مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

حقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة بين الوعي والممارسة: دراسة ميدانية

د. هند أشرف عباس عبدالنعيم
مدرس علم الاجتماع
كلية الآداب – جامعة الوادي الجديد

DOI: 10.21608/qarts.2025.425433.2315

مجلة كلية الآداب بقنا – جامعة جنوب الوادي – المجلد (٣٤) العدد (٦٩) أكتوبر ٢٠٢٥
الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X
الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X
موقع المجلة الإلكتروني: https://qarts.journals.ekb.eg

حقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة بين الوعي والممارسة:

دراسة ميدانية

الملخص:

تعد حقوق الإنجاب جزءًا لا يتجزأ من حقوق الإنسان الأساسية، إلا أن النساء ذوات الإعاقة غالبًا ما يواجهن تحديات في الوصول لهذه الحقوق وممارستها. لذا تهدف هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين الوعي والممارسة الفعلية لحقوق الإنجاب لدى النساء ذوات الإعاقة في محافظة الوادي الجديد، تحديدًا في مدينة الخارجة باستخدام منهجية وصفية تحليلية تعتمد على المقابلات المتعمقة مع عينة قصدية مكونة من١١ سيدة من المتزوجات، وكشفت النتائج عن وجود فجوة واضحة بين معرفة النساء بحقوقهن وقدرتهن على ممارستها. تؤكد النتائج على أنَّ الوعي وحده لا يحقق التمكين، بل يجب أن يُعزز ببرامج وسياسات ملموسة تضمن توفير الرعاية الصحية الشاملة، وتقديم الدعم المالي، وتصحيح المفاهيم المجتمعية الخاطئة، بما يكفل لهذه الفئة ممارسة حقوقهن الكاملة بكرامة ومساواة. وتُعدُّ التحديات الاقتصادية هي العقبة الأبرز، يليها الوصم المجتمعي، ونقص الخدمات الصحية المتخصصة، وضعف الدعم المؤسسي، مما يعوق قدرة النساء على اتخاذ قرارات إنجابية حرة ومستقلة.

الكلمات المفتاحية: حقوق الإنجاب، النساء ذوات الإعاقة، الوعي، الممارسة، التحديات، الوادي الجديد .

مقدمة :

تولي الدولة المصرية اهتمامًا متزايدًا بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتجد هذه الحقوق سنداً قانونياً ودستورياً مباشراً في الدستور المصري ٢٠١٤ الذي نص في مادته (٥٣) على أن "المواطنون لدى القانون سواء، وهم متساوون في الحقوق والحريات والواجبات العامة، لا تمييز بينهم بسبب الدين، أو العقيدة، أو الجنس، أو الأصل، أو العرق، أو اللون، أو اللغة، أو الإعاقة، أو المستوى الاجتماعي، أو الانتماء السياسي أو الجغرافي، وتلتزم الدولة ببذل كل جهد للقضاء على كافة صور التمييز، ويجرم القانون كل مظهر من مظاهر التمييز" ، وكذلك المادة ٨١ التي تؤكد التزام الدولة بضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك تمكينهم من ممارسة حقوقهم وحرياتهم على قدم المساواة مع الآخرين.

تعد الحقوق الإنجابية جزءاً أصيلاً من حقوق الإنسان، وقد تم تناولها وتأكيدها كحق أساسي في المواثيق الدولية ، حيث أكد برنامج عمل فيينا (١٩٩٣) ضرورة حمايتهن من التمييز وضمان مشاركتهن الفعالة في مختلف جوانب الحياة على قدم المساواة، وكذلك برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية (ICPD) عام ١٩٩٤ الذي ربط الصحة الإنجابية بحقوق الإنسان، بالإضافة إلى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD)، التي تؤكد على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية".(UNFPA, 2021) ، ويؤدي تمكين النساء ذوات الإعاقة من ممارسة حقوقهن الإنجابية إلى تعزيز العدالة الاجتماعية من خلال ضمان تكافؤ الفرص في الرعاية الصحية والاختيار الإنجابي، مما يسهم في تحسين جودة الحياة وتقليل الفجوات الصحية بين فئات المجتمع. ويتوافق مع الهدف الثالث والخامس من أهداف التنمية المستدامة (٢٠٣٠)، اللذين يركزان على الصحة الجيدة والمساواة بين الجنسين، وتشمل الحقوق الإنجابية أحد عشر حقًا معترفًا

بها دوليًا وهي الحق في الحياة والأمن ،والحق في الصحة والصحة الإنجابية،والحق في تقريرعدد الأطفال والفواصل بينهم، والحق في الزواج و المساواة عند الزواج، والحق في الخصوصية، والحق في عدم التعرض للتمييز، والحق في تغيير العادات والتقاليد التي تسيء لحقوق المرأة، والحق في عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة القاسية واللاإنسانية أو المهينة، والحق في عدم التعرض للعنف الجنسي، والحق في التربية والإعلام، والحق في الاستفادة من التقدم العلمي والرضا الحر بإجراء التجارب العلمية. (CRR, 2009)، كما أظهرت الأبحاث أن الأشخاص ذوي الإعاقة نشطون جنسيًا مثل غيرهم.علي الرغم من ذلك ، غالبًا ما تتجاهل حياتهم الجنسية وتحرم حقوقهم الإنجابية، وتواجههم العديد من العوائق التي تحول دون حصولهم على الرعاية والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي وغيره من أشكال العنف والإساءة. رغم إحتياجهم إلي التثقيف والرعاية أكثر من غيرهم من غير ذوي الإعاقة ، مما يجعلهم من أكثر الفئات تهميشًا في هذا المجال.(Who,2009) ، و في هذا السياق تتضح أهمية التمكين الإنجابي باعتباره مكونًا جوهريًا في حقوق المرأة،يتطلب توافر الوعي والمعرفة والممارسة الفعلية للحقوق الإنجابية، لا سيما في أوساط الفئات المهمشة والمستضعفة، وعلى رأسها النساء ذوات الإعاقة (البهنساوي، ٢٠٢٤)، حيث تمثل النساء ذوات الإعاقة شريحة اجتماعية تواجه تحديات متعددة الأبعاد،ليس فقط على مستوى الإعاقة الجسدية أو الذهنية، وإنما أيضًا على مستوى التمييز الاجتماعي والوصم الثقافي والنفسي، وهو ما ينعكس سلبًا على إدراكهن لحقوقهن الإنجابية، ومدى قدرتهن على ممارستها بحرية واستقلالية (UNFPA,2021) .

وتزداد أهمية تناول هذا الموضوع في ظل ما تشير إليه التقارير الدولية والمحلية من وجود فجوة واضحة بين السياسات المعلنة والتطبيق الفعلي فيما يتعلق بالحقوق الصحية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة، سواء من حيث التوعية أو الخدمات أو التقبل

المجتمعي، مما يشير لضرورة دمج النساء ذوات الإعاقة في الخطاب الحقوقي، وتوفير بيئة داعمة تكفل لهن اتخاذ قرارات حرة ومسؤولة بشأن الإنجاب، بما يحقق العدالة الإنجابية(WHO, 2015)، وانطلاقًا من الفرضية القائلة بأن زيادة الوعي يعزز من ممارسة الحقوق الإنجابية جاءت فكرة الدراسة الراهنة في محاولة التعرف علي حقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة بين الوعي والممارسة.

أولاً : إشكالية الدراسة :

رغم ما شهده العالم من تطورات تشريعية ومجتمعية تهدف إلى تعزيز حقوق الإنسان بشكل عام، وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل خاص، إلا أن الواقع لا يزال يظهر فجوة واضحة بين النصوص القانونية والممارسات الفعلية، خصوصًا فيما يتعلق بالحقوق الإنجابية للنساء ذوات الإعاقة ، حيث أشارت العديد من الدراسات (أبو حيانة والعواودة، ٢٠١٩؛ البهنساوي، ٢٠٢٤) إلى أن النساء ذوات الإعاقة ما زلن يواجهن عقبات متعددة وتحديات تتعلق بالتمييز وضعف الوعي بحقوقهن الإنجابية و تقييد فرصهن في الحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية الملائمة، وتحد من مشاركتهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن الإنجابية.

كما أظهرت دراسة (النعناع، ٢٠٢٣) أوجه القصور في الوعي بحقوق النساء ذوات الإعاقة، مما يجعل البحث الحالي استكمالًا لها. وتبرز هذه التحديات بوضوح في المجتمعات النامية التي لا تزال تتعامل مع الإعاقة بوصفها عبئًا اجتماعيًا أكثر من كونها قضية حقوقية وتنموية، وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية٢٠٢٣م إلى أن ١.٣ مليار شخص في العالم يعانون شكلا من أشكال الإعاقة وهو ما يعادل ١٦٪ من سكان العالم ، مع ارتفاع نسبة الإعاقة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل لتصل إلى ٢٠٪ من إجمالي السكان، كما بلغ متوسط معدل انتشار الإعاقة بين الإناث من

سن ١٨عامًا فأكثر ١٩.٢٪، مقارنةً بـ ١٢٪ بين الذكور، أي ما يمثل حوالي امرأة واحدة من كل خمس نساء (WHO,2023) ، وفي مصر شكل ذوي الإعاقة نسبة ١٠.٦٪ من مجموع السكان، وهي نسبة مرتفعة إذا ما قورنت بمثيلاتها في الدول المحيطة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٧) ، ورغم إدراج حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ضمن رؤية مصر ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة في هدفين وهما "تحسين نوعية حياة المواطنين " و" تحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة"، بهدف تعزيز التمكين الاجتماعي والاقتصادي والسياسي لهذه الفئة. مع الإشارة إلى زيادة فرص حصولهم على الخدمات التعليمية، ودمجهم الكامل في المجتمع، فالحقوق الإنجابية لهذه الفئة تعاني من نقص في التوعية والتمكين، وكذلك لم تتضمن الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية (٢٠٢٣-٢٠٣٠) أهداف محددة لتعزيز الحصول علي الخدمات أو تطوير مرافق رعاية الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة الملائمة لهذه الفئة ،علي الرغم من أن حماية الحقوق الإنجابية أدرجت ضمن الركائز الأساسية لأهدافها.

وتظهر شدة المشكلة بشكل أوضح في ظل محدودية الوعي المجتمعي بحقوق النساء ذوات الإعاقة، وانتشار الصور النمطية التي تُقلل من شأن قدرتهن على ممارسة الأدوار الإنجابية ، وهو ما يُفضي إلى أشكال متعددة من الانتهاكات ، كالإجبار على العقم أو الحرمان من الزواج أو التعقيم دون موافقة، أو حتى التهميش في السياسات الصحية ذات الصلة، كما أن العديد من النساء من ذوات الإعاقة قد لا يمتلكن مستوى كافيًا من الوعي بحقوقهن الإنجابية، مما يُضعف من قدرتهن على المطالبة بهذه الحقوق أو ممارستها بشكل فعّال، وهذا ما أوضحته نتائج بعض الدراسات السابقة (صالح، ٢٠٢١؛ الريماوي، ٢٠١٤؛ والديب، ٢٠١٩) أن النساء ذوات الإعاقة يواجهن فجوة واضحة بين المعرفة بحقوقهن الإنجابية والممارسات الفعلية، مما يبرز أهمية تناول هذه القضية بحثيًا من منظور الوعي والممارسة معًا ، وفي هذا الصدد أفادت تشريعات

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ٢٠٠٨م و النموذج الأوروبي للإعاقة ٢٠١٩ لوجود نقص في الوعي موجه للنساء ذوات الإعاقة وأسرهن والمهنيين في قطاعات الرعاية الصحية، فيما يتعلق بالتشريعات ذات الصلة، أو بجهة طلب الدعم في حال انتهاك حقوقهن (Abdel-Tawab, et al ,2025)، فغالبًا ما تكون خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ، غير متاحة، ولا تُقدم إلا نادرًا ، مما يجعل النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة للاستغلال الجنسي والعنف والحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسيًا ، وتعاني هذه الفئة من تحديات عديدة تؤثر على ممارستهن وتمتعهن بحقوقهن الإنجابية، مما يجعلهن من أكثر الفئات تعرضًا للتمييز والإهمال في هذا المجال الحيوي.وفي هذا السياق أشارت لجنة (الأمم المتحدة لحقوق الإنسان) لمجالات القلق الرئيسية بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة وهي : العنف البدني والجنسي والنفسي، القيود علي الحقوق الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الحق في المعلومات،والحق في الأمومة ومسئوليات تنشئة الأطفال،التمييز متعدد الأشكال (البهنساوي ، ٢٠٢٤) ، وعلى الرغم من التقدم المحرز في معالجة التفاوت في فرص الحصول على الرعاية الصحية بين الأشخاص ذوي الإعاقة،أشارت بعض الدراسات إلي أن معايير الرعاية الصحية في فترة ما حول الولادة للنساء ذوات الإعاقة لا تزال مهملة (Saeed ,et al 2022). وهناك تراجع في الوصول إلى رعاية الصحة الإنجابية وخاصة في الولايات المتحدة. ففي عام ٢٠٢٢ وحده، فرضت ٤١ ولاية أكثر من ٥٠٠ قيد على الإجهاض (Elizabeth,2022). وهذا ما أكدته البيانات والأرقام السابقة حيث لاتزال بعض الدول تخفق في الوفاء بالتزاماتها فيما يتعلق بالنساء ذوات الإعاقة، وتعاملهن أو تسمح بمعاملتهن ككائنات عاجزة مثيرة للشفقة مع إقصائهن، بدلاً من تمكينهن من التمتع بحقوقهن وحرياتهن الأساسية(Nielsen,e ,2021).

في مصر، تواجه النساء ذوات الإعاقة صعوبات في الحصول على

المعلومات الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية؛ إذ تشير الدراسات إلى أن أقل من ٢٥٪ منهن يتلقين التوعية الكافية حول تنظيم الأسرة وحقوق الإنجاب. وتتفاقم هذه المشكلة بسبب عوامل اجتماعية وثقافية تمييزية، تصاحبها فجوات في السياسات الوطنية وتنفيذ البرامج الصحية، فضلاً عن نقص الوعي من جانب النساءأنفسهن بمفهوم حقوق الإنجاب وكيفية ممارستها، مما يؤثر سلباً على صحتهم الجنسية والإنجابية.

كما أشارت نتائج المسح القومي للأشخاص ذوي الإعاقة ٢٠٢٢م إلي أن النساء مثلوا نسبة ٤٩.٦٪من إجمالي ذوي الإعاقة. وأن أكثر من نصف الأفراد ذوي الإعاقات من المتزوجين ٥٥,٩ ٪، وتمثلت أعلي نسبة للإعاقة من محافظات الحدود في محافظة شمال سيناء ومحافظة الوادي الجديد حيث بلغ اجمالي الذكور والإناث بالحضر والريف علي التوالي ٣.٥٧٪ ،٣.٣٢٪، وكان أكثر من نصف الأفراد ذوي الإعاقة من المتزوجين ٦١,٩٪. مما جعل الباحثة تركز في الدراسة الراهنة علي المتزوجين من ذوات الإعاقة. أما عن الإعاقة في محافظة الوادي ا%. مما بلغ إجمالي عدد المعاقين ٣٩٠٦ معاق منهم ٢٢٠٤٨ في مدينة الخارجة، بينما بلغ عدد النساء في الفئة العمرية(١٨–٤٥ عام) ٤٨٥ منهم ٢٦١ أنسة،١٩٧ سيدة متزوجة منذوات الإعاقة ، وتمثلت النسبة الأكبر من النساء ذوات الإعاقة في مدينة الخارجة منهم عدد ١١٢ أنسة،٩٥ سيدة متزوجة من ذوات الإعاقة (مديرية التضامن الاجتماعي بالوادي الجديد،٢٠٢٥) ، ويعد السلوك الإنجابي متغيرًا وسيطًا بين مستوى الوعي بالحقوق الإنجابية وبين الممارسات الفعلية، إذ يعكس قرارات المرأة واتجاهاتها نحو تنظيم الأسرة، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة،وانطلاقًا من أهمية الوعي كمدخل أساسي لتمكين النساء ذوات الإعاقة من ممارسة حقوقهن الإنجابية ، انطلقت الباحثة في توضيح مشكلة الدراسة من خلال الإجابة علي تساؤل رئيسي مؤداه:

إلى أي مدى يساهم الوعي بحقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة في الممارسة الفعلية لهذه الحقوق ؟ في محافظة الوادي الجديد (مدينة الخارجة).

ثانياً: أهمية الدراسة :

تتضح أهمية الدراسة في الآتي:

١ –الأهمية العلمية:

تسهم هذه الدراسة في إثراء النظرية النسوية في مجال حقوق الإنسان والصحة الإنجابية، من خلال اختبار العلاقة بين الوعي والممارسة والسلوك الإنجابي لدى النساء ذوات الإعاقة فيما يتعلق بحقوقهن الإنجابية، بما يوسع تطبيق النظرية في مختلف السياقات وخاصة محافظة الوادي الجديد.

– تقدم الدراسة معالجة متكاملة تجمع بين مفهومي "الوعي" و"الممارسة" ضمن إطار حقوقي واجتماعي، مما يعزز من الفهم النظري للتفاعلات بين الإدراك الذاتي والمواقف المجتمعية تجاه فئة تعاني من تقاطع أشكال التمييز (الإعاقة والنوع).

– تسهم الدراسة في تقديم إطار إجرائي يساعد الباحثين في قياس مستوى الوعي والممارسة والسلوك الإنجابي لهذه الفئة، وتطوير نماذج تحليلية يمكن أن تُبنى عليها دراسات لاحقة تعتمد على الجمع بين التحليل الكيفي والكمّي لفهم واقع النساء ذوات الإعاقة في المجال الإنجابي.

