بيان الهيئة الاستشارية الطبية الدولية حول العلاج الهرموني للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا.

مقدمة

أعدت اللجنة الاستشارية الطبية الدولية هذا البيان وتمت الموافقة عليه في شهر يونيو من عام 2023.

هذا البيان الذي يتناول موضوع العلاج الهرموني للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا يعد مكملا للبيانات السابقة للجنة الاستشارية الطبية الدولية، وهو مبني عليها، بما في ذلك البيانات التي تناولت موضوع العلاج الهرموني للأشخاص المتحولين جندريا التي أُعدت في (أكتوبر 2015)، وبيان "الحقوق الجنسية وخدمات الصحة الجنسية"، وبيان "الصحة والحقوق الجنسية للمراهقين والشباب". داخل هذه البيانات، بحث الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة بشكلٍ واضحٍ الحقوق والصحة الجنسية للمثليات، والمثليين، ومزدوجي التوجه الجنسي، والمتحولين جندريا، وثنائيو الجنس، ووصف من خلالها كيفية تقديم الخدمات الصحية الأساسية التي يحتاجها أفراد من هذه الفئات السكانية دون تمييز.

هدف البيان

أقرت اللجنة الاستشارية الطبية الدولية هذا البيان الذي يتناول موضوع إتاحة العلاج الهرموني الذي يؤخذ لتأكيد الجندر عند المتحولين والمتنوعين جندريا انطلاقا من التزام الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة والجمعيات الأعضاء بتحسين الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للجميع، بما في ذلك ذوي التوجهات الجنسية المتنوعة والهويات الجندرية على اختلاف أنواعها.

يتزايد الآن عدد الجمعيات الأعضاء في الاتحاد الذين يستجيبون لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للمتحولين والمتنوعين جندريا، فقد بادر البعض بخطواتٍ لتوفير العلاج الهرموني المؤكِّد للجندر لتلك المجموعات. العلاج الهرموني المؤكِّد للجندر هو جزء من تأكيد الهوية الجندرية للعديد من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا، لذا فإن تقديم هذه الخدمة يساعدهم في إدراك حقوقهم الجنسية والجندرية. يتضمن بيان اللجنة الاستشارية الطبية الدولية هذا معلومات أساسية حول العلاج الهرموني المؤكِّد للجندر للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًا، وإرشادات سريرية موجزة حول البدء والمتابعة.

يرتكز هذا البيان ارتكازًا أساسيًا على مبدأين من المبادئ التوجيهية المعروفة دوليًّا: 1) "معايير الرعاية لصحة المتحولين والمتنوعين جندريًا" التي أصدرتها الرابطة المهنية العالمية لصحة المتحولين جندريًا **(1)** و2) وإرشادات الممارسة السريرية لجمعية الغدد الصماء للعلاج الهرموني للعبور الجنسي. **(2)**

الجمهور المستهدف

يستهدف هذا البيان الجمعيات الأعضاء في الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، ويصف لهم احتياجات العلاج الهرموني للمتحولين والمتنوعين جندريا، ويهدف لتمكينهم من تحسين الخدمات أو الإحالات المتعلقة بالتحول الجندري. قد يكون هذا البيان مفيدًا أيضًا لجهات تقديم الرعاية الأولية، وللأطباء الذين يرغبون في تقديم العلاج الهرموني أو يقدمونه بالفعل، وللمنظمات والناشطين والباحثين وصانعي القرار والسياسات الذين يعملون من أجل زيادة إتاحة خدمات الصحة الجنسية إتاحة شاملة للمجموعات السكانية المهمشة.

من هم المتحولين والمتنوعين جندريًّا؟

يتوافق إحساس معظم الناس بالهوية الجنسانية مع جنسهم المحدد عن الولادة. أي أن الشخص الذي يتم تعيينه ذكرًا عند الولادة عادةً ما يُعَرِّف نفسه بأنه صبي/رجل (أي بجنسه المحدد)، والشخص الذي يتم تعيينه أنثى عند الولادة عادةً ما تعَرِّف نفسها بأنها فتاة/امرأة (جنسها).

الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا هم أفرادٌ من أي عمر لا تتوافق هويتهم وتعبيراتهم (النوع الاجتماعى) مع المعايير والتوقعات المرتبطة عرفًا بجنسهم المحدد عند الولادة. في الاستخدام المعاصر، أصبح مصطلح "المتحولين جندريا" أو "العابرين" أو "ترانس" مصطلحًا شاملًا للهويات والتجارب بمختلف أنواعها. ومن المصطلحات الأخرى "المتنوعين جندريا" الذي يُستخدَم أحيانًا للأشخاص الذين لا يُعتبرون متحولين جنسيًا أو عابرين، ولكن لديهم هوية جندرية مختلفة عن تلك المحددة عن الولادة. بعض المتحولين جندريا لا يرغبون في الخضوع لإجراءات طبيةٍ تؤكد الهوية الجندرية كالعلاج الهرموني المؤكد للجندر وجراحة تأكيد الجندر. يرد في الصندوق 1 مسردٌ للمصطلحات.

الصندوق 1 (1):

"متوافق الجنس" هو مصطلحٌ يشير إلى الشخص الذي تتوافق هويته الجندرية الحالية مع الجنس الذي تم تعيينه له عند الولادة.

"الجندر" هو مصطلحٌ قد يشير، اعتمادًا على السياق، إلى الهوية الجندرية أو التعبير الجندري أو النوع الاجتماعي الجندري أو جميعهم، بما في ذلك المفاهيم والتوقعات المرتبطة ثقافيًا بالأشخاص الذين يتم تعيينهم ذكورًا أو إناثًا عند الولادة. تشمل الهويات الجندرية التي هي غير هويات الرجال والنساء (سواء كانوا متوافقون أو متحولون) المتحولين/ات جندريًا، وكويري الهوية الجندرية، وحيادي الجندر، ومرني الجندر، والجندر الثالث، وغيرهم؛ يتم الاعتراف بالعديد من الهويات الجندرية الأخرى في جميع أنحاء العالم.

"تأكيد الهوية الجندرية" هو مصطلحٌ يشير إلى الاعتراف بالهوية الجندرية للشخص أو الموافقة عليها. وعادةً ما يكون لهذا المفهوم أبعادٍ اجتماعيةٍ ونفسيةٍ وطبيةٍ وقانونيةٍ. يمكن استخدام "تأكيد الهوية الجندرية" كتعبيرٍ بدلًا من "تحول" (مثال: التأكيد الطبي للهوية الجندرية) أو كصفةٍ (مثال: الرعاية المؤكِّدة للهوية الجندرية).

"جراحة تأكيد الهوية الجندرية" هي جراحةٌ لتغيير الخصائص الجنسية الأولية أو الثانوية أو كلاهما لتأكيد الهوية الجندرية للشخص.

"التصنيف الثنائي للجندر" هو مصطلحٌ يشير إلى فكرة وجود نوعين فقط من الجندر، هما الرجال والنساء؛ وأن يكون من المتوقع من كل فرد أن يكون إما رجل أو امرأة؛ وأن جميع الرجال ذكور وجميع النساء إناث.

