ إدارية؛ إنها تُمثِّل تنازلًا عميقًا عن مسؤولية الدولة، مما يخلق مشهدًا من الرعاية الوهمية التي تُضِر فعليًا بالفئات السكانية الضعيفة. وجود العيادة كالخيار الوحيد يُحوِّل عيوبها من فجواتٍ بسيطةٍ في الخدمة إلى جهازٍ حكوميٍ يُهيمِن عليه الإهمال والتمييز، في انتهاكٍ مباشرٍ للحق الأساسي في الصحة.

أولًا، حقيقة كونها العيادة الوحيدة في مصر وانخفاض السعة التي لا تزيد عن ٤٠ مريضًا/ـةً ينتهك بشكلٍ مباشرٍ الالتزام بضمان التوفير («الكمية الكافية») والوصول الجسدي («الوصول الآمن لجميع الفئات السكانية») للخدمات الصحية، مما ينتهك بشكلٍ مباشرٍ معايير الحق الدولية في الصحة (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨) ودعوة اللجنة الإفريقية للتدابير اللازمة لضمان الرعاية الطبية (ACHPR)). من خلال توفير عيادةٍ مركزيةٍ واحدةٍ فقط في القاهرة تعمل مرةً واحدةً فقط في الشهر، قامت الدولة بوضع نظام استبعاد. هذا الحاجز الهيكلي المُتعمَّد يُعَدّ مخالفةً مباشرةً للمادة ١٨ من الدستور المصري، التي تفرض صراحةً «التوزيع الجغرافي العادل» للمرافق الصحية العامة (الدستور، ٢٠١٤). هذا ليس إغفالًا، بل هو خيار سياسي يخلق تمييزًا فعليًا على أساس «الانتماء الجغرافي» و«الطبقة الاجتماعية»، مما يُفضِّل سكان المدن وينتهك مبادئ المساواة التي تكفلها المادة ٥٣ من الدستور (الدستور، ٢٠١٤).

إن المعلومات المُضلِّلة المنهجية التي تقدمها القنوات الرسمية، والتي ادَّعت زورًا إغلاق العيادة، أو عدم إبلاغ المرضى بأدويتهم/ن أو الخطوات المستقبلية المتعلقة بالعبور، تُعيق الوصول وتُظهِر نقص الشفافية والمساءلة، مما ينتهك بشكلٍ مباشرٍ حقوق المرضى في الحصول على معلوماتٍ كاملةٍ عن تشخيصهم/ن وخطة العلاج المقترحة (القانون رقم ٢١٠ لعام ٢٠٢٠؛ المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠) بالإضافة إلى تقويض مبدأ «حسن الجودة» في خدمات الصحة، التي يجب أن تكون «مناسبةً علميًا وطبيًا» (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨)، كما تتناول الحق في التحرر من العلاج الطبي بغير الرضا، حيث تكون المعلومات الكافية شرطًا أساسيًا للموافقة (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨).