٢– الأهمية التطبيقية :

تتيح نتائج الدراسة أساسًا عمليًا لصانعي البرامج والسياسات في مجالات الصحة والمرأة والإعاقة، التعرف على واقع النساء ذوات الهمم بمحافظة الوادي الجديد فيما يتعلق بحقوق الإنجاب، مما يساعد على تطوير برامج توعوية وخدمية تراعي هذه الفئة، وكذلك تحسين آليات دمج المرأة ذات الإعاقة في السياسات السكانية والصحية على المستويين

المحلي والقومي. – تساهم الدراسة في تسليط الضوء على التحديات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة في ممارسة حقوقهن الإنجابية، فمن خلال نتائج الدراسة يمكن تطوير برامج توعية وتدريب تستهدف النساء ذوات الإعاقة ومقدمي الخدمات الصحية ، ورفع الوعي المجتمعي باستخدام حملات التوعية والتثقيف المجتمعي بالحقوق الإنجابية لذوات الإعاقة ،ويفتح المجال أمام تقديم توصيات عملية قائمة على معطيات واقعية يمكن أن تسهم في تطوير السياسات والبرامج الداعمة لحقوقهن، بما يعزز من قدرتهن على المشاركة الكاملة في الحياة الاجتماعية والإنجابية دون تمييز أو إقصاء.

ثالثاً : أهداف الدراسة :

تسعي الدراسة الراهنة لتحقيق هدف رئيسي مؤداه: التعرف علي مدي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن الإنجابية و الممارسة الفعلية لهذه الحقوق في محافظة الوادي الجديد (مدينة الخارجة) وانبثق من هذا الهدف الأهداف الفرعية التالية :

–التعرف علي تأثير الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية علي وعي وممارسة ذوات الإعاقة لحقوقهن الإنجابية.

– الكشف عن مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة .

– التعرف علي مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن في الحصول علي معلومات وخدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

– الوقوف علي مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقهن في السلامة الجسدية .

– التعرف علي مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقهن في التربية الصحية والآمنة للأبناء.

– تقييم الممارسة الفعلية للنساء ذوات الإعاقة لحقوقهن الإنجابية .

– الكشف عن التحديات التي تحول دون ممارسة النساء ذوات الإعاقة لحقوقهن الإنجابية .

– اقتراح مجموعة من التوصيات العملية التي يمكن أن تسهم في تطوير السياسات العامة والبرامج المجتمعية الهادفة إلى تمكين النساء ذوي الإعاقة من الوصول إلى حقوقهن الإنجابية وممارستها دون تمييز.

رابعاً : تساؤلات البحث :

التساؤل الرئيسي في الدراسة الراهنة : إلى أي مدى يساهم الوعي بحقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة في الممارسة الفعلية لهذه الحقوق ؟ ويتفرع عنه التساؤلات التالية:

– ما تأثير الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية علي الوعي والممارسة بحقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة؟

– ما مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؟

– ما مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن في الحصول علي معلومات وخدمات الصحة الإنجابية والجنسية ؟

– ما مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقهن في السلامة الجسدية ؟

– ما مستوي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقهن في التربية الصحية والآمنة للأبناء؟

– ما درجة الممارسة الفعلية للنساء ذوات الإعاقة لهذه الحقوق الإنجابية ؟

– ما أبرز التحديات التي تحول دون ممارسة النساء ذوات الإعاقة لحقوقهن الإنجابية؟

خامساً: التراث البحثي :

تعد حقوق الإنجاب من الموضوعات الهامة التي تثير اهتمام الباحثين والمهتمين بالصحة الإنجابية . فهي حقاً أساسياً من حقوق الإنسان يؤثر بشكل مباشر على جودة حياة الأفراد، وخاصة النساء ذوات الإعاقة اللاتي يواجهن العديد من

التحديات المعقدة والمركبة المتعلقة بالوعي القانوني والاجتماعي والوصول إلي المعلومات والخدمات والمتعلقة أيضاً بالقدرة على ممارسة هذه الحقوق بشكل فعلي. وستحاول الباحثة في هذا الجزء عرض وتحليل أبرز الدراسات السابقة التي تناولت حقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة من منطلق الوعي والممارسة، مع التركيز على الفجوات البحثية التي يمكن أن تسدها الدراسة الحالية ، مما يوفر إطارًا نظريًا قويًا يسهم في توضيح الوضع الراهن وتوجيه البحوث المستقبلية.

-تناول جانب من الدراسات السابقة قضايا المرأة ذات الإعاقة في السياق المحلي والعالمي ففي مصر رصدت دراسة (البهنساوي، ٢٠٢٤) قضايا المرأة ذات الإعاقة والتحديات التي تواجهن كالتحديات الأسرية، الاجتماعية، الاقتصادية، الخدمية، الثقافية التعليمية، الصحية. واستراتيجية الحماية والتمكين للمرأة ذات الإعاقة من أجل تحسين جودة حياتهم. كما أكدت علي تكثيف الجانب التوعوي لملف الإعاقة والإنجاب (حواجز بيئية – العادات والتقاليد – التمييز – الميراث). بينما استهدفت دراسة (أبو حيانة,العواودة، ٢٠١٩) بالأردن التعرف علي العنف الواقع على النساء ذوات الإعاقة بمختلف أنواعه الأسري، والمجتمعي، وضد الذات، والآثار النفسية والاجتماعية للعنف الواقع عليهن، وردود أفعالهم على ما يتعرضن له من عنف ، وذلك بالتطبيق علي عينة من النساء ذوات الإعاقة الحركية والحسية ممن يتلقين خدمات من جمعيات ومراكز متخصصة بإعاقتهن، وتبين عدم ارتباط العنف الأسري بالمستوي التعليمي وتم تفسيره بدرجة متوسطة، وكانت أكثر أشكاله التهديد بالضرب، أما العنف المجتمعي أتضح إنه كلما انخفض المستوى التعليمي زادت نسبة التعرض له وتم تفسيره بدرجة مرتفعة تمثلت في صعوبة استخدام وسائل المواصلات العامة، وتمثل العنف ضد الذات في عزلهن لأنفسهن .أما دراسة(نسيمة وسهام ،٢٠١٦) أشارت إلي الأسباب والدوافع لارتكاب العنف والآثار النفسية التي يخلفها ضد المرأة المعاقة حركياً ، وتوصلت إلى أن أغلب النساء المعاقات حركياً المعاقات عازبات، وذلك

لعدم قدرتهن على تحمل مسؤولية العائلة ، كما أن أغلبية النساء المعاقات حركياً أميات ويتعرضن للعنف لكونهم فرد ضعيف يعتمد على الآخرين في قضاء معظم احتياجاته.كما ركزت دراسة(Vaidya, S.,2015) علي تجارب النساء ذوات الإعاقة في سياق الحياة الجنسية والأمومة، مشيرة إلي أن الإعاقة هوية مُوصمة بشدة، ويُنظر إلى النساء ذوات الإعاقة على أنهن لاجنسيات، ويحتاجن إلى رعاية، مما يعوق اعتراف المجتمع بهن كشريكات جنسيات وأمهات. وتدعو الدراسة إلى تبني نهج يحترم حقوق النساء ذوات الإعاقة مع مراعاة حاجتهن للدعم في اتخاذ قرارات تتعلق بأجسادهن وحياتهن. كما سعت دراسة(يوسف،حنان ،٢٠١٥) إلي التعرف علي دور وسائل الإعلام المختلفة في تناول قضايا النساء ذوات الاعاقة والصورة السلبية التي تقدم لهن في وسائل الإعلام مما يقلص من فرصهن وحقهن في الحصول علي عمل لائق وكريم.وذلك من خلال الاهتمام بالبرامج الإعلامية التوعوية الموجهة إلى النساء ذوات الاعاقة لتعريفهم بكافة حقوقهم العامة والخاصة. بينما أوضحت دراسة(Wehbi & Lakkism,2010) أوضاع النساء ذوات الإعاقة في لبنان من التهميش إلى المقاومة، وتوصلت إلى أن النساء ذوات الإعاقة يواجهن صعوبة وتحديات مقارنة بالرجال تركزت في نظام التعليم، وعدم كفاية التمويل، والمشكلات الصحية، وصعوبة في استخدام المواصلات. وأغلبهن كانو يواجهن التمييز بسبب الإعاقة والعمر، ضغط الأهل، إلى جانب عدم توافر فرص كافية للعمل، وعدم إكمالهن تعليمهن.

– بينما أشار جانب آخر من الدراسات السابقة إلي وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن الإنجابية حيث ركزت دراسة (محمود، ٢٠٢٤)على معرفة مستويات الوعي الجنسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا وكيفية التعامل مع السلوكيات الجنسية لديهم، وأظهرت النتائج انخفاضًا ملحوظًا في مستوى الوعي الجنسي للأمهات، مما انعكس على ضعف المعرفة بالحقوق الإنجابية، واتباع ممارسات غير صحية، وإهمال الأطفال بشكل كبير.

وفي الإطار نفسه، هدفت دراسة (النعناع، ٢٠٢٣) إلى وضع تصور مقترح لتنمية الوعي بحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة لدى طلاب جامعة دمياط، واعتمدت على المنهج الوصفي. وكشفت النتائج أن الحقوق الصحية جاءت في المرتبة الأولى من حيث الوعي، تلتها الحقوق التعليمية، ثم الحقوق المهنية التي تشترط نظامًا تعليميًا شاملًا مدى الحياة، يليها الوعي بالحقوق الترفيهية والرياضية، في حين جاءت الحقوق القانونية في مرتبة لاحقة، مؤكدة على ضرورة المساواة أمام القانون استنادًا إلى الاتفاقيات الدولية والدستور المصري. أما دراسة (Saeed et al., 2022) ركزت على تجارب التواصل للنساء ذوات الإعاقات الذهنية والنمائية أو الحسية أثناء الولادة في أونتاريو بكندا. وبالتطبيق على ١٧ حالة، تبين أنهن واجهن عوائق متعددة مثل نقص السياسات، وقلة خبرة مقدمي الخدمات، وضعف الجهود المبذولة، فضلًا عن التمييز ضد ذوات الإعاقة. وفي ذات السياق تناولت دراسة(Shiwakoti et al., 2021) العوامل المؤثرة في استفادة النساء ذوات الإعاقة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في نيبال، وأظهرت أن معدلات الاستخدام منخفضة للغاية، بسبب عوائق معرفية (الأمية، نقص المعلومات)، واجتماعية واقتصادية (غياب التمكين والدعم الأسري)، وهيكلية (بعد المرافق وصعوبة الوصول إليها)، إضافة إلى مواقف سلبية مثل الوصم وسوء معاملة مقدمي الرعاية الصحية والاعتقاد الخاطئ بأن الصحة الإنجابية تخص المتزوجين فقط. كما كشفت دراسة (Behzad. K,2021) أن النساء ذوات الإعاقة واجهن عوامل اجتماعية وثقافية مختلفة (افتراضات خاطئة، مواقف سلبية، التجاهل، الحكم، العنف، الإساءة، الإهانة، وانخفاض مستوى الثقافة الصحية)، ومالية (الفقر، البطالة، تكاليف النقل المرتفعة)، وبنيوية (نقص التغطية التأمينية، صعوبة الوصول إلى المعدات ومرافق النقل، نقص المعرفة المعلومات، نقص الشفافية، ومشاكل التواصل) مما أثر على حصولهن على الرعاية الصحية. كما سلطت دراسة (الديب، ٢٠١٩) الضوء على أهمية المساندة الاجتماعية باعتبارها متغيرًا

أساسيًا في تحسين نوعية حياة النساء المعاقات، والتكيف مع الصدمات والضغوط اليومية الناتجة عن الإعاقة، وذلك من خلال توفير دعم كافٍ على مختلف المستويات.

– بينما ركز جانب آخر من الدراسات السابقة علي التحديات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة حيث اعتمدت دراسة (Abdel,Tawab, 2025) إطارًا اجتماعيًا بيئيًا حلّل العوامل الفردية والمجتمعية والمؤسسية المؤثرة في مصر والأردن، وأظهرت أن النساء ذوات الإعاقة الذهنية يعانين من مشاعر النقص والقلق تجاه الزواج، إلى جانب القيود المجتمعية التي تحد من فرص زواجهن وتحقيق أهدافهن الإنجابية، كما يتعرضن لأشكال من العنف الإنجابي مثل الإجهاض والتعقيم القسري وكبت الدورة الشهرية. وفي ذات السياق هدفت دراسة (صالح، خلود ،٢٠٢١) إلى التعرف على التحديات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة في محافظة قلقيلية، باستخدام منهج كمي ونوعي علي عينة مؤلفة من ١٢٠ امرأة معاقة. ووكشفت النتائج أن درجة التحديات التي تواجه النساء كانت متوسطة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التحديات بناءً على نوع الإعاقة، مكان السكن، مستوى الإعاقة، العمر، أو الحالة الاجتماعية. ومع ذلك وُجدت فروق دالة إحصائياً مرتبطة بالمستوى التعليمي. بينما استهدف دراسة (Curry,2020) إلى التعرف على الميسرات والعوائق التي تحول دون الإفصاح عن سوء المعاملة بين النساء ذوات الإعاقات المتنوعة، وتبين أن حوالي ٦٨٪ من عينة الدراسة أبلغن عن إساءة المعاملة. كما أفاد مقدمو الرعاية الصحية أن ١٥٪ فقط قد ناقشن الإساءة والسلامة الشخصية. أما دراسة (Heijden,2019) هدفت إلى معرفة العوائق التي تحول دون خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي ودعم النساء ذوات الإعاقة في كيب تاون جنوب إفريقيا، باستخدام المقابلات والمناقشات الجماعية المركزة، وطبقت على عينة تكونت من (٣٠) امرأة معاقة و (١٩) من مقدمي خدمات الإعاقة ،وتبين أن النساء ذوات الإعاقة يواجهن حواجز فريدة مرتبطة بالإعاقة، بالإضافة إلى الوصم، نقص التدريب، الموارد المحدودة،

وضعف التمويل الذي أثر على جودة الخدمات. كما تبين من دراسة Maphosall& (Rugohol,2017) أهم التحديات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة في الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في زيمبابوي. منها التصورات السلبية للعاملين الصحيين تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة، والبنية التحتية غير الصديقة للإعاقة في المرافق الصحية، وغياب الموظفين المدربين للأشخاص ذوي الإعاقة (لغة الإشارة). أما دراسة (Tanabe,et al ,2015) هدفت إلى التعرف على المخاطر والاحتياجات والعوائق التي تحول دون وصول اللاجئين ذوي الإعاقة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وأظهرت النتائج أن اللاجئين ذوي الإعاقة أظهروا درجات متفاوتة من الوعي حول الصحة الجنسية والإنجابية فيما يتعلق بالتشريح الإنجابي، وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسياً، ومن بين العوائق التي تحول دون الوصول إلى الخدمات عدم احترام مقدمي الخدمة ، والتمييز من قبل مقدمي الرعاية ، ومثلت الحالة الاجتماعية عاملاً كبيراً يحدد ما إذا كان الحمل مقبولاً أم لا. بينما كشفت دراسة (Ozatal,2014) عن التأثيرات النفسية والاجتماعية لخدمات الرعاية المنزلية على الأفراد المعاقين وعائلاتهم ودرجة اليأس والرضا عن الحياة، وأكدت النتائج أن المعاقين وأسرهم يحتاجون إلى الدعم النفسي والاجتماعي. وفي هذا الصدد أشارت دراسة (الريماوي ،٢٠١٤) إلي المشكلات التي تواجه المرأة المعاقة في المجتمع الأردني ومن أهمها وجود اتجاهات سلبية يحملها المجتمع تجاه المرأة المعاقة، بالإضافة إلى مشكلات العمل والتوظيف، والتأهيل المهني، والمشكلات التعليمية. وكذلك أوضحت دراسة (Thomas.C ,1997/2009) أن الخطاب الطبي والاجتماعي يتعامل مع إعاقات النساء باعتبارها "مضاعفات إضافية" تزيد من تعقيد رحلتهن الإنجابية، بما يفرض عليهن حواجز مادية وأيديولوجية وسلوكية تقلل من الاعتراف بهويتهن كنساء كاملات الحقوق.

استخلاصات عامة ورؤية نقدية للتراث البحثي:

–لم تتوافر دراسة علمية على المستوى القومي والمحلي تناولت متغيري الدراسة في حدود علم الباحثة، كما تميزت الدراسة الحالية بكونها تتناول مجتمع جديد للدراسة (محافظة الوادي الجديد) لم يتم دراسة هذا الموضوع به من قبل .

– ركزت الدراسات السابقة علي جوانب متعددة تتعلق بحقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة، بعضها أشار لمستوى الوعي بهذه الحقوق ومدى توافر المعلومات المناسبة، بينما بحثت دراسات أخرى في العقبات التي تحول دون ممارسة تلك الحقوق على أرض الواقع. كما أظهرت الدراسات تأثير الفجوة بين الوعي النظري بحقوق الإنجاب والممارسة العملية له، مما يستدعي تعزيز الجهود في رفع مستوى الوعي وتوفير الدعم الشامل. كما تبين وجود قصور في البحث عن العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالوعي والممارسة، فضلاً عن الحاجة لدراسات ميدانية موسعة تستهدف تجارب النساء بشكل خاص.