"التنوع الجندري" هو مصطلحٌ يُستخدَم لوصف الأشخاص ذوي الهويات الجندرية أو التعبيرات الجندرية المختلفة عن التوقعات الاجتماعية والثقافية المنسوبة إلى جنسهم المحدد عند الولادة. وقد يشمل ذلك، من بين العديد من الهويات الأخرى المتنوعة ثقافيًا، الأشخاص كويري الهوية الجندرية، وأي توسع جندري، وغير المتوافقين جنسيًا، وغيرهم ممن لا يُعتبرون متوافقين مع جنسهم المحدد عند الولادة.

"الانزعاج الجندري" هو مصطلحٌ يصف حالة الضيق أو الانزعاج التي قد يشعر بها أحدٌ لأن هويته الجندرية تختلف عن تلك التي اسندت إليه جسديًا و/أو اجتماعيًا عند الولادة. وهو أيضًا مصطلحٌ تشخيصيٌ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة)، وهو يشير إلى تناقض، مصحوبًا بحالة ضيق نفسي، بين الجنس المحدد عند الولادة والهوية الجندرية. رغم ذلك، لا يعاني جميع الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا من هذا الانزعاج.

"قابل للتوسع جندريا" هي صفةٌ تُستخدَم غالبًا لوصف الأشخاص الذين يعرفون أنفسهم أو يعبرون عنها بطرقٍ تشمل ما هو أوسع من نطاق السلوكيات أو المعتقدات المحددة اجتماعيًا وثقافيًا المرتبطة بجنسٍ معينٍ. ويطلق على ذلك أيضًا مصطلح الإبداع الجندري أحيانًا. على سبيل المثال، كان مصطلح "غير متطابق جندريا" شائع الاستخدام في الماضي وبدأ في الاختفاء من الاستخدام المهني بسبب الدلالات السلبية المرتبطة به الآن.

"التعبير الجندري" هو مصطلحٌ يشير إلى سبل تعبير الأشخاص عن هويتهم الجندرية في الحياة اليومية وسياق ثقافتهم ومجتمعه. والتعبير الجندري المتعلق بالمظهر الجسدي قد يشمل الملبس، وطريقة تصفيف الشعر، والإكسسوارات، ومستحضرات التجميل، والإجراءات الهرمونية والجراحية، والسلوكيات، وطريقة الحديث، والأنماط السلوكية، والأسماء. وقد يتوافق التعبير الجندري للشخص مع هويته الجندرية أو قد لا يتوافق.

"الهوية الجندرية" هو مصطلحٌ يشير إلى إحساس الشخص العميق والداخلي والجوهري بجندره.

"عدم الانسجام الجندري" هو مصطلحٌ تشخيصيٌ يُستخدَم في التصنيف الدولي للأمراض (المراجعة الحادية عشر)، ويصف تجربة الشخص الملحوظة والمستمرة في عدم التوافق بين هويته الجندرية وبين الجنس المُتوقَع منه بناءً على ما نُسبَ إليه عند الولادة.

"الثنائية الجندرية" هو مصطلحٌ يشير إلى الأشخاص المولودين بأعضاء جنسية أو تناسلية لا تتناسب مع التصنيف الثنائي للإناث والذكور.

"المخاطبة اللغوية الخاطئة جندريا" هو مصطلحٌ يشير إلى الحالات التي لا تعكس فيها اللغة الجندر الصحيح الذي يُعَرِّف به المخاطب نفسه. قد يكون التحديد الخاطئ ضميرًا (هو/ـه ، هي/ـها) أو شكلًا من أشكال النداء (سيد، مستر).

"لا ثنائي" هو مصطلحٌ يشير إلى من تقع هوياتهم الجندرية خارج التصنيف الثنائي للجندر. وقد يصنف الشخص اللاثنائي نفسه على أنه ذكرٌ جزئيًا وأنثىٌ جزئيًا، أو على أنه أحيانًا ذكرٌ وأحيانًا أخرى أنثىٌ، أو على أنه جنسٌ آخر غير الذكور والإناث، أو على أنه بدون أي جنس على الإطلاق. قد يستخدم اللاثنائيون ضمائر الجمع مثل (هم , هن , ها) بدلًا من (هو/ـه) أو (هي/ـها). يعتبر بعض اللا ثنائيين أنفسهم متحولين أو عابرين جندريا، والبعض الآخر لا يفعل ذلك لأنهم يعتبرون المتحولين جندريا جزءًا من الجندرية الثنائية. يُستخدَم الاختصار NB أو "enby" أحيانًا كوصفٍ اللا ثنائية الجندرية. ومن الأمثلة على الهويات اللا ثنائية الجندرية حر الجندر، والتنوع الجندري، والمرونة الجندرية، وشبه الجندرية، وثنائي الجندر، واللاجندرية.

"الجنس المحدد عند الولادة" هو مصطلحٌ يشير إلى حالة الشخص كذكر أو أنثى أو ثنائي الجندر بناءً على الخصائص الجسدية. عادةً ما يتم تحديد الجنس عند الولادة بناءً على مظهر الأعضاء التناسلية الخارجية. AFAB هو اختصارٌ لـ"صُنِّف أنثى عند الولادة". AMAB هو اختصارٌ لـ"صُنِّف ذكر عند الولادة".

"التوجه الجنسي" هو مصطلحٌ يشير إلى الهوية الجنسية للشخص وجاذبيته وسلوكياته تجاه الأشخاص بناءً على جنسه أو خصائصه الجنسية أو كلاهما وخصائص شريكه أو شريكته. إن التوجه الجنسي والهوية الجندرية مصطلحان مختلفان.

"المتحول جندريا" أو العابرون أو الترانس هي مصطلحاتٌ شاملة تصف الأشخاص الذين تختلف هوياتهم الجندرية أو تعبيراتهم الجندرية ،أو كلاهما، عما هو مُتوقَع عادةً للجنس الذي تم تصنيفهم به عند الولادة. لكن لا بد من استخدام هذه الكلمات كصفات (كما في "الأشخاص المتحولة جندريا") وليس كأسماء (كما في "المتحولين جندريا")، وليس كأفعال (كما في "تم تحويلهم جندريا").

"الرجال المتحولين جنسيًا" أو "الرجال العابرين" أو "الرجال ذوي تجارب التحول الجنسي" هي مصطلحاتٌ تشير إلى الأشخاص الذين لهم هوية جندريه بصفتهم رجال ولكن تم تصنيفهم إناثا عند الميلاد. هؤلاء الأشخاص ربما خضعوا أو لم يخضعوا لأي تحويل/عبور. أما مصطلحا FTM أو (أنثى-إلى-ذكر) فهما مصطلحان قديمان لم نعد نستخدمهما.

"النساء المتحولات جنسيًا" أو "النساء العابرات" أو "النساء ذوات تجارب التحول الجنسي" هي مصطلحاتٌ تشير إلى اللاتي لديهن هوية جندريه بصفتهن نساء ولكن تم تصنيفهم كذكور عند الولادة. هؤلاء الأشخاص ربما خضعوا أو لم يخضعوا لأي تحويل/عبور. أما مصطلحا MTF أو (ذكر-إلى-أنثى) فهما مصطلحان قديمان لم نعد نستخدمهما.