داخل هذا المُرفَق الوحيد الذي يصعب الوصول إليه، تُمثِّل جودة الرعاية المُقدمَّة فشلًا نظاميًا للدولة في تلبية معاييرها القانونية والطبية الخاصة. قصر الجلسات وقلة التعمق، بالإضافة إلى نقص التدريب للأطباء والإحالات إلى أطباء نفسيين/ات عامين/ات، لا يمكن الدفاع عنه طبيًا كتقييمٍ مناسب، مما يشكل فشلًا في تقديم خدماتٍ «مناسبةٍ علميًا وطبيًا» واشتراط «مهنيين/ات صحيين/ات مُدرَّبين/ات» (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨). ويتضح إهمال الدولة أيضًا من خلال فشلها الظاهر في استخدام ٣٠٪ من صندوق الصحة النفسية المُخصَّص خصيصًا للتدريب، كما ورد في لوائح قانون الصحة النفسية المصري التنفيذي، والتي قد تُعالِج هذا العجز (المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠). بالإضافة إلى ذلك، فإن الممارسات الدوائية غير السليمة والفشل في الحفاظ على سجلات المرضى الدقيقة بسبب فقدان السجلات أو وضعها في المكان الخاطئ ليست مجرد أخطاء إدارية، بل هي انتهاكات واضحة للمادة ٥ من اللوائح التنفيذية المصرية لقانون رعاية المرضى النفسيين والمادة ٤ من قانون الصحة النفسية، التي تُلزِم مرافق الصحة النفسية بالاحتفاظ بسجلاتٍ شاملةٍ ودائمةٍ للمرضى. بما في ذلك الملفات الطبية الورقية والإلكترونية لمدة لا تقل عن خمسة عشر عامًا (المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠؛ القانون رقم ٢١٠ لعام ٢٠٢٠). تُشير هذه القضايا النظامية أيضًا إلى وجود أوجه قصورٍ مُحتمَلةٍ في آليات المساءلة الداخلية والشكاوى، حيث تُشير الطبيعة الواسعة للمشاكل إلى أن لجان حقوق المرضى (المفروضة بموجب المادة ٣٥ من اللوائح التنفيذية بالمراقبة والتقارير في المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠) أو عمليات حل الشكاوى (المفروضة بموجب المادة ٣٣ من اللوائح التنفيذية ويجب حلها ضمن نطاقٍ محدد، وأطرٍ زمنيةٍ قصيرة) قد لا تقوم بمعالجة هذه الأعباء الكبيرة على المرضى بشكلٍ فعال.

بعيدًا عن الإهمال، فإن المعاملة المُهينة داخل العيادة من الأطباء وغيرهم/ن من الموظفين/ات (إداريين/ات وتنظيميين/ات) تُشكِّل انتهاكًا واضحًا للكرامة الإنسانية الأساسية المحمية بموجب القانون المصري والدولي. إن استخدام المصطلحات المهينة والتسمية الجندرية الخاطئة والانتهاكات الجسيمة، حيث أُبلِغ عن قيام موظفي/ات المنظمة بحبس المرضى في منطقةٍ خارجيةٍ دون مخرج، تنتهك بشكلٍ مباشرٍ الحق في الكرامة المنصوص عليه في الدستور المصري (المادة ٥١) (الدستور، ٢٠١٤) والمادة ٥ من اللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب، الذي يحظر المعاملة القاسية، اللاإنسانية، أو المهينة (ACHPR)). كما تنتهك هذه الممارسات معايير قبول الخدمات الصحية، التي تتطلب من الخدمات «احترام الأخلاقيات الطبية، وأن تكون حساسةً للجندر ومناسبةً ثقافيًا» (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨). كما أن استخدام اللغة غير المحترمة واستخدام الجندر الخاطئ يشكلٍ تمييزًا على أساس «الجنس» أو «وضع آخر» (والذي قد يشمل الهوية الجندرية) (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨). عندما يمارس أطباء الحكومة أنفسهم/ن مثل هذا السلوك داخل منشأتها الوحيدة، فهذا يُشير إلى

ثقافةٍ مؤسسيةٍ تقوم بتطبيع انتهاك أبسط حقوق مواطنيها/ـاتها.

إن التقرير الطبي الذي تُنتِجه العيادة هو جانب آخر من هذا الإساءة النظامية والغموض، حيث يُؤثِّر غياب أي إحالاتٍ طبيةٍ أو مساراتٍ للعلاج الإضافي بشكلٍ مباشرٍ على حق المريض في إكمال المعلومات حول تشخيصه وخطة العلاج المُقترَحة (مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان، ٢٠٠٨). ويؤدي ذلك إلى أن تكون العيادة فخًا من نصب الدولة. من ناحية، يضغط الأطباء داخل العيادة على المرضى للعبور الاجتماعي. من ناحيةٍ أخرى، التقرير الطبي المُقدَّم من العيادة لا ينتج عنه أي إحالاتٍ طبية، وقد قامت الدولة، من خلال النقابة الطبية المصرية والتوجيهات القانونية، بحظر جميع الطرق الممكنة للتأكيد الطبي والقانوني من خلال حظر العمليات الجراحية المُؤكِّدة للجندر في عام ٢٠٠٣ (نوراللّه، ٢٠٢٣) وتقييد الاعتراف القانوني بالجندر على الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس فقط في عام ٢٠٢٤ (نوراللّه، ٢٠٢٤ب). هذا النفاق المؤسسي يترك الأفراد العابرين/ات جندريًا في «ضياعٍ قانوني وطبي» خطير، معرَّضين/اتٍ لمخاطر اجتماعيةٍ واقتصاديةٍ شديدةٍ دون علاجٍ تقدمه الدولة، من خلال دفع العابرين/ات إلى موقفٍ اجتماعي ضعيفٍ وفي الوقت نفسه حرمانهم/ن من الأدوات القانونية لحماية أنفسهم/ن، وتنتهك الدولة بنشاطٍ حقوقهم/ن الدستورية في العمل (المادة ١٢)، تكافؤ الفرص (المادة ٩)، والمساواة أمام القانون (المادة ٥٣) (الدستور، ٢٠١٤).