– تربط الدراسة الراهنة بين الوعي والسياق الاجتماعي ومستوي تمكين النساءذوات الإعاقة، بينما تم تناول مفهوم الوعي في التراث البحثي كمجرد متغير معرفي. أما بالنسبة لمفهوم الممارسة أشارت إليه الدراسة الراهنة كمفهوم مركب (رعاية الحمل والولادة، تنظيم الأسرة، خدمات الرعاية الصحية)، بينما أشارت الدراسات السابقة للممارسة كمحصلة نهائية دون تفصيل لها. – قدمت الدراسة الرهنة نموذجاً ممنهج للعلاقة بين الوعي والممارسة، أما الدراسات السابقة تناولت ذلك بشكل جزئي غيرمباشر.

– استندت الدراسة الحالية إلى أحدث الأبحاث والدراسات عن قضايا النساء ذوات الإعاقة، فجاءت أغلبها في العشر سنوات الأخيرة من عام ٢٠١٥ :٢٠٢٥م . مما يعكس التزامها بالمنهجية العلمية والاستفادة من المعرفة الحديثة في هذا المجال .

– أشارت معظم الدراسات السابقة إلي التحديات والمشكلات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة ، وكان ضعف الوعي والتمييز من أبرز هذه التحديات، مما يؤكد أن هناك حاجة إلي مزيد من البحث حول الحلول والاستراتيجيات الفعالة. ومدي احتياج النساء ذوات الإعاقة إلي مزيد من الدعم والمساعدة لتمكينهم من الحصول علي حقوقهن الإنجابية.

– اعتمدت معظم الدراسات السابقة علي المنهج الوصفي وهذا يتفق مع طبيعة الظاهرة محل الدراسة، وكذلك المنهج الكيفي النوعي من خلال أدوات كالاستبيان والمقابلات المتعمقة والمناقشات الجماعية المركزة مما يسري النتائج . وأيضاً استندت الدراسة الحالية إلى الدراسات السابقة في وضع تصور حول الإطار النظري، مما يساعد في تشكيل تساؤلات وفروض الدراسة.

– لا تزال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة الجنسية والزواج والحياة الأسرية غير معترف بها أو مُعالجة. حيث ركزت أغلب الدراسات علي حق المرأة ذات الإعاقة في الصحة والتعليم والمساواة والعمل وعدم التمييز. ولم تركز علي الحقوق الإنجابية للمرأة بشكل أوسع بل أشارت إلي التحديات والمشكلات التي تواجهها المرأة المعاقة في الحصول علي تلك الحقوق. ومن هذا المنطلق ستركز الدراسة الراهنة علي أوضاع النساء ذوات الإعاقة فيما يتعلق بحقوقهن الجنسية والإنجابية.

– تُعدّ احتياجات النساء ذوات الإعاقات وخاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية مجالًا مهمًا للبحوث المستقبلية. ومع ذلك، تمثّلت إحدى نقاط قوة دراستنا اعتمادها على عينة متنوعة اجتماعيًا وديموغرافيًا مما يعزز قوة نتائجها.

سادساً : الآطار النظري للدراسة :

١ – مفاهيم الدراسة :

أولاً: الحقوق الإنجابية: عرّفتها منظمة الصحة العالمية (WHO, 2015) بأنها: الحقوق التي تتيح للأفراد الحصول على المعلومات والخدمات التي تمكّنهم من اتخاذ قرارات

مدروسة بشأن الإنجاب، بما يشمل الحق في التمتع بصحة جنسية وإنجابية سليمة، وحرية اختيار الشريك، وتوفير الرعاية الطبية المناسبة أثناء الحمل والولادة. وتشمل الحقوق الإنجابية الحق في الزواج وتكوين الأسرة ،الحق في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، الحق في الحصول على معلومات صحية شاملة ، الحق في رعاية الأمومة والطفولة، الحق في الخصوصية وعدم التعقيم القسري أو الإجهاض، كما يشير المفهوم إلى حقوق المرأة في الحصول على المعلومات والوصول إلى وسائل منع الحمل، والإجهاض الآمن والقانوني، والتحكم في خصوبتها وعدم إجبارها على الخضوع لحمل غير مرغوب فيه.(Trashi,2010)، ويمكن تعريف الحقوق الإنجابية إجرائياً في الدراسة الراهنة كالتالي: مجموعة الحقوق المتعلقة بالحصول علي المعلومات والقررات حول الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ، وخدمات الرعاية الصحية ،السلامة الجسدية ، التربية الصحية والآمنة للأبناء بجودة دون تمييز أو إكراه أو عنف.

ثانيًا: النساء ذوات الإعاقة: تعرف مجموعة واشنطن الأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم أولئك الذين يواجهون صعوبة كبيرة في أداء الأنشطة الأساسية بسبب قيود في وظائفهم الأساسية، مثل الرؤية، والسمع، والحركة، والتواصل، والذاكرة، حتى لو تم تخفيف هذه القيود باستخدام الأجهزة المساعدة أو البيئة الداعمة .(المسح القومي للأشخاص ذوي الإعاقة ،٢٠٢٢)

أما المرأة ذات الإعاقة: تعرف بأنها أنثى قيدتها إعاقة لا يمكن إخفاؤها يجب مساندتها لمواجهة الإعاقة والاعتماد علي النفس، سواء كانت إعاقة جسدية أو سمعية أوبصرية أوذهنية ، وهي مجمل أشكال الحرمان الدائمة للمرأة بما يؤدى إلى عدم الإمكانية الجزئية أوالكلية لقيامها بالدور الذي كان يتعين عليها بطبيعة الحال القيام به (البهنساوي ،٢٠٢٤) .

ويمكن تعريف النساء ذوات الإعاقة في الدراسة الراهنة إجرائياً: النساء المتزوجات في سن(١٨-٤٥ عام) المقيمات بمدينة الخارجة محافظة الوادي الجديد اللاتي لديهم نوع أو أكثرمن الإعاقات سواء أكانت حركية أو سمعية أو بصرية أو ذهنية تمنعهم من ممارسة حقوقهن الإنجابية بشكل طبيعي .

ثالثاً : الوعي : يقصد به إدراك المرء لذاته وأحواله وأفعاله وما يحيط به من أحداث، أما الوعي الحقوقي فهو الثراء المعرفي عن الحقوق وكيفية حمايتها وممارستها والقيام بها (عرب، ٢٠١٩). ويؤسس الوعى على ثلاثة جوانب هى:الجانب المعرفى ويقصد به توافر المعلومات العلمية عن ظاهرة أو موضوع معين، والجانب الوجدانى الذى يتمثل فى تكوين الميول والاتجاهات، والجانب التطبيقى(الممارسات) الذى يتمثل فى كيفية التصرف فى المواقف، واذا اكتملت جوانب الوعى المعرفية والوجدانية والتطبيقية لدى الشخص وصف بأن لديه وعى علمى متكامل (شافعى،٢٠٢١م).

ويشير مفهوم الوعي بحقوق الإنجاب إجرائياً : إلي محصلة معلومات ومعارف واتجاهات وتصرفات النساء ذوات الإعاقة بالحقوق الإنجابية، وتتمثل مؤشرات الوعي في الدراسة الراهنة في معرفة الحقوق الأساسية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، معرفة الخدمات المتاحة وطرق الوصول إليها ،مواقف إيجابية / سلبية تجاه حق اتخاذ القرار وتنظيم الأسرة والأمومة الآمنة ، معرفة العوامل الميسرة وجهات الدعم .

رابعًا: الممارسة : يشير مفهوم الممارسة إلي الجانب التطبيقي للوعي للنساء ذوات الإعاقة في ممارسة حقوقهن الإنجابية، مثل قرار الإنجاب، اختيار توقيته، تنظيم الأسرة والحصول على الرعاية الصحية،التربية الصحية الآمنة للأبناء والسلامة الجسدية.

ويمكن تعريف الممارسة إجرائياً : بأنها السلوكيات والقرارات الفعلية التي تتخذها النساء ذوات الإعاقة في حياتهن الإنجابية، و تتمثل مؤشرات الممارسة في الدراسة الراهنة : في استخدام خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ، تلقي رعاية قبل وأثناء

وبعد الولادة،التربية الصحية الجيدة والآمنة للأبناء، الحصول علي استشارات قانونية عند الانتهاك، ويتضح من عرض المفاهيم السابقة العلاقة بين الوعي والممارسة، فكلما زاد وعي المرأة بحقوقها زادت قدرتها علي ممارسة هذه الحقوق، وذلك من خلال توافر البيئة الداعمة لتلك الممارسات، والوعي المجتمعي ،وإزالة حواجز البنية الصحية والاجتماعية.

٢- التوجه النظري للدراسة :

يسعى التوجه النظري إلى تقديم إطاراً منهجياً يُحلل الفجوة بين الوعي النظري بحقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة وممارستها الفعلية ، وستعرض الباحثة فيما يلي نماذج لبعض النظريات التي تسلط الضوء على الحقوق الإنجابية للمرأة ضمن سياقات اجتماعية وثقافية متعددة الأبعاد . مع الأخذ في الاعتبار الإطار القانوني لحقوق الإنسان والعوامل البيئية التي تشكل تحديات أو تسهيلات لهذه الفئة. مما يسهم في تفسير موضوع الدراسة الراهنة .

أولاً- النظرية النسوية :Feminist theory

نشأت النظرية النسوية في سبعينيات القرن العشرين نتيجة تغيرات جذرية في تجارب النساء وأوضاعهن، مما أدى إلى ظهور حركة سياسية تحدّت التفسيرات السائدة لمكانة المرأة التبعية في المجتمع .(Alway,1995) وقد استُخدم مصطلح النظرية النسوية للإشارة إلى مجموعة واسعة من الأعمال التي أنتجتها ناشطات وباحثات في مجالات مختلفة(Chafetz,1997) ، لتعبر في مجملها عن الحركات والأيديولوجيات المطالبة بحقوق المرأة. وعرف معجم أوكسفورد النظرية النسوية: "أنها الاعتراف بأن للمرأة حقوق وفرص مساوية للرجل". أما معجم ويبستر فيعرفها بأنها النظرية التي تنادي بمساواة الجنسيين سياسيًا واقتصادياً واجتماعيًا، وتسعى كحركة سياسية إلى تحقيق حقوق المرأة واهتماماتها وإزالة التمييز الجنسي الذي تعاني منه المرأة ,Webster Dictionary) (2003، وهو ما يمثل الإطار المرجعي لتناول حقوق النساء ذوات الإعاقة في الدراسة

الراهنة وبتتبع تاريخ النظرية النسوية أمكن التمييز بين التيارات الآتية : أ- النسوية الليبرالية (الفردية): ترتكز النسوية الليبرالية على فكرة المساواة الكاملة بين البشر دون تمييز على أساس الجنس، انطلاقًا من الإيمان بتماثل القدرات العقلية بين الذكور والإناث، ويُعد هذا التيار من أبرز التيارات النسوية وأكثرها حضورًا في مختلف الموجات حتى الوقت الحاضر. وتهدف النسوية الليبرالية إلى تحقيق المساواة بين الجنسين في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والعسكرية، خاصة مع توسع فرص التعليم والعمل للمرأة (نرجس رودكر،٢٠١٩)، كما تؤكد على حرية المرأة في القضايا الخاصة مثل الزواج، الإنجاب، الطلاق، والعمل المنزلي، بما يكفل الفصل بين الأدوار التقليدية للرجل والمرأة.

وفيما يتعلق بالحقوق الإنجابية، تبنت النسوية الليبرالية مبادئ الاستقلالية والخصوصية من خلال دعم حق المرأة في إنهاء الحمل، مع التأكيد على مبدأ المسؤولية المشتركة بين الأطراف المعنية بالإنجاب، بما في ذلك الأزواج والأجنة والدولة، وهو ما يحقق توازنًا بين حقوق المرأة ومسؤولياتها.(Brown, L.M, 2005)

ب-النسوية الماركسية: ترى النسوية الماركسية أن تهميش المرأة في المجال العام السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي يرتبط بالبنية الرأسمالية القائمة على الاستغلال، حيث تُعد الأسرة والزواج إحدى اللبنات الأساسية لإعادة إنتاج النظام الطبقي، إذ تُعامل الزوجات كطبقة مضطهدة من قبل أصحاب رؤوس الأموال (طاهر، ٢٠١٥، ص ٤٥٦). ومن ثمّ، يهدف هذا التيار إلى إنهاء التهميش المفروض على المرأة عبر إسقاط النظام الرأسمالي وإحلال النظام الشيوعي، الذي يرفض الملكية الخاصة ويلغي كل أشكال التمييز بين الرجل والمرأة.

ج-النسوية الراديكالية: وترى هذه النظرية، أن الجذور العميقة لعدم المساواة ما بين الرجل والمرأة، وبالتالي الهيمنة الاجتماعية للرجال على النساء سببها النظام الأبوي

البطريركي الذي قسم الحقوق على أساس الجنس، وكنتيجة لذلك، باتت المرأة في مكانة التابع للرجل (Jone Lewis, 2020) . وعلى الرغم من أن الراديكالية تتضمن الكثير من الأهداف المماثلة لبقية التيارات، إلا أن ما أدى لردات فعل عنيفة تجاه هذا التيار بالذات، مطالبة النساء حول العالم بضرورة التخلي عن الأنوثة، بوصفها السبب الأساسي الذي يمنح الرجال الهيمنة ويجعل المرأة تابعة له، فالأنوثة سبب للزواج والإنجاب والأمومة، والأمومة تقود لتكوين أسرة تجبر فيها المرأة على أن تكون ربة منزل تابعة للرجل (رمضاني،٢٠١٢، ص ٨-١٠).

د- النسوية ما بعد الحداثة: يرى هذا التيار أن قضية النوع الاجتماعي تنشأ من الثنائيات المصطنعة بين الرجل والمرأة، خاصة في تشكيل مفهومي الذكورة والأنوثة، والتي انعكست في السياسة الدولية والمجال العام اجتماعيًا واقتصاديًا وثقافيًا. ويرفض هذا التيار تلك التقسيمات باعتبارها تكريسًا غير مباشر لعدم المساواة والحفاظ على التصور الذكوري للعالم، مما يُبقي المرأة على الهامش في مختلف المجالات (Postmodern Feminism, 2022). وفي هذا السياق، امتدت أفكار النسوية الليبرالية الحديثة لتؤكد على تعزيز الحريات الإنجابية، معتبرة حق المرأة في الإجهاض أحد أبرز مظاهر استقلالها الإنجابي، خاصة في ظل غياب الأطر الأخلاقية والقانونية التي تحمي هذا الحق.(Brown, L.M, 2005: 88-96)

وفسرت "كورا، وبتشسكي" العلاقة بين النظرية النسوية والحقوق الإنجابية والجنسية من خلال أربعة مبادئ أخلاقية تأسست عليها تلك الحقوق يمكن عرضها على النحو التالي: (هندي ،٢٠١٤)

١-سلامة الجسد Bodily Integrity: ويعني رفض كل أشكال الاستغلال الجسدي مثل الرق، العبودية غير الطوعية، التعذيب، الاغتصاب، والاعتداء والعنف غير الشرعي.

٢- الخصوصية Personhood: وترتكز على حق المرأة في إدارة ذاتها واعتبارها الفاعل الرئيس وصانعة القرار في القضايا المتعلقة بصحتها الإنجابية والجنسية.

٣- المساواة Equality: وتشمل بُعدين؛ الأول يتعلق بالعلاقة بين الرجال والنساء (تقاسمات النوع)، والثاني يرتبط بالعلاقات بين النساء أنفسهن عبر متغيرات مثل الطبقة، العمر، الجنسية، والعرق.

٤- التنوع Diversity: يؤكد على احترام الاختلافات بين النساء من حيث القيم، الثقافة، الدين، التوجهات الجنسية، الظروف العائلية والطبية وغيرها ، وبناءً على ذلك، فسرت النظرية النسوية حرمان النساء من الحقوق الإنجابية بوصفه امتدادًا للهيمنة الذكورية والوصاية الاجتماعية، مؤكدة ضرورة تمكين المرأة من حياة إنجابية آمنة عبر ضمان الوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية والموارد الطبية اللازمة. وتُعد هذه النظرية مساحة مفتوحة للبحث والتطوير، خاصة مع بروز اتجاهات نسوية معاصرة تسعى إلى معالجة قضايا الإنجاب والحقوق الإنجابية والسياسات المرتبطة بها، وتسليط الضوء على التجارب المعيشة للنساء في قضايا مثل وسائل منع الحمل، الإجهاض، الاختبارات الجينية، وتقنيات الإنجاب المساعد، وفي ضوء موضوع الدراسة، يتضح من العرض السابق أن مفهومي الوعي والممارسة يمثلان الرابط الحيوي بين النظرية والواقع؛ فالمبادئ الأربعة السابقة تشكل الأساس لبناء وعي النساء بحقوقهن الإنجابية، غير أن هذا الوعي لا يكتمل إلا بتوافر الإمكانيات والموارد التي تحول دون بقائه نظريًا فقط، وتسمح بترجمته إلى ممارسة فعلية. ومن ثمّ، فإن دعم حقوق الإنجاب يتطلب استراتيجيات شاملة تجمع بين التثقيف القانوني والاجتماعي، وتوفير خدمات صحية وتنظيمية تراعي التنوع والخصوصية، بما يمكّن المرأة من اتخاذ قرارات إنجابية حرة ومسؤولة، وفي ضوء ما سبق ستعتمد الباحثة علي تيار النسوية الليبرالية كأساس للدراسة، نظرًا لتركيز هذا التيار على المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من اتخاذ قراراتها الشخصية والإنجابية بحرية

ومسؤولية، من خلال تفسير مدى وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن الإنجابية، وكيفية تحويل هذا الوعي إلى ممارسة فعلية ضمن السياق الاجتماعي والصحي.

ثانياً- نظرية السلوك المخطط Theory of Planned Behavior :

تشير نظرية السلوك المخطط للعالم النفسي (Ajzen, I. 1985,1987) للعلاقة بين النية والسلوك حيث تري أن السلوك ناتج عن المواقف ، المعيار الذاتي ،التحكم السلوكي المدرك. ويؤكد أن السلوك يتعلق بثلاثة أمور:

١-المعتقدات السلوكية: وتمثل ما يعتقده الفرد بشأن النتائج المترتبة على أداء سلوك ما.

٢-المعتقدات المعيارية: وتتمثل في رؤية الآخرين لهذا السلوك وتوقعاتهم من الفرد، بالإضافة إلى الدوافع التي تحمل الفرد على الامتثال لتوقعاتهم والسير وفق رؤيتهم.٣- معتقدات التحكم: تصور الفرد عن قدرته على أداء أو عدم أداء الفعل المطلوب.

فهذه الأمور الثلاثة تمثل أضلاع مثلث الفعل السلوكي حسب نظرية السلوك المخطط لأجزن . فالمعتقدات السلوكية تنتج موقفاً مناسباً أو غير مناسب نحو السلوك؛ المعتقدات المعيارية تؤدي إلى الضغوط الاجتماعية المتصورة أو المعيار الشخصي، ومعتقدات التحكم تؤدي إلى السيطرة السلوكية المتصورة. إجمالاً، فإن الموقف تجاه السلوك، المعيار الشخصي، والشعور بالسيطرة السلوكية يؤدي إلى تشكيل نية سلوكية. وتُظهر الأدلة المحدودة المتاحة بشأن هذه المسألة أن النظرية تتنبأ بالسلوك بشكل جيد مقارنةً بالسقف الذي تفرضه موثوقية السلوك(Ajzen, I. 1991) ، وتذهب هذه النظرية إلى أن الوعي والمعرفة الجيدة تؤدي إلى وجود ممارسة واتجاه ايجابي يؤدي فى النهاية إلى سلوك إيجابي(Fielding et al., 2008) . وفى ضوء ذلك يمكن القول بأن وعي المرأة وممارستها لحقوقها الإنجابية سلوك مخطط يمكنها من تنظيم الأسرة والحصول علي الرعاية الصحية لها ولأطفالها وضمان مستقبل أفضل لأسرتها . فإنها غالباً ما تكون أكثر ممارسة للصحة الإنجابية ، وعلى العكس والنقيض من ذلك فإن المرأة غير المخططة

والتى تسير أمورها بشكل عشوائى فإنها غالباً تمارس سلوكيات تتعارض مع مبادئ الصحة الإنجابية(Abd Elrazek ,et al., 2023).

ثالثاً : بعض الرؤى النظرية لمفهوم الوعي :

يعد الوعي من المفاهيم المحورية في علم الاجتماع والفلسفة، وقد تناولته العديد من النظريات الاجتماعية والنفسية من زوايا مختلفة،تعكس تفاعله مع البناء الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للفرد والمجتماع ، وتعدادت الرؤي النظرية للوعي فوفقًا للرؤية الماركسية، فالوعي ليس مجرد انعكاس للواقع، بل هو نتاج للعلاقات الاجتماعية والاقتصادية السائدة؛ إذ يرى (كارل ماركس و إنجلز ،١٩٧٤) أن الوعي الاجتماعي يتشكل من خلال البنية التحتية للمجتمع، بما فيها من علاقات إنتاج وسلطة تحدد مواقع القوة والضعف بين الأفراد، أما (هابرماس ،١٩٨٤) فيتناول الوعي من منظور التواصل، ويرى أنه ينشأ من خلال الحوار الاجتماعي القائم على الفهم المتبادل، وأن الوعي لا يتحقق إلا عبر التفاعل الحر داخل الفضاء العام ،بينما أكد(دوركايم ،١٩٩٣) أن الوعي الجمعي يمثل منظومة من القيم والمعايير التي توحد الأفراد داخل المجتمع، وأنه يشكل الإطار المرجعي الذي يوجه السلوك الفردي ويضمن استمرارية النظام الاجتماعي، وأضاف (غيدنز ،١٩٩١) أن الوعي الذاتي يتطور في ظل الحداثة المتأخرة كنتيجة للتفاعل المستمر بين الذات والبيئة الاجتماعية، حيث يصبح الوعي عنصرًا أساسيًا في بناء الهوية الفردية والاجتماعية، كما تعد النظرية المعرفية الاجتماعية (Social Cognitive Theory) من أبرز النظريات التي تفسر التعلم والسلوك البشري في السياق الاجتماعي. وقد وضع حجر الأساس لهذه النظرية عالم النفس الكندي(ألبرت باندورا، ١٩٨٦) في أواخر سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين، وركزت النظرية المعرفية الاجتماعية على الدور الحاسم لعمليات التفكير، والمعتقدات، والتوقعات، والوعي الذاتي في توجيه السلوك، يقوم البناء الهيكلي للنظرية على مفهوم جوهري هو "الحتمية التبادلية

ثلاثية الأبعاد "ويرى أن السلوك البشري هو نتاج تفاعل مستمر ومتبادل بين ثلاثة عوامل مترابطة: العوامل الشخصية/المعرفية :وتشمل المعرفة والوعي ، والكفاءة الذاتية، والتوقعات، العوامل السلوكية وتشمل الأفعال والممارسات الفعلية ، العوامل البيئية :وتشمل البيئة الاجتماعية . ويمكن تفسير ذلك البناء في الدراسة من خلال أن ممارسة النساء ذوات الإعاقة لحقوقهن الإنجابية (السلوك) لا تعتمد فقط على وعيهن بهذه الحقوق (العامل المعرفي)، بل تتأثر بشكل حاسم بالعوائق البيئية (مثل نقص الإتاحة والوصم)، مما يخلق الفجوة بين الوعي والتطبيق العملي(الممارسة).

٣- مؤشرات الوعي والممارسة بحقوق الإنجاب للنساء ذوات الإعاقة:

تُعد قضية النساء ذوات الإعاقة من القضايا المؤثرة في تنمية المجتمع، ورغم اهتمام الأدبيات بالقضايا القانونية والتعليمية والاجتماعية، فقد أُغفلت الصحة الإنجابية رغم أهميتها. إذ ما تزال هذه الفئة تواجه تحديات متعددة مثل ضعف الوعي والمعرفة الجنسية، ضعف جودة الخدمات الصحية، والممارسات التمييزية والمواقف المجتمعية السلبية .(WHO, 2009) وقد أكد المؤتمر الدولي للسكان (١٩٩٤) على ضرورة تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق كمرتكز للسياسات والبرامج.

تُسهم النظرة النمطية المجتمعية في حرمان النساء ذوات الإعاقة من حقوقهن، حيث يُعتقد أنهن غير قادرات على الاهتمام بأجسادهن أو اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهن الجنسية والإنجابية، أو أنهن لا يصلحن للزواج والأمومة، ولا يحتجن إلى التثقيف الجنسي (The rights of people with disabilities, 2017).

أبرز تقرير حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠١٧) حق الفتيات والنساء ذوات الإعاقة في التمتع بحياة جنسية آمنة، الحماية من الاعتداء، واتخاذ قرار الإنجاب بحرية، مع الحصول على الدعم اللازم. وفي السياق نفسه نص القانون المصري في مادته السابعة على التزام الدولة بتوفير خدمات الصحة العامة والتأهيل الطبي والنفسي والصحة

الإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، بينما نصت المادة ٤٨ على تجريم التعقيم أو الإجهاض القسري.(Abdel-Tawab et al., 2025) ، ويمثل ضعف الوعي والمعرفة أحد الأسباب وراء ضعف حقوق الإنجاب ، فالغالبية العظمى من السكان لا يعرفون القانون. ليس فقط الناس العاديين غير المطّلعين، ولكن كذلك الأطباء. فوجدت دراسة أجريت في البرازيل على الأطباء أن هناك جهلًا كبيرًا وسوء فهم للقانون المتعلق بالإجهاض. وفي غانا، يُسمح بالإجهاض، وأشارت الدراسات إلي أن ٣٪ فقط من النساء الحوامل و٦٪ ممن يسعون للإجهاض كانوا على علم بالوضع القانوني للإجهاض، مما يؤكد علي أهمية كفالة الحقوق الإنجابية للنساء ذوات الإعاقة، واستقلاليتهن في اتخاذ القرارات، حيث ينبغي إطلاعهن على حقوقهن، وتزويدهن بتربية ومعلومات جنسية. مع ضمان جميع خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات تنظيم الأسرة والإجهاض، بما يشمل إمكانية الوصول إلى المعلومات (لغة الإشارة، والتنسيقات سهلة القراءة وطريقة برايل) . (DiMatteo. E ,etal,2022)

لذلك تعد مؤشرات الوعي والممارسة بحقوق الإنجاب لدى النساء ذوات الإعاقة ذو أهمية خاصة في الربط بين المعرفة النظرية والتمكين الفعلي. فهي تتيح قياس مدى إدراك النساء لطبيعة حقوقهن ومصادرها القانونية والخدمات المتاحة وآليات الوصول إليها، كما تُمكّن من رصد السلوكيات والممارسات التي تعكس استخدام تلك الحقوق في الواقع. وتتمثل مؤشرات الوعي في الدراسة الراهنة في: معرفة الحقوق الأساسية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ، معرفة الخدمات المتاحة وطرق الوصول إليها ، مواقف إيجابية/ سلبية تجاه حق اتخاذ القرار وتنظيم الأسرة والأمومة الآمنة، معرفة العوامل الميسرة وجهات الدعم، بينما تتمثل مؤشرات الممارسة في: استخدام خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، تلقي رعاية قبل وأثناء وبعد الولادة، التربية الصحية الجيدة والآمنة للأبناء، الحصول علي استشارات قانونية عند الانتهاك. ويساعد تحليل هذه

المؤشرات على تشخيص فجوات المعرفة، وتحديد الحواجز المؤسسية والثقافية والاتصالية التي تعيق الممارسة، فضلًا عن تقييم جودة إتاحة الخدمات وفق مبادئ الإتاحة وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة . وفيما يلي عرض لبعض الحقوق الإنجابية التي ستتناولها الباحثة في الدراسة الراهنة:

أ- الحق في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة: يعد الحق في الصحة التزامًا قانونيًا منصوصًا عليه في صكوك حقوق الإنسان الدولية، ويشمل تمتع كل إنسان بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية مع ضمان تشريعات وسياسات تُكفل خدمات صحية عادلة تُعالج التفاوتات المرتبطة بالفقر أو الوصم أو التمييز (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨). وفي هذا السياق أكدت مصر التزامها بالاتفاقيات الدولية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية، التي تبنت نهجًا متكاملًا يتجاوز التركيز التقليدي على الخصوبة إلى تناول الأبعاد السلوكية والاجتماعية للصحة الإنجابية (خليل، ٢٠٠٠)، ويعني مفهوم الصحة الإنجابية تمتع الأفراد بحياة جنسية مرضية وآمنة، والقدرة على الإنجاب بحرية وفق رغبتهم في توقيت الإنجاب وعدد الأطفال، بما في ذلك حق المرأة في معرفة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والملائمة(UNFPA, 2005) ؛ هندي، ٢٠١٤ .(ورغم ذلك، أظهرت دراسة أمريكية أن ١٩٪ فقط من النساء ذوات الإعاقة الجسدية تلقين استشارات جنسية متخصصة، ما يؤكد الحاجة إلى تحسين وصول هذه الفئة إلى المعلومات والخدمات(RRWD, 2002) ،ويعد الوصول لتنظيم الأسرة الآمن والطوعي أحد حقوق الإنسان الجوهرية لتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والحد من الفقر. إلا أن ما يقرب من ٢٢٥ مليون امرأة حول العالم ممن يرغبن في تجنب الحمل لا يستخدمن وسائل فعّالة بسبب نقص المعلومات أو الخدمات، أو ضعف الدعم من الأسرة والمجتمع. وقد شددت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية على أن غياب الوعي والخدمات يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإجهاض ووفيات الأمهات، مؤكدةً ضرورة التثقيف والتوعية

بالصحة الإنجابية والجنسية(CRR, 2008) .كما تشكل وسائل منع الحمل أهمية خاصة للنساء ذوات الإعاقة، ليس فقط لمنع الحمل غير المرغوب فيه، بل أيضًا لإدارة الدورة الشهرية أو مواجهة القيود الجسدية المرتبطة بها. ومع ذلك، كثيرًا ما يتجاهل مقدمو الرعاية الصحية احتياجاتهن الخاصة، ما يزيد من مخاطر الحمل غير المقصود، وقد بينت الدراسات أن معدلات الحمل بين النساء ذوات الإعاقة تقترب من معدلات غير المعاقات، لكن مع نسب أعلى بكثير من المضاعفات مثل تسمم الحمل وسكري الحمل والنزيف(DiMatteo et al., 2022) ، وهنا يأتي دور الوعي الصحي كمدخلًا وقائيًا لمشكلات الصحة الإنجابية، حيث يشكّل شرطًا أساسيًا لصحة الأفراد والأسر والمجتمع، ويمتد ليشمل ما قبل الإنجاب وما بعده. كما يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالعوامل الاجتماعية والثقافية وأدوار النوع الاجتماعي واحترام حقوق الإنسان (Abd Elrazek ,et al., 2023).

ب- الحق في الحصول علي معلومات وخدمات رعاية الصحة الإنجابية : يمثل الحق في الصحة أحد الحقوق الأساسية للإنسان، ويعني حصول كل فرد على المعلومات والرعاية الصحية اللازمة له. ويُعَدّ الوعي الصحي شرطًا ضروريًا للانتفاع الكامل من هذه الخدمات وتحقيق مستوى صحي متقدم يعكس العدالة الاجتماعية (نجم الدين، ٢٠٢٠). ويعني الوصول إلى الرعاية الصحية الاستخدام المناسب للخدمات لتحقيق أفضل النتائج، وبالنسبة للنساء ذوات الإعاقة يجب أن تكون الخدمات فعّالة، كافية، ومتاحة ماديًا ومعلوماتيًا، بعيدًا عن أي تمييز. كما ينبغي تقديم دعم يسهل الوصول إليه، يتضمن معلومات موضوعية وغير تمييزية عن الفحص قبل الولادة وتربية الطفل ذي الإعاقة والخدمات المتاحة لأسرهم.

وتشير التقديرات إلى أن النساء في سن الإنجاب (١٥–٤٩ عامًا) يمثلن أكثر من خمس سكان العالم. وقد قدّر صندوق الأمم المتحدة للسكان حاجة نحو ستة ملايين

امرأة إلى دعم ورعاية صحية ماهرة خلال الحمل والولادة وما بعدها، ما يُحسّن بشكل كبير معطيات الولادة للأمهات والأطفال، وهو ما يتماشى مع البرامج والسياسات الصحية العالمية (مسلم، ٢٠٢٢).

واشترطت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة توفير وصول شامل إلى خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك تلبية الاحتياجات المادية والمعلوماتية والتواصلية. إلا أن نساء كثيرات يواجهن عوائق تحد من الوصول إلى الخدمات الإنجابية، مثل: المواقف الاجتماعية السلبية، قلة المعلومات، مواقف مقدمي الخدمة غير الملائمة، ضعف البنية التحتية الصحية، الطوابير الطويلة، القيود المالية، صعوبات النقل، ونقص المعرفة بالبرامج المتاحة(Abdel-Tawab, et al., 2025) ، كما أظهرت نتائج المسح القومي للأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠٢٢) أن ٨٧.١٪ من ذوي الإعاقة يواجهون مشاكل عند الحصول على الخدمات الصحية بسبب ارتفاع التكلفة، بينما أشار ٦٣.٧٪ إلى طول فترة الانتظار، و٤٩.٨٪ إلى صعوبات الانتقال داخل أماكن تقديم الخدمات وبعدها. وينطبق هذا النمط على جميع أنواع الإعاقات، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية. وأكدت دراسات ميدانية أن التواصل الفعّال وتسهيل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، خصوصًا في فترة ما حول الولادة، يعد أمرًا محوريًا لتحسين التجربة الصحية للنساء ذوات الإعاقة.(Saeed Gul, et al., 2022)

ج- الحق في السلامة الجسدية : يعد من الحقوق الأساسية للإنسان، ويعني حماية الفرد من أي اعتداء على جسده أو مساس بسلامته الجسدية أو النفسية، بما يشمل العنف والتعذيب والمعاملة اللاإنسانية، ويؤكد على الاستقلال الذاتي وحرية الإرادة في القرارات المتعلقة بالجسد(Ruth A. Miller, 2007) ، وتعرف السلامة الجسدية على أنها : القدرة على الأنتقال بحرية من مكان إلى آخر، القدرة على أن تكون آمنًا من الأعتداءات العنيفة . وتتضمن الأعتداءات الجنسية كالحمل غير المرغوب فيه، العنف المنزلي

ومحدودية الوصول إلى وسائل منع الحمل، الحصول على فرص للرضا الجنسي وفي حق الأختيار في أمور الإنجاب. ويشمل ذلك الحق حريتين إنجابيتين هامتين: الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة، والحق في عدم التعرض للاعتداء والاستغلال الجنسيين. فيجب ضمان عدم تعرض النساء ذوات الإعاقة لأي نوع من الاعتداءات على أجسادهن. ويشير إعلان القضاء على العنف ضد المرأة إلى اعتماد تدابير تهدف إلى القضاء على العنف ضد هذه الفئات. حيث إنه على الرغم من الضمانات الدولية لحقوق الإنسان غالبا ما تنتهك القوانين والسياسات حق النساء ذوات الإعاقة في السلامة الجسدية (RRWD,2002).