"التحول/العبور" هو مصطلحٌ يشير إلى العملية التي يتغير بها الأشخاص عادةً من التعبير الجندري المرتبط بالجنس الذي تم تصنيفهم به عند الولادة إلى تعبيرٍ جندري آخر يتطابق بشكلٍ أفضل مع هويتهم الجندرية. قد يتحول/يعبر الأشخاص اجتماعيًا باستخدام طرقٍ مثل تغيير أسمائهم، أو الضمائر اللغوية التي تشير إليهم، أو ملابسهم، أو طريقة تصفيف شعرهم، أو طريقة تحركهم وحديثهم. قد يتضمن التحول/العبور أو لا يتضمن هرمونات أو عمليات جراحية، أو كلاهما، لتغيير الخصائص الجسدية. يمكن استخدام مصطلح التحول/العبور لوصف عملية تغيير التعبير الجندري من أي جندر إلى آخر. وقد يتحول/يعبر الشخص أكثر من مرة واحدة خلال حياته.

"رهاب التحول الجندري والجنسي" هو مصطلحٌ يشير إلى المواقف والمعتقدات والإجراءات السلبية المتعلقة بالمتحولين/العابرين والمتنوعين جندريا. يمكن تجسيد رهاب التحول الجندري والجنسي في سياساتٍ وممارساتٍ تمييزيةٍ على المستوى الهيكلي أو الشخصي. يمكن أيضًا أن يكون رهاب التحول الجندري والجنسي رهاب داخلي، أي عندما يقبل الأشخاص المتحولين/العابرين والمتنوعين جنسيًا التحيز تجاه أنفسهم أو غيرهم من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جنسيًا. في حين أن رهاب التحول الجندري والجنسي ينتج أحيانًا عن الجهل غير المقصود لا العداء المباشر، فإن آثاره ليست حميدة أبدًا. يستخدم البعض مصطلح (التحيز ضد المتحولين/العابرين جندريا وجنسيا) بدلًا من رهاب التحول الجندري والجنسي.

الآراء الطبية الحالية حول هويات المتحولين/العابرين والمتنوعين جندريا

تنشأ عادةً الهوية الجندرية في السنوات المبكرة من مرحلة ما قبل المدرسة [(1)]. بعض الناس يدركون منذ الطفولة أنهم مختلفون عن الجندر الذي تم تصنيفهم به عند الميلاد. والبعض الآخر قد يدرك ذلك خلال مرحلة المراهقة أو البلوغ.

حاليا يزداد فهمنا لنشوء وتطور الهوية الجندرية، وقد أصبح أكثر تعقيدا بسبب تسييس الرعاية الصحية للأشخاص المتحولين جنسيًا ونواحي أخرى من نواحي حياتهم (مثل: الرياضة ودورات المياه). تشير الرابطة المهنية العالمية

لصحة المتحولين جنسيًا (WPATH) على وجه التحديد إلى أن "طرق التعبير عن الخصائص الجنسانية، بما في ذلك الهويات، التي لا ترتبط نمطيًا بالجنس المحدد عند الولادة، هو ظاهرة بشرية شائعة ومتنوعة ثقافيًا]والتي[لا ينبغي الحكم عليها على أنها مرضية أو سلبية بطبيعتها". (1)

هذا المفهوم عن الهوية الجندرية الآخذ في التغير ينعكس في التسميات المتغيرة لأنظمة التشخيص. في الطبعة الخامسة من "الدليل الشخصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-V-TR)، يأتي مصطلح "الانزعاج الجندري" بدلًا من مصطلح "اضطراب الهوية الجندرية". يشير مصطلح "الانزعاج الجندري" إلى حالة الانزعاج أو الضيق الناجم عن التناقض بين الهوية الجندرية لشخصٍ ما وبين جنسه المحدد عند الولادة (الجنس الأساسي المرتبط به و/أو خصائصه الجنسية الأولية والثانوية).

تشدد الرابطة المهنية العالمية لصحة المتحولين جندريا على أن بعض الأشخاص المتحولين جنسيًا فقط يعانون من الانزعاج الجندري في مرحلةٍ ما. في الطبعة العاشرة (1994) من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، لا تزال فئة "اضطراب الهوية الجندرية" موجودة. ومع ذلك، أزالت منظمة الصحة العالمية العديد من المصطلحات المتعلقة بالهوية الجندرية، بما في ذلك "اضطراب الهوية الجندرية" في الطبعة الحادية عشر من التصنيف الدولي للأمراض 2022) ICD 11). بالإضافة إلى ذلك، تمت إضافة مصطلح "عدم الانسجام الجندري" تحت الحالات المتعلقة بالصحة الجنسية. عدم الانسجام الجندري هو تناقضٌ ملحوظ ومستمر بين الجنس المحسوس والجنس المحدد عند الولادة.

رعاية التأكيد الجندري للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا

تختلف احتياجات الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا من الخدمات المتعلقة بالتحول/العبور الجندري؛ فلا يرغب جميع الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا في تأكيد أجسادهم من خلال الإجراءات الطبية التي تؤكد الجندر. تشمل هذه الإجراءات العلاج الهرموني للتأكيد الجندري (GAHT)، وجراحة التأكيد الجندري (GAS) – وإجراءات أخرى تخص الوجه، والثدي، والصدر، والجسد، والأعضاء التناسلية؛ وإزالة شعر الوجه وعلاج الصوت والتواصل. توصي الرابطة المهنية العالمية لصحة المتحولين جندريا بأن توفر أنظمة الرعاية الصحية الرعاية اللازمة طبيًا والتي تؤكد الجندر للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا (1).

المعايير الحالية لرعاية العلاج الهرموني المؤكد للجندر (GAHT) للبالغين من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا

تغطي معايير الرابطة المهنية العالمية لصحة المتحولين جندريا رعاية العلاج الهرموني المؤكد للجندر للبالغين والمراهقين من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا (1). تعد إرشادات الممارسة السريرية لجمعية الغدد الصماء مصدرًا إضافيًا شاملًا للعلاج الهرموني المؤكد للجندر (2). ترتكز الأنظمة التالية على هذين الإرشادين، وينصح أطباء الجمعيات الأعضاء بالرجوع إليهما لمواكبة التغييرات بناءً على الأدلة التي تظهر في المستقبل.

لا يسعى جميع الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا للحصول على العلاج الهرموني المؤكد للجندر؛ ومع ذلك، فهو ضروري من الناحية الطبية لمن يطلبه. اعتمادًا على نظام التصنيف الشخصي المستخدم في نظام الرعاية الصحية أو إذا كان التشخيص مطلوبًا، يوصى بإجراء تقييم للانزعاج الجندري (DSM-5-TR) أو عدم الانسجام الجندري (ICD-11) قبل بدء العلاج الهرموني المؤكد للجندر. يمكن إجراء هذا التقييم من قبل متخصص عام في الصحة النفسية أو فريق متعدد التخصصات لديه خبرة كافية في توفير الرعاية للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًا. معايير الرابطة المهنية العالمية لصحة الأشخاص المتحولين جندريًا للعلاج الهرموني للبالغين هي كما تلي (1):

فيما يتعلق بعملية التقييم

- يجب على المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يقومون بتقييم البالغين من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا الذين يسعون للحصول على العلاج المؤكد للجندر التواصل والتنسيق مع المهنيين من مختلف التخصصات في مجال الصحة للعابرين من أجل التشاور والإحالة إذا لزم الأمر.
- إذا كانت هناك حاجة إلى وثيقة أو رسالة مكتوبة للتوصية بالعلاج الطبي المؤكد للجندر (GAMST)، فيكفي خطاب تقييم واحد فقط من أخصائي رعاية يتمتع بالكفاءات في تقييم الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا.