توصیات

تُسلِّط نتائج هذا التقرير الضوء على التحديات العميقة التي تواجه الأفراد العابرين/ات جندريًا في مصر، الذين يواجهون/ن أزمةً مزدوجةً من الإقصاء القانوني المنهجي والتهميش الاجتماعي والاقتصادي المتجذِّر. تُظهِر الأدلة حاجةً ملحةً للإصلاح على مستويَيْن مترابطَيْن: تغييرات هيكلية طويلة الأمد في الأطر القانونية والطبية في مصر التي تحكم الاعتراف بالجندر والرعاية الصحية، وتوفير الحمايات الفورية وآليات الدعم العاجلة لحماية الأفراد من التمييز، العنف، وانعدام الأمن الاقتصادي. تستند التوصيات التالية مباشرةً إلى تجارب المشاركين/ات الحياتية والتحليل القانوني المُقدَّم في هذا التقرير، مما يوفر مسارًا ملموسًا لصانعي السياسات، المؤسسات الصحية، والجهات الفاعلة في المجتمع المدني للحفاظ على الكرامة، المساواة، والحقوق التي يكفلها كل من الدستور المصري وقانون حقوق الإنسان الدولي.

إلى وزارة الصحة والسكان المصرية

- تطوير إرشاداتٍ وطنيةٍ للرعاية الصحية للعابرين/ات جندريًا: يجب على وزارة الصحة إصدار بروتوكولاتٍ لتشخيص اضطراب الهوية الجندرية، لضمان أن تكون الرعاية مستندةً إلى معايير التصنيف العالمي للأمراض-١١ ومنظمة الصحة العالمية.
- توسيع الوصول و إلغاء مركزية الرعاية: إنشاء وحدات رعايةٍ صحيةٍ مؤكدةٍ للجندر في عدة محافظاتٍ لمعالجة عدم المساواة الجغرافية التي أبرزها التقرير.
- زيادة أيام تشغيل العيادة وزيادة عدد الموظفين/ات لمعالجة التراكم وضمان الرعاية في الوقت المناسب.
- ضمان المساءلة والمراقبة: تعزيز تنفيذ القانون رقم ٧١ لعام ٢٠٠٩ (قانون الصحة النفسية) وتعديلاته من خلال تفعيل لجان حقوق المرضى وآليات شكاوى شفافةٍ في القصر العيني.
- تدريب المهنيين/ات الطبيين/ات في الرعاية الحساسة جندريًا، باستخدام تخصيص الـ ٣٠٪ لصندوق الصحة النفسية (المرسوم رقم ١٨٢ لعام ٢٠١٠) للتعليم المُتخصِّص.

إلى صانعي/ات السياسات المصريين/ات والهيئات التشريعية

- وضع إطارٍ قانوني للاعتراف بالجندر: إلغاء أو تعديل التوجيه رقم ٢٠٢٤/٢٥، الذي يُقيِّد الاعتراف القانوني بالجندر على الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس فقط، واعتماد تشريعاتٍ تسمح للأشخاص العابرين/ات جندريًا بتغيير خانة الجنس في وثائق الهوية، تماشيًا مع التزامات مصر الدستورية تجاه كرامة الإنسان وعدم التمييز (المواد ٥١، ٥٣)، والتزاماتها الدولية بموجب اللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب (ACHPR) (المواد ٢، ٣، ٥).
- تعديل قانون الوضع المدني (القانون رقم ١٤٣ لعام ١٩٩٤) لضمان صراحةً حصول جميع المواطنين/ات على تكافؤ الوصول إلى وثائق هويةٍ دقيقةٍ دون تمييز، بما يتوافق مع المادة ٥٣ من الدستور المصري بشأن المساواة وعدم التمييز.
- رفع حظر ٢٠٠٣ على الجراحات المُؤكِّدة للجندر: ألغاء حظر النقابة الطبية المصرية، وبدلًا من ذلك تنظيم إجراءاتٍ مُؤكِّدة للجندر ضمن إطارٍ طبيٍ قائمٍ على الحقوق.
- تعزيز الحماية المضادة للتمييز في التوظيف والرعاية الصحية: تعديل قوانين العمل لحظر التمييز صراحةً على أساس الهوية الجندرية والتعبير الجندري، تماشيًا مع المادة ٥٣ من الدستور والتزامات مصر بموجب العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية، الاجتماعية، والثقافية (المادة ٦ – الحق في العمل).
- فرض برامج تدريب وتوعية في مكان العمل لتقليل الوصم والمضايقات ضد الموظفين/ات العابرين/ات جندريًا، لضمان الامتثال لواجب مصر الدستوري في «ضمان فرصٍ متساويةٍ لجميع المواطنين» (المادة ٩).

إلى المنظمات غير الحكومية الدولية، المنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني (المُنفِّذين/ات)

- برامج التوعية والتعليم: تطوير برامج توعيةٍ عامةٍ مُستهدِفةٍ لمواجهة الوصم الاجتماعي، المضايقات، والمفاهيم الخاطئة حول هويات العابرين/ات جندريًا. يجب أن تُركِّز الحملات على القيم الدستورية للكرامة والمساواة وأن تؤطَّر ضمن سرديات ثقافيةٍ مناسبةٍ لتجنب أي ضررٍ إضافي.
- تصميم ورش عملٍ ودوائر دعمٍ لأسر الأفراد العابرين/ات جندريًا، وتزويدهم/ن بمعلوماتٍ طبية، نفسية، وقانونيةٍ دقيقة. يجب التركيز على تقليل الرفض والعنف، نظرًا للنتائج التي تُشير إلى أن ضغط الأسرة غالبًا ما يؤدي إلى انسحاب المشاركين/ات من الرعاية.
- إنشاء برامج يقودها الزملاء للأفراد العابرين/ات جندريًا لمواجهة وتقليل الوصم الداخلي، مستفيدةً من نماذج الدعم النفسي والاجتماعي. وهذا ضروري بشكلٍ خاصٍ في ضوء شهادات المشاركين/ات حول الرفض والحكم حتى داخل مجتمعات العابرين/ات.

- الدعم النفسي والصحة النفسية: الدعوة إلى و إنشاء وحداتٍ تدريبيةٍ للأطباء النفسيين/ات وعلماء النفس حول اضطراب الهوية الجندرية، الهوية الجندرية، والرعاية الحساسة ثقافيًا.
- إنشاء خدماتٍ استشاريةٍ للصحة النفسية (عبر الإنترنت أو وجهًا لوجه) مخصصةً خصيصًا للأشخاص العابرين/ات جندريًا، لسد الفجوة التي تركتها المرافق الحكومية. يجب أن تُوفِّر هذه الخدمات دعمًا سريًا قائمًا على الحقوق.
- توفير خطوطٍ ساخنةٍ ودعمٍ للأزمات للأفراد الذين يواجهون/ن العنف الأسري، المضايقات، أو الأفكار الانتحارية المرتبطة بضغوط الهوية الجندرية.
- الوصول إلى المعلومات والموارد: يجب على المنظمات غير الحكومية جمع وتوزيع معلوماتٍ دقيقةٍ وسهلة الوصول حول إجراءات، متطلبات، وقيود القصر العيني. وهذا سيكافح المعلومات المُضلِّلة المنهجية التي يُبلِغ عنها المرضى من مصادر رسمية.
- إنتاج دلائل للأفراد العابرين/ات جندريًا حول كيفية التعامل مع حقوق العمل، الوصول إلى الرعاية الصحية، وممارسات الهرمونات الآمنة لتقليل الاعتماد على الدواء الذاتي غير الآمن أو حلول السوق السوداء.

إلى الأطراف الفاعلة في القطاع الخاص والشركات

- اعتماد وتنفيذ سياسات عدم التمييز: وضع سياساتٍ واضحةٍ في مكان العمل تحظر التمييز على أساس الهوية الجندرية والتعبير الجندري.
- تضمين هذه السياسات في العقود، كتيبات الموظفين/ات، ومدونات السلوك لتوفير حمايةٍ قابلةٍ للتنفيذ للموظفين/ات العابرين/ات جندريًا.
- ممارسات التوظيف والاحتفاظ الشاملة: تطبيق آليات توظيفٍ مجهولةٍ أو عمياء لتقليل التحيز أثناء التوظيف.
- تطوير سياسات إبقاء تحمي الموظفين/ات العابرين/ات جندريًا من الفصل غير العادل المرتبط بالهوية الجندرية أو التعبير الجندري.
- التأكد من تقييم الموظفين/ات فقط بناءً على الأداء، وليس على المظهر أو الامتثال للصور النمطية الجندرية.
- تدريب التوعية والحساسية: عقد جلساتٍ تدريبيةٍ منتظمةٍ للإدارة والموظفين/ات لزيادة الوعي بقضايا العابرين/ات جندريًا، ومعالجة التحيز، الوصم، والمضايقة في مكان العمل.
- التعاون مع المنظمات غير الحكومية ومنظمات حقوق الإنسان لتصميم وحداتٍ ثقافيةٍ مناسبةٍ تعالج الوصم الداخلي والتمييز في مكان العمل.
- تدابير التسهيلات والشمول في مكان العمل: إنشاء آلياتٍ تتيح للموظفين/ات استخدام أسمائهم/ن وضمائرهم/ن المُفضَّلة في الأنظمة الداخلية (البريد الإلكتروني، بطاقات الهوية، سجلات الموارد البشرية)، حتى لو بقيت الوثائق القانونية دون تغيير.
- وضع إجراءاتٍ سريةٍ للموظفين/ات لنقل احتياجاتهم/ن إلى الموارد البشرية دون خوفٍ من العواقب.
- توفير الوصول إلى مرافق محايدةٍ جندريًا (مثل الحمامات) لضمان بيئة عملٍ آمنةٍ ومحترمة.
- المسؤولية الاجتماعية للشركات (CSR) والقيادة: الاستفادة من برامج المسؤولية الاجتماعية للشركات لدعم مبادرات الشمول الأوسع، مثل حملات التوعية بالتمويل أو دعم خدمات الصحة النفسية لمجتمعات العابرين/ات جندريًا.
- إظهار الدعم العلني للمساواة في مكان العمل، من أجل تقديم مثالٍ للشركات الأخرى وتقليلٍ للوصم في سوق العمل الأوسع.
- التعاون مع المنظمات غير الحكومية المحلية لإنشاء برامج تدريب، إرشاد، وتوظيفٍ مُصمَّمةٍ خصيصًا للأفراد العابرين/ات جندريًا، خصوصًا أولئك المستبعدين/ات من أسواق العمل التقليدية.
- المساءلة والمراقبة: إنشاء آلياتٍ داخليةٍ للشكاوى لمعالجة حالات المضايقة أو التمييز، مع ضمان السرية ومنع العواقب.
- إجراء تدقيقاتٍ منتظمةٍ لممارسات التنوع والعدالة في مكان العمل، ونشر تقارير سنويةٍ تُظهِر تقدمًا ملموسًا في مجال الشمول.