ويتعرض النساء ذوات الإعاقة بشكل أكبر للأساءة والعنف المبني على أساس النوع وهذا يتعارض مع حقوقهن الإنسانية. فغالبًا ما يجبرن على أفعال ضد إرادتهن، حيث ترفض العديد منهن منح الإذن للعلاج بسبب عدم فهمهن طبيعة الإجراءات التي ستجري لهن. كما تخضع كثير منهن للتعقيم الجراحي بسبب اعتقاد آخرين أن ذلك هو الإجراء المناسب لمنع الإنجاب. ويُتخذ قرار إعطائهن حقن منع الحمل أو إجراء عمليات إجهاض دون مشاركتهن في القرار. مما يعد انتهاكًا لحقوقهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بجسدهن. لذا يجب على الدول ضمان عدم اتخاذ أي قرار بشأن الصحة الجنسية والإنجابية وحقوق النساء والفتيات ذوات الإعاقة دون موافقتهن الحرة والمستنيرة المسبقة، وكذلك إلغاء جميع أشكال نزع الأهلية القانونية أو تقييدها واستبدالها بآليات دعم اتخاذ القرارات لضمان مبدأ الاستقلالية بشكل كامل. كما ينبغي ضمان إطلاع النساء والفتيات ذوات الإعاقة جيدًا على حقوقهن من خلال معلومات يسهل الوصول إليها ومناسبة لأعمارهن (EDF, 2019).

د- الحق في التربية الصحية والآمنة للأبناء : يعد الحق في الصحة والرعاية من أهم حقوق الطفل التي يجب توفيرها وضمانها في جميع أنحاء العالم. يتمثل هذا الحق في

توفير الرعاية الصحية الشاملة، الغذاء الصحي، بيئة نظيفة وآمنة، والفرصة للحصول على خدمات طبية وعلاجية مناسبة عند الحاجة. وبدون ذلك تتعرض حياة الأطفال للخطر، ويفقدون القدرة على النمو والتطور بشكل سليم. وللنساءوخاصة ذوات الإعاقة الحق في تربية أبنائهن تربية صحية وآمنة ، وتتعلق قضية الأمومة بحقوق ذوي الإعاقة. فيعاني حوالي ٤.١ مليون والد في الولايات المتحدة من نوع من الإعاقة. مما يؤكد علي أحقية الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على برامج وخدمات داعمة تضمن لهم القدرة على رعاية الأطفال بأقصى قدراتهم. فهم لا يزالو يناضلون من أجل هذا الحق. فالعديد من الولايات تُجيز إخراج الأطفال من المنزل لمجرد كون أحد الوالدين أو كليهما من ذوي الإعاقة. وفي هذه الحالات، لا توجد عادةً أي حالات يُشتبه فيها أو مُثبتة بإساءة معاملة أو إهمال تجاه الطفل؛ والسبب الوحيد هو إعاقة أحد الوالدين. وتُؤدي العوائق النظامية التي تحول دون رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة لأطفالهم بكامل حريتهم وكرامتهم إلى آثار سلبية مُتتالية على الآباء والأطفال والأسر المُعاقة. كما تُعيق من الوصول إلى معلومات وخدمات الصحة الإنجابية المناسبة، فهي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالتمييز ضد ذوي الإعاقة فيما يتعلق بمن له الحق في رعاية الأطفال والتعبير عن تقرير المصير بشأن القرارات المتعلقة بأجسادهم والحياة التي يتصورونها لأنفسهم،. فهم يستحقون المشاركة في أي جانب من جوانب الإنسانية يُرضيهم ويحقق ذواتهم(DiMatteo.E ,etal,2022)، وبالرغم التقدم الكبير في ترسيخ الحقوق الإنجابية، ما زال تحويلها إلى سياسات وبرامج عملية يحتاج إلى جهود إضافية. فقد أوضح تقرير الأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠١٧) أن تعزيز هذه الحقوق يتطلب:سن قوانين تدعم وصول النساء ذوات الإعاقة إلى الخدمات والمعلومات الصحية، إدماج قضاياهن في جميع السياسات والخطط المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، ضمان توافر خدمات قريبة، مجانية أو ميسورة التكلفة، مع توفير معلومات شاملة ومناسبة ، تثقيفهن حول الحياة الجنسية، العلاقات الصحية، واختيار

توقيت الإنجاب بحرية، معاملة منصفة تكفل لهن دعماً مجتمعياً آمناً، إشراك الأسر ومقدمي الرعاية في صياغة وتنفيذ الخطط ذات الصلة، حسن استثمار الموارد والكوادر بما يضمن تمكينهن من ممارسة حقوقهن كاملة.

سابعاً : منهجية الدراسة :

أ- نوع الدراسة :

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية، حيث تهدف إلى وصف واقع حقوق الإنجاب لدى النساء ذوات الإعاقة، وتحليل العلاقة بين مستوى الوعي بهذه الحقوق(كمتغير مستقل) ومستوى ممارستها الفعلية للحقوق الإنجابية (كمتغير تابع) بمحافظة الوادي الجديد.

ب- منهج وأدوات الدراسة :

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، والمقابلات الشخصية المتعمقة كأداة للدراسة وتم إجراء مقابلات شخصية متعمقة مع السيدات المتزوجات ذوات الإعاقة بمدينة الخارجة محافظة الوادي الجديد تهدف للحصول على المعلومات المتعلقة بمدي وعيهن بحقوقهن الإنجابية والممارسة الفعلية لهذه الحقوق، وتم تصميم دليل المقابلة المتعمقة من خلال صياغة مجموعة من الأسئلة المفتوحة والتفصيلية الخاصة بالبيانات الأساسية ثم مجموعة أخري مرتبطة بأهداف الدراسة. وستقوم الباحثة بعد تطبيق دليل المقابلة بعمل تحليل كيفي لبيانات ونتائج المقابلة. وللتأكد من صدق وثبات أداة جمع البيانات قامت الباحثة بإجراء مقابلة إستطلاعية لمجتمع الدراسة قامت خلالها إجراء اختبار قبلي عن طريق مقابلات متعمقة لعدد ثلاثة حالات ممن تنطبق عليهم الشروط،ثم أعدت الاستمارة في شكلها النهائي بعد تعديل وإضافة وحذف بعض البيانات، للتوصل إلى الصورة النهائية لدليل المقابلة.

مصادر البيانات :

اعتمدت الدراسة الراهنة علي مصادر بيانات متنوعة هي :

١- التقارير الدولية (مثل تقارير الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية) وبيانات التعداد لسنة ٢٠١٧ .

٢- بيانات من مديرية التضامن الاجتماعي بمحافظة الوادي الجديد – مركز التأهيل الاجتماعي .

٣- الدستور المصري لعام ٢٠١٤ ، المسح القومي للأشخاص ذوي الإعاقة ٢٠٢٢م، القانون رقم ١٠ لعام ٢٠١٨، والقانون رقم ١١ لعام ٢٠١٩ بشأن إنشاء المجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة في عام ٢٠٢١، رؤية مصر ٢٠٣٠ والاستراتيجية الوطنية للسكان المصرية (٢٠٢٣-٢٠٣٠) .

ج- مجتمع الدراسة:

بلغ إجمالي عدد الإناث ذوات الإعاقة في سن الإنجاب(١٥ :٤٩) سنة في محافظة الوادي الجديد ٤٨٥ مفردة ، منهم ٢٦١ من الآنسات ، وعدد ١٩٧ من المتزوجات منهم عدد (٩٥) سيدة متزوجة في مدينة الخارجة (مجتمع الدراسة) ، تم إجراء المقابلة الشخصية المتعمقة لعدد(١١حالة) بنسبة بلغت تقريباً ١١.٦٪ من المجتمع الأصلي من السيدات المتزوجات ذوات الإعاقة ممن تمكنت الباحثة من التطبيق عليهم من مركز التأهيل الاجتماعي التابع لمديرية التضامن الاجتماعي بالوادي الجديد .وتم اختيار عينة قصدية (Purposive Sample) من النساء ذوات الإعاقة اللواتي تتوفر لديهن القدرة على التواصل والمشاركة، مع مراعاة التنوع في نوع الإعاقة والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية. ويتوافق هذا العدد مع الحدود الموصى بها في الدراسات النوعية التي عادةً ما يتراوح حجم عينتها بين (١٠ – ١٥) حالة عند استخدام أسلوب المقابلات المتعمقة، وهو حجم يتيح الوصول إلى درجة من التشبع المعلوماتي بما يضمن تنوع البيانات وعمقها. وقد واجهت الباحثة أثناء التطبيق بعض المشكلات الميدانية مثل صعوبة الوصول لبعض الحالات، وتحديات تتعلق بالخصوصية والاعتبارات الاجتماعية، مما استلزم الاكتفاء بالعدد الحالي الذي يمثل حجمًا مناسبًا لتحقيق أهداف الدراسة.

تاسعاً :عرض وتحليل نتائج البحث ومناقشتها :

نعرض في هذا الجزء التحليل الكيفي لنتائج مقابلة النساء ذوات الإعاقة ، وستقوم الباحثة أولاً بعرض البيانات الأساسية لعينة الدراسة ثم عرض نتائج المقابلة طبقاً لأهداف الدراسة .

اولاً: الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية لمجتمع الدراسة :

م	الحالات / المتغير	الحالة الأولي	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة	الحالة السابعة	الحالة الثامنة	الحالة التاسعة	الحالة العاشرة	الحالة الحادية عشر
١	العمر	٣٨ سنة	٤٤ سنة	٤١ سنة	٢٨سنة	٣٥ سنة	٢٨ سنة	٤٠سنة	٣٤ سنة	٣٤ سنة	٣٠ سنة	٢٦سنة
٢	مستوي التعليم	دبلوم	دبلوم	دبلوم	دبلوم	جامعي	ثانوي	جامعي	جامعي	فوق جامعي	أمية	جامعي
٣	الحالة الزواجية	متزوجة	متزوجة	مطلقة	متزوجة	مطلقة	متزوجة	متزوجة	متزوجة	متزوجة	متزوجة	متزوجة
٤	مدة الزواج الحالي	١٦ سنة	٢٤ سنة	٣٢ سنة ومطلقة من ٤ سنوات	١٤ سنة	١٤ سنة	٣ سنوات	١٢ سنة	٥سنوات	١٠ سنوات	٩ سنين	٥ سنين
٥	نوع الإعاقة حدثت من كام سنة	حركية من ١٦ سنة	حركية من ١٠سنوات	حركية من ٢٠ سنة	حركية من ٢٠ سنة	حركية ٢٩ سنة	سمعية مولودة بها	المتغير	أمراض دم	بصرية من سنتين	بصرية من ٥ سنوات	حركية من سنة

م	الحالات / المتغير	الحالة الأولي	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة	الحالة السابعة	الحالة الثامنة	الحالة التاسعة	الحالة العاشرة	الحالة الحادية عشر
٦	سبب الإعاقة	حادث في الرجلين	حادث بسبب جراحة	حادث	ضعف بالأربطة	حادث	وراثة	سخونة	لا أعرف	سرطان	لا أعرف	حادث
٧	هل لدي الزوج إعاقة	لا	لا	لا	لا بس عنده كهربا زيادة	لا	نعم	لا	لا	لا	لا	لا
٨	صلة قرابة الزوجين	لا توجد	لاتوجد	توجد	لاتوجد	لاتوجد	لاتوجد	لاتوجد	لاتوجد	لاتوجد	لاتوجد	لاتوجد
٩	هل لديك أطفال	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
١٠	عدد الأبناء/ نوعهم	٢ ذكر /أنثي	٣ ذكور	٢ ذكور	٢ ذكر /أنثي	٢ ذكر /أنثي	١ ذكر	٢ ذكور	٢ ذكر /أنثي	٢ ذكر /أنثي	٢ إناث	٣ ذكور
١١	المستوي التعليمي للأبناء	ثانوي ، إعدادي	جامعي ، معهد ، ابتدائي	ابتدائي ، وإعدادي	ابتدائي ، إعدادي	ابتدائي ، حضانة	حضانة	إبتدائي	حضانة	حضانة ، إبتدائي	حضانة ، إبتدائي	حضانة

م	الحالات / المتغير	الحالة الأولي	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة	الحالة السابعة	الحالة الثامنة	الحالة التاسعة	الحالة العاشرة	الحالة الحادية عشر
١٢	هل لدي الأطفال إعاقة	لا	نعم – أحدهم لديه قصر بالرجل	نعم أحدهم أنيميا منجلية ، الآخر قلب مفتوح	نعم ضعف بالأربطة ، ضعف بالنظر	لا	لا	لا	لا	لا	لا	نعم حادث
١٣	تاريخ وعدد مرات الحمل	٢ مرة	٣ مرات	٢ مرة	٢ مرة	٢ مرة	مرة واحدة	٥ مرات	٣ مرات	٣ مرات	٢ مرتين	٣ مرات
١٤	هل حدث إجهاض	لا	لا	لا	لا	لا	لا	نعم ٣ مرات	نعم مرة واحدة مرض	نعم مرة واحدة إجهاض	لا	لا
١٥	محل الإقامة	ريف	ريف	حضر	حضر	حضر	ريف	حضر	حضر	حضر	حضر	حضر
١٦	وصف الدخل الشهري	متوسط	منخفض	منخفض	متوسط	منخفض	منخفض	متوسط	متوسط	متوسط	منخفض	منخفض
١٧	مصدر الدعم	الأسرة	الأسرة	الأسرة	الزوج	الأسرة	الأسرة	الزوج	الأسرة	الأصدقاء	أخت زوجي	الأسرة

م	الحالات / المتغير	الحالة الأولي	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	الحالة الخامسة	الحالة السادسة	الحالة السابعة	الحالة الثامنة	الحالة التاسعة	الحالة العاشرة	الحالة الحادية عشر
١٨	العمل ونوعه	أعمل ، موظفة حكومية	أعمل، بالأجر اليومي	أعمل، بالأجر اليومي	لا تعمل	لا تعمل	لا تعمل	أعمل، موظفة حكومية	لا تعمل	أعمل ، عمل إداري	لا تعمل	لا تعمل
١٩	استخراج بطاقة الخدمات والإستفادة منها	نعم ، في ساعات العمل	نعم ،في الكشف	لا، معرفش بتستخدم في إيه	نعم ، في المواصلات	لا	نعم ، في الكشف والعلاج	نعم، بس لسه مطلعتش	نعم ، لسه جديدة لم أستخدمها	نعم ، في الكشف	نعم	لا ، لسه بستخرجها

– باستقراء البيانات الجدول السابق للخصائص الأساسية لمجتمع الدراسة أظهرت النتائج أن أعمار المبحوثات تراوحت بين(٢٦ – ٤٤ سنة) بمتوسط يقارب (٣٤.٤ سنة)، وهو ما يضع غالبية الحالات في سن النشاط الإنجابي وتكوين الأسرة، ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة (Tanabe et al, 2015)التي أكدت أن مرحلة العمر الإنجابي من أكثر المراحل التي تواجه فيها النساء ذوات الإعاقة قيودًا على حقوقهن بسبب ضغط الأسرة والمجتمع على قرارات الإنجاب. كما يرتبط ذلك بمفهوم النسوية الليبرالية التي تؤكد على حق المرأة في تقرير مصيرها الإنجابي في كل المراحل العمرية دون تدخل قسري.

–كما تبين وجود تفاوت واضح في المستويات التعليمية لحالة واحدة فقط ما بين الأمية والتعليم فوق الجامعي،غير أن الغالبية تركزت في التعليم المتوسط (الدبلوم والجامعي)،الأمر الذي يعكس تنوعًا في الخلفيات الثقافية والوعي الصحي لدى المشاركات.

– أما فيما يتعلق بالحالة الزوجية، فقد تبين أن (٩) من أصل (١١) حالة ما زلن متزوجات مقابل حالتين فقط مطلقات، مما يشير إلى أن الزواج لا يزال إطارًا اجتماعيًا قائمًا لدى النساء ذوات الإعاقة ولم تحول الإعاقة دون استقرارهن الأسري ، على الرغم من وجود بعض التحديات التي قد تنتهي بالطلاق. وبلغ متوسط مدة الزواج (١٢) سنة تقريبًا، مما يعكس وجود خبرات متنوعة ما بين حديثات الزواج وصاحبات التجارب الطويلة. وتعكس هذه النتيجة ما ذكره (Abdel Tawab,2025) فأشار إلي أن الوضع الزواجي والاجتماعي يلعب دورًا أساسيًا في تشكيل فرص المرأة في ممارسة حقوقها الإنجابية، إذ أن الزواج يُمثل شرطًا اجتماعيًا ضمنيًا لقبول الإنجاب.

– وفيما يتعلق بطبيعة الإعاقة، فقد كانت الإعاقة الحركية هي الأكثر شيوعًا بين المبحوثات، تليها الإعاقات السمعية والبصرية وأمراض الدم، وكانت الحوادث هي السبب الرئيس لحدوث الإعاقة في عدد كبير من الحالات، بجانب الوراثة والأمراض المزمنة.

ويعكس ذلك أن الإعاقة لدى هذه الفئة ليست نمطًا واحدًا وإنما تتباين في النوع والسبب وتوقيت الإصابة، الأمر الذي ينعكس على مستوى التكيف الاجتماعي والإنجابي . وأشارت حالة واحدة فقط لوجود إعاقة لدي الزوج مما يؤكد أن غالبية المبحوثات تزوجن من أزواج أصحاء لا يعانون من الإعاقة .

– كما أوضحت النتائج أن جميع المبحوثات قد أنجبن بالفعل، بمتوسط طفلين تقريبًا لكل أسرة، مما يعكس تمسك النساء ذوات الإعاقة بدور الأمومة كقيمة اجتماعية عليا مع الحفاظ علي شكل الأسرة الصغيرة ، حتى في ظل التحديات الصحية. ذلك مع وجود تفاوت في المستوي التعليمي للأبناء من الحضانة حتى الجامعة، مما يؤكد علي سعي غالبية الأمهات لتعليم أبنائها بغض النظر عن إعاقتهن. وتبين أن (٤) حالات من أصل (١١) لديهن أبناء يعانون من إعاقات مختلفة ، وهو ما يكشف عن وجود ارتباط محتمل بين الإعاقة لدى الأم وبعض العوامل الوراثية أو الصحية المرتبطة بالحمل والولادة ويزيد العبء النفسي والاجتماعي علي الأم . كما ظهرت حالات الإجهاض ظهرت لدى (٣) مبحوثات فقط ، وأرجعن السبب في ذلك للأدوية ثم للمرض، مما يوضح تأثير الوضع الصحي على القدرة الإنجابية لديهن .

– كما تبين أن (٨) من الحالات يقمن في الحضر مقابل (٣) في الريف، ويتراوح الدخل الشهري لحالات الدراسة مابين المنخفض والمتوسط دون وجود أي حالة ذات دخل مرتفع، وهو ما يعكس هشاشة الوضع الاقتصادي لهذه الفئة. كما تبين أن (٥) حالات فقط يعملن، منهن حالتان في وظائف حكومية مستقرة، وقد انعكس ذلك على وعيهن بالخدمات المتاحة وقدرتهن على الاستفادة من بطاقة الخدمات.ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة (Behzad,2021) ودراسة(Wehbi & Lakkis ,2010) حيث يعتبر الفقر وضعف الموارد الاقتصادية من أهم معوقات ممارسة الحقوق الإنجابية. كما يعكس ذلك ما تذهب إليه النسوية الماركسية التي ترى أن التهميش الاقتصادي للنساء ناتج عن بنية

رأسمالية تستغل المرأة وتضعها في موقع التبعية، مما يحد من قدرتها على التحكم في حياتها الإنجابية.

– أما فيما يخص الدعم الاجتماعي أشارت المبحوثات إلي أن الأسرة تمثل المصدر الرئيس للدعم لدى الغالبية وعددهم (٧حالات)، في حين كان الزوج مصدرًا للدعم في حالتين فقط ، بينما ورد ذكر الأصدقاء وأخت الزوج كمصدر محدود للدعم في حالتين أخريين. وهو ما يوضح استمرار اعتماد النساء ذوات الإعاقة على الأسرة أكثر من المؤسسات الرسمية، مع غياب الدعم المؤسسي المباشر. ويتوافق مع ما أكدته دراسة (الديب ،٢٠١٩) حول دور المساندة الاجتماعية في تحسين جودة حياة النساء المعاقات، لكنه في الوقت ذاته يعكس محدودية المؤسسات الرسمية في توفير الدعم المطلوب.

–كما أظهرت النتائج أن معظم المبحوثات قد استخرجن بطاقة الخدمات أو بصدد استخراجها،فالاستفادة منها جاءت متفاوتة،حيث اقتصرت لدى بعضهن على الكشف أوالعلاج، بينما استخدمتها أخريات في المواصلات أوتسهيلات العمل (ساعات العمل)، في حين أبدت بعض الحالات عدم معرفتهن بكيفية الاستفادة منها.ويكشف ذلك عن وجود فجوة بين امتلاك الحقوق من الناحية الشكلية وبين القدرة على ممارستها فعليًا.ويتفق ذلك مع مقولات نظرية السلوك المخطط عن السيطرة المدركة.

ولذلك يمكن القول إن النتائج تعكس تمسك النساء ذوات الإعاقة بدور الأمومة والإنجاب كوسيلة للاندماج الاجتماعي، مع وجود تحديات صحية واقتصادية واضحة تؤثر على حياتهن اليومية، إضافة إلى الاعتماد الكبير على الأسرة مقابل الغياب النسبي لدور المؤسسات الرسمية في تقديم الدعم والخدمات. كما يظهر أن هناك فجوة بين الوعي بالحقوق الإنجابية وبين الممارسة الفعلية لها، وهو ما يستدعي تدخلات أكثر فاعلية لتفعيل السياسات والخدمات الموجهة لهذه الفئة.

ثانياً : مؤشرات الوعي بحقوق الإنجاب :

– أظهرت نتائج الدراسة أن أغلب النساء ذوات الإعاقة (٨ من أصل ١١ حالة) ربطن مفهوم الحقوق الإنجابية بتحديد وقت الحمل والمباعدة بين فترات الحمل والرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة، والعدد المناسب من الأبناء. باعتبارها حقوقًا أساسية يجب أن يتمتعن بها مثل غيرهن من النساء، وقد تركز هذا الإدراك في الفئات الأعلى تعليمًا. في المقابل،٣ حالات فقط لم يكن لديهن وعي بمفهوم الحقوق الإنجابية .

– بينما تنوعت مصادر المعلومات الخاصة بالحقوق الإنجابية،(٣ حالات) أعتمدن علي الأم،(٢حالة)علي الأصدقاء،(٢ حالة) علي الأطباء ومقدمي الخدمات الصحية ، و(حالتين) علي الإنترنت في الحصول علي المعلومات . أما بالنسبة لمصادر الدعم تبين أن الأسرة تمثل الداعم الأساسي في (٥ حالات)، وكان الطبيب مصدر الدعم لعدد (٤حالات) ،بينما شكّل الزوج مصدر دعم في (حالتين فقط). وذكرت حالة واحدة دور الجمعيات كمصدر دعم(بتجيب دكاترة متخصصين ومترجمين إشارة).

– الوعي بالحق في الصحة الأنجابية وتنظيم الأسرة : عند قياس مستوى معرفة النساء بحقوقهن الإنجابية فيما يتعلق بتنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل، حالة واحدة فقط لم تكن لديها أي معلومات ، وحالتين فقط في منطقة وسط بين توافر المعلومة والممارسة المحدودة في استخدام الوسيلة وذلك نظراً لظروفهن الصحية ، وحمل أحدهن عن طريق الحقن المجهري ، أما باقي الحالات وعددهم (٨ حالات) أستخدمن الوسيلة من خلال مركز الرعاية بالمستشفي وأطباء متخصصون وأظهرن وعي أكبر بالخيارات الطبية المتاحة.

– أما عن تجربة الإنجاب، فقد أشارت(٧حالات) إلى أن تجارب الحمل والولادة كانت صعبة تمت عن طريق الخضوع لعملية قيصرية وكانت تجربة قاسية وصعبة ومرهقة نظراً لغياب التسهيلات الطبية وقلة الدعم ، وبسبب بعض الصعوبات الصحية مثل صعوبة الحركة أو طول فترة الحمل، بينما ذكرت (٤حالات) أن التجربة كانت طبيعية

لم يعانوا أي صعوبات .

– وفيما يخص المعلومات داخل المرافق الصحية، أفادت ٩ سيدات بتوافر المعلومات داخل المرفق الصحي من خلال الطبيب والعيادات الخارجية حول الإجراءات المتبعة أثناء الحمل والنظام الغذائي المتبع للأم ، وعدد(٢حالة) أفادوا أن المعلومات والإرشادات موجودة علي الحوائط داخل المرفق الصحي .

– أما عن الوعي بالحق في الحصول على معلومات وخدمات الرعاية الصحية: فيما يخص المعرفة بحقوقهن في رعاية الحمل والولادة أشارت غالبية السيدات إلى أنهن يعرفن أن لهن حقًا في رعاية الحمل والولادة، في حين أوضحت حالة واحدة أنها ليس لديها معرفة بذلك . وبخصوص المعلومات عن خدمات رعاية ما حول الولادة أجمعت الحالات علي وعيهم ومعرفتهم بذلك، بينما تنوعت مصادر الحصول علي المعلومات، اعتمدت (٤حالات) على الأطباء كمصدر رئيسي للمعلومات، بينما رجعت (٤حالات) إلى خبرات الأسرة وخاصة الأم ، في حين ذكرت حالة واحدة أعتمادها علي الخبرة الحياتية.

–أما الخدمات الصحية المقدمة، فقد أكدت غالبية الحالات أن الخدمات المتاحة اقتصرت علي العلاج الطبي والمتابعة الدورية، بينما لم تشر سوى حالة واحدة فقط إلى الاستفادة من علاج طبيعي متخصص، ولم تذكر أي حالة الاستفادة من الأجهزة تعويضية بشكل فعلي.

– الوعي بالحق في السلامة الجسدية: أفادت جميع الحالات بأنهن يعرفن أشكال العنف التي قد تتعرض لها النساء ذوات الإعاقة، مثل النفسي أو الجسدي أو الاجتماعي، والبعض منهن لم يكن على وعي كافٍ بهذه الأنواع. أما عن معلومات الحماية من العنفوالإيذاء، فقد ذكرت ٨ حالات أنهن لا يمتلكن معلومات كافية حول كيفية حماية أنفسهن أو طلب المساعدة، بينما ٣ فقط عبرن عن معرفة محدودة بطرق الحماية (مثل

اللجوء للأهل أو أحد الأقارب). وبخصوص طرق الحصول على الحماية والمساعدة في حالة التعرض للعنف أو الإيذاء أكدت (٦حالات) بمعرفتهن بوجود جهات يمكن اللجوء إليها منخ خلال رفع القضايا، في حين لم تكن (٥ حالات) على علم بأي جهة أو قنوات رسمية، مما جعلهن يعتمدن على الأشخاص الكبيرة بالأسرة أو مشيخة الأزهر وبعض الأوقات يلجأن إلي المجلس القومي للمرأة عند رفع القضايا.

– الوعي بالحق في التربية الصحية والآمنة للأبناء: أوضحت (٩ حالات) أن مفهوم التربية بالنسبة لهن يتمثل في الغذاء الجيد والرعاية الطبية وإلحاق الأبناء بالتعليم والتوجيه والإرشاد وتوفير البيئة الآمنة والنظافة الشخصية، بينما قدمت (حالتان) مفهومًا أوسع يشمل التربية النفسية والاجتماعية مع الرعاية الصحية والطبية بما يحسن جودة الحياة.

– وعن توافر المعلومات حول تربية الأبناء، ذكرت (٩حالات) أن لديهن معرفة جيدة حول أساليب التربية الإيجابية ، وقالوا (ده جيل صعب التعامل معاه يحتاج تعامل خاص) بينما عبرت حالتين عن وعي ومعرفة محدودة بالأساليب الصحية والتربوية الحديثة. وفيما يتعلق بالدعم، أكدت(٨ حالات) أن الأسرة (الأم، الأخت، أو الحماة) هم المصدر الأول والرئيسي للدعم المباشر في تربية الأبناء ويتفق ذلك مع ما ذكره(Behzad,2021) عن لجوء النساء وخاصة ذوات الإعاقة لمصادر غير رسمية نتيجة نقص الدعم المؤسسي. بينما ذكرت حالة واحدة أن الزوج شارك في المسؤولية، وأشارت حالتين إلى عدم وجود من يساعدهم ويدعمهم لأنهم يعيشون بعيداً عن أسرهم فتقمن بذلك بمفردهن . أوضح عدد (٤حالات منهن) بأنهن واجهن صعوبات في تربية الأبناء فإلي جانب إعاقتهن يوجود لديهم أطفال يعانون من الإعاقة، مما ضاعف الضغوط النفسية والاجتماعية، بينما باقي الحالات لم تشر إلى تحديات استثنائية تتجاوز صعوبات الحياة اليومية.

وتؤكد نظرية السلوك المخطط أن الوعي يمثل جانبًا من المعتقدات السلوكية،

لكنه يظل غير كافٍ ما لم يُدعَم بتحكم سلوكي مدرك (قدرة المرأة على الوصول للمعلومات والخدمات) ومعايير اجتماعية إيجابية.

تكشف النتائج عن وجود وعي نسبي لدى النساء بحقوق الإنجاب، إلا أن هذا الوعي جزئي وغير متوازن، حيث ارتبط بالخبرات الشخصية أو بمصادر تقليدية كالأسرة أكثر من اعتماده على القنوات المؤسسية. ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة(محمود ،٢٠٢٤)،(Saeed, 2022)، حيث أوضحوا أن نقص السياسات الصحية وضعف تهيئة مقدمي الخدمة يعوقان وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن.

ثالثاً: مؤشرات الممارسة الفعلية للحقوق الإنجابية للنساء ذوات الإعاقة:

– ممارسة الحق في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة: أظهرت النتائج بالنسبة للقرارات الإنجابية أن (٩سيدات) أخذن قرارات الإنجاب بأنفسهن دون ضغط من الآخرين ، وحالة واحدة أفادت بأنها أخذت قرار إنجاب الطفل الأول بنفسها ، أما عن إنجاب باقي الأطفال كان القرار بناءاً علي توجيهات وإرشادات الطبيب نظراً لحالتها الصحية الصعبة، وذكرت الحالة الأخري أن الحمل جاء عن طريق الصدفة . أما بخصوص المعلومات حول تنظيم الأسرة من قبل المختصين ، أجمعت السيدات علي أن الأطباء المتخصصين المتابعين لحالاتهم ووحدات الرعاية الصحية قدموا لهن معلومات كافية حول ذلك مما أثر على وعيهن بطرق الاستخدام الآمن،في حين أشارت حالة واحدة فقط بأنها لم تتلقي المعلومات الكافية نظراً لظروف حالتها الصحية وعدم وجود نية للإنجاب، ويختلف ذلك مع دراسة (Abdel Tawab ,2025) حول العنف الإنجابي والوصاية الأسرية، وكذلك مع دراسة (Curry ,2020) اللتين أبرزتا ضعف مشاركة النساء في الخدمات التثقيفية والرعائية بسبب القيود المجتمعية والمؤسسية.وأختلفت أيضاً مع مقولات النظرية النسوية التي أكدت علي أن النظام الأبوي يحرم النساء من الاستقلالية في قراراتهن الإنجابية،

وهو ما يتضح في غياب مبدأ الخصوصية وسلامة الجسد.

– وعن التحديات في الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، أشارت (١٠حالات) بعدم وجود صعوبات ، واحدة منهم لأنها لم تستخدم أصلاً الوسيلة ، بينما حالة واحدة واجهت صعوبات تمثلت في عدم وجود من يقدم لها المساعدة ،وعدم وجود تيسيرات تناسب حالتهن الصحية. وفيما يخص دعم الأسرة، أكدت جميع الحالات أن الأسرة متمثلة في الأم والأخت وفرت لهن دعمًا عمليًا ونفسيًا أثناء الحمل والإنجاب وتقديم النصائح لإختيار الوسيلة المناسبة والوقت المناسب لإستخدامها .

– ممارسة الحق في الحصول على الرعاية الصحية: أفادت غالبية الحالات أنهن حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل والولادة، منهن من أشارت إلي حدوث ذلك من خلال المتابعة مع الطبيب الخاص بينما أفاد الآخرين بدور وحدات الرعاية الصحية والمستشفي العام والعيادات الخارجية. وفيما يتعلق بحصولهن علي المعلومات والتثقيف حول خيارات الحمل والولادة، أوضح عدد (٩ حالات) أنهن حصلن على المعلومات الكافية من الأطباء، بينما اعتمدت (٤ منهم)على أمهاتهن وحالتين من الأنترنت ومن خلال وحدات الرعاية الصحية ، وحالتان لم يحصلن على أي تثقيف يُذكر.

– أما عن الحصول علي الدعم من مقدمي الخدمة، فقد أشارت(٧ حالات) إلى أنهن تلقين معاملة إيجابية ودعمًا أثناء تلقي الرعاية من الأطباء ووحدات الرعاية الصحية حول الوسيلة وتطعيم الأطفال، في حين أوضحت (٤حالات) أن الدعم كان ضعيفًا وغير متوافر، وبخصوص من يرافقهن أثناء تلقي الخدمة، ذكرت ٨ حالات أن أحد أفراد الأسرة (الأم أو الأخت أو الزوج) كان موجودًا، بينما ٣ حالات فقط حضرن بمفردهن.

– وفيما يتعلق بمدى توافر عناصر الرعاية داخل المراكز (أطباء – ممرضات – أجهزة – خدمات الصحة الإنجابية)، ذكرت جميع الحالات أن هذه الخدمات متاحة جزئيًا لذوات الإعاقة لكن بشكل غير مستمر، بينما أكدت حالة واحدة أنها غير متوفرة.

– وعن تأثير الإعاقة على جودة الرعاية، أكدت (٨حالات) بعدم شعورهن بأنهن مختلفين وأن إعاقتهن لم تؤثر سلبًا على الخدمة المقدمة ، بينما حالتان فقط بأنهن يشعرن بذلك نظراً لإعاقتهن السمعية (الناس بتضايقهم وبيزعقوا عشان يسمعوهم). أما زيارة المراكز المتخصصة لرعاية وتأهيل ذوات الإعاقة، أفادت(٧حالات) بأنهن لم يلجأن إليها مطلقًا نظراً لبعد المكان ولعدم قدرتهم علي الحركة، بينما أشارت عدد (٤سيدات) لحرصهن علي زيارة مركز حسن حلمي لتأهيل ورعاية ذوات الإعاقة وأكدوا علي الدور الذ يقوم به المركز في تقديم خدمات التأهيلوالعلاج الطبيعي لهن .

–وفيما يخص حضور الندوات التثقيفية. أجمعت غالبية السيدات علي عدم إهتمامهن بحضور ندوات تثقيفية ، بينما لم تشارك سوى حالتين بحضور مثل هذه الندوات حول الصحة الإنجابية من خلال مركز الشباب . وأما الجهات التي يحصلن منها على خدمات الرعاية الصحية، أجمعت السيدات علي تنوع الجهات بين زيارة الطبيب الخاص ومراكز الرعاية الصحية بالمستشفي، مما يؤكد علي الدور الذي تلعبه المراكز الصحية في تقديم الخدمة.

– ممارسة الحق في السلامة الجسدية: لم تتعرض عدد (٦سيدات) للعنف أو الإيذاء، بينما عبرت (٥حالات) عن تعرضهن لأشكال مختلفة من العنف (جسدي أو نفسي) بشكل مباشر وأبدين خوفًا من تكرار وقوعه منهن من الزوج (عن طريق الضرب والإهانة والخيانة) وواحدة من خلال الحماه تعرضت لعنف جسدي(كانت بتضربني) . ويعكس ذلك ما توصلت إليه دراسة (أبو حيانة ،٢٠١٩) ودراسة (نسيمة وسهام،٢٠١٦) من أن العنف ظاهرة شائعة بغض النظر عن المستوى التعليمي. أما بالنسبة لحقوقهن في السيطرة على الجسد واتخاذ القرارات الصحية الخاصة بهن ، أوضحت جميع الحالات بشعورهن بالقدرة على ذلك. لأنها تنبع من داخلهم وهن فقط من يمتلكها .

وفي ضوء نظرية السلوك المخطط، يظهر هنا أن الممارسات الإنجابية تحققت بسبب

قوة المعايير الاجتماعية التي تحكم سلوك المرأة وتجعل قرارها مستقل. فعندما تمتلك النية أو المعرفة، فإن الضغط الأسري والمجتمعي لا يحول دون فرص تحويل هذه النية إلى سلوك. بينما أدي ضعف التحكم السلوكي المدرك (غياب الخدمات، بعد المراكز، سوء معاملة مقدمي الخدمة) إلى قصور الممارسة، وهو ما يفسر شبه غياب مشاركة النساء في الندوات التثقيفية.

– وفيما يخص الدعم عند التعرض للعنف أو الإيذاء، من بين الخمس حالات اللاتي تعرضن للعنف أشارت عدد (٣حالات) بأن الدعم كان من الأسرة وإحداهن لجأت للقضاء، و(حالتين) لم يتلقين أي دعم أو مساعدة. أما تقديم المعلومات حول الحالة الصحية وخيارات العلاج أفادت جميع الحالات بحصولهن علي المعلومات الكافية حول ذلك.

– وفيما يتعلق بالتحديات في الحصول على الحماية والمساعدة في حالة التعرض للعنف أو الإيذاء، ذكرت (٨حالات) أنهن لم يواجهن أي تحديات، مقابل(٣حالات) واجهن تحديات حالة منهن رفعت قضية طلاق للضرر، والحالتين لجأن للأهل والأصدقاء لخوفهن من حدوث المشاكل .

– ممارسة الحق في التربية الصحية والآمنة للأبناء: نظراً لنوع الإعاقة وخاصة الحركية واجهت غالبية السيدات صعوبة في تربية الأبناء لإحتياجهم الشديد للمساعدة علي ذلك (علي سبيل المثال قالت إحداهن أنها لا تستطيع اللحاق بابنها عند بكائه وصراخة أو أثناء طلبه للمساعدة في قضاء حاجته الشخصية بسبب صعوبة حركتها) واعتمدت تجربتهن على المعرفة التقليدية والخبرة الأسرية، والبعض منهن استعانوا بالانترنت لمعرفة معلومات تعليمية أو تثقيفية حديثة حول تربية الأبناء. وبخصوص الدعم أو التوجيه، أشارت(٥حالات) لتلقيهن الدعم والتوجيه من الأسرة حيث مثلت الأم مصدر الدعم الرئيسي ومن خلال حضور الندوات. في المقابل أقرت (٦حالات) بعدم تلقيهن

الدعم،ومثلت التحديات في تربية صعوبات إضافية بسبب إعاقتهن، خاصة عند التنقل أو متابعة الأبناء صحيًا وتعليميًا.

رابعاً: التحديات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة في الحصول على حقوقهن الإنجابية:

–فيما يتعلق أبرز التحديات في ممارسة الحقوق الإجابية لذوات الإعاقة:أحتلت التحديات الاقتصادية الصدارة متمثلة في العبء المادي علي الأسرة لضعف الدخل الشهري حيث يؤثر مباشرة على القدرة في الحصول على خدمات صحية مناسبة أو شراء أدوية ووسائل منع الحمل وأكدت إحدى المبحوثات (كل شيء مرتبط بالفلوس، كيف أذهب لعمل فحوصات خاصة أو أتابع الحمل عند طبيبة متخصصة وأنا لا أستطيع أن أطلب من زوجي كل هذا لان دخله بسيط) ، وفي المرتبة التالية جاءت التحديات الصحية المرتبطة بطبيعة الإعاقة (صعوبة الحركة، ضعف السمع أو البصر.

– وعن التمييز أو الوصم بسبب الإعاقة : ذكرت (٦حالات) أنهن تعرضن للتمييز أو الوصم عند محاولة الحصول على خدمات صحية أو إنجابية، سواء من قبل مقدمي الخدمة أو من المجتمع المحيط ، وكذلك من زملائهم بالعمل ، وعبرت إحدى المبحوثات (أنا لا أذهب إلى الطبيب لأني أخاف من نظرات الممرضات؛ أشعر بأنهم يروننني كشخص لا ينبغي له الإنجاب أساساً) ، وقالت حالة أخري (الناس في البلد بيقولولي إزاي بتربي طفل وأنت مش بتشوفي وهذا الكلام يجعلني أخاف أن أطالب بأي حق لي) بينما أوضحت (٥حالات) أنهن لم يشعرن بوصم مباشر لكنهن لاحظن وجود نظرة دونية أو تعليقات سلبية. ويتفق ذلك مع ما رصدته (البهنساوي ،٢٠٢٤) من أن ذوات الإعاقة يواجهن تحديات متعددة الأبعاد (أسرية، اجتماعية، اقتصادية، صحية)، ومع ما أشارت إليه دراسة (Heijden ,2019) حول الوصم ونقص التدريب وضعف الموارد كعوائق أمام الوصول للخدمات.

-أما عن المشكلات في الحصول على خدمات الرعاية الصحية : أوضحت النتائج تنوع المشكلات لدي (٩) سيدات مابين بعد المرافق الصحية، والتزاحم وطول فترة الانتظار، عدم وجود تجهيزات تناسب ذوات الإعاقة وكذلك عدم توافر العلاج والأشعة، وأحيانًا ضعف تعامل الطاقم الطبي، عدم وجود مترجم أشارة لذوات الإعاقة السمعية، أحياناً لعدم وجود مرافق .في المقابل، ذكرت حالتين فقط أنهن لم يواجهن أي مشكلات وتمكنّ من الحصول على الخدمة وخاصة أنهن يتابعن مع طبيب خاص .

– الخوف من اتخاذ قرارات إنجابية بسبب رد فعل المجتمع أو العائلة: أوضحت حالتين فقط أنهن بالفعل يخشين اتخاذ قرارات إنجابية جديدة خوفًا من رفض الأسرة أو انتقاد المجتمع وخاصة أنهم تلقوا توجيه باللوم من المحيطين بسبب الخلفه، بينما ذكرت (٩ حالات) أنهن أكثر استقلالية في القرار ولا يتأثرن بردود الأفعال.

– أسباب عدم الحصول على خدمة صحية مناسبة: كشفت النتائج عن أفادت (٣سيدات) بإنه لا يوجد سبب لذلك وقالو إن كل حاجة متوفرة، بينما اتفقت باقي السيدات على أن السبب الأساسي هو ضعف الإمكانيات داخل المرافق الصحية، وبعد المراكز الصحية عن مكان السكن والبعض يضطررن إلي السفر لأماكن بعيدة لتلقي الخدمة في بعض الأحيان ، وأشارت البعض إلى سوء معاملة مقدمي الخدمة. وعدم وجود الأطباء في جميع الأوقات ، حالتين منهن من ذوات الإعاقة السمعية لا يجدن من يتعامل معهم ويفهمهم.

– وبسؤالهن عن الذي تتمنين تغييره لممارسة الحقوق بشكل أفضل: تنوعت الإجابات حيث أشارت (٥حالات) إلي ضرورة تحسين مستوى الخدمات الصحية وزيادة التسهيلات الخاصة بذوات الإعاقة وتفعيل كارت الخدمات وتوفير الكوادر الطبية المتخصصة وأيضاً العلاج ،بينما تمنت (٣حالات) تغيير النظرة السلبية تجاه المرأة المعاقة، والدعم أمام القضاء والمحاكم، وحالتين تمنين وجود مترجم للغة الإشارة، وحالة تمنت وجود

سيارة خاصة بها لتساعدها علي الحركة وقضاء احتياجاتها. وتبرز هنا أراء النظرية النسوية فالمطالب التي طرحتها النساء (تحسين الخدمات، تغيير النظرة المجتمعية، الدعم الاقتصادي) تعكس صراعهن مع النظام الأبوي والمجتمعي الذي يرسّخ التمييز ويقيد قدرتهن على ممارسة حقوقهن. وهذا ينسجم مع مبادئ المساواة والتنوع في النظرية.

-وعن دور الدولة في تدعيم حقوق النساء ذوات الإعاقة: أشارت ٣سيدات بأنهن لايشعرن بدور الدولة في دعم الحقوق الإنجابية لذوات الإعاقة، بينما باقي الحالات أوضحن إهتمام ومساندة الدولة وأكدوا علي ضرورة مراعاة توفير خدمات رعاية الصحة الإنجابية وتقديم وسائل تنظيم أسرة مناسبة مجانًا ، وكذلك توفير الأجهزة التعويضية والعلاج لإرتفاع تكلفتهم مما يشكل عبئاً علي الأسرة . وركز البعض علي أهمية تقديم دعم مالي مباشر.

-رسالة للنساء ذوات الإعاقة بشأن حقوقهن الإنجابية: أتفقت السيدات ذوات الإعاقة علي أن رسالتهن هي ضرورة التمسك بالحق في الإنجاب والرعاية الصحية وعدم الخوف من المجتمع والتأقلم مع الإعاقة لأنه منحة من الله فمن حق كل أمراة تكوين أسرة وإنجاب أطفال. ومن أكثر الخدمات التي تحتاجها النساء ذوات الإعاقة النقل والإسكان ، تأمين صحي،عمل ثابت، تيسير خدمات تكافل وكرامة، الاهتمام بالنواحي الصحية ومستلزمات العلاج الطبيعي وتوفير قطع غيار الأجهزة التعويضية وتوفير العلاج ، وأكدوا علي الحاجة إلى خدمات صحية شاملة (كشف دوري، متابعة الحمل، وسائل تنظيم أسرة مناسبة). مع توفير المزيد من برامج التوعية الموجهة لذوات الإعاقة .

استخلاص النتائج النهائية :

اعتمدت الباحثة علي النظرية النسوية ونظرية السلوك المخطط كتوجهًا نظريًا للبحث تمكنت من خلاله علي التعرف على مدى وعي النساء ذوات الإعاقة بحقوقهن الإنجابية والممارسة الفعلية لهذه الحقوق بمحافظة الوادي الجديد (مدينة الخارجة)،

وفي ضوء ذلك كشفت الدراسة عن النتائج التالية:

١-أظهرت النتائج بالنسبة الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية أن الفئة العمرية الأكثر نشاطًا إنجابيًا كانت الأكثر وعيًا بالحقوق الإنجابية، كما ارتبط ارتفاع المستوى التعليمي بزيادة الوعي والممارسة الصحيحة. واتساقاً مع الطرح النسوي الذي يوضح كيف تتقاطع الإعاقة مع النوع الاجتماعي والفقر في تقييد فرص النساء كشفت النتائج أن ضعف الموارد الاقتصادية كان عاملًا مقيّدًا في ممارسة الحقوق رغم وجود وعي نسبي بها. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية السلوك المخطط من خلال السيطرة السلوكية المدركة، حيث تحد العوامل الاقتصادية والاجتماعية من قدرة النساء على تحويل النوايا إلى ممارسات.

٢-كشفت نتائج الدراسة أن النساء ذوات الإعاقة يمتلكن وعيًا نسبيًا بالحقوق الإنجابية أرتبط لدي معظمهن بتنظيم الحمل والفترات الفاصلة بين الولادات والحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة. وهذا يؤكد مقولات النظرية النسوية في الإشارة إلي أن الخطاب السائد حول الصحة الإنجابية في المجتمعات التقليدية غالبًا ما يختزل حقوق المرأة في بعدها الإنجابي فقط ، لكن هذا الوعي غالبًا ما يكون جزئيًا ومحدودًا بكونه مرتبطًا بالخبرات الشخصية أو المصادر التقليدية مثل الأسرة، وليس بالمؤسسات الرسمية. رغم التحديات الكبيرة التي يواجهنها، تُظهر النتائج تمسكهن الشديد بقيمة الأمومة والإنجاب، ليس فقط كقيمة شخصية، بل كوسيلة للاندماج الاجتماعي. كذلك تباينت مصادر المعلومات، إذ اعتمدت بعض النساء على الأطباء كمصدر رسمي، بينما استندت أخريات إلى الأسرة أو الخبرة الشخصية، مما يعكس ضعفًا في قنوات التثقيف الصحي المؤسسي. كما ارتبط إدراك معظم السيدات للخدمات الصحية بمحدودية في الوعي بالخدمات التأهيلية أو الأجهزة التعويضية. ورغم هذا الوعي النسبي، واجهت النساء صعوبات متعددة في التطبيق العملي نتيجة ضعف البنية المؤسسية وبعد المرافق

الصحية أو بسبب المعاملة السلبية من مقدمي الخدمة.

٣- أوضحت النتائج أن الأسرة (الأم أو الأخت الكبرى أو الزوج) هي المصدر الرئيسي للحصول علي الدعم ، يليها المراكز الصحية والطبيب. وتفسر النتيجة في ضوء المنظور النسوي باعتباره جزءًا من هيمنة الثقافة الأبوية التي تحتكر المعرفة وتوجهها عبر قنوات تقليدية . مما يبرز محدودية الوصول إلى مصادر متعددة ومتنوعة للمعلومات. وهو ما يفسر بالمنظور النسوي باعتباره جزءًا من هيمنة الثقافة الأبوية التي تحتكر المعرفة وتوجهها عبر قنوات تقليدية.

٤- وفي ضوء نظرية السلوك المخطط من خلال دور المعايير الضاغطة التي قد تحد من قدرة المرأة على فرض قراراتها بشأن جسدها. أظهرت النتائج إدراكًا متفاوتًا للحق في السلامة الجسدية، حيث عبّرت بعض النساء عن تعرضهن لضغوط وانتهاكات جسدية أو معنوية، بينما تمسكت أخريات بحقهن في رفض الممارسات الضارة. كما أوضحت النتائج أن النساء يربطن الحق في التربية الآمنة الصحية للأبناء بمسؤوليات الأم المباشرة، وخاصة فيما يتعلق بالصحة والنظافة والرعاية اليومية. وهذا يعكس منظورًا تقليديًا للأمومة يتسق مع الثقافة السائدة، ويؤكد الطرح النسوي الذي يوضح تحميل النساء عبء التربية بشكل خاص .

٥- أسفرت النتائج عن فجوة بين المعرفة النظرية والممارسة العملية؛ فالقرارات الإنجابية للنساء لم تكن دائمًا مستقلة، إذ تأثرت أحيانًا بموافقة أو ضغط الأسرة والزوج. كما أن الحصول على المعلومات الكافية من المتخصصين حول تنظيم الأسرة كان محدودًا، وهو ما عمّق هذه الفجوة. أما في ما يتعلق بالرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة، فقد حصلت النساء على بعض أشكال المتابعة، لكن جودة هذه الرعاية تأثرت سلبًا بالإعاقة في أغلب الحالات. كما كان حضور الندوات التثقيفية أو زيارة المراكز المتخصصة محدودًا للغاية، مما يشير إلى غياب المشاركة المؤسسية الفاعلة في التثقيف الصحي.

وفيما يخص السلامة الجسدية، برزت بعض التجارب المرتبطة بالعنف المباشر، إلى جانب شعور متزايد بالخوف من التعرض له، في ظل غياب قنوات الحماية المؤسسية. أما على مستوى التربية الصحية للأبناء، فقد اعتمدت النساء غالبًا على الخبرة التقليدية والدعم الأسري، مع ظهور وعي أوسع لدى من يمتلكن مستوى تعليمي أعلى. وتتفق هذه النتيجة مع نظرية السلوك المخطط التي تميز بين النية والممارسة الفعلية بسبب متغيرات السيطرة السلوكية المدركة، كما تعززها النظرية النسوية التي توضح كيف تؤدي البنى الاجتماعية التمييزية إلى تقييد ممارسة المرأة لحقوقها.

٦- تعددت التحديات التي تعيق ممارسة النساء لحقوقهن الإنجابية، بين اقتصادية واجتماعية وصحية مؤسسية. ومثل ضعف الدخل أحد أبرز المعوقات، إلى جانب النظرة السلبية للمجتمع ونقص التجهيزات في المرافق الصحية، إضافة إلى تعرض بعض النساء للتمييز أو الوصم عند طلب الخدمة الصحية. وكشفت النتائج عن وجود تخوفات لدى عدد من النساء من اتخاذ قرارات إنجابية جديدة بسبب ردود فعل الأسرة والمجتمع، مما يعكس استمرار الضغط الاجتماعي. وعند تناول الحلول المقترحة، برزت الحاجة إلى تحسين وتطوير الخدمات الصحية ، وتغيير الصورة النمطية المجتمعية تجاه المرأة ذات الإعاقة، مع أهمية توفير دعم مادي مباشر وضمان دور فعال للدولة في توفير مراكز مجهزة وخدمات صحية شاملة وتوسيع نطاق التثقيف الصحي. وتعكس هذه النتيجة ما تؤكد عليه النظرية النسوية من أن النساء ذوات الإعاقة يواجهن أشكالًا متقاطعة من التهميش، كما تنسجم مع نظرية السلوك المخطط التي تبرز أثر البيئة المحيطة في تحديد مدى قدرة الفرد على الفعل.

٧- تتفق نتائج الدراسة مع الأدبيات السابقة التي كشفت عن وجود فجوة بين الوعي النظري والممارسة العملية للحقوق الإنجابية. وهذا أيضاً ما أكدته النظرية النسوية بأن السبب يعود إلى هيمنة النظام الأبوي والوصاية الأسرية والمجتمعية، وهو ما يفسر

العنف، نقص الخصوصية، وعدم المساواة في الحصول على الخدمات. وتتناولته نظرية السلوك المخطط حيث أشارت إلي أن الوعي وحده لا يكفي؛ إذ تؤثر الضغوط الاجتماعية وضعف التحكم السلوكي المدرك (الفقر، البنية المؤسسية، الوصم) على تحويل الوعي إلى ممارسة فعلية.

تاسعاً- التوصيات:

١- تعزيز الوعي الحقوقي للنساء ذوات الإعاقة حول الحقوق الجنسية والإنجابية عن طريق إعداد برامج تثقيفية موجهة .

٢- تضمين موضوعات الحقوق الإنجابية في المناهج التعليمية وبرامج محو الأمية لرفع الوعي لدى الفئات الأقل تعليمًا.

٣-تدريب الكوادرالصحية على التعامل المهني والإنساني مع النساء ذوات الإعاقة للحد من التمييز وتعزيز الاحترام والكرامة.

٤- تحسين البنية التحتية الصحية من خلال توفير مراكز صحية مجهزة بوسائل الإتاحة، أجهزة تعويضية، مترجمين للغة الإشارة، بما يسهل وصول النساء ذوات الإعاقة للخدمات.

٥- تنفيذ برامج توعية موجهة لرفع الوعي الحقوقي للنساء، وتوسيعها لتشمل الأزواج والأسر، مع تفعيل آليات للإبلاغ عن العنف والتمييز داخل المؤسسات.

٦- تمكين النساء ذوات الإعاقة اقتصاديًا واجتماعيًا عبر برامج دعم وفرص عمل وخدمات شاملة .

٧- توجيه وسائل الإعلام إلى تناول قضايا النساء ذوات الإعاقة بشكل إيجابي يبرز قدراتهن وحقوقهن.

٨- تعزيز البحث العلمي من خلال دراسات مستقبلية موسعة تركز على تجارب النساء ذوات الإعاقة في مناطق مختلفة.

المراجع

أولاً – المراجع العربية :

١– ابو حيانة ,هديل ،العواودة ، أمل (٢٠١٩م): العنف ضد المرأة ذات الإعاقة الحركية والحسية في المجتمع الأردني (دراسة ميدانية كمية) مجلة الجامعة العربية الأمريكية للبحوث،العدد٢ ،المجلد ٥، ص ص ٢٢١. ٢٤٣.

٢– آل نادر ، سارة مسلم (٢٠٢٢) : التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الانجابية في محافظة كربلاء المقدسة ، قسم الجغرافية التطبيقية ، كلية التربية للعلوم الانسانية ، جامعة كربلاء ، العراق .

٣– الاستراتيجية الوطنية للسكان المصرية (٢٠٢٣–٢٠٣٠): : المجلس القومي للسكان، وزارة الصحة والسكان .

٤– البهنساوي, ليلى كامل عبدالله (٢٠٢٤ م): قضايا المرأة ذات الإعاقة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس، مجلة البحث العلمي في الآداب، ع ٢٥، ج ٤.

٥– الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء،(٢٠١٧): إحصائية ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر، جمهورية مصر العربية.

٦–الدستور المصري لعام٢٠١٤، المادة٥٣، جمهورية مصر العربية، الجريدة الرسمية، العدد٣مكرر، بتاريخ ١٨ يناير ٢٠١٤.

٧– الديب, محمود نور الدين قبيصي (٢٠١٩م) : المساندة الاجتماعية كمتغير في التخطيط التحسين نوعية حياة المعاقات حركيا: دراسة مطبقة على مركز التأهيل الشامل للفتيات المعاقات حركيًا بأسيوط، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، ع ١٤.

٨- الريماوي، سمير، (٢٠١٤) :المشكلات التي تواجه المرأة المعاقة في المملكة الأردنية الهاشمية وعلاقتها بعض المتغيرت، مجلة العلوم التربوية ١(٤)٢١٧-٢٤٠.

٩-الأمم المتحدة(١٩٩٤): برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، جمهورية مصر العربية،٥-١٣سبتمبر ١٩٩٤.

١٠- المسح القومي للأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠٢٢) : النتائج النهائية للمسح القومي للأشخاص ذوي الإعاقة، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ، جمهورية مصر العربية .

١١- المنظمة العالمية لتمكين المرأة: الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات ذوات الإعاقة والحقوق الخاصة بها ، womenenabled.org .

١٢- النعناع ، ياسمين محمد (٢٠٢٣م) : متطلبات تنمية الوعي بحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة لدى طلاب جامعة دمياط ، المجلة العلمية لبحوث التعليم، المجلد ١ ،العدد ٢ ، ص ص ١٦٤ – ١٩٤ .

١٣- تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة،٥-١٣سبتمبر ١٩٩٤، منشورات الأمم المتحدة، الفصل الأول،القرار ١.

١٤- خليل, كريمة، وآخرون ،(٢٠٠٠) : دمج إطار الصحة الإنجابية فى خدمات الرعاية الأساسية . تجربة دراسة تدخل الصحة الإنجابية، سلسلة سياسات الصحة الانجابية رقم ٦ ، مجموعة بحوث الصحة الإنجابية، المكتب الإقليمى لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا، ، مجلس السكان .

١٥- رمضاني، مريم (٢٠١٢) : تجليات النظرية النسوية في ترجمة الادب النسوي: فوضى الحواس لأحلام مستغانمي دراسة تطبيقية، جامعة السانيا وهران.

١٦- شافعى،سحر حمدى،(٢٠٢١م): فاعلية برنامج إثرائى فى ضوء التعلم القائم على مشكلة لتنمية مهارات التفكيرالعليا والوعى العلمى فى مادة العلوم لدى تلاميذ

المرحلة الإعدادية، المجلة الدولية للمناهج والتربية التكنولوجية، مجلد ٥،عدد٧.

١٧-شودار, نسيمة، سهام بن حركات (٢٠١٦م): العنف ضد المرأة المعاقة حركياً (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجيلاني بونعامة . تونس .

١٨- صالح ،خلود رزق محمود (٢٠٢١م) : التحديات التي تواجه النساء ذوات الإعاقة في محافظة قلقيلية ، جامعة النجاح الوطنية، كلية الدراسات العليا ، نابلس ،برنامج دراسات المرأة.

١٩- طاهر، عديلة محمد(٢٠١٥): المقاربة النسوية في العلاقات الدولية، مجلة المفكر، جامعة محمد خضير ببسكرة .

٢٠- عرب، خالد عبد الرحمن ،(٢٠١٩م) : مدى الوعي بحقوق المعاقين في الإعلام في المملكة العربية السعودية ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، جامعة القصيم. مارس ١٢ (٣)، ص ص١١٢٤ ٠١١٤٧

٢١- محمود ، أميرة (٢٠٢٤م): مستوى الوعي الجنسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ، جامعة بور سعيد ، مجلة كلية الآداب ، المجلد ٢٨، العدد ٢٨، الجزء الثاني ، الصفحة ١-٤٢١ .

٢٢- مركز حقوق الإنجاب، الحقوق الإنجابية والنساء المعوقات في إطار حقوق الإنسان، نيويورك، يناير ٢٠٠٢.

٢٣- منظمة الصحة العالمية ، نيويورك ،٢٠٠٨ .

٢٤- نجم الدين ,أحمد محمد (٢٠٢٠م) : تطبيق إدا رة الجودة الشاملة والنموذج الأوروبى لإدارة الجودة فى نظام الرعاية الصحية، رسالة دكتوراة، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.

٢٥- نرجس رودكر، (٢٠١٩) : فيمينزم الحركة النسوية: مفهومها، أصولها النظرية وتياراتها الاجتماعية، ترجمة: هبة ظافر، المركز الإسلامي للدراسات الاستراتيجية.

٢٦- هندي، عبد المجيد أحمد،(٢٠١٤) : حقوق الإنجاب كما تعكسها المناهج الدراسية لمحة الأمية وتعليم الكبار : دراسة تحليلية للمحتوي والفئة المستهدفة، بحوث وأوراق عمل المؤتمر العلمي الرابع : التربية وبناء الإنسان في ظل التحولات الديمقراطية، جامعة المنوفية – كلية التربية ، ص١٦.

٢٧- يوسف ، حنان (٢٠١٥) : دور الاعلام في نشر الوعي بالمفهوم الحقوقي للنساء ذوات الاعاقة ، الندوة القومية النساء ذوات الاعاقة بين الحماية والمسئولية، منظمة العمل الدولية .

٢٨- القانون رقم (١٠) لسنة ٢٠١٨م: قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المادة (٢، ٥)، الجريدة الرسمية- العدد ٧ مكرر (ج) في ١٩ فبراير سنة ٢٠١٨م ، ص ٣.

ثانياً – المراجع الأجنبية :

29- Abd Elrazek, A. H., Bitah, A. E. A., & Ahmed, K. R. (2023):Sociological Study of Some Variables Determining the Degree of Reproductive Health of Rural Woman in Some Villages of Edku County in Behira Governorate, Journal of the Advances in Agricultural Researches, 28(1).

30- Abdel-Tawab, Nahla, et al,(2025) : Do women with disabilities exercise their reproductive rights? An exploratory study in Egypt and Jordan , Final Report. Cairo: Population Council.

31- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179–211.

32- _____ (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), Action-control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Heidelberg: Springe.

33- Alway, J. (1995). The trouble with gender: Tales of the still-missing feminist revolution in sociological

theory. Sociological Theory, 13 , 209–228. Retrieved April 14, 2008,fromEBSCOOnlineDatabaseSocINDEXwithFullText.http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=10348559&site=ehost-live.

34-Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. pp. 18–21.

35- Behzad. , et al, (2021); Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies, BMC Women's Health volume 21, Article number: 44 .

36- Brown,L.M,(2005) Feminist Theory and Erosion of Women's Reproductive Rights: The Implications of Fetal Personhood Laws and in Vitro Fertilization, Journal of Gender, SocialPolicy&TheLaw,Vol.13.http://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?article1285&contet jgspl.

37- Center for Reproductive Rights, (CRR), 2009; Defending Human Rights: Abortion Providers Facing Threats, Restrictions, and Harassment, New York, b. available at. reproductiverights.org/sites/crr.civicactions/DefendingHumanRights. pdf

38- Center for Reproductive Rights, (CRR),(2008); Family Planning is a Human Right: Government Duties to Ensure Access to Contraceptive Services and Information, Briefing paper,new York,available at;Reproductive rights.org/sites/default/files/document/brb-contra .pdf.

39- Chafetz, J. S,(1997); Feminist Theory and Sociology: Underutilized Contributions for Mainstream Theory, Annual Review of Sociology , Vol.23,p.97-120. https://www.jstor.org/stable/2952545

40- Curry. M, Renker. Et al.(2020); Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities, Journal of school psychology, (26)4, 730-745.

41- DiMatteo.E, Osub Ahmed,Vilissa Thompson,etal(2022); Reproductive Justice for Disabled Women: Ending Systemic Discrimination, jcusick@americanprogress.org.

-Durkheim, É. (1993). The Division of Labor in Society (W. D. Halls, Trans.). New York: The Free Press. (Original work published 1893), pp. 56–59.

42- Elizabeth Nash, Lauren Cross, and Joerg Dreweke, (2022); "State Legislative Sessions: Abortion Bans and Restrictions on Medication Abortion Dominate," Guttmacher Institute,March 16, 2022, availableat https://www.guttmacher.org/article/2022/03/2022-state-legislative-sessions-abortion-bans-and-restrictions-medication-abortion.

43- European Disability Forum (EDF), (2019);Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities, The www.edf-feph.org.

44- Fielding, K.S. R., McDonald, W.R and Louis. (2008);Theory of planned behavior, identity and intentions to engage in environmental activism,Journal of Environmental Psychology 28,318–326.

45-Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Stanford, CA: Stanford University Press, pp. 52–54.

46-Habermas, J. (1984). The Theory of Communicative Action, Volume 1: Reason and the Rationalization of Society (T. McCarthy, Trans.). Boston: Beacon Press, pp. 86–88.

47- Heijden, H., and Harries, J., and Abrahams, N. (2019); Barriers to gender-based violence services and support for women

with disabilities in Cape Town, South Africa, African Journal of Disability, (35)9, 1398-1418.

48- LewisJ.J,(2020); What Is Radical Feminism?, https://www.thoughtco.com/what-is-radical-feminism-352899 , accessed: 29/10/2022.

49- Maphosaii f rugohoit (2017); Challenges faced by women with disabilities in accessing sexual and reproductive health in Zimbabwe: the case of Chitungwiza town, African Journal of Disability, 6(1), pp. 233-247.

50- Marx, K., & Engels, F. (1974); The German Ideology. Moscow: Progress Publishers. (Original work published 1846), pp. 47–49.

51- Nielsen, e. (2021). disability and poverty in egypt, borgenproject, retrieved june 27, from https://cutt.us/jne50.

52- Ozatal.m (2014) ; Determine the Psychological and Social Impacts of Home Care Services for People with Disabilities and Their Families in Turkey. Journal of Social and Psychological Sciences. 1(1), pp. 17-38.

53-Reproductive Rights and Women with Disabilities,RRWD(2002):AHuman Rights Framework.

54*Postmodernfeminismstudysmarter,(2020);https://www.studysmarter.co.uk/explanations/politics/political-ideology/postmodern-feminism/ , entry: 29/10/2022.

55- Ruth A. Miller,(2007);The limits of bodily integrity Abortion, adultery, and rape legislation in comparative perspective, University of Massachusetts, Boston, Usa.

56- Saeed Gul ,et al, (2022) ;Barriers to and facilitators of effective communication in perinatal care: a qualitative study of the experiences of birthing people with sensory, intellectual,and/ordevelopmentaldisabilities,BMCPregnancy andhildbirth,22:364.https://doi.org/10.1186/s12884-022

04691-2

57- Shiwakoti. R ,et al ,(2021); Factors affecting utilization of sexual and reproductive health services among women with disabilities- a mixed-method cross-sectional study from Ilam district, Nepal, BMC Health Services, Volume 21, article number 1361.

58- Tanabe.m, nagujjah .y, rimal.n, bukania.f, krause.s (2015) intersecting sexual and reproductive health and disability in humanitarian settings: risks, needs, and capacities of refugees with disabilities in kenya, nepal, and uganda, african journal of disability, (33), 2, 411-427.

59- Tarshi,(2010); Sexuality and disability in the Indian context,(Working Paper).New Delhi.

60- The rights of people with disabilities(2017) ; Sexual and reproductive health and rights for girls and young women with disabilities, Report of the Special Rapporteur on the Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities.

61- Thomas C. (1997/2009); The baby and the bath water: Disabled women and motherhood in social context. In Addlakha R., Blume S., Devliger P., Nagase O., and Winance M.(Eds), Disability and society :A reader(pp.246–270).New Delhi:Orient BlackSwan.

62- UNFPA,(2021). Disability Inclusion in Sexual and Reproductive Health Rights. United Nations Population Fund.

63-United Nations Population Fund (UNFPA),(2005) ;www.population.un.org/dataportal/home https://population. un.org/dataportal/home.

64- Vaidya, Shubhangi.(2015); Women with Disability and Reproductive Rights: Deconstructing Discourses, Social

Change, 45(4), 517-533.

65- Vienna Declaration and Programme of Action ,(1993)World Conference on Human Rights, Vienna, Austria, 14-25 June 1993, at Art. 22, U.N. Doc.A/CONF.157/23.

66- Wahbi, S., and Lakkism, (2010), Women with disabilities in Lebanon from marginalization to resistance, Journal of Women and Social Work.

67- Webster Dictionary. (2003). Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). Merriam-Webster, Incorporated Springfield , Massachusetts ,USA.

68-World Health Organization ,(2009);Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities WHO/UNFPA guidance note.

69- _____, (2015);Sexual and reproductive health and rights: A global development, health and human rights priority.

70- _____, (2023);Global report on health equity for persons with disabilities.%20and%20Sexual%20Rights-A%20Feminist%20Perspective.pdf.

Reproductive Rights for Women with Disabilities: Between Awareness and Practice: A Field Study

Abstract:

Reproductive rights are an integral part of basic human rights, yet women with disabilities often face challenges in accessing and exercising these rights. This study aims to explore the relationship between awareness and actual practice of reproductive rights among women with disabilities in the New Valley Governorate, specifically in Kharga City. Using a descriptive analytical methodology based on in-depth interviews with a purposive sample of 11 married women, the results revealed a clear gap between women's knowledge of their rights and their ability to exercise them. The findings emphasize that awareness alone does not achieve empowerment; rather, it must be reinforced by concrete programs and policies that ensure the provision of comprehensive healthcare, provide financial support, and correct societal misconceptions, ensuring this group can exercise their full rights with dignity and equality. Economic challenges are the most prominent obstacle, followed by societal stigma, a lack of specialized health services, and weak institutional support, which hinder women's ability to make free and independent reproductive decisions.

Keywords: reproductive rights, women with disabilities, awareness, practice, challenges, New Valley.