معايير العلاج بالهرمونات

1. استمرار عدم الانسجام الجندري لمدة طويلة ووجوده بشكل واضح ؛
2. مطابقة الحالة للمعايير التشخيصية لعدم الانسجام الجندري قبل العلاج الهرموني المؤكد للجندر إذا كنت في منطقة تشترط التشخيص للحصول على الرعاية الصحية؛
3. الأهلية للإقرار بالموافقة على علاج هرموني محدد يؤكد الجندر؛
4. تحديد واستبعاد الأسباب المحتملة الأخرى لعدم الانسجام الجندري الواضح؛
5. إتمام تقييم للصحة النفسية والبدنية التي يمكن أن تؤثر سلبًا على نتيجة العلاج، مع مناقشة المخاطر والفوائد؛
6. فهم الحالة لتأثير العلاج الهرموني المؤكد للجندر القدرة علي الإنجاب وتعريف الحالة بخيارات الإنجاب.

يجب أن يتلقى الأشخاص المتحولين/العابرين والمتنوعين جندريا معلومات دقيقة وشاملة حول فوائد ومخاطر العلاج الهرموني، بما في ذلك معلومات عن الآثار الجسدية الدائمة والقابلة للاسترجاع. الموافقة الواضحة ضرورية لتوفير العلاج الهرموني المؤكد للجندر. من الممارسات الجيدة تقديم استمارة إقرار بالموافقة مكتوبة تحدد مخاطر وفوائد العلاج قبل الشروع فيه. نظرًا لأن العلاج الهرموني المؤكد للجندر طويل الأجل يؤثر على الخصوبة (القدرة على إنتاج الحيوانات المنوية أو البويضات القابلة للتخصيب)، توصي الرابطة المهنية العالمية لصحة الأشخاص المتحولين جندريا دائمًا بمناقشة القرارات المتعلقة بالخصوبة مع العميل. وذلك عن طريق إخبارهم مثلا بالمعلومات المتعلقة ببنوك الحيوانات المنوية، أو البويضات، أو تجميد الأجنة.

من هم القادرون على تقديم العلاج الهرموني المؤكد للجندر للبالغين من المتحولين/العابرين جندريا؟

في جميع أنحاء العالم، يقدم الأطباء من مختلف التخصصات العلاج الهرموني للبالغين من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا، بما في ذلك الغدد الصماء، وطب الأسرة، والرعاية الأولية، والطب الباطني، والتوليد وأمراض النساء، والطب النفسي. يقدم معهد التعليم العالمي التابع للرابطة المهنية العالمية لصحة المتحولين جندريا التدريب على العلاج الهرموني المؤكد للجندر. بناءً على مستوى الارتياح والخبرة، قد يبدأ مقدمو الرعاية الأولية العلاج الهرموني أو يواصلون العلاج الهرموني الذي بدأه طبيب الغدد الصماء أو طبيب متمرس آخر؛ كحد أدنى، يجب أن يكونوا قادرين على تقديم معلومات عن العلاج الهرموني والإحالات إلى أخصائيي الرعاية الصحية ذوي الخبرة في تقديم في العلاج الهرموني. قد يكون لدى مقدمي الرعاية الأولية بالفعل خبرة ومعرفة في استخدامات هرمون الإستروجين (لمنع الحمل واستبدال هرمون الإستروجين بعد انقطاع الطمث)، وهرمون التستوستيرون (لقصور الغدد التناسلية والحالات التي تعاني من نقص الأندروجين)، وأدوية حجب هرمون التستوستيرون (لأمراض الشعرانية والبروستاتا). يمكن استخدام هذه الخبرة والمعرفة لبدء العلاج الهرموني والحفاظ والمواصلة عليه بين العملاء من الأشخاص المتحولين جنسيًا الذين ليس لديهم حالات مرضية مصاحبة.

إن الهدف من العلاج الهرموني المؤكد للجندر هو مواءمة المظهر الخارجي للجسم مع الجنس المحسوس. بالإضافة إلى التغيرات الجسدية، تأتي الفوائد النفسية في شكل تحسين نوعية الحياة، بغض النظر عما إذا كانوا قد خضعوا لجراحة التأكيد الجندري أم لا، حيث إن العلاج الهرموني المؤكد للجندر يمكن أن يساعد في تأكيد الهوية الجندرية **(1)**.

بالنسبة إلى الطبيب، فإن الهدف العملي للعلاج الهرموني لهرمون التستوستيرون هو زيادة مستويات التستوستيرون في الدم والحفاظ عليها عند المستوى الطبيعي للذكر البيولوجي (300-1000 نانوجرام/ديسيلتر) عن طريق إعطاء هرمون التستوستيرون بجرعاتٍ مماثلةٍ كما هو الحال في علاج قصور الغدد التناسلية (الحقن، أو الأقراص، أو لاصقات الجلد). وبالمثل، فإن الهدف العملي للعلاج الهرموني للإستروجين هو خفض مستويات هرمون التستوستيرون والحفاظ عليها عند (30-100 نانوجرام/ديسيلتر) بدون مستويات فوق فسيولوجية من الإستراديول (<200 بيكوجرام/مل). يتم تحقيق ذلك من خلال إعطاء هرمون الإستروجين المشابه للموجود في الإياس أو انقطاع الطمث بعد الجراحة (أقل من 50) وفي الإياس أو انقطاع الطمث (أكثر من 50) وتقديم مضادات الأندروجين (مثل سبيرونولاكتون وسيبروتيرون أسيتات). بشكلٍ عام، يبدأ إعطاء الهرمونات بجرعةٍ منخفضةٍ وتزداد تدريجيًا لتحقيق التأثيرات الجسدية المرغوبة و/أو مستويات هرمون التستوستيرون. بمجرد الوصول إلى التأثير الجسدي الأقصى (عادةً من سنتين إلى ثلاث سنوات)، يتم إعطاء جرعة محافظة. يتم تعديل الجرعة أيضًا وفقًا للعمر والحالات الصحية (على سبيل المثال، ارتفاع ضغط الدم ومرض

السكري). بعد إزالة الغدد التناسلية جراحيًا، يكون استبدال الهرمونات بالإستروجين أو التستوستيرون مدى الحياة ويجب تكييفه حسب احتياج الفرد. يمكن للمستشارين الطبيين تقديم إحالات لاستئصال الغدد التناسلية كوسيلة لتوفير رعاية مؤكدة للجندر.

يعد الحمل مانع مطلق للعلاج بهرمون التستوستيرون؛ والموانع النسبية هي ارتفاع ضغط الدم الشديد، وانقطاع التنفس أثناء النوم، وكثرة الكريات الحمر الحقيقية. يرتبط العلاج بالإستروجين بأحداث الانصمام الخثاري ويجب إجراء تقييم وعلاج للحالات البروثرومبوتية أو عوامل الخطر قبل بدء العلاج. يجب تقييم وجود أمراض مثل السرطان الحساس للهرمونات، وأمراض الشريان التاجي، وأمراض الأوعية الدموية الدماغية، وفرط بروتينات الدم، وفرط ثلاثي جلسريد الدم، وحصى المرارة، قبل بدء العلاج الهرموني المؤكد للجندر.