إلى مناصري/ات وباحثي/ات حقوق الإنسان:

يُشجَّع الباحثون/ات والمناصرون/ات على مواصلة التحقيق في القضايا التي تم تسليط الضوء عليها في هذه الدراسة، لا سيما المخاوف الواسعة بشأن المساءلة والشفافية في عمليات القصر العيني والمرافق المُماثِلة. هناك حاجة ملحة لبناء مجموعةٍ أكبر من الأبحاث المبنية على الأدلة تُعالِج بشكلٍ خاصٍ احتياجات الرعاية الصحية النفسية للأفراد العابرين/ات جندريًا في مصر، حيث لا تزال الأدبيات الحالية نادرةً ومُجزَّأة. يجب ألا تقتصر هذه الأبحاث على توثيق أوجه القصور النظامية فحسب، بل أن تقترح أيضًا نماذج عمليةً للرعاية، آليات المراقبة، والتدخلات الحساسة ثقافيًا. على مستوى المناصرة، يُمكِن أن تُشكِّل هذه النتائج أساسًا لحملاتٍ تهدف إلى تعزيز المساءلة المؤسسية، ضمان نهجٍ قائمٍ على الحقوق في خدمات الصحة النفسية، وسد الفجوة بين الضمانات الدستورية للصحة والكرامة والواقع الحي للأفراد العابرين/ات جندريًا.

خاتمة

في الختام، يُسلِّط هذا التقرير الضوء على الواقع الذي يواجه الأفراد العابرين/ات جندريًا في مصر، العالقين/ات في دائرةٍ مُفَرَّغةٍ من الإقصاء القانوني المنهجي والتهميش الاجتماعي والاقتصادي الشامل. إن عيادة أضطراب الهوية في القصر العيني، وهي المنشأة الحكومية الوحيدة في البلاد، تُجسِّد هذه الأزمة بشكلٍ مأساوي، حيث تُقدِّم رعايةً وهميةً تنتهك بشكلٍ جوهريٍ الحق في الصحة وكرامة الإنسان الذي يكفله الدستور المصري والقانون الدولي.

إن نموذج تشغيلها مليء بالنواقص الشديدة، يتسم بقلة الجلسات، فترات الانتظار الطويلة، وحدودٍ صارمةٍ للمرضى. في الداخل، يتعرض المرضى لمعاملةٍ غير إنسانيةٍ من غير الأطباء والأطباء ويواجهون/ن نقصًا شاملًا في الرعاية المُتخصِّصة والمُتعاطِفة، وغالبًا ما يتعرضون/ن لاستخدام الجندر الخاطئ ولغةٍ تمييزيةٍ من مقدمي/ات الرعاية الصحية. والأهم من ذلك، أن التقارير الصادرة عن العيادة هي مجرد تقييماتٍ نفسية، تعفي المؤسسة صراحةً من الالتزام القانوني أو الطبي ولا تقدم مساراتٍ للهرمونات أو العمليات الجراحية، مما يُحاصِر الأفراد في دائرةٍ مُفَرَّغة.

يزيد هذا الفشل المؤسسي من خلال مشهدٍ خارجيٍ عدائي. غالبًا ما تضغط العيادة نفسها على الأفراد للعبور الاجتماعي، ومع ذلك، يجعلهم/ن ذلك عرضةً للمضايقات والتمييز العلني في سوقٍ عملٍ يُعاقِب بنشاطٍ التناقض بين المظهر والوثائق القانونية. إن حظر عام ٢٠٠٣ على عمليات تأكيد الجندر والتوجيه رقم ٢٠٢٤/٢٥، الذي يُقيِّد الاعتراف القانوني بالجندر فقط على الأفراد بَيْنِيِّي/ات الجنس، يجعلان الإطار القانوني سلاحًا، ويحرمان الأشخاص العابرين/ات جندريًا من الحماية المؤسسية ويعرضهم/ن لمخاطر اجتماعية، اقتصادية، وحتى تجريميةٍ عميقة. إن الأعباء الاقتصادية لطلب حتى الرعاية غير الكافية، إلى جانب نقص الدعم العائلي، تزيد من تفاقم هذه الفوارق النظامية، مما يُجبِر الكثيرين/ات على التخلي عن الرحلات الطبية الحيوية.

هذا التقرير هو دعوة للعمل، مؤكدًا أن الاحتياجات المُعلَنة لمجتمع العابرين/ات جندريًا تتطلب إصلاحًا عاجلًا وشاملًا. نحن نُقدِّم خارطة طريقٍ واضحةٍ لوزارة الصحة المصرية، صناع السياسات، المجتمع المدني، والجهات الفاعلة في الشركات للحفاظ على الضمانات الدستورية للكرامة والمساواة. يشمل ذلك تطوير إرشاداتٍ وطنيةٍ للرعاية الصحية للعابرين/ات جندريًا، توسيع الوصول، رفع الحظر فورًا عن العمليات الجراحية المُؤكِّدة للجندر، ووضع إطارٍ قانونيٍ قائمٍ على الحقوق للاعتراف بالجندر. علاوةً على ذلك، فإن تعزيز الحماية ضد التمييز، تعزيز الوعي العام، وتقديم الدعم المُتخصِّص أمر لا غنى عنه. من خلال تنفيذ هذه التوصيات المبنية على الأدلة، يُمكِن لمصر سد الفجوة بين وعودها الدستورية وواقع مواطنيها/اتها العابرين/ات جندريًا، مما يضمن ألا تُعْتَرَف بحقوقهم/ن الأساسية وكرامتهم/ن الإنسانية فحسب، بل أن يتم تحقيقها بالكامل.

المراجع

١. المصادر الإنجليزية

١ر١ مقالات وتقارير المجلات

١. براون، ف.، وكلارك، ف. (٢٠٠٦). استخدام التحليل الموضوعي في علم النفس. البحث النوعي في علم النفس. البحث النوعي في علم النفس، ٣(٢)، ٧٧–١٠١. doi:https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

٢. براون، ف.، وكلارك، ف. (٢٠١٩). التأمل في التحليل الموضوعي الانعكاسي. البحث النوعي في الرياضة والتمارين والصحة، ١١(٤)، ٥٨٩–٥٩٧. doi: https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

٣. نورالله، ن. (٢٠٢٤أ). مصر تتحرك لإغلاق ثغرةٍ تسمح للأشخاص العابرين/ات جندريًا بالوصول إلى الاعتراف القانوني بالجندر. القاهرة ٥٢.

٤. نورالله، ن. (٢٠٢٤ب). رفض الوصول: دراسة نوعية حول سياسة الصحة للعابرين/ات جندريًا في مصر. العلوم الاجتماعية والطب (١٩٨٢).

٥. نورالله، ن. (٢٠٢١). النظام التمييزي قَتَل رجلًا عابرا جندريًا في مصر. هيومن رايتس ووتش.

٦. نورالله، ن. (٢٠٢٢). منطقة صعبة: الأشخاص العابرون/ات جندريًا في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. هيومن رايتس ووتش.

٧. TIMEP والقاهرة ٥٢. (٢٠٢٥). الحق في الصحة للأفراد العابرين/ات جندريًا وبَيْنِيِّي/ات الجنس في مصر: تقرير بديل مُشتَرَك للاستعراض الدوري الشامل. معهد التحرير لسياسة الشرق الأوسط.

٨. نورالله، ن. (٢٠٢٣). مشاكل جندرية في أرض النيل: هويات العابرين/ات جندريًا، القضاء، والإسلام في مصر. كتاب السنة للقانون الإسلامي والشرق أوسطي على الإنترنت، ٢٣(١)، ٤٧-٨٣. https://doi.org/10.1163/22112987-20230052

٩. نورالله، ن. (٢٠٢٤ج). فهم احتياجات وتحديات الأشخاص العابرين/ات جندريًا عند الوصول إلى الرعاية الصحية المؤكِّدة للجندر في مصر: دراسة بمنهجيات متعددة. معهد القاهرة ٥٢ للأبحاث القانونية.

١٠. عكاشة، ت.، شاكر، ن.، والجابري، د. (٢٠٢٥) خدمات الصحة النفسية في مصر، الشرق الأوسط، وشمال أفريقيا، المراجعة الدولية للطب النفسي، 4-37:3، 306-314، DOI:0.1080/09540261.2024.2400143

١١. إبراهيم، ن.، غلاب، إ.، نج، ف.، عويدة، ر.، وسلايد، م. (٢٠٢٢). وجهات نظر حول التعافي النفسي من مختصي الصحة النفسية المصريين: دراسة نوعية. مجلة التمريض النفسي والصحة النفسية، ٢٩(٣)، ٤٨٤–٤٩٢. https://doi.org/10.1111/jpm.12754

٢ر١. الوثائق القانونية

١. منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٩). التصنيف العالمي للأمراض، النسخة العاشرة (التصنيف العالمي للأمراض١٠) ٢٠١٩. https://icd.who.int/browse10/2019/en

٢. منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢٥). دستور منظمة الصحة العالمية.

٣. منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢٥). التصنيف العالمي للأمراض-١١ لإحصائيات الوفيات والمرضية (النسخة: ٢٠٢٥-٠١). التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشرة. https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#90875286

٤. منظمة الصحة العالمية. (بدون تاريخ). التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (التصنيف العالمي للأمراض).

٥. مفوَّضيِّة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان (OHCHR). (٢٠٠٨). ورقة الحقائق رقم ٣١: الحق في الصحة (ورقة حقائق رقم ٣١). الأمم المتحدة. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

٦. الدستور. (٢٠١٤). دستور مصر لعام ٢٠١٤.

٧. اللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب (ACHPR). (بدون تاريخ). الجزء الأول: الحقوق والواجبات (المواد ١–٢٦). اللجنة الأفريقية لحقوق الإنسان والشعوب. https://achpr.au.int/en/node/641

٣ر١. الكتب

١. كارينيو، م. أ. ف. (٢٠٢٤). هياكل الميول الجنسية في القاهرة: تدقيق في الإجهاض، فيروس نقص المناعة البشرية، وجراحة تأكيد الجندر. في ب. عمار (محرر)، تدقيق في القاهرة: إعادة تصور العدالة الحضرية والمرونة الاجتماعية (ص. ١٢٥–١٤٢). مطبعة الجامعة الأمريكية في القاهرة. https://doi.org/10.2307/jj.809344.13

٢. ميريام، س.، وتيسديل، إ. (٢٠١٥). البحث النوعي: دليل التصميم والتنفيذ (الطبعة الرابعة). جون وايلي وأولاده.

٢. المصادر العربية

٢٫١. مقالات وتقارير المجلات

١. الجمعية المصرية لدارسي العلوم الصحية (EMSA). (٢٠٢٣). خدمات الصحة النفسية العامة في مصر: تقييم الوضع ورسم خريطة للخدمات على مستوى البلاد. القاهرة: شمسية لأنظمة صحية مبتكرة.

٢٫٢. الوثائق القانونية

١. وزارة الصحة والسكان المصرية. (٢٠١٠). اللوائح التنفيذية لقانون الصحة النفسية (المرسوم الوزاري رقم ١٢٨ لعام ٢٠١٠).
٢. الجريدة الرسمية لمصر. (٢٠٠٩). قانون الصحة النفسية (القانون رقم ٧١ لعام ٢٠٠٩).
٣. الجريدة الرسمية لمصر. (٢٠٢٠). القانون رقم ٢١٠ لعام ٢٠٢٠ الذي يُعدِّل بعض أحكام قانون الصحة النفسية (القانون رقم ٧١ لعام ٢٠٠٩).

٢٫٣. المقالات الإخبارية

١. أبو ضيف، أ. (٢٠٢٣). افتتاح وحدات علاجية في مستشفى الحسين الجامعي بعد تجديدها. أخبار الوطن. https://www.elwatannews.com/news/details/6506460
٢. علي، ل. (٢٠١٨). لغز الحرائق في مستشفى جامعة الحسين كل يوليو من كل عام. اليوم السابع. https://www.youm7.com/story/2018/7/8/3863862
٣. كساب، ب. (٢٠٢٤). «الميزانية الجديدة»: الإنفاق على الصحة والتعليم أقل من نصف الاستحقاق الدستوري. مدى مصر.

القاهرة ٥٢
للأبحاث القانونية
CAIRO 52
LEGAL RESEARCH INSTITUTE

"زي الحيوانات في الجنينة"

الكرامة، التمييز، والحق في الصحة في القصر العيني