



العنف ضد المرأة ذات الـدعاقة



العنف بعد الزواج



إم — ٥٦٦ — رأة

شملت عينة المسح ٥٦٦ امرأة من ذوي الدعاقة (أعاقات حركية - سمعية - بصرية - اعاقات متعددة) والمستفيدة من برنامج كرامة في الفئة العمرية ١٨ فأكثر ممثلة لجميع محافظات الجمهورية في مauda محافظات الحدود.

العنف من قبل الزوج



من النساء السابقات لهن الزواج تعرضن في أي فترة من حياتهن لعنف مرتبط بالإعاقات من قبل الزوج.

من النساء السابقات لهن الزواج تعرضن في أي فترة من حياتهن لعنف جسدي من قبل الزوج.

من النساء السابقات لهن الزواج تعرضن في أي فترة من حياتهن لعنف نفسسي من قبل الزوج.

العنف ضد الإعاقات المتعددة



أنواع العنف المختلفة



من النساء السابقات لهن الزواج تعرضن في أي فترة من حياتهن لعنف جنسي.

من النساء السابقات لهن الزواج تعرضن في أي فترة من حياتهن لكل من العنف النفسي والجسدي والجنسي والعنف المرتبط بالإعاقات من قبل الزوج.

خلال السنة السابقة للمسح

٣٪

من النساء السابقات لهن الزواج تعرضن لأنفي وقوعة عنف نفسي أو عنف جسدي أو عنف مرتبط بالإعاقات أو عنف جنسي خلال الأثنى عشر شهراً السابقة على المسوح.

العنف منذ العمر ١٥ سنة

العنف في الأماكن العامة

٤%

من المبحوثات تعرضن لعنف نفسي
خلال ١٢ شهر السابقة للمسح في
الأماكن العامة.



٨%

من المبحوثات تعرضن خلال ١٢ شهر
السابقة للمسح لئي شكل من أشكال
التحرش في الأماكن العامة ٥٠٪ منها
في الشارع، ٣٩٪ منها في الميكروباص.



٥٠٪

من المبحوثات تعرضن لعنف جسدي
خلال ١٢ شهر السابقة للمسح في
الأماكن العامة.



٤٪

من المبحوثات تعرضن للتحرش الجنسي في
خلال ١٢ شهر السابقة للمسح في
الأماكن العامة.



عامل السن والبيئة



٦٦٪

من النساء اللاتي تعرضن
للعنف في الأماكن العامة لم
يتمكنن أي إجراء لمجابهة
العنف.

النساء صغيرات السن أقل من ٢٠ سنة والنساء القاطنان
في المحافظات الحضرية أكثر تعرضاً للعنف في الأماكن
ال العامة من النساء الأكبر سنًا أو النساء القاطنان في
الوجه البحري أو الوجه القبلي.



أنواع العنف من قبل الأسرة



٣٥٪
من المبحوثات تعرضن منذ العمر ١٥ سنة لعنف نفسي
من قبل أفراد العائلة أو البيئة المحيطة.



٢٨٪
من المبحوثات تعرضن منذ العمر ١٥ سنة لعنف مرتبط
بالإعاقة من قبل أفراد العائلة أو البيئة المحيطة.



٢٥٪
من المبحوثات تعرضن منذ العمر ١٥ سنة لعنف جسدي
من قبل أفراد العائلة أو البيئة المحيطة.



١٠٪
حوالي من المبحوثات تعرضن منذ العمر ١٥ سنة لئي شكل
من أشكال العنف الجنسي من قبل أفراد العائلة أو
البيئة المحيطة.



٨٪
من المبحوثات تعرضن منذ العمر ١٥ سنة للتحرش
الجنسي من قبل أفراد العائلة أو البيئة المحيطة.



٣٪
من المبحوثات تعرضن منذ العمر ١٥ سنة لهتك
العرض من قبل أفراد العائلة أو البيئة المحيطة.

مجموع النساء المعنفات



٢٪

من المبحوثات تعرضن لعنف
نفسي و جسدي أو جنسي و
عنف قائم على الدعاقة من
قبل أفراد العائلة أو البيئة
المحيطة خلال ١٢ شهر
السابقة للمسح.



٢٥٪

من المبحوثات تعرضن
لعنف نفسي أو جسدي أو
جنسي أو عنف قائم على
الدعاقة من قبل أفراد
الأسرة خلال ١٢ شهر
السابقة للمسح.



٧٪

من المبحوثات تعرضن
لعنف نفسي أو جسدي أو
جنسي أو عنف قائم على
الدعاقة من قبل أفراد
الأسرة خلال ١٢ شهر
السابقة للمسح.



٤٨٪

من المبحوثات تعرضن
لعنف نفسي أو جسدي أو
جنسي أو عنف قائم على
الدعاقة من قبل أفراد
الأسرة خلال ١٢ شهر
السابقة للمسح.

علقة الإعاقة البصرية بالعنف

النساء اللاتي لديهنن إعاقة بصرية أكثر عرضة للتعرض للعنف في الأماكن العامة عن النساء اللاتي لديهنن إعاقات أخرى.



٦٪
٩٪

من النساء اللاتي لديهنن صعوبة شديدة في الرؤية تعرضن للعنف في الأماكن العامة خلال ١٢ شهر السابقة للمسح.

من النساء اللاتي لديهنن صعوبة متوسطة في الرؤية تعرضن للعنف في الأماكن العامة خلال ١٢ شهر السابقة للمسح.

العنف من قبل المحارم

أغلب العنف النفسي أو الجسدي أو المرتبط بالإعاقة يقترب
من قبل أفراد العائلة وخاصة الأئب بينما معظم العنف
الجنسي يقترف من خارج العائلة ولكن تم رصد حالات
تعرضن للعنف الجنسي من قبل المحارم مثل:

أمراة تم أغتصابها من قبل والدها منذ عمر ١٥ سنة.

أمراة تم أغتصابها من قبل أخواتهن الذكور منذ
عمر ١٥ سنة.

٣٪ تم هتك عرضهن من قبل ولدهن منذ عمر ١٥ سنة.

١٪ تم هتك عرضهن من قبل أخواتهن منذ عمر ١٥ سنة.

٤٪ تعرضن لهتك العرض من قبل زوج الام منذ
عمر ١٥ سنة.

خلال السنة السابقة للمسح



٤٪

من المبحوثات تعرضن لئي
شكل من أشكال العنف
الجنسي خلال ١٢ شهر
السابقة للمسح.



٢٤٪

من النساء اللاتي لديهنن
أعاقات متعددة تعرضن
للعنف من قبل أفراد العائلة
أو البيئة المحيطة خلال ١٢
شهر السابقة للمسح.

١٣٩	الفصل السابع: العوامل المرتبطة بعنف الزوج
١٤١	أهم النتائج
١٤٢	٧- السلوكيات التحكمية من الزوج
١٤٩	٧- التحكم المالي من الزوج
١٥٤	٧- توجّهات النساء إزاء ضرب الزوجة
١٦٢	٧- خوف المرأة من الزوج
١٦٩	٧- اعتماد المرأة على زوجها في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية
١٧٢	٦- الخلاصة
١٧٥	الفصل الثامن: العنف على يد الزوج
١٧٧	أهم النتائج
١٧٨	٨- انتشار العنف على يد الزوج
١٨٨	٨- أنماط تعزّز المرأة للعنف الزوجي
١٩٨	العنف الزوجي تبعًا لبداية حدوث نوع الإعاقة
٢٠٥	العنف الزوجي تبعًا للشدة الإعاقة
٢١٣	٨- تصور النساء عن تأثير إعاقتهن في تعريضهن للعنف الزوجي
٢١٤	٨- شدة العنف الزوجي
٢٢٢	٨- الخلاصة
٢٢٥	الفصل التاسع: العنف على يد أفراد العائلة أو أشخاص في البيئة المحيطة
٢٢٧	أهم النتائج
٢٢٨	٩- العنف النفسي والبدني والعنف القائم على الإعاقة
٢٣٨	٩- العنف الجنسي
٢٤٤	٩- تعرّض النساء للعنف من أفراد العائلة أو أشخاص في البيئة المحيطة تبعًا لخصائصهن الخلفية
٢٤٤	٩- تعرّض النساء للعنف على يد أفراد العائلة أو أشخاص في البيئة المحيطة واعتمادهن على مرتكب العنف في أداء الأنشطة اليومية
٢٥٤	٩- الخلاصة
٢٥٩	الفصل العاشر: العنف في الأماكن العامة
٢٦٢	أهم النتائج
٢٦٣	٩- مدى انتشار العنف في الأماكن العامة
٢٦٨	١- مكان حدوث واقعة العنف
٢٦٥	١- العنف في الأماكن العامة تبعًا لعمر المرأة ومكان الإقامة
٢٦٧	١- العنف في الأماكن العامة تبعًا لخصائص إعاقة المرأة
٢٦٩	١- رد فعل المرأة تجاه تعرّضها للعنف في الأماكن العامة
٢٧١	١- الخلاصة
٢٧٣	أهم نتائج مسم العنف ضد المرأة ذات الدعاقة المستفيدات من برنامج كرامة
٢٧٥	أهم نتائج المسم
٢٧٩	الملاحق مسم العنف ضد المرأة ذات الدعاقة لعام ٢٠٢٠
٢٨١	ملحق ١: تحصيص عينة
٢٨٤	ملحق ٢: جداول مختارة

١	الفصل الأول: المقدمة
٣	١- ١- الخلفية
٦	٢- نظرة عامة على العنف ضد النساء ذوات الدعاقة
٨	٣- أهداف وتنظيم الدراسة
١١	الفصل الثاني: إجراءات تنفيذ المسم
١٣	٢- الأنشطة التحضيرية للمسم
١٣	٣- شرح تفصيلي لإجراءات تنفيذ المسم
١١	الفصل الثالث: خصائص النساء المشاركات في الدراسة
٢٣	أهم النتائج
٢٤	٣- خصائص الدعاقة
٣٢	٣- خصائص المسكن
٣٥	٣- الوضع المعيشي
٣٦	٣- الخصائص الخلفية
٤٧	٣- الإحساس بتقدير الذات والثقة في النفس
٥١	٣- الخلاصة
٥٣	الفصل الرابع: سلطة اتخاذ القرارات الخاصة برعاية الصحة العامة والصحة الإنجابية
٥٥	أهم النتائج
٥٦	٤- رعاية الصحة العامة
٦٢	٤- رعاية الصحة العامة
٦٦	٤- تنظيم الأسرة
٧٦	٤- تفضيلات وسلوكيات الإنجاب
٨٢	٤- الخلاصة
٨٥	الفصل الخامس: الوصول إلى الخدمات والمساعدة من الآخرين في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية، وتحديات التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل
٨٧	أهم النتائج
٨٩	٥- الخدمات المتنقلة والاحتياجات غير الملبأة
٩٠	٥- المساعدة من الآخرين في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية
٩٧	٥- التحديات في التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل
٩٩	٥- الخلاصة
١١١	الفصل السادس: الممارسات التقليدية الضارة
١١٣	أهم النتائج
١١٣	٦- ختان الإناث
١٢٠	٦- الزواج الجبرى
١٣٠	٦- زواج الأطفال / الزواج المبكر
١٣٦	٦- الخلاصة