العلاج بالإستروجين
الأنظمة (انظر الجدول 1)

يعتمد اختيار نظام العلاج الهرموني على ما إذا كان الشخص قد خضع لاستئصال الغدد التناسلية (سواء تمت إزالة الخصيتين، وهما مصدرٌ مهمٌ لهرمون التستوستيرون)؛ تقييم وجود حالات مرضية مشتركة مثل ارتفاع ضغط الدم وفرط شحميات الدم؛ وتقييم مخاطر الانسداد الخثاري. يجب توفير هرمون الإستروجين الخارجي، ويجب منع آثار هرمون التستوستيرون الداخلي (من الخصيتين). لذلك، هناك حاجة إلى مزيج من هرمون الإستروجين ومضاد الأندروجين (مثل سبيرونولاكتون أو سيبروتيرون أسيتات) للشخص الذي لم يخضع لإزالة الخصيتين.

الجدول 1: أنظمة الهرمونات لدى البالغين من المتحولين والمتنوعين جندريا

النظام القائم على الإستروجين (التحول إلى أنثى)	
إستروجين	
يؤخذ بالفم أو تحت اللسان	
إستراديول	6.0-2.0 مليجرام/يوم
عبر الجلد	
رقعة إستراديول عبر الجلد	0.02-0.025 مليجرام/يوم
جل إستراديول بمختلف أنواعه	≠ يوميًا على الجلد
عبر الوريد	
إستراديول فاليرات أو سيبيونات	30-5 مليجرام حقن عضلي كل أسبوعين 10-2 حقن عضلي كل أسبوع
مضادات الأندروجين	
سبيرونولاكتون	300-100 مليجرام/يوم
أسيتات سيبروتيرون	10 مليجرام/يوم**
ناهضات الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية	7.50-3.75 مليجرام حقن تحت الجلد/عضلي شهريًا

صياغة مستودع ناهضات الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية	22.5/11.25 مليجرام حقن تحت الجلد/عضلي كل ثلاثة/ستة أشهر
≠ تختلف الجرعة المطبقة حسب الصياغة والقوة	
النظام القائم على التستوستيرون (التحول إلى ذكر)	
الذكور المتحولين جندريا	
تستوستيرون	
عبر الوريد	
إنانثات التستوستيرون/سيبيونات	100-50 حقن عضلي/تحت الجلد أسبوعيًا أو 200-100 حقن عضلي كل أسبوعين
أنديكونيت التستوستيرون	1000 مليجرام حقن عضلي كل 12 أسبوع أو 750 مليجرام حقن عضلي كل 10 أسابيع
تستوستيرون عبر الجلد	
جل التستوستيرون	100-50 مليجرام/يوم
رقعة تستوستيرون عبر الجلد	7.5-2.5 مليجرام/يوم

**يتم معايرة الجرعات لأكثر أو لأقل حتى تصبح مستويات هرمون الستيرويد الجنسي في النطاق العلاجي. لا تعكس أنظمة الهرمونات جميع التركيبات المتوفرة في جميع الصيدليات في جميع أنحاء العالم. قد يتعين تكييف أنظمة الهرمونات مع ما هو متوفر في الصيدليات المحلية.*
***كايبرز وآخرون (2021)*

من بين هرمونات الإستروجين، عادةً ما يتم تفضيل هرمون الإستروجين المقترن على هرمون الإستروجين الاصطناعي (إيثينيل إستراديول). وبالمثل، يُفضَل إعطاء الهرمون الإستروجين عبر الجلد لأولئك المعرضين لخطر الإصابة بأمراض الانصمام الخثاري، على الرغم من أن الأقراص والحقن أكثر فاعليةً في تحقيق تأثيرات التأنيث. يتم استخدام نظائر الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية (GnRH) أيضًا ولكنها باهظة الثمن وغير مناسبة لفترة طويلة.

التأثيرات

هناك تباين فردي في تأثيرات الإستروجين ومضادات الأندروجين. خلال الأشهر الثلاثة إلى الستة الأولى، يمكن للعملاء توقع انخفاض نمو شعر الوجه والجسم، وانخفاض الرغبة الجنسية، وانخفاض الانتصاب التلقائي، ونعومة الجلد، وانخفاض زيوت البشرة، وانخفاض كتلة العضلات، وإعادة توزيع دهون الجسم، ونمو الثدي. قد يصل نمو الثدي إلى ذروته فقط بعد عامين من العلاج الهرموني (انظر الجدول 2).

الجدول 2: المسار الزمني المتوقع للتغيرات الفيزيائية استجابةً للعلاج الهرموني (الإستروجين أو التستوستيرون)

الأنظمة القائمة على التستوستيرون

التأثير	بداية الظهور	المدة الأقصى
دهنية البشرة/حب الشباب	6-1 أشهر	من سنة إلى سنتين
نمو شعر الوجه والجسم	12-6 أشهر	>5 سنوات
تساقط شعر فروة الرأس	12-6 أشهر	>5 سنوات
زيادة كتلة/قوة العضلات	12-6 أشهر	5-2 سنوات
إعادة توزيع الدهون	6-1 أشهر	5-2 سنوات
وقف الحيض	6-1 أشهر	من سنة إلى سنتين
تضخم البظر	6-1 أشهر	من سنة إلى سنتين
ضمور المهبل	6-1 أشهر	من سنة إلى سنتين
تعميق الصوت	6-1 أشهر	من سنة إلى سنتين

الأنظمة القائمة على خفض هرموني الإستروجين والتستوستيرون

التأثير	بداية الظهور	المدة الأقصى
إعادة توزيع دهون الجسم	6-3 أشهر	5-2 سنوات
انخفاض كتلة العضلات وقوتها	6-3 أشهر	من سنة إلى سنتين
تنعيم البشرة/انخفاض الزيوت	6-3 أشهر	غير معروف
انخفاض الرغبة الجنسية	3-1 أشهر	غير معروف
انخفاض الانتصاب التلقائي	3-1 أشهر	6-3 أشهر
انخفاض معدل إنتاج الحيوانات المنوية	غير معروف	سنتين
نمو الثدي	6-3 أشهر	5-2 سنوات
انخفاض حجم الخصيتين	6-3 أشهر	متغير
انخفاض نمو الشعر	12-6 شهر	>3 سنوات
زيادة شعر فروة الرأس	متغير	متغير
تغيُّرات الصوت	لا يوجد	

مقتبس من همبري وآخرون، 2017

المراقبة

يجب مراقبة العملاء من المتحولين والمتنوعين جندريا في العلاج الهرموني للتأنيث والآثار الضارة كل ثلاثة أشهر للسنة الأولى ثم كل 6-12 شهرًا (انظر الجدول 3). كما ينبغي رصد مستويات التستوستيرون والإستراديول في المصل أثناء زيارات المتابعة، والحفاظ على مستوى هذه الهرمونات ضمن النطاقات العادية (التستوستيرون <50 نانوجرام/ديسيلتر؛ الإستراديول 100-200 بيكوجرام/مل).

يجب إجراء الاختبارات المعملية في زيارات المتابعة: مصل البرولاكتين، والدهون الثلاثية، ومستوى البوتاسيوم (في حالة استخدام سبيرونولاكتون)، وفحص كثافة المعادن في العظام (حيث يمكن أن تؤدي الجرعات المنخفضة إلى فقدان العظام)، والفحص الدوري لسرطان البروستاتا والثدي.

الجدول 3: متابعة الهرمونات للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا الذين يتلقون العلاج الهرموني المؤكد للجندر (2)

الذكور المتحولين جنسيًا (بما في ذلك المتنوعون جنسيًا/غير الثنائيين)

1. يتم تقييم المريض كل 3 أشهر تقريبًا (مع تغيُّر الجرعة) في السنة الأولى ومرة إلى مرتين سنويًا بعد ذلك لرصد التغيُّرات الجسدية المناسبة استجابةً لهرمون التستوستيرون.
2. يتم قياس إجمالي هرمون التستوستيرون في المصل كل 3 أشهر (مع تغيُّر الجرعة) حتى تصل المستويات إلى الهدف المرغوب فيه.

أ. بالنسبة إلى هرمون التستوستيرون الحقني، يجب قياس إجمالي التستوستيرون في منتصف الحقن. يعد المستوى المستهدف هو 700-400 نانوجرام/ديسيلتر. بدلًا من ذلك، قم بقياس الذروة والحد الأدنى لضمان بقاء المستويات في نطاق الرجال الطبيعيين.

ب. بالنسبة إلى هرمون التستوستيرون أنديكونيت الحقني، يجب قياس التستوستيرون قبل الحقن مباشرةً. إذا كان المستوى أقل من 400 نانوجرام/ديسيلتر، اضبط فترات الجرعة.

ت. بالنسبة إلى هرمون التستوستيرون المأخوذ عبر الجلد، يمكن قياس التستوستيرون بعد أسبوع واحد من التطبيق اليومي (على الأقل بعد ساعتين من استخدام المنتج).

3. يتم قياس تركيزات الهيماتوكريت أو الهيموجلوبين عند البداية وعند حوالي 3 أشهر (مع تغيُّرات الجرعة) للسنة الأولى ثم مرة إلى مرتين في السنة.

الإناث المتحولات جنسيًا (بما في ذلك المتنوعات جنسيًا/غير الثنائيات)

1. يتم تقييم المريض كل 3 أشهر تقريبًا (مع تغيُّرات الجرعة) في السنة الأولى ومرة إلى مرتين في السنة بعد ذلك لرصد التغيُّرات الجسدية المناسبة استجابةً للإستروجين.

أ. يجب أن تكون مستويات هرمون التستوستيرون في المصل أقل من 50 نانوجرام/ديسيلتر

ب. يجب أن يكون مصل الإستراديول في حدود 200-100 بيكوجرام/مل

2. بالنسبة إلى الأفراد الذين يتلقون سبيرونولاكتون، يجب مراقبة إلكتروليتات المصل، وخاصةً البوتاسيوم، ووظيفة الكلى، ولا سيما الكرياتينين.
3. يجب اتباع توصيات الرعاية الأولية والفحص لكل فصل من فصول الرعاية الأولية.

الاحتياطات

قد يزيد العلاج بهرمون الإستروجين من خطر الإصابة بأمراض الانصمام الخثاري الوريدي، وفرط دهون الدم، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وارتفاع ضغط الدم، وفرط بروﻻكتين الدم، وورم البروﻻكتين (الجدول 4). درجة الخطر غير واضحة، ويجب استبعاد هذه الحالات قبل بدء العلاج أو مراقبتها إذا بدأت في الظهور أثناء العلاج.

الجدول 4: المخاطر المرتبطة بالعلاج الهرموني المؤكد للجندر (المخاطر بالخط العريض هامَّة سريريًا) (1)

مستوى الخطر	الأنظمة القائمة على الإستروجين	الأنظمة القائمة على التستوستيرون
من المحتمل زيادة المخاطر	**الجلطات الدموية الوريدية** **العقم** فرط بوتاسيوم الدم فرط ثلاثي جلسريد الدم زيادة الوزن	**كثرة الكريات الحمر الحقيقية** **العقم** حب الشباب الثعلبة الأندروجينية ارتفاع ضغط الدم انقطاع النفس أثناء النوم زيادة الوزن انخفاض البروتين الدهني عالي الكثافة وزيادة البروتين الدهني منخفض الكثافة
من المحتمل زيادة المخاطر مع وجود عوامل خطر إضافية	أمراض القلب والأوعية الدموية الأمراض الدماغية الوعائية الورم السحائي تعدد البيلات/الجفاف حصى المرارة	أمراض القلب والأوعية الدموية فرط ثلاثي جلسريد الدم
إمكانية زيادة المخاطر	ارتفاع ضغط الدم ضعف الانتصاب	
إمكانية زيادة المخاطر مع وجود عوامل خطر إضافية	سكري من النوع الثاني انخفاض كتلة العظام/هشاشة العظام فرط بروتاكتين الدم	سكري من النوع الثاني أمراض القلب والأوعية الدموية
لا مخاطر متزايدة أو مخاطر غير حاسمة	سرطان الثدي والبروستاتا	انخفاض كتلة العظام/هشاشة العظام سرطان الثدي والعنقية والمبيض والرحم
النظام القائم على السيبروتيرون النظام القائم على سيبرونولاكتون		

العلاج بهرمون التستوستيرون

الأنظمة (الجدول 1)

قبل بدء العلاج بهرمون التستوستيرون، يجب تقييم العميل لحالات الاعتلال المشترك مثل ارتفاع ضغط الدم، وفرط شحميات الدم، وخطر الانسداد الخثاري. يمكن إعطاء هرمون التستوستيرون في أشكال أقراص، أو حقن، أو جل، أو رقع جلدية. يمكن بدء العلاج بهرمون التستوستيرون بنصف الجرعة المتوقعة ثم يتم معايرته بسرعة إلى مجموعة علاجية من مستويات هرمون التستوستيرون في المصل بين 400-700 نانوجرام/ديسيلتر.

التأثير (الجدول 2)

ثمة تباين بين الأفراد في تأثيرات هرمون التستوستيرون. خلال الأشهر الثلاثة الأولى من أخذ هرمون التستوستيرون، ستشمل التأثيرات توقف الحيض، وزيادة شعر الوجه والجسم، وزيادة حب الشباب ودهنية البشرة، وزيادة الرغبة الجنسية، وزيادة الكتلة العضلية، وإعادة توزيع الدهون في الجسم. خلال السنة الأولى، ستكون التأثيرات الأخرى هي تعميق الصوت، وتضخم البظر (متغيِّر)، وقلة أنسجة الثدي، وصلع الذكور.

المراقبة (الجدول 3)

يجب مراقبة الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا الذين يتناولون هرمون التستوستيرون للذكورة والآثار الضارة كل ثلاثة أشهر للسنة الأولى ثم كل 6-12 شهرًا. كما يجب مراقبة مستويات هرمون التستوستيرون في المصل حتى نقطة الاستقرار بين 400-700 نانوجرام/ديسيلتر. يعتمد تواتر المراقبة على مسار إعطاء هرمون التستوستيرون؛ على سبيل المثال، العملاء على حقن هرمون التستوستيرون لديهم مستويات ذروة تقاس من 24 إلى 48 ساعة بعد الحقن، ومستويات القاع قبل الحقن ماشرةً. يجب أن تشمل المراقبة الاختبارات المعملية لمستويات الدهون المرتفعة والهيماتوكريت (يمكن حدوث كثرة كريات الحمر الحقيقية)، وفحص كثافة المعادن في العظام (حيث يمكن أن تؤدي الجرعات المرتفعة إلى هشاشة العظام)، والفحص الدوري للسرطان لأولئك الذين يحتفظون بالعنقية، أو الرحم، أو الثدي.

الاحتياطات (الجدول 4)

يُمنع استخدام العلاج بهرمون التستوستيرون مع العملاء الحوامل وأولئك الذين يعانون من مرض الشريان التاجي غير المستقر أو كثرة كريات الحمر الحقيقية غير المعالج (هيماتوكريت>55%). الأدلة على زيادة خطر الإصابة بسرطان الرحم أو المبيض بين الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريا الذين يتلقون العلاج بهرمون التستوستيرون غير حاسمة. هرمون التستوستيرون ليس وسيلة لمنع الحمل ولذا قد لا يزال الناس بحاجة إلى موانع الحمل بناءً على ممارساتهم الجنسية.

العلاج الهرموني المؤكد للجندر للمراهقين المتحولين والمتنوعين جندريا – الممارسات الدولية الجيدة

العلاج الهرموني المؤكد للجندر للمراهقين المتحولين والمتنوعين جندريًّا أكثر إثارةً للجدل عند مقارنته بالعلاج الخاص بالبالغين المتحولين جندريًّا. تمنع حاصرات البلوغ تطور الخصائص الجنسية الثانوية، وتكسب الوقت حتى يتمكن المراهق من اتخاذ قراراته الخاصة سواء لبدء العلاج الهرموني و/أو الخضوع لجراحة التحول الجندري. قبل البدء في حاصرات البلوغ، يجب على أخصائي الصحة النفسية تشخيص وتأكيد اضطراب الهوية الجندريَّة أو عدم الانسجام الجندري؛ الشروع في حاصرات البلوغ، عادةً باستخدام نظائر الغدد التناسلية (نظائر ناهضات الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية)، يجب أن يديره أخصائي الغدد الصماء. نظائر الهرمون المطلق لموجهة الغدد التناسلية آمنة، ويمكن استئناف سن البلوغ كالمعتاد بمجرد إيقافها. وفيما يلي المعايير الدنيا لعلاج حاصرات البلوغ: **(1)**

معايير موجزة للمراهقين

متعلقة بعملية التقييم

- إجراء تقييم بيولوجي نفسي واجتماعي شامل المهنيين المعنيين بالصحة النفسية والطبية؛
- إشراك الوالد (أو الوالدين)/الوصي (أو الأوصياء) في عملية التقييم ما لم يتقرر أن مشاركتهم ضارة بالمراهق أو غير ممكنة.
- إذا كانت هناك حاجة إلى وثائق مكتوبة أو رسالة توصية بعلاج طبي وجراحي يؤكد الجندر (GAMST)، فلا يلزم سوى خطاب تقييم واحد من عضو فريق متعدد التخصصات. يجب أن تعكس هذه الرسالة تقييم وآراء الفريق الذي يضم كلًا من المهنيين الطبيين النفسيين والعقليين (MHPs).

عوامل حاصرات البلوغ

أ. عدم الانسجام الجندري ملحوظ ومستمر بمرور الوقت؛

ب. تفي بالمعايير التشخيصية للعدم الانسجام الجندري في الحالات التي يكون فيها التشخيص ضروريًا للحصول على الرعاية الصحية؛

ت. العميل قادر على إضاحة النضج العاطفي والمعرفي اللازم لتقديم الموافقة على العلاج؛

ث. تمت معالجة مخاوف الصحة النفسية (إن وجدت) التي قد تتعارض مع الوضوح التشخيصي والقدرة على الموافقة والعلاجات الطبية المؤكدة للجندر؛ بما فيه الكفاية بحيث يمكن توفير العلاج الطبي الذي يؤكد الجندر على النحو الأمثل

ج. الإحاطة بآثار الإنجاب، بما في ذلك احتمال فقدان الخصوبة والخيارات المتاحة للحفاظ عليها.

ح. الوصول إلى المرحلة الثانية على مقياس تانر.

العلاجات الهرمونية (الجدول 5)

1. عدم الانسجام الجندري ملحوظ ومستمر بمرور الوقت؛
2. تفي بالمعايير التشخيصية لعدم الانسجام الجندري في الحالات التي يكون فيها التشخيص ضروريًا للحصول على الرعاية الصحية؛
3. العميل قادر على إضاحة النضج العاطفي والمعرفي اللازم لتقديم الموافقة على العلاج؛
4. تمت معالجة مخاوف الصحة النفسية (إن وجدت) التي قد تتعارض مع الوضوح التشخيصي والقدرة على الموافقة والعلاجات الطبية المؤكدة للجندر؛ بما فيه الكفاية بحيث يمكن توفير العلاج الطبي الذي يؤكد الجندر على النحو الأمثل
5. الإحاطة بآثار الإنجاب، بما في ذلك احتمال فقدان الخصوبة والخيارات المتاحة للحفاظ عليها.
6. الوصول إلى المرحلة الثانية على مقياس تانر.

الجدول 5: أنظمة الهرمونات المؤكدة للجندر لدى الشباب المتحولين والمتنوعين جندريًّا *(2)*

تحفيز البلوغ عند الإناث (نظائم قائم على الإستروجين) باستخدام -17بيتا-إستراديول عن طريق الفم

تبدأ عند 5 ميكروجرام/كيلوجرام/يوم وتزداد كل 6 أشهر بمقدار 5 ميكروجرام/كيلوجرام/يوم حتى 20 ميكروجرام/كيلوجرام/يوم وفقًا لمستويات الإستراديول
جرعة البالغين = 2-6 مليجرام/يوم
بالنسبة إلى المراهقين المتحولين والمتنوعين جنسيًا بعد البلوغ، يمكن زيادة 17 بيتا إستراديول بسرعةٍ أكبر:
1 مليجرام/يوم لمدة 6 أشهر يليها 2 مليجرام/يوم وما فوق وفقًا لمستويات الإستراديول

تحفيز البلوغ عن الإناث (نظام قائم على الإستروجين) مع -17بيتا-إستراديول عبر الجلد

جرعة أولية 6.25-12.5 ميكروجرام/24 ساعة (قطع رقعة 24 جرام إلى ¼ ثم ½)
زيادة المعايرة كل 6 أشهر بمقدار 12.5 ميكروجرام/24 ساعة وفقًا لمستويات الإستراديول
جرعة البالغين = 50-200 ميكروجرام/24 ساعة
للبدائل في جرعة البالغين (الجدول 4)

تحفيز البلوغ عند الذكور (نظام قائم على التستوستيرون) باستخدام إسترات التستوستيرون

25 مليجرام/م2/ أسبوعين (أو بدلًا من ذلك نصف هذه الجرعة أسبوعيًا)
قم بزيادة الجرعة بمقدار 25 مليجرام/م2/أسبوعين كل 6 أشهر حتى يتم تحقيق جرعة البالغين ومستويات التستوستيرون المرغوب فيها. انظر بدائل هرمون التستوستيرون (الجدول 4)

الآثار الضارة للعلاج الذاتي بالهرمونات

إن الإدارة الذاتية للهرمونات بين الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا أمرٌ شائعٌ للغاية. غالبًا ما يرجع سبب ذلك إلى نقص المهنيين الصحيين المؤهلين أو عدم الرغبة في وصف العلاج الهرموني للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا. كما أن الخوف من التقاضي هو مصدرٌ للقلق في بعض الأماكن. لذلك، يجب على الأطباء أن يأخذوا في الاعتبار تاريخًا من الإعطاء الذاتي السابق والحالي للهرمونات قبل وصف العلاج الهرموني. يتم الحصول على معلومات عن نوع وجرعة أقراص الهرمونات أو الحقن التي يتم إعطاؤها ذاتيًا بشكلٍ أساسيٍّ من خلال شبكات الأقران أو الإنترنت، وكلاهما عرضةٌ للخطأ. حتى إذا كانت المعلومات التي يتلقونها صحيحة، فقد يأخذ الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا جرعات أعلى و/أو أكثر تكرارًا لتسريع عملية التحول إلى أنثى أو ذكر. يمكن أن يؤثر استخدام الهرمون غير الخاضع للإشراف سلبًا على وظيفة الكبد أو القلب، كما يزيد من خطر الإصابة بالانصمام الخثاري. وتكون فرص التأثيرات الضارة هذه أعلى في حالة تعاطي الكحوليات.

يجب على الأطباء الذين يديرون العلاج الهرمون أن ينصحوا العملاء من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا بالالتزام بالجرعة الموصوفة من أقراص الهرمونات أو الحقن وعدم زيادة الجرعة أو تناولها بكثرة ذاتيًا. يجب أيضًا شرح التفاعلات المحتملة بين الهرمونات والأدوية الأخرى (على سبيل المثال، أدوية فيروس نقص المناعة البشرية) للعملاء. على الرغم من أن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (أو الراجعة) قد يزيد أو يقلل من مستويات هرمون الإستروجين في المصل، لا يوجد دليل قاطع على أنها تتداخل مع الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. نظرًا لإمكانية تضرر الكبد عند استخدام مضادات الفيروسات القهقرية والهرمونات، يجب على الأطباء التحقق من الاستخدام غير الخاضع للإشراف بين الأشخاص المتحولين جندريًّا المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

توصيات للجمعيات الأعضاء (MAs)

- على الجمعيات الأعضاء ضمان بيئة صديقة، ومرحبة، وغير تمييزية. بما في ذلك التحدث بلغةٍ محترمةٍ واستخدام استمرات للعيادات شاملة للأجناس وتوفير المراحيض المحايدة لهم. بغض النظر عن القدرة والاستعداد لتوفير العلاج الهرموني المؤكد للجندر، على الجمعيات الأعضاء تقديم التدريب لبناء قدرة الموظفين السريريين والمختبريين والمشورة للتعامل بحساسيةٍ وكفاءةٍ مع العملاء المتحولين والمتنوعين جندريًّا.
- على المتخصصين في الرعاية الصحية المناقشة مع الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا حول اللغة أو المصطلحات التي يفضلونها، بما ذلك في الأسماء والضمائر لأنفسهم واللغة المستخدمة لأجزاء أجسامهم.
- يجب تدريب أخصائيي الرعاية الصحية على تقديم الفحص البدني المحترم والمناسب للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا.
- على الجمعيات الأعضاء تقديم المعلومات الدقيقة للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا حول العلاج الهرموني المؤكد للجندر وخدمات التأكيد الجندري الأخرى. على الجمعيات الأعضاء تقديم المساعدة و/أو الخدمات، بما في ذلك العلاج الهرموني المؤكد للجندر. يجب تقديم خدمات الرعاية الصحية بطريقةٍ تقلل من شعور الضيق المرتبط باضطراب الهوية الجندريَّة.
- عند تصميم وتنفيذ الخدمات المناسبة لمجتمع المتحولين جندريًّا، يجب إشراك أفراد المجتمع في تنميتها.
- يمكن للجمعيات الأعضاء تقييم الطلب على العلاج الهرموني المؤكد للجندر من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا في مناطق خدمتهم، وتقييم القدرة الحالية لمقدمي الرعاية الصحية لتقديم العلاج الهرموني المؤكد للجندر. واعتمادًا على هذه التقييمات ومدى توافر الموارد (البشرية والمالية والمختبرية)، يمكن للجمعيات الأعضاء تقرير إلى أي مدى ترغب في تقديم العلاج الهرموني المؤكد للجندر.
- على المتخصصين في الرعاية الصحية الحصول على تاريخ طبي مفصل من الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا يشمل الاستخدام السابق والحاضر للهرمونات، وجراحات الغدد التناسلية، فضلًا عن وجود عوامل الخطر التقليدية للقلبية الوعائية والدماغية الوعائية.
- على المتخصصين في الرعاية الصحية تطبيق نفس إرشادات الفحص المحلية ذات الصلة (بما في ذلك التوصية بعدم الفحص من الأساس) التي تم وضعها للنساء المتوافقات مع الجنس في خطر متوسط ومرتفع للإصابة بسرطان المبيض أو بطانة الرحم، وكذلك فحص سرطان العنقية في رعايتهن للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا الذين لديهم نفس المخاطر.
- على المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية أن يكونوا متيقظين بشكلٍ خاصٍ لعلامات العنف الجنسي والجندري بين السكان المتحولين والمتنوعين جندريًّا، وأن يكونوا مستعدين لتقديم الدعم السريري وآليات الإحالة الأولى للخدمات السريرية والنفسية والاجتماعية وخدمات الحماية للناجيات من العنف.

- على الجمعيات الأعضاء تقديم إحالات للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا لإزالة الشعر من الوجه والجسم والمناطق التناسلية لتأكيد الجندر أو كجزء من عملية التحضير قبل الجراحة.
- على الجمعيات الأعضاء إحالة الأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا، قبل بدء العلاج المؤكد للجندر، المهتمين بالحفاظ على الخصوبة إلى مقدمي الخدمة ذوي الخبرة في الحفاظ على الخصوبة لمزيد من المناقشة.
- على مقدمي الخدمة مناقشة وتقديم وسائل منع الحمل للأشخاص الذين يمارسون نشاطًا جنسيًا يمكن أن يؤدي إلى الحمل، بالإضافة إلى المجموعة الكاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.
- نظرًا لتطلب الرعاية الصحية المتعلقة بالأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا نهجًا جماعيًا متعدد التخصصات، يتعين على الأطباء المتدربين إنشاء شبكات ونظم إحالة مزودة بخدمات الصحة السريرية والنفسية المناسبة؛ تلك لا بد من وجودها عند تقديم العلاج الهرموني المؤكد للجندر. من المهم بشكلٍ خاصٍ إذا تم تقديم العلاج الهرموني المؤكد للجندر من قبل الجمعيات الأعضاء، أن يتم تشخيص عدم الانسجام الجندري من قبل طبيب متمرس، مع توفير دعم الصحة النفسية المستمر للأشخاص المتحولين والمتنوعين جندريًّا.

المراجع:

[1] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259.

[2] Wylie C Hembree and others, Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 102, Issue 11, 1 November 2017, Pages 3869–3903.

من نحن

(IPPF) الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة هو مقدم خدمة عالمي ومدافع رائد عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للجميع. نحن حركة عالمية من المنظمات الوطنية التي تعمل مع المجتمعات والأفراد ومن أجلهم.

IPPF
Newhams Row 4
London SE1 3UZ
United Kingdom

الهاتف: 8200 7939 20 44+
فاكس: 8300 7939 20 44+
البريد الإلكتروني: info@ippf.org
www.ippf.org

المملكة المتحدة الخيرية المسجلة رقم 229476

تم النشر في يونيو 2023