أعضاء اللجنة الدستشارية للبحث

فريق عمل وأعضاء من المنظمات الدولية

السيدة/ رنا كريم
مسئولة برامج المرأة والدمن والسلم -
هيئة الأمم المتحدة للمرأة Women Un

الدكتورة/ هبة وفا
مساعد الممثل المقيم لبرنامج الأمم
المتحدة الإنمائي- UNDP

السيدة/ سالي ذهني
مديرة برنامج النوع الاجتماعي صندوق
الأمم المتحدة للسكان - UNFPA

السيدة/ دينا رفاعي
 محللة برامج الإدماج الاجتماعي والتنمية
المحلية- UNDP

السادة الخبراء

السيدة/ وفاء ماجد أحمد ماجد
مدير عام الإدارة العامة للدراسات والبحوث
الاجتماعية بالجهاز المركزي للتعبئة
العامة والإحصاء (سابقاً)

السيدة/ شادية عطية
استشاري متابعة وتقييم وبحوث
الدكتور/ عبد الحميد كابش
استشاري إعادة التأهيل والخبر في مجال
الإعاقة

فريق عمل وأعضاء المجلس القومي

للمرأة
الدكتورة/ هبة هجرس

رئيسة لجنة المرأة ذات الإعاقة
الدكتورة/ نجلاء العادلي

المديرة العامة للإدارة العامة للاتفاقيات
الدولية والتعاون الدولي

السيدة/ منى الغزالى
المنسق الوطني لوحدة مناهضة العنف
ضد المرأة

الدكتورة/ أمل فليب
المستشار الصحي والاجتماعي لوحدة
مناهضة العنف

القاضي/ أحمد النجار
المستشار القانوني لوحدة مناهضة
العنف

السيدة/ مها الهلالي
عضو لجنة المرأة ذات الإعاقة

السيدة/ يسرا حمزه
عضو لجنة المرأة ذات الإعاقة

السيدة/ منى حمدي
إدارة اللجان

السيدة/ أميرة أبو زيد
اختصاصي علاقات خارجية بإدارة التعاون
الدولي

فريق عمل الدراسة

فريق عمل الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

الإشراف العام

اللواء/ خيرت محمد بركات

رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

الأستاذ/ طاهر حسن صالح

رئيس قطاع الإحصاءات السكانية والتعديات

الأستاذ/ عبد الحميد شرف الدين

رئيس قطاع الإحصاءات السكانية والتعديات (سابقاً)

د/ شاكر أحمد لطفي النجار

رئيس الإدارة المركزية للدراسات والبحوث السكانية والاجتماعية

الأستاذ/ محمد عبد القادر عالم

رئيس الإدارة المركزية للدراسات والبحوث السكانية والاجتماعية (سابقاً)

المدير الفني والتنفيذي

وفاء ماجد أحمد ماجد

مدير عام الإدارة العامة للدراسات والبحوث الاجتماعية (سابقاً)

فريق عمل العينات

محمد مصطفى محمد حلمي

إيمان طه حسن محمد

فريق عمل إعداد برنامج الكمبيوتر ومعالجة البيانات واستخراج الجداول

عبد الفتاح محمد على

هدى فتحي فنجري

شكر وعرفان

تمهيد

العنف على المرأة، وفي هذا السياق، تعاون المجلس القومي للمرأة مع الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء -دافعاً من اهتمامهما المشترك بتوفير الإحصاءات الكافية أمام صانعي السياسات الرامية إلى مكافحة العنف- في إجراء دراسة وطنية عن العنف ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة.

وتعتبر هذه الدراسة الفريدة في المنطقة العربية رائدة ومضيئه على حد سواء، إذ يمكن للمؤولين الحكوميين والمنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة أن تفهم بشكل أفضل المشكلات التي تواجهها النساء والفتيات ذوات الإعاقة، حتى يتمكنوا من العمل للحد من العنف وتحسين الخدمات القائمة وأدبيات الإبلاغ لضحايا العنف.

وتهدف هذه الدراسة إلى فهم أفضل لتجارب وأنواع وأشكال العنف الذي تعاني منه النساء والفتيات ذوات الإعاقة، بما في ذلك الممارسات التقليدية الضارة. كذلك، تحدد الدراسة خصائص السيدات الأكثر غرضاً وتتأثر بالعنف، فضلاً عن تأثير العنف في المرأة وأسرتها.

وتأتي هذه الدراسة في توقيتٍ مناسب، إذ تتواكب مع ما تبذله مصر لتعزيز وحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والقضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات، في ضوء دستورها والتزامها بتوفير حياة خالية من العنف للنساء.

فالدستور يضمن المساواة أمام القانون، وينص على عدم التمييز بسبب الإعاقة، كما أنه يلزم مؤسسات الدولة بضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والأقزام، وتوفير فرص العمل اللائقة لهم، وينص على مسؤولية الدولة عن تهيئة المرافق العامة والبيئة المحيطة بذوي الإعاقة، ويسير ممارستهم حقوقهم السياسية، ودمجهم مع غيرهم من المواطنين، مع ضمان

بعد ظاهرة العنف ضد المرأة انتهاكاً خطيراً لحقوق الإنسان، ويشير آخر معدلات الانتشار على الصعيد العالمي إلى أن امرأة واحدة من بين كل ثلث نساء في جميع أنحاء العالم، تعرضت إما للعنف البدني وإما الجنسي وإنما كليهما، وهذا النوع من العنف عاقد سلبي عديدة على الصحايا، وربما يمتد تأثيره إلى أبعد منهن فيشمل عائلتهن، والمجتمع، والدولة بأسرها.

وتعتبر الإعاقة عامل خطر للإيذاء وسوء المعاملة، وعندما تربط بنوع الجنس، تكون النساء والفتيات ذوات الإعاقة أكثر عرضة للعنف، كونهن نساء في المقام الأول، وذوات إعاقة في المقام الثاني، وتواجه النساء والفتيات ذات الإعاقة عديداً من التحديات والصعوبات التي تحول دون تمكينهن وتعزيز انخراطهن في المجتمع وتفتح آفاقاً أمام تقدمهن ومساهمتهن الفاعلة في تحقيق التنمية، منها: الإقصاء في العمل وعدم الدمج في المجتمع والحصول على الرعاية الصحية والتعليم أسوة بالجميع، مما يحول دون مشاركتهن الفاعلة في المجتمع.

لذا كان من الضروري البحث في القضايا المتعلقة بهن، والوقوف على حقيقة التمييز الذي يقع على كاهلهن، خاصة أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والوهابين الدوليين، وغيرها من الإعلانات الدولية، أكد عدم التمييز، وجاءت الاتفاقيات الدولية لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لتأكيد أهمية حقوق هذه الفئة، خاصة أنها من الفئات المهمشة والأكثر عرضة للعنف.

وانطلاقاً من أهداف المجلس القومي للمرأة في تنمية الوعي بقضايا المرأة وغيارتها المتمثلة في التوعية بأهمية ومحورية أن تكون المرأة شريكاً في عملية التنمية على قدم المساواة مع الرجل، ونظرًا إلى الآثار الصحية الخطيرة والآثار غير التمكينية التي تفرضها ظاهرة

ولا يسعنا بهذا الشأن إلا التقدم بشكر خاص للدكتورة هبة هجرس، رئيسة لجنة المرأة ذات العلاقة بالمجلس القومي للمرأة، للجهود المميزة التي بذلتها في مراجعة التقرير. وأيضاً توجه بخالص الامتنان لفريق عمل المسح وأعضاء اللجنة الاستشارية الذين تفانوا فيبذل الجهد لإتمامه.

الشكر والتقدير موصولان أيضاً لجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (إسكوا)، الأستاذة ندى جعفر، رئيسة وحدة إحصاءات السياسات والتنسيق -شعبة الإحصاء- إسكوا، والأستاذة مهريناز العربي، مديرية مجموعة السكان والعدالة بين الجنسين والتنمية الشاملة - إسكوا، والأستاذة ندى دروزة، رئيسة قسم العدالة بين الجنسين -مركز المرأة- إسكوا، والأستاذة جيلاد زيتلر، مسؤولة الشؤون الاجتماعية -إسكوا، لما قدّمه من دعم فني للبحث.

ويطيب لنا تمين الجهود المبذولة من فريق الباحثين الذين أجروا البحث، تقديراً لالتزامهم بالعمل الدؤوب.

أخيراً، نُعرب عن تقديرنا لجميع الأسر والمشاركين الذي أجريت معهن المقابلات، مما أدى إلى نجاح عملية جمع البيانات، إدراكاً منها أنه دون مشاركتهن وتعاونهن، ما كان بالإمكان تنفيذ هذا البحث.

يعرب المجلس القومي للمرأة عن خالص شكره وتقديره لجميع الشركاء الذين أسهموا في إعداد ومراجعة هذا التقرير. فلم يكن لهذا المسح القيم والأدوار من نوعه أن يرى النور دون العمل الدؤوب الذي أداءه فريق العمل من الخبراء والمنظمات الدولية والباحثين.

والعرفان والتقدير موصولان بشكل خاص لفريق عمل الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، تحت رئاسة اللواء خيرت برkat، للمجهود المبذول في جمع البيانات وتقديم الدعم التقني المتواصل وإتمام هذا البحث بصورة مشرفة.

كما يتوجّه المجلس بخالص الشكر لوزارة التضامن الاجتماعي لمساهمتها بإمدادنا بعينة المسح من برنامج تكافل وكراهة.

وفي هذا السياق، يعرب المجلس القومي للمرأة عن خالص التقدير لمؤسسات الأمم المتحدة التي دعمت مبادرة إجراء المسح، وبشكل خاص صندوق الأمم المتحدة لسكان وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وهيئة الأمم المتحدة للمرأة وكذلك شركاء التنمية الممثلة في سفارة النرويج والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية.

كما نود أن نتقدم بالشكر للسادة الخبراء الذين نفذوا المسح، بشكل خاص السيدة شادية عطية، لتحليلها البيانات وإعداد التقرير، فضلاً عن وضع الصياغة النهائية له، والترجمة إلى اللغة العربية، الدكتور عبد الحميد كابش، خبير الإعاقة، لما قدّمه من توجيهات خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، والسيدة وفاء ماجد، الخبير الإحصائي والمدير الفني للمسح.

حقهم في الضمان الاجتماعي، والتمثيل المناسب بال المجالس المحلية والتشريعية.

أما القانون المصري، فقد ضمن مكاسب كبيرة لذوي الإعاقة، فالقانون رقم ١ لسنة ٢٠٦، وفرّ عدیداً من الدمتيازات وأشكال الرعاية والحماية المكفولة لهم، كما يضمن قانون مجلس النواب تخصيص ٨ مقاعد للأشخاص ذوي الإعاقة ضمن نظام القوائم، التزاماً بأحكام المادة (٢٤٤) من الدستور. والقانون رقم ١ لسنة ٢٠٩، الذي يهدف لتعزيز وتنمية وحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والقانون رقم ٢٠٠ لسنة ٢٠٢٠، بشأن إنشاء "صندوق دعم الأشخاص ذوي الإعاقة" برئاسة رئيس مجلس الوزراء، بالإضافة إلى أن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة منصوص عليها في "استراتيجية التنمية المستدامة: رؤية مصر ٢٠٣٠"، التي تضع تحقيق الحماية للفئات الأولى بالرعاية، بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة، ضمن أهدافها المجتمعية.

ورغم مُجمل هذه الإنجازات فإن التحديات ما زالت كثيرة، مما يتطلب تفعيل التشريعات

والسياسات لدعم الجهود المبذولة لتمكين النساء ذوات الإعاقة في المجتمع، وتغيير الصورة النمطية عنهنّ.

وفي ضوء التزام الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، والمجلس القومي للمرأة، بمكافحة هذه الظاهرة، يُشرّفنا أن نقدم لكم الواقع والنتائج المستخلصة من البحث الذي أجري عام ٢٠٢٠ لدراسة العنف ضد المرأة ذات الإعاقة.

ويحدونا الأمل في أن يسهم هذا التقرير في إبراز أهم جوانب العنف المُقترف ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة، التي تساعده صانعي السياسات والجهات المعنية على اختيار السياسات والحلول الأنسب، بهدف مكافحة هذه الظاهرة لتعزيز حقوق النساء والفتيات ذوات الإعاقة في مختلف البرامج والقطاعات، وتمكينهنّ من اتخاذ دور فاعل في التنمية وصنع السياسات المرتبطة بحقوقهن، وصولاً إلى مجتمع مصري آمن يدفع إلى الأمام ويحتفي بالمشاركة الكاملة للمرأة.

ونسأل الله التوفيق.

اللواء/ خيرت محمد بركات

**رئيس الجهاز المركزي
للتعبئة العامة والإحصاء**

دكتورة/ مايا مرسي

رئيسة المجلس القومي للمرأة

الفصل الأول: المقدمة

١-١ الخلفية

يُمثّل الأشخاص ذوي الإعاقة أكبر أقلّية في العالم، إذ تبلغ نسبتهم في المتوسط ١٥٪ من سكان العالم، كما يعيش ٠.٨٪ من هؤلاء السكان في البلدان النامية. والإعاقة أكثر شيوعاً بين النساء منها بين الرجال، ويُقدر التقرير العالمي عن الإعاقة أن ١٩٪ من النساء عالمياً يعانيون من الإعاقة، مقارنة بـ١٢٪ من الرجال (منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي، ٢٠١١).

الفصل الأول: المقدمة

١- الخلفية

وتتضمن المادة السادسة عشرة من هذه الاتفاقية حق الأشخاص ذوي الإعاقة في عدم تعريضهم لجميع أشكال العنف والاستغلال وسوء المعاملة، كما يقر إطار اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة كثيراً ما يتعرضن لمخاطر أكبر، وبأن الإعاقة تضيف شريحة أخرى من التمييز والحرمان (المادة السادسة: النساء ذوات الإعاقة)، وتؤكد المادة الخامسة عشرة من الاتفاقية من جديد التزام الدول الأطراف بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من التعرض لجميع أشكال العنف والإيذاء (الأمم المتحدة، ٢٠٠٨).

توفر خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وأهدافها السبعة عشر إطاراً قوياً لتجيئ المجتمعات المحلية والبلدان والمجتمع الدولي نحو تحقيق التنمية الشاملة للمعاقين، وتعهد بعدم ترك أي شخص يختلف عن الركب، بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم من الفئات المحرومة الأخرى، وقد اعترفت الخطة بالإعاقة كقضية شاملة ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند تنفيذ جميع أهدافها.

بالإضافة إلى ذلك تتضمن الخطة أيضاً سبعة أهداف وأحد عشر مؤشراً تشير صراحةً إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، وتشمل إمكانية حصولهم على التعليم والعمل، وتوفير المدارس التي تراعي ظروفهم، وإدماجهم في المجتمع وتمكينهم من الوصول إلى وسائل النقل والأماكن العامة والمساحات الخضراء، والعمل على بناء قدرات البلدان لتصنيف البيانات حسب الإعاقة (الأمم المتحدة، ٢٠١٩).

يُمثل الأشخاص ذوي الإعاقة أكبر أقلية في العالم، إذ تبلغ نسبتهم في المتوسط ١٥٪ من سكان العالم، كما يعيش ٨٪ من هؤلاء السكان في البلدان النامية. والإعاقة أكثر شيوعاً بين النساء منها بين الرجال، ويقدر التقرير العالمي عن الإعاقة أن ١٩٪ من النساء عالمياً يعاني من الإعاقة، مقارنة بـ١٢٪ من الرجال (منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي، ٢٠١١).

كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يتمتعون بفرص متساوية في الحصول على الرعاية الصحية والتعليم والعمل، ولا الخدمات المتعلقة بالإعاقة، ويعانون من الإقصاء من أنشطة الحياة اليومية، ومن ثم فإن الإعاقة قد تزيد من خطر الواقع بين براثن الفقر، بسبب الدفتار إلى فرص العمل والتعليم، وانخفاض الأجور، وزيادة تكاليف المعيشة مع وجود الإعاقة، وعقب دخول اتفاقية الأمم المتحدة الخاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNCPRD) حيز التنفيذ، تزايد فهم الإعاقة على أنها قضية من قضايا حقوق الإنسان (منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي، ٢٠١١).

وتحدّد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي اعتمدت في ديسمبر ٢٠٠٦ إلى حمايتهم وصون كرامتهم، كما أن الأطراف في الاتفاقية مطالبون بتعزيز وحماية وكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة الكامل بحقوق الإنسان والمساواة الكاملة أمام القانون، وكانت الاتفاقية الحافز الرئيسي للحركة العالمية للنظر إلى المعاقين ليس كأهداف للأعمال الخيرية والعلاج الطبي والحماية المجتمعية، بل كأعضاء كاملين ومتباينين في المجتمع، بمقتضى حقوق الإنسان (الأمم المتحدة، ٢٠٠٨).

للإناث (ختان الإناث)، ليشمل عقوبات قانونية أكثر صرامة على المدانين بتنفيذ هذا الإجراء وأخيراً تم تشديد العقوبات وتمديد مدة الدعوى القضائية إلى ١٠ سنوات بالقانون رقم ١٠ لسنة ٢٠٢١ (نشر في الجريدة الرسمية بتاريخ ٢٨/٤/٢٠٢١). وتمثل حماية المرأة في المجال العام، من خلال التنقل الآمن والحد من التحرش الجنسي، وكذلك القضاء على جميع أشكال العنف ضدها داخل الأسرة، ومكافحة الممارسات التقليدية الضارة بها، الأهداف الرئيسية لمحور "الحماية" في الاستراتيجية الوطنية لتمكين المرأة (المجلس القومي للمرأة، ٢٠١٧).

وضع المجلس القومي للمرأة الاستراتيجية الوطنية لمكافحة العنف ضد المرأة ٢٠١٥-٢٠٢٠، بالتشاور مع العديد من الوزارات الحكومية وعدد من منظمات المجتمع المدني. وتركز الاستراتيجية على أربع ركائز أساسية هي: الوقاية، والحماية، والتدخل، والإجراءات القانونية (المجلس القومي للمرأة، ٢٠١٥).

ونفذ المجلس القومي للمرأة، بالشراكة مع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (CAPMAS)، وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) عام ٢٠١٥، أول مسح قومي عن "التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي في مصر" (ECGBVS) الذي قدم تقييمًا وافياً لمختلف أشكال حوادث العنف ضد النساء والفتيات، بالإضافة إلى الممارسات التقليدية الضارة ضدهن، كما قيّم المسح أيضًا خصائص النساء الأكثر تعرضاً للعنف والأكثر تأثراً به، فضلًا عن تأثير العنف في المرأة وأسرتها والتكاليف الاقتصادية الناجمة عنه، ومع ذلك لم يجر أي مسح في مصر وفي كثير من البلدان لتحديد مدى انتشار ووقوع مختلف أشكال العنف التي تتعرض لها النساء والفتيات ذوات الإعاقة.

حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في مصر. ويقترح المجلس السياسة العامة للدولة في مجال إعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وإدماجهم وتمكينهم، ويضع الخطة الاستراتيجية القومية للنهوض بهم، في مجالات الصحة والعمل والتعليم، إلخ، ومتابعة تنفيذها، وحل المشكلات التي تواجهها، وينبغي أيضًا أن ينسق مع جميع الوزارات والجهات المعنية في البلد لتنفيذ أحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وإعداد تقارير سنوية عن النتائج التي ستقدم إلى الرئيس والبرلمان ومجلس الوزراء، ويعرب عن رأيه في مشاريع القوانين والقرارات المتعلقة بالإعاقة.

بذلت الحكومة المصرية والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية جهوداً كبيرة للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات بشكل عام، والتزمت مصر بالاتفاقيات الدولية والإعلان العالمي لمناهضة مختلف أشكال العنف ضد المرأة، مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو)، وإعلان ومنهاج عمل بكين. كما تبنت مصر إصلاحات قانونية لمناهضة العنف ضد النساء والفتيات. ففي هذا الصدد تنص المادة ١١ من الدستور المصري لعام ٢٠١٤ على ما يلى:

"تلزم الدولة بحماية المرأة ضد كل أشكال العنف، وتケفل تمكين المرأة من التوفيق بين واجبات الأسرة ومتطلبات العمل. كما تلتزم بتوفير الرعاية والحماية للأمومة والطفولة والمرأة المعيلة والمسنة والنساء الأشد احتياجاً"

(دستور مصر لعام ٢٠١٤).

في عام ٢٠١٤، عدلت مصر قانون العقوبات ليشمل قانون مكافحة التحرش الجنسي الجديد (الجريدة الرسمية المصرية، يونيو ٢٠١٤) ثم تم تشديد العقوبة بالقانون رقم ١٤ لسنة ٢٠٢١ المنصور في الجريدة الرسمية بتاريخ ٢٦.٣.٢٠١٦. وفي عام ٢٠١٦ عدلت القانون رقم ١٤ لسنة ٢٠٠٨ الذي يجرم تشويه الأعضاء التناسلية

أعلن الرئيس عبد الفتاح السيسي ٢٠١٨ عاماً للأشخاص ذوي الإعاقة، وفي فبراير ٢٠١٨ أصدر الرئيس القانون رقم ١٠ بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بعد تصديق مجلس النواب عليه، وترجم المجلس القومي للمرأة، هذا القانون إلى اللغة الإنجليزية في عام ٢٠٢٠، ويوفر هذا القانون مجموعة واسعة من الحقوق، القانونية والحماية للأشخاص ذوي الإعاقة، تشمل على سبيل المثال- الحق في عدم التمييز في التوظيف والصحة والحقوق السياسية وإعادة التأهيل والتدريب والتعليم على جميع المستويات، ويتضمن القانون أيضًا أحكاماً بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في بيئة آمنة وحماية قانونية، فتنص الفقرة ٤ من المادة ٤ من هذا القانون على:

"توفير البيئة الآمنة للأشخاص ذوي الإعاقة، وعدم تعريضهم للإستغلال الاقتصادي أو السياسي أو التجاري أو العنف أو الاعتداء أو التعذيب أو الإيذاء أو الإهمال أو التقصير أو المعاملة المهينة أو التأثير على أي حق من حقوقهم، والتحقيق في ما يتعرضون له من إساءة. وتلتزم الدولة بتوفير الأمان والحماية اللذة التي تناسب مقدراتهم، ووضع الإجراءات الكفيلة بحمايتهم وتأمينهم من الأخطار التي قد يتعرضون لها في كافة الظروف بما في ذلك ظروف الثوبنة وال Kovarath وغيرها من الظروف الطارئة والحالات التي تتسم بالخطورة"

(الجريدة الرسمية المصرية، فبراير ٢٠١٨، المجلس القومي للمرأة ٢٠٢٠).

في عام ٢٠١٩، صيغ القانون رقم ١١ لسنة ٢٠١٩ لإنشاء المجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة، ليحل محل المجلس القومي لشؤون الإعاقة الذي أنشأ سابقاً بمقتضى القرار الوزاري رقم ٤١ لعام ٢٠١٢، ويهدف المجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة إلى حماية وتنمية وتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم المتأصلة في إطار الدستور. وتتضمن الأدوار الرئيسية للمجلس تعزيز أهداف إقامة مجتمع شامل خالٍ من العوائق وقائم على

أحرزت مصر تقدماً في وضع الأطر القانونية التي تعترف بضرورة حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وصدقـت في عام ٢٠٠٨ على اتفاقية الأمم المتحدة لحقوقهم، مما يعني التزامها بفوائـها، كذلك فإن مصر ملتزمة بإحراز تقدم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs). ويكفل الدستور المصري لعام ٢٠١٤ مجموعة من الحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة، فتنص المادة ٨١ من الدستور المصري لعام ٢٠١٤ على ما يلي: "لتلزم الدولة بضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة صحياً واقتصادياً واجتماعياً وثقافياً ورياضياً وتعليمياً، وتوفـر فرص العمل لهم، مع تخصيص نسبة منها لهم، وتهيئة المرافق العامة والبيئة المحيطة بهـم، ومارـستـهم جميع الحقوق السياسية، ودمـجـهم مع غيرـهم منـ مواطنـينـ، إـعـالـاـدـ لـمـبـادـيـ المـساـواـةـ والـعـدـالـةـ وـتـكـافـؤـ الفـرـصـ" (دستور مصر لعام ٢٠١٤).

كما تتناول سبع مواد أخرى في دستور ٢٠١٤ للأشخاص ذوي الإعاقة بشكل مباشر، وتحمي حقوقهم في الحصول -كغيرـهمـ على الرعاية الصحية والعمل والتعليم والمشاركة السياسية والاندماج الاجتماعي (المواد ٥٣، ٥٤، ٥٥، ٨١، ٨٢، ٢٤٤)، وثلاث مواد أخرى تشمل -بشكل غير مباشر- حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المواد ٩١، ٥١، ٩).

وفي إطار إعلان عام ٢٠١٧ عاماً للمرأة، أعلن الرئيس عبد الفتاح السيسي اعتبار استراتيجية تمكين المرأة ٢٠٣٠ وثيقة العمل للأعوام القادمة، لتفعيل الخطط والبرامج والمشروعات المتضمنة في هذه الاستراتيجية التي تتألف من أربعة محاور: التمكين السياسي للمرأة والقيادة، التمكين الاقتصادي للمرأة، التمكين الاجتماعي للمرأة، حماية المرأة، ودعم الفئات الضعيفة بما في ذلك النساء ذوات الإعاقة وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة أحد أهداف المحور الثالث (التمكين الاجتماعي للمرأة) من الدستراتيجية (المجلس القومي للمرأة، ٢٠١٧).

المثال هنّ آخر من تناح لهن فرصة مفتوحة للتعليم إذا فكرت أسرهنّ في تعليمهن، ومن ثمّ لد تناح لهن سبل الوصول إلى الوسائل التي تمكّنهنّ من تحسين وضعهن الديمغرافي والاجتماعي (على سبيل المثال هجرس، ١٩٩٨، هجرس، ٢٠٠٤)، ويمكن أن تسهم هذه العوامل في زيادة تعرض النساء ذوات الإعاقة للعنف.

تتعرّض النساء ذوات الإعاقة لمجموعة واسعة جدًا من أنواع العنف، ويبلغن عن نفس أنواع العنف التي تفيد بها النساء غير المعاقات، ولكن يتعرّضن أيضًا لأشكال أخرى من العنف تتعلق تحديًّا بالمعاقين، تحدث في مجموعة واسعة من الأماكن وينفذها عدد أكبر من الجناة. تشمل هذه الأشكال على سبيل المثال الإهمال (حرمان المرأة ذات الإعاقة من الرعاية الشخصية أو الطعام أو الشراب أو الأدوية الكافية)، أو الحرمان من الأجهزة المساعدة (على سبيل المثال، حجب الكرسي المتحرك أو العصا أو جهاز التنفس أو منع إعادة شحن بطارية الكراسي المتحركة الكهربائية)، تدمير الممتلكات، انتهاك الخصوصية، الإساءة اللفظية والدستهاء بالإعاقة، زيادة الشعور بالعجز والتبعية، الاستغلال المالي، العزلة القسرية أو الجبرية والاختباء في منزل الأسرة، الإيداع القسري والإجباري في المؤسسات، اغتصاب النزيلات / المقيمات في المؤسسات من الموظفين، التحكم في رغباتهن الإيجابية وقمعها.

(على سبيل المثال Brownridge, ٢٠٠٦؛ INWWWDs, Marini and Stebniki, ٢٠١٣؛ Dunkle et.al., Breiding, and Armour ٢٠١٥؛ World Bank, et.al. ٢٠١٨، UNFPA ٢٠١٨)

في حين أن النساء ذوات الإعاقة يتشاركن العوائق التي تواجهها أي امرأة أخرى للهروب من العنف أو إنهائه، فإن الأدبيات السابقة حددت عوائق أخرى تؤثّر تحديًّا في النساء ذوات الإعاقة، وتشمل على سبيل المثال، زيادة

كما أكّدت الأدبيات السابقة أن النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة من الرجال ذوي الإعاقة وكذلك النساء غير المعاقات لخطر التعرّض للعنف وإساءة المعاملة (على سبيل المثال: Powers et al., ٢٠٠٤؛ La Rivière Zijdel, ٢٠٠٨؛ Smith, ٢٠٠٦؛ Brownridge International, ٢٠١٠؛ Network of Women with Disabilities Breiding, ٢٠١٣؛ WHO, ٢٠١٢؛ Alriksson et.al Inter-, ٢٠١٥؛ Dunkle, et al., ٢٠١٩؛ American Development Bank على ذلك، من المرجح أن النساء ذوات الإعاقة أكثر تعرّضاً للعنف المتعدّد (Marini and Stebniki, ٢٠١٢)، وأكثر تعرّضاً للعنف لمدة أطول Nosek et al., ٢٠١١؛ Nosek et al., ٢٠٠٦)، ووحدة عنف أشد (Brownridge, et al., ٢٠٠١)، مما يزيد من النساء ذوات الإعاقة أقل احتمالًّا من الرجال ذوي الإعاقة أن يبلغن عن كونهن ضحايا للعنف (Perreault, ٢٠٠٩)، والنساء والفتيات ذوات الإعاقة الذهنية بصفة خاصة أكثر عرضة للعنف، بما في ذلك العنف الجنسي (بنك التنمية الأمريكية، ٢٠١٩).

يحدث العنف ضد النساء ذوات الإعاقة في المقام الأول نتيجة المواقف تجاه المرأة في المجتمع الذكوري، مقرونةً بالضعف الناجم من الظروف التي تنتج عن الإعاقة نفسها. إن العنف ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة ليس مجرد مجموعة فرعية من العنف القائم على النوع الاجتماعي، بل هو فئة متعددة الجوانب تتعامل مع العنف القائم على النوع الاجتماعي والإعاقة، ويؤدي اجتماع هذين العاملين إلى تعرّض النساء ذوات الإعاقة لعنف شديد (الشبكة الدولية للنساء ذوات الإعاقة، ٢٠١٠).

وقد أوضحت الأدبيات السابقة في مصر أن النساء ذوات الإعاقة يتعرّضن لعوامل متعددة تزيد من التمييز ضدهن، نتيجة نوعهن الديمغرافي وإعاقتها، مما يضعهن كآخر مجموعة تُؤخذ بعين الاعتبار بين جميع البشر. فعلى سبيل

من بين كل ثلث نساء في جميع أنحاء العالم تعُرّض واحدة (بنسبة ٣٥٪) إما للعنف البدني وإنما الجنسي، أو لكليهما معاً على يد شريك حميم^٤ أو على يد شخص آخر (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٦).

وتعُد ظاهرة العنف ضد النساء انتهاكاً خطيراً لحقوق الإنسان، ولها عواقب بدنية وجنسية ونفسية عديدة، منها ما يصيب الضحية على الفور، ومنها ما يدوم أثره على الأدم الطويل. ولذلك تقتصر الآثار السلبية التي يخلفها ذلك العنف على ضحاياه من النساء، وإنما تمتد للأسرة والمجتمع والدولة بشكل عام.

"ربما يكون العنف ضد النساء أكثر انتهاكات حقوق الإنسان إثارة للخزي، وفوق ذلك، هو الانتهاك الأكثر انتشاراً، إذ لا يعرف حدوداً جغرافية أو ثقافية أو مادية، وما دام العنف ضد النساء مستمراً، فلن يكون بوسعنا أن ندعّي أننا نحقق تقدّماً حقيقياً نحو المساواة والتنمية والسلام"

(كوفي عنان، أمين عام الأمم المتحدة الأسبق)
في حين أن جميع النساء معروضات لأشكال مختلفة من العنف، فإن النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة لخطر العنف وأقل قابلية للدلالة به، فقد أقرت لجنة الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة ٦) بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة غالباً ما يتعرّضن لخطر أكبر، وأن الإعاقة تُضيف شريحة أخرى من الأشخاص ذوي الإعاقة، كما شددت لجنة حقوق المعنقدة في ١٧ من أبريل ٢٠١٣، على أن العنف ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة يكون أكثر خطورة بأربع مرات من العنف الواقع على السكان بصفة عامة، وأوضحت أن هذه الفئة بالذات تعاني من "كارثة إنسانية عالمية"، وأنها بحاجة إلى تدخل سريع من الدول الأطراف (بنك التنمية الأمريكية، ٢٠١٩).

^٤ تعزّز مبادئ الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ضد المرأة (الأمم المتحدة، ٢٠١٦) الشريك الحميم بأنه شخص تربطه بالمرأة علاقة حميمة. سواء كان ذلك صفة رسمية (من خلال الزواج) أو في إطار علاقة معاشرة أو علاقة غرامية منتظمة. وبكيف كل بلد تعريف الشريك الحميم بحسب خلفيته الثقافية.

يُعد وجود البيانات الدقيقة شرطاً أساسياً لفهم طبيعة هذه الظاهرة ومدى انتشارها، لصياغة سياسات عامة وتدخلات أكثر فاعلية لمناهضة العنف ضد النساء ذوات الإعاقة بشكل فعال، فغياب انتباه الباحثين لقضية العنف ضد النساء ذوات الإعاقة يُسهم في حجب الرؤية عن إيزائهن. فالإقصاء والعنف ضد هذه الفئة في أي بلد له عواقب مالية واجتماعية كبيرة، إذ يكون عائقاً أمام التنمية الاقتصادية كما يحد من الديمقراطية ويقوّض المجتمعات (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠١٩).

من هذا المنطلق، نفذ المجلس القومي للمرأة، بالشراكة مع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وبدعم من منظمات الأمم المتحدة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة) مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠١٢ (VAWWDs)، بهدف جمع وتحليل ونشر معلومات وافية تتعلق بالعنف الذي تتعرّض له النساء والفتيات ذوات الإعاقة. توفر هذه المعلومات لصانعي السياسات والمخططين البيانات القائمة على الأدلة، مما يسهم في تصميم وتنفيذ البرامج الفعالة التي تهدف إلى معالجة أو منع العنف ضد النساء ذوات الإعاقة بشكل صحيح.

٢- نظرة عامة على العنف

ضد النساء ذوات الإعاقة

العنف ضد المرأة أحد الأشكال الرئيسية للتمييز القائم على النوع الاجتماعي، وينتشر على نطاق واسع في جميع البلدان، سواءً ذات الدخل المنخفض أو المتوسط أو المرتفع. ويشير آخر معدلات الانتشار على الصعيد العالمي إلى أنه

ذوات الإعاقة، إذ إنها تمثل انتهاكاً لحقوقهن الإنسانية، ومن ثم يهدف مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة إلى قياس ما يلي:

- سلطة اتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية للصحة العامة والصحة الإنجابية للمرأة.
- وصول المرأة إلى الخدمات والمساعدة على تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية والصعوبات التي تواجهها.
- الممارسات التقليدية الضارة بالفتيات والنساء.

● انتشار العنف بأنواعه وأشكاله المختلفة من الجناة المختلفين في الأماكن الخاصة والعامة وعواقبه والتصدي له.

- النساء الأكثر تعرضاً للعنف.

بالإضافة إلى هذا الفصل التمهيدي، تتضمن الدراسة الفصول التسعة التالية:

- الفصل الثاني: إجراءات تنفيذ المسح.
- الفصل الثالث: خصائص النساء المشاركين في الدراسة.
- الفصل الرابع: سلطة اتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية للصحة العامة والصحة الإنجابية.
- الفصل الخامس: الوصول إلى الخدمات والمساعدة من الآخرين في تلبية احتياجات الحياة اليومية الأساسية، وتحديات التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل.
- الفصل السادس: الممارسات التقليدية الضارة.
- الفصل السابع: العوامل المرتبطة بعنف الزوج.
- الفصل الثامن: العنف على يد الزوج.
- الفصل التاسع: العنف على يد أفراد العائلة أو الأشخاص في البيئة المحيطة.
- الفصل العاشر: العنف في الأماكن العامة.

الاعتماد على الجاني للحصول على الرعاية، الدفتار إلى الدعم الاجتماعي ممن يقومون على رعايتها، العزلة الاجتماعية التي تعوق فيها كثيرات منها، عوائق التواصل التي تعوق الإبلاغ عن العنف وتفتقر إلى المصداقية، الخوف من الإيداع في المؤسسات، كونهن أقل قدرة جسدياً على الدفاع عن أنفسهن، صعوبة الاتصال بالجهات المعنية للتدخل، عدم الحصول على معلومات عن الخدمات المتاحة لهن والصعوبات التي تواجههن في الوصول إلى وسائل المواصلات.

(على سبيل المثال Lightfoot and Williams, 2009; Nixon, 2010; INWWDS, 2019). علاوة على ذلك من المرجح أن تشكك جهات إنفاذ القانون والجهات القانونية في مصداقية الروايات التي يقدمها ذوات الإعاقة النفسية أو الذهنية أو الإعاقات التي تتطلب تواصلاً مساعداً أو ترتيبات تيسيرية في التواصل (بنك التنمية الأمريكي، 2019). تفسّر هذه العوامل مدى الصعوبة الكبيرة التي تواجهها النساء والفتيات ذوات الإعاقة في الحصول على الدعم والمساعدة عندما يقعن ضحايا للعنف (Lightfoot and Williams, 2009).

١-٣ أهداف وتنظيم الدراسة

استندت هذه الدراسة إلى مسح مجتمعي يهدف إلى توفير بيانات موثوقة بخصوص طبيعة وأشكال العنف ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة ومواطن ضعفهن، كما يوفر هذا المسح أيضاً معلومات عن القضايا المتعلقة بحقوق المرأة، بخصوص دورها في اتخاذ القرارات الخاصة برعايتها للصحة العامة وصحتها الإنجابية، والوصول إلى الخدمات المختلفة، إذ إن منع هذه الحقوق يضيف شريحة من التمييز ضد النساء ذوات الإعاقة، ويقيّم هذا المسح وضع الممارسات التقليدية الضارة ضد النساء والفتيات

الفصل الثاني: إجراءات تنفيذ المسمد

يتناول هذا الفصل وصف الأنشطة التحضيرية والشرح التفصيلي لإجراءات تنفيذ مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠.

والمجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة.

- تصميم و اختيار العينة.
- تصميم الدستبيان.
- تنفيذ الاختبار القبلي وصياغة الدستبيان في شكله النهائي، بناء على نتائج التجربة القبلية.
- توقيع بروتوكول تعاون بين المجلس القومي للمرأة والمؤسسة المصرية لحقوق الصم و مترجمي لغة الإشارة، لتوفير مُترجمات محترفات لغة الإشارة، لإجراء مقابلات مع النساء ذوات الإعاقة السمعية، لضمان خصوصية المقابلة.
- تدريب فرق العمل الميداني.

٢-٣ شرح تفصيلي لإجراءات تنفيذ المسح

١-٣ تصميم العينة و اختيار أفرادها

رغم جمع بيانات عن الأشخاص ذوي الإعاقة في التعداد العام للسكان والمنشآت لعام ٢٠١٧ في مصر، كان من الصعب اختيار عينة من هذا التعداد لإجراء مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة عام ٢٠٢٠، لتعارض ذلك مع أخلاقيات البحث، إذ يجب الحصول على موافقة مُسبقة وقت إجراء التعداد من السكان المستهدفين لمعاودة الزيارة في وقت لاحق، وهو ما لم يحدث، ولم يكن من الممكن أيضًا إجراء مسح يُمثل المستوى القومي، بسبب التشتت الجغرافي للسكان المستهدفين (المعاقات)، والذي ستكون تكلفته باهظةً جدًا.

كما أوضحت الدراسات السابقة أن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرّضن لشروط متعددة من التمييز، فغالبًا ما يتعرّضن للعلاقة المتشابكة بين النوع الاجتماعي والإعاقة التي ينتج عنها هذا التمييز المتعدد (هجرس، ١٩٩٤)

٢-٤ الأنشطة التحضيرية للمسح

اشتملت المرحلة التحضيرية لمسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة في مصر لعام ٢٠٢٠ على الأنشطة الآتية:

- استهلال التعاون في شهر سبتمبر ٢٠١٨ بين المجلس القومي للمرأة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) وهيئة الأمم المتحدة للمرأة (UN WOMEN) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) لتنفيذ المسح. وتتجدر الإشارة إلى أن المجلس القومي للمرأة قد أنشأ لجنة للنساء ذوات الإعاقة منذ عام ٢٠١٦ لمعرفة احتياجاتهن وتمكينهن بشكل صحيح وتحسين حالتهن. وهذا البحث جزءٌ من الكشف عن بعض المجالات التي تتعرّض فيها هؤلاء النساء للعنف، ومن ثمّ يمكن من خلال نتائجه تحديد أفضل السبل لحمايتهن ودعمهن.

- تشكيل لجنة استشارية وطنية للمسح، ضمّمت خبراء من صندوق الأمم المتحدة للسكان وهيئة الأمم المتحدة للمرأة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والمجلس القومي للمرأة والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وخبراء في الإعاقة والنوع الاجتماعي والبحوث، لتقديم الدعم الفني في أثناء مراحل تنفيذ المسح.
- الدستعانة بالخبرة الدولية في مجال البحوث المعنية بالعنف ضد المرأة ذات الإعاقة، لتصميم منهجية المسح وأدواتها (عقد اجتماعات فنيّات مع خبراء من اللجنة الإحصائية ولجنة المرأة بمنظمة الدسكوا واللجنة الوطنية الاستشارية، لمناقشة منهجية الدراسة).

- إجراء مشاورات مع الوزارات والهيئات المعنية (على سبيل المثال لتحديد العينة المستخدمة وأنواع الإعاقة، إلخ)، مثل وزارة الصحة والسكان ووزارة التضامن الاجتماعي

مجموعة مختلفة من السلع المغمسة.

وتضمن الجزء الخاص بالاستبيان الفردي أسئلة بشأن الموضوعات التالية:

- خصائص المشاركات في المسح
- الصحة العامة والصحة الإنجابية واتخاذ القرارات الخاصة بهما.
- الوصول إلى الخدمات والاحتياجات غير الملائمة.
- المساعدة من الآخرين في الأنشطة اليومية.
- الممارسات التقليدية الضارة بالفتيات والنساء.
- العنف على يد الزوج.
- العنف الذي يرتكبه أفراد الأسرة والأشخاص في البيئة المحيطة.
- العنف في الأماكن العامة.

٣-٢ التجربة القبلية

أُجريت التجربة القبلية للمسح خلال الفترة من ١٣ من أكتوبر ٢٠١٩ بهدف (١) تجربة الاستبيان في الميدان لضمان وضوح الأسئلة للمستجيبين والباحثين، ومدى ملائمة الأسئلة للمستجيبين، والمسائل الفنية الأخرى (٢) تحديد متوسط الوقت المستغرق لاستيفاء كل استبيان، لتحديد معدلات الإنتاج اليومي للمشتغلين (٣) مراجعة الاستبيان وتعديلاته بناءً على التجربة الميدانية. بلغ حجم العينة في التجربة القبلية ٤، امرأة من مناطق مختلفة بالقاهرة، وقد استغرق جمع البيانات ثلاثة أيام بفريق عمل مكون من ٨ باحثات.

٤-٢ أنشطة جمع البيانات

تلقي ١٣٨ مرشحاً التدريب على العمل الميداني خلال الفترة من ١٧ - ٢٨ من نوفمبر ٢٠١٩ بمبني الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وكان اختيار المرشحين على أساس مؤهلتهم

المرحلة الثانية: تضمنت توزيع العينة المختارة من كل محافظة على أنواع الإعاقات المستهدفة توزيعاً متناسباً مع عدد النساء بكل نوع من أنواع الإعاقة بكل محافظة في إطار المعاينة.

يوضح الملحق ١ المعادلات الحسابية المستخدمة لتصنيف عينة العنف ضد النساء ذوات الإعاقة على مختلف المحافظات والأنواع المستهدفة من الإعاقات، وكذلك توزيع العينة المختارة.

كان من الأهمية بمكان الحصول على توزيع العينة حسب الإقامة في الحضر/الريف، لدراسة الاختلافات في مؤشرات الدراسة بين المناطق الحضرية والريفية، لكن لم يوفر إطار المعاينة توزيع النساء المؤهلات حسب مكان الإقامة في الحضر/الريف.

٤-٢ تصميم الاستبيان

استند تصميم استبيان مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ إلى المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة لإنجاح إحصاءات عن العنف ضد المرأة (الأمم المتحدة، ٢٠١٤) ونموذج الاستبيانات التي تم تكييفها لقياس العنف ضد المرأة في المنطقة العربية من قبل فريق واشنطن المعنى بإحصاءات الإعاقة واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (إسكوا) (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ومجموعة واشنطن المعنية بإحصاءات الإعاقة، ٢٠١٨).

يتكون استبيان مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ من جزأين: جزء خاص بالأسرة التي تعيش فيها المبحوثة وأخر فردي للمبحوثة نفسها. يتضمن الجزء الخاص بالأسرة المعيشية أسئلة بشأن خصائص المسكن (على سبيل المثال: عدد الغرف، مصدر المياه، ودورة المياه، ومصدر الإضاءة) وعن ملكية الأسرة

والمستفيدين من برنامج كرامة، والتعرف إلى الفئات الأكثر تعرضاً لهذا العنف، لذلك تجدر الإشارة إلى أن عينة هذا المسح غير ممثلة للصعيد القومي، أي إنها ممثلة لمجتمع معين.

اختيرت عينة المسح من إطار المعاينة^(٤) اعتماداً على قاعدة بيانات برنامج كرامة للنساء ذوات الإعاقة المتوافر بوزارة التضامن الاجتماعي، وقد شمل الإطار ٧٩,٣٩٥ ألف امرأة معاقة من جميع المحافظات، باستثناء محافظات الحدود، مصنفة حسب المحافظة ونوع إعاقة المرأة (حركية، سمعية، بصرية، متعددة).

اختيرت عينة طبقية عشوائية منتظمة من ٦٠٠ امرأة مؤهلة من إطار المعاينة، وقد تم تخصيص العينة المختارة على المحافظات المختلفة ونوع إعاقة المرأة على مرحلتين:

المرحلة الأولى: تضمنت توزيع عينة المسح على المحافظات المختارة باستخدام طريقتي التوزيع المناسب مع الحجم (PPS) وطريقة الجذر التربيعي (SR)، ثم حساب عينة النساء المؤهلات لكل محافظة، من خلال حساب متوسط النتائج الناتجة من الطريقتين. أدّى استخدام هاتين الطريقتين إلى ضمان تمثيل المحافظات وفقاً لعدد النساء المؤهلات في إطار المعاينة، وزيادة حجم العينة في المحافظات ذات الحجم الصغير من النساء المؤهلات (مثل بورسعيد والسويس) لتوفير مؤشرات بمستوى تمثيل مناسب على مستوى المحافظة.

وهجرس، ٤٠٢). يتفاوت هذا التفاوت بين النساء والفتيات ذوات الإعاقة الذي ينتمي إلى الفئات المهمشة (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠١٩)، ولذلك اختيرت عينة مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة عام ٢٠٢٠ من النساء الفقيرات ذوات الإعاقة اللاتي يحصلن على دعم الضمان الاجتماعي من برنامج كرامة^(٥).

شمل مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ النساء الفقيرات البالغات من العمر ١٨ عاماً فأكثر، اللاتي يعاني من إعاقات حركية أو سمعية أو بصرية أو متعددة، والمستفيدات من برنامج كرامة (الحاصلات على دعم الضمان الاجتماعي). استبعدت النساء المعاقات نفسياً وذهنياً ونمائيًا بسبب صعوبة التواصل معهن، والحاجة إلى تدخل وسيط في أثناء إجراء المقابلة.

وقد غطى المسح جميع المحافظات باستثناء محافظات الحدود^(٦) نظراً إلى الصغر المتناهي لأعداد سكانها (يشكل سكانها نحو ١٪ من إجمالي سكان مصر) ولانخفاض عدد النساء المؤهلات بها، وعلى ذلك تمثل المحافظات المختارة الأقاليم الثلاثة: المحافظات الحضرية وإقليم الوجه البحري وإقليم الوجه القبلي^(٧).

صممت عينة المسح لتعطي بشكل رئيسي تقديرات مماثلة عن انتشار أنواع وأشكال العنف المختلفة التي يرتكبها مختلف الأفراد في الأماكن الخاصة والعامة ضد النساء ذوات الإعاقة اللاتي يبلغن من العمر ١٨ عاماً أو أكثر.

^(٤) في مارس ٢٠١٥، أطلقت الحكومة المصرية برنامج "تكافل وكرامة". باعتباره برنامج ضمان اجتماعي قومي، يهدف إلى تحسين أوضاع الأشخاص الأكثر تعويشاً من الأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين وبغض النظر، من خلال منحهم دعماً تقنياً وتقديم واراء التضامن الاجتماعي لهذا البرنامج، "تكافل" هو تحويل نقد شهري م茅شوط للناس التي لديها أطفال تناولها أعمارهم بين ٦٧ و٦٨ سنة. يهدف إلى تعزيز تراكم رأس المال من خلال توفير دعم نقدي للناس الفقيرة، مع تحفيزهم بفرض شروط، كتشجيع الأطفال الذين تراوح أعمارهم بين ٦٧ و٦٨ سنة في المدارس (مع الدناءة في الدراسة على الأقل)، والحصول على الحفاظ الصحي الدائم، بما في ذلك تناول الأطفال ورصد نمو فن تراوحت أعمارهم بين ٦٧ و٦٨٪ على الأقل، مما يعود إلى حماية المواطنين المسنين الأكثرين احتياجياً في مصر، الذين تراوحت أعمارهم بين ٦٧ و٦٨٪. صفرة سنوات، ومتاحة حمل الأعباء المترافق، أما "كرامة" فهو تحويل نقدي غير مشروط يهدف إلى حماية الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال توفير الضمان الاجتماعي الشهري، لمزيد من التفاصيل، راجع: <https://www.moss.gov.eg/ar-eg/Pages/program-details.aspx?pid=10>

^(٥) تشمل محافظات الحدود: البحر الأحمر، مرسى مطروح، شمال وجنوب سيناء، والواحد الجديد.

^(٦) تشمل المحافظات الحضرية: القاهرة والإسكندرية وبورسعيد والسويس. يشمل إقليم الوجه البحري: دمياط والدقهلية والشرقية والقليوبية وكفر الشيخ والغربيه والمنوفية والبحيرة والإسماعيلية.

^(٧) يشمل إقليم الوجه القبلي: الجيزة، بنى سويف، الفيوم، المنيا، أسيوط، سوهاج، قنا، الأقصر، أسوان.

^(٨) إطار المعاينة هو القائمة الفعلية للأفراد الذين تسببت العينة منهم.

وانتساقها، وكذلك تدوين المشكلات التي اكتُشفت في أثناء المراجعة، ونوقشت هذه المشكلات مع مسؤولي المسح وأرسلت الملاحظات والتوجيهات الالزمة إلى فرق العمل الميداني، وحال العثور على أخطاء جسيمة في أحد الاستبيانات لا يمكن تصحيحها خلال المراجعة المكتبية، كانت تجرى مقابلة أخرى لاستكمال البيانات أو تصحيحها.

وأدخلت البيانات باستخدام برنامج تجهيز بيانات التعدادات والمسوح (CSPro)، وصمّم برنامج الإدخال مسؤول إعداد البرامج بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، بعد تدريب مُدخلين للبيانات عليه، وُعولجت أوجه عدم اتساق البيانات عن طريق مضاهاة نتائج إدخال البيانات مع البيانات المدونة في الدستمارة الورقية.

٦-٢-٣ معدلات الاستجابة

ويوضح جدول ١٢ معدلات استجابة النساء مُصنفة بحسب مكان الإقامة، وشملت عينة المسح ٦٠٠ امرأة، وكانت هناك ٥٦٦ امرأة موجودة في المسكن وقت إجراء المسح، وأجريت معهن مقابلات بنجاح، بما يمثل معدل استجابة ٩٣,٦٪.

ومثلاً أظهرت المسح السابقة، كان معدل الاستجابة في المحافظات الحضرية (٨٩,٥٪) أقل من معدلات الاستجابة في الوجه البحري والقبلي (٩٤,٧٪ و٩٣,٢٪ على التوالي).

انفراد الباحثة بالمشاركة، فإنها تعزّزها بطبيعة البحث في سياق طلب موافقتها على إجراء المقابلة.

- حصلت الباحثات على موافقة المشاركات لإجراء المقابلة بعد إطلاعهن على طبيعتها، كما كانت الباحثة تقرأ للمشاركة عبارات إضافية مع بداية كل فصل متعلق بالعنف ضد المرأة، لطمأنتها بشأن سرية إجاباتها.
- تدرّبت الباحثات على تغيير موضوع المناقشة إذا قاطع المقابلة أي فرد، بما في ذلك الأطفال، لسؤال المشاركة في هذه الحالة عن موضوع أقل حساسية، وتخبر الباحثة المشاركة مسبقاً بأنها ستناقش معها هذا الموضوع إذا قاطع أي فرد المقابلة.

٦-٢-٤ أنشطة معالجة البيانات

بعد تجميع الاستبيانات المستوفاة وإرسالها بإنتظام إلى الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في القاهرة، بدأت عملية معالجة البيانات بعد فترة قصيرة من بداية العمل الميداني، وشملت هذه المرحلة: المراجعة المكتبية وترميز بعض الأسئلة (مثل المهنة والنشاط الاقتصادي والأسئلة المفتوحة) وإدخال البيانات ومراجعة ما يُظهره برنامج الحاسوب الذالي من أوجه عدم اتساق.

وراجعت المراجعات المكتبية اكتمال البيانات

أُجري العمل الميداني للمسح في الفترة من ٢٩ ديسمبر ٢٠١٩ إلى ٢٨ من يناير ٢٠٢٠ عبر ٢٢ فريق عمل لإجراء المقابلات، وتكون كل فريق من مشرف وأربع باحثات وباحثة لغة إشارة.

وقد اُخذت إجراءات عديدة لضمان جودة البيانات، فكان هناك فريق مكون من أربع باحثات لإجراء زيارات متتابعة منتظمة للتحقق من الالتزام بمنهجية المسح ومراجعة الاستبيانات المستوفاة، للتأكد من اكتمال البيانات وانتساقها، وتقديم الدعم المعنوي لفرق العمل الميداني، وأعاد هذا الفريق مقابلة بعض الأسر في أثناء العمل الميداني للتأكد من جودة البيانات، ومن الجدير بالذكر أنّهم لم يتطرقن لأنّي أسئلة تتعلق بالعنف ضد المرأة لاعتبارات السرية والسلامة، وبعد مقارنة نتائج إعادة المقابلة مع نتائج المقابلة الأولى، نُوقشت الأخطاء مع الباحثة، ومن بين إجراءات مراقبة الجودة الأخرى أُنشئ فريق لمراقبة الجودة من باحثتين بعد اكتمال العمل الميداني، وأعاد مقابلة ٥٪ من إجمالي العينة باستخدام استبيانات مختصرة لا تحتوي على أسئلة تتعلق بالعنف ضد المرأة.

٥-٢-٤ الاعتبارات الأخلاقية

واعتبارات السلامة

طُبّقت توصيات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالأخلاقيات والسلامة في بحوث العنف المنزلي ضد المرأة في تنفيذ المسح (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١)، على النحو التالي:

- وضع المسح في إطار كونه دراسة "لأحوال المرأة المصرية ذات الإعاقة"، وهو ما ساعد المشاركات في المسح على تفسير مشاركتهن للآخرين بأمان، واستخدمت الباحثات هذا التفسير أيضاً لوصف المسح للمجتمع المحلي والأفراد الآخرين، وب مجرد

العلمية وخبراتهم الميدانية، وتولّى التدريب كبار خبراء الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء^(٥) بمشاركة من خبراء الإعاقة^(٦).

واستُخدمت مجموعة متنوعة من المواد في تدريب العاملين الميدانيين، إذ أُعد دليل إرشادي للباحثين يشمل توجيهات عامة عن كيفية إجراء المقابلات واستيفاء كل سؤال من أسئلة الاستبيان، وُوزع على جميع المتدربين.

وأشتمل التدريب على الموضوعات الآتية:

- التعريف بأهداف المسح.
- مفهوم الإعاقة.
- كيفية التعامل مع الشخص ذي الإعاقة البصرية.
- كيفية التعامل مع الشخص ذي الإعاقة السمعية.
- مفهوم العنف ضد المرأة، وأنواع العنف وأشكاله وتأثيراته السلبية على المرأة والأسرة والمجتمع.
- أساليب إجراء المقابلات بطريقة تُوجد مناخاً من المؤدة مع المشاركات.
- الاعتبارات الأخلاقية في أبحاث العنف ضد المرأة، بما في ذلك استراتيجيات ضمان السرية وأمان المشاركات.
- المهارات الالزمة لإجراء مقابلات عن العنف ضد المرأة، بما في ذلك كيفية تشجيع المشاركة في المسح وإيجاد مناخ ملائم للبلوغ بمعلومات تتسم بالحساسية.
- كيفية التفاعل مع مشاعر الضغط النفسي لدى المشاركات بطريقة تنطوي على التعاطف والدفع، دون الخروج عن الحياد.
- كيفية ملء الاستبيان.
- تمارين تطبيقية من خلال لعب الأدوار والمقابلات الرياضية.
- إجراء اختبارات قصيرة.

^(٥) الاستاذة فداء ماجد خبير إحصائي.

^(٦) دكتور عبد الحميد كابش، استشاري الطب الطبيعي وإعادة التأهيل، خبير الإعاقة.

جدول ٢-١: عدد النساء المؤهلات ومعدل الاستجابة لمسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة حسب محل الإقامة، مصر ٢٠٢٠.

نتائج الم مقابلات الفردية للنساء في الفئة العمرية ١٨ +				
الإجمالي	محل الإقامة			
	محافظات وجه قبلي	محافظات وجه بحري	محافظات حضرية	
٦٠٠	٣٠٧٨	٢٣٠٥	٦١٧	عدد النساء المختارة بالعينة
٥٦١٦	٢٩١٥	٢٤٩	٥٥٢	عدد النساء المؤهلات الذي أجريت معهن المقابلات
٩٣,٦	٩٤,٧	٩٣,٣	٨٩,٥	نسبة استجابة النساء المؤهلات ^١

^١ عدد النساء المؤهلات الذي أجريت معهن مقابلات / عدد النساء المؤهلات.

٢-٣ توثيق وقائع العنف

حرضت الباحثات على توثيق عدد من القصص التي أفادت بها المشاركات، دون ذكر أسمائهن، بكلماتهن وتعبيراتهن الخاصة، لوصف العنف الذي تعرضن لهن.

الفصل الثالث: خصائص النساء المشاركين في الدراسة

أهم النتائج

غالبية النساء ذوات الإعاقة السمعية حدثت لهن هذه الإعاقة منذ الميلاد (٧٩٪)، بينما ٢٢٪ حدثت لهن في أثناء الطفولة، لكن كانت نسب اللدئي ظهرت لديهن الإعاقة بعد مرحلة الشباب (٣٥ فاكثر) أعلى من اللدئي ولدن بالإعاقة بين النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو الإعاقات المتعددة.

- تعيش غالبية المشاركات في المسح بشكل عام في ظروف سكنية ملائمة، ولكن هناك بعض التفاوتات الجغرافية في غير صالح نساء الوجه القبلي.
- كانت النسبة الأكبر من المشاركات في المسح من الوجه القبلي، خاصة الأقصر وأسوان.
- يعيش ٢٪ فقط من النساء المشاركات في الدراسة بمفردهن.
- كانت النساء ذوات الإعاقة السمعية واللذئي حدثت إعاقتهن منذ الميلاد أو الطفولة أصغر سنًا من غيرهن من النساء في العينة.
- نصف النساء المشاركات في الدراسة متزوجات حالياً، ونحو ٤٤٪ لم يسبق لهن الزواج. وكانت نسبة المتزوجات حالياً أعلى بين النساء ذوات الإعاقة البصرية (نحو ٥٨٪) مقارنة بالنساء ذوات الإعاقات الأخرى، بينما كان العكس صحيحًا بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة السمعية (نحو ٣٣٪).
- معدل الأممية مرتفع بين النساء المشاركات في المسح (٥٣٪) خاصة بين النساء اللذئي حدثت لهن الإعاقة بعد مرحلة الشباب، والنساء ذوات الإعاقات المتعددة (٧٪ و٦٪ على التوالي).
- كانت مستويات تقدير الذات والثقة في النفس منخفضة بين النساء ذوات الإعاقة المشاركات في المسح (٣٧٪ و٣٣٪ فقط على التوالي). وكانت النساء ذوات الإعاقات المتعددة، والنساء اللذئي حدثت إعاقاتهن في عمر ٣٥ سنة فأكثر، وأولئك اللذئي يعاني من إعاقة متوسطة أو شديدة في الدعتناء بالنفس، أقل احتمالً من النساء الآخريات في الإحساس بتقدير الذات أو الثقة بالنفس.

أهم النتائج:

- غالبية النساء اللذئي أجريت معهن المقابلات يعاني من إعاقة حركية (نحو ٦ من كل ١٠ نساء)، خاصة في ما يتعلق بالتنقل (المشي وصعود السلالم).
- غالبية النساء ذوات الإعاقة السمعية حدثت لهن هذه الإعاقة منذ الميلاد (٦٩٪)، بينما ٢٢٪ حدثت لهن في أثناء الطفولة، لكن كانت نسب اللذئي ظهرت لديهنّ الإعاقة بعد مرحلة الشباب (٣٥٪ فأكثر) أعلى من اللذئي ولدن بالإعاقة بين النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو الإعاقات المتعددة.
- أعلى نسبة من النساء اللذئي يعاني من ضعف السمع، لديهنّ إعاقة شديدة في السمع، حتى مع استخدام سماعة أذن (٤٧٪).
- الإعاقة في التنقل والإعاقة البصرية أكثر الأنواع شيوعاً بين النساء ذوات الإعاقات المتعددة.
- يواجه نحو ٣٨٪ من النساء ذوات الإعاقات المتعددة و٢٨٪ من النساء ذوات الإعاقة الحركية إعاقة متوسطة (لديهنّ صعوبة كبيرة) أو شديدة (لا يستطيعن على الإطلاق) في العناية بأنفسهن.
- نحو ٣ من كل ١٠ نساء (٣٩٪) يستخدمن الأجهزة المساعدة (مثل الكرسي المتحرك، وسماعة الأذن، والعصا البيضاء، والأطراف الصطناعية).
- ذكر نحو ٧٪ من النساء ذوات الإعاقات المتعددة و٦٪ من النساء ذوات الإعاقة الحركية أن إعاقتهن حدثت نتيجة تعرضهن للعنف.

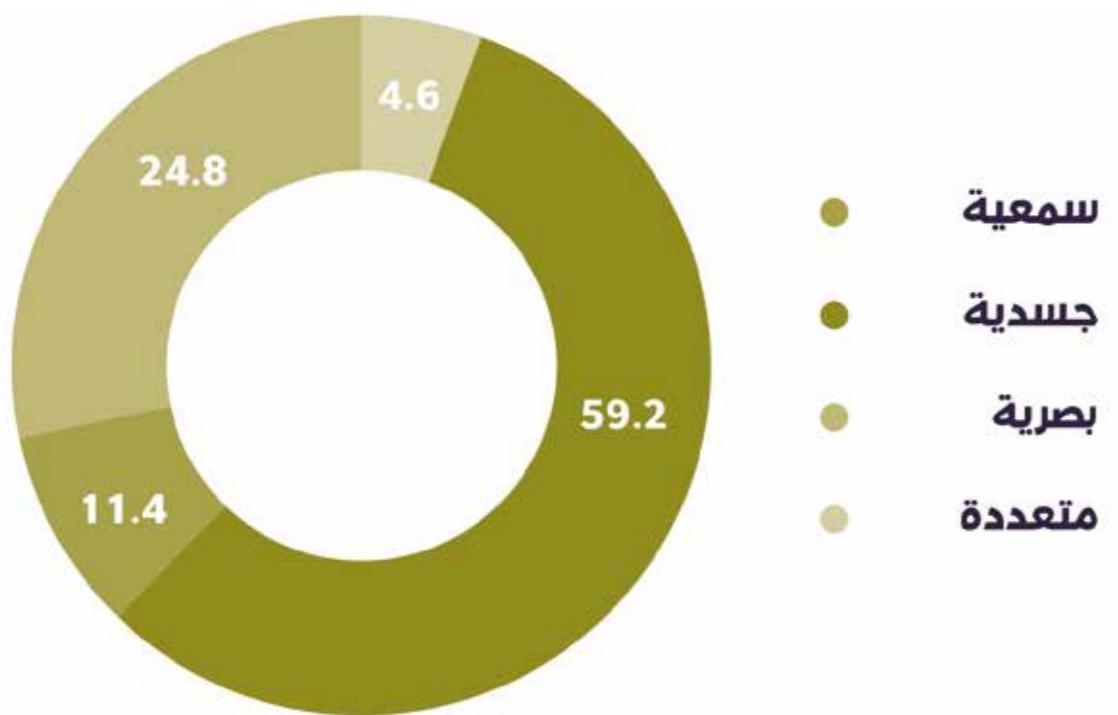
جدول ١-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لنوع الإعاقة وبداية حدوثها، مصر ٢٠٢٠.

نوع الإعاقة وبداية حدوثها						
الإجمالي	نوع الإعاقة					
	متعددة	بصرية	سمعية	حركية		
نوع الإعاقة						
١٠٠.	٤,٦	٢٤,٨	١١,٤	٥٩,٣		النسبة المئوية
بداية حدوث الإعاقة^١						
٣٢,٧	٢٦,٧	٢٧,٠	٦٨,٨	٢٨,٦		منذ الميلاد
٢٢,٤	١٧,٤	٢٢,٠	٢٢,٢	٢٣,٠		منذ الطفولة
١٧,٥	٢١,٣	٢٢,٠	٥,٣	١٧,٧		منذ الشباب
٢٧,٧	٣٨,٠	٢٩,١	٣,٩	٣١,٠		في الأعمار الأكبر
٥٦٦	٢٥٨	١٣٩٤	٦٤١	٣٣٢٣		إجمالي عدد النساء

^١أعطى بعض النساء ذوات الإعاقات المتعددة أكثر من إجابة.

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى يبلغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الأكبر" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

شكل ١-٣: التوزيع النسبي للنساء تبعاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



١-٣ خصائص الإعاقة

إن مفهوم الإعاقة غير متجانس ويختلف باختلاف نوعها وحدها وسببها، والعمر الذي ظهرت فيه، وكيفية تفاعل الأشخاص ذوي الاعتلالات طويلة الأجل مع عوائق بيئية مختلفة قد تعيق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين. (اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا ومجموعة واشنطن لاحصاءات الإعاقة ٢٠١٨). وهذا بدوره قد يؤثر في توجهات ذي الإعاقة وسلوكياته وخبراته وفرصه.

١-١-٣ نوع وبداية حدوث الإعاقة

تشير نتائج مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة عام ٢٠٢٠ إلى أن الإعاقة الحركية الأكثر شيوعاً بين المشاركات في المسح، وتليها بفارق كبير الإعاقة في الرؤية، إذ من بين كل ١٠ نساء أجريت معهن مقابلات، كان نحو ٦ نساء يعاني من إعاقة حركية (٥٩٪)، وربع المشاركات يعاني من إعاقة بصرية، و١١٪ لديهن إعاقة سمعية، وما يقرب من ٥٪ لديهن إعاقات متعددة (جدول ١-٣).

وشكل ١-٣.

تعتبر خصائص النساء ذوات الإعاقة ذات صلة بهذه الدراسة، من أجل فهم أفضل إذا ما كانت تؤثر أو لا تؤثر في إمكانية تعرض النساء للعنف، ومن ثم يقدم هذا الفصل لمحة مفصلة عن خصائص المشاركات في الدراسة (النساء ذوات الإعاقة في عمر ١٨ فأكثر، وللذئي أجريت معهن مقابلات في المسح)، ومن المتوقع أن تساعد البيانات الخاصة بخصائص المشاركات الواردة في هذا الفصل أيضاً على فهم النتائج الواردة في الفصول التالية.

يبدأ هذا الفصل بوصف خصائص إعاقة المشاركات في الدراسة من ناحية نوع الإعاقة وبداية حدوثها وحدها، واستخدام الأجهزة المساعدة، وما إذا كانت الإعاقة ناتجة عن تعرضهن للعنف، ثم يقدم بذلك معلومات عن الخصائص السكنية للمشاركات، والوضع المعيشي لهنّ (إذا كنّ يعيشن بمفردهنّ أم مع آخرين)، ومعلومات عن خصائصهنّ الخلفية بما يشمل العمر وقت إجراء المسح والحالة الاجتماعية الحالية والإقامة والمستوى التعليمي والحالة العملية، وأخيراً يتناول الفصل معلومات عن إحساسهنّ بتقدير الذات والثقة بالنفس، كما يوضح هذا الفصل أيضاً إلى أي مدى تتأثر خصائص المشاركات في الدراسة بعاقتهنّ.

"صعوبة كبيرة" أو "لـ أستطيع أبداً" (الدسكوا، ٢٠١٧)، وعلى ذلك اعتبر أن النساء اللاتي أجبن في هذه الدراسة أنهن يعانيين من "صعوبة كبيرة" لديهن "إعاقة متوسطة"، واللاتي أجبن أنهن "لـ يسنطعن أبداً" لديهن "إعاقة شديدة".

وتجدر الإشارة إلى أنه كان من المهم تضمين الاعتناء في النفس مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس في التقييم لسبعين. أولًا: لأنه قد يسهم في تحديد النساء اللائي يعانين من إعاقة شديدة في أي مجال. ثانًيا: لأن النساء اللائي لا يسعن الاعتناء بأنفسهن فئة مهمة لا بد منأخذها بعين الاعتبار عند صنع السياسات العامة (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ومجموعة واشنطن) حوا إحصاءات الدعاقة، ٢٠١٨).

نظرًا إلى أن الدراسة الحالية تعامل مع عينة من النساء عُرِّفن من برنامج كرامة أنهن يعانيين من إعاقات حركية أو بصرية أو سمعية أو متعددة، فمن الأهمية بمكان تحديد شدة كل نوع من هذه الإعاقات، فعلى سبيل المثال من المهم معرفة إذا كانت النساء ذوات إعاقة البصرية يواجهن صعوبة كبيرة في الرؤية حتى إن كن يرتدين نظارات طبية (أي إن لديهن إعاقة متوسطة) أو لا يستطيعن الرؤية على الإطلاق (أي إنهن يعانيين من إعاقة شديدة)، ومن المهم أيضًا تحديد الأنواع الشائعة من الإعاقات بين النساء ذوات إعاقات المتعددة، وما إذا كانت المرأة تعاني من إعاقات متعددة أخرى لم يأخذها برنامج كرامة بعين الاعتبار. ولكن ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن الإجابات عن الأسئلة استندت إلى تقارير النساء، أي تقييمهن لمستوى الصعوبة لديهن.

يعرض **جدول ٢-٣** نتيجة التقييم تبعاً لنوع وشدة الإعاقة التي تعاني منها المرأة، ووفقاً للنتائج التي يعرضها الجدول، كانت الإعاقة المتوسطة (مواجهة صعوبة كبيرة) أكثر شيوعاً بشكل ملحوظ بين عينة المسح من الإعاقة الشديدة (عدم القدرة على الإطلاق)، والعكس صحيح بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة السمعية.

٣-١-٢ شدة الدعاقة

قيّم مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة شدّة، إعاقة المرأة في ستة مجالات وظيفية أساسية، هي الرؤية والسمع والتواصل والتنقل (المشي أو صعود السلالم) واستخدام الأطراف العلوية والعناية بالنفس، بتوجيهه من مجموعة واشنطن بخصوص إحصاءات الإعاقة للمجالات المختارة، فُطِرِحت مجموعة الأسئلة التالية على النساء اللائي أحدثت معهن المقابلات:

١. هل تواجهين صعوبة في الرؤية، حتى لو كنتِ مرتدية نظارة طبية؟
 ٢. هل تواجهين صعوبة في السمع، حتى لو كنتِ تستخدمين سماعة أذن؟
 ٣. باستخدام لغتك، هل تجدين صعوبة في التواصل مع الآخرين؟ أي هل تفهمينهم ويفهمونك؟
 ٤. هل تواجهين صعوبة في المشي أو صعود السلالم؟
 ٥. هل تواجهين صعوبة في استخدام يديك وأصابعك، مثل التقاط الأشياء الصغيرة، على سبيل المثال، الأزرار أو القلم الرصاص، أو فتح أو إغلاق العبوات أو الزجاجات؟
 ٦. هل تواجهين صعوبة في الاعتناء بنفسك مثل الدسخمام أو ارتداء الملابس؟

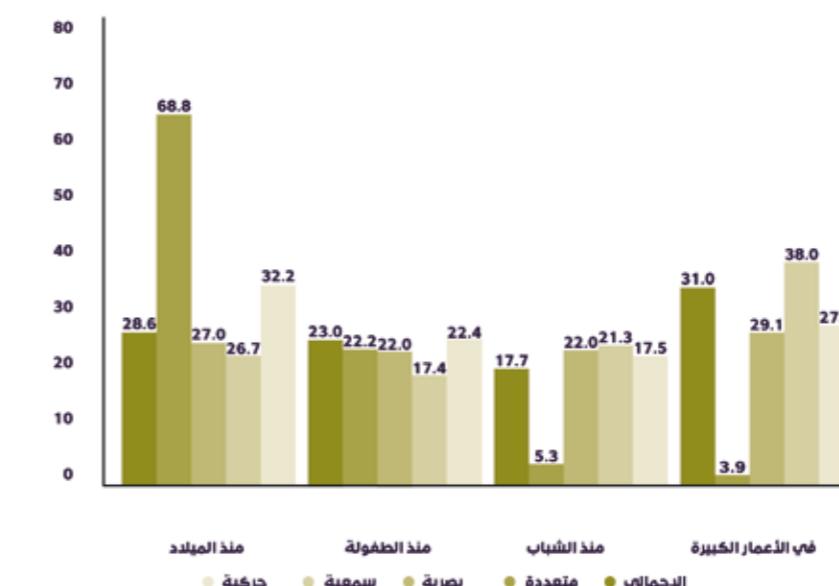
وقد اختيرت الأسئلة الستة المذكورة أعلاه من المجموعة القصيرة والممتدة لفريق واشنطن بخصوص أداء الوظائف بناءً على صلتها بأنواع الإعاقات التي تناولتها الدراسة، ولكل سؤال أربع فئات من الإجابة على النحو التالي: (١) لا صعوبة. (٢) بعض الصعوبة. (٣) صعوبة كبيرة. (٤) لا أستطيع أبداً.

أوصى فريق واشنطن باستخدام فئات إجابات الأسئلة لقياس الإعاقة في التعدادات والمسوح الأسرية، بدلاً من طرح سؤال "هل لديك إعاقة؟" تكون فئة الدجابة نعم / لا، ويُعرف ذوو الإعاقة على أنهم أولئك الذين يجيبون عن الأسئلة

النساء حدثت إعاقتهن في أثناء الطفولة (نحو ٢٢٪)، كما حدثت الإعاقة خلال مرحلة الشباب لما يقرب من ١٨٪، ولكن توجد بعض الاختلافات بين الأنواع المختلفة للإعاقات (شكل ٣-٣).

فقد بدأت الإعاقة السمعية في وقت مبكر جدًا من حياة المشاركات في المسرح، فكانت معظمها منذ الميلاد، إذ أفاد نحو ٧٠٪ من كل ١٠ نساء لديهن إعاقة سمعية (نحو ٦٩٪) أنهن ولدن بهذه الإعاقة، وأكثر من الخمس (نحو ٢٢٪) حدثت إعاقتهن في أثناء الطفولة. وقد يرجع ارتفاع نسبة النساء اللائي لديهن إعاقة سمعية منذ الميلاد إلى أسباب وراثية، فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية تنتج الإعاقة السمعية نتيجة عوامل وراثية في ٤٠٪ من الحالات، في حين أن ١٧٪ من الحالات تنتج عن أسباب متعلقة بالميلاد (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٦). وكانت نسبة المشاركات اللائي ذكرن أن إعاقتهن قد بدأت بعد مرحلة الشباب (في سن ٣٥ فأكثر) أعلى من نسبة اللائي ولدن بإعاقة بين النساء ذوات الاعاقات الحركية أو البصرية أو المتعددة.

شكل ٣-٢: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لنوع حدوث الإعاقة و بدايتها، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقه، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الأكبر" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

جدول ٢-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لشدة الإعاقة ونوعها، مصر، ٢٠٢٠

الإجمالي	نوع الإعاقة					شدّة الصعوبة
	متعددة	بصرية	سمعية	حركية	إعاقة	
صعوبة في الرؤية حتى مع ارتداء نظارة طيبة						
٤٦,٣	٦,٦	٣,٢	٧٢,٦	٦٢,٣	لا توجد صعوبة	
٢٨,٥	٣٦,٨	٣٠,٩	٢٢,٦	٣٢,٣	بعض الصعوبة	
١٩,٩	٤٧,٣	٥٧,٨	٢,٤	٥,٠	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)	
٥,٣	٩,٣	١٨,١	٠,٦	٠,٥	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)	
صعوبة في السمع، حتى مع استخدام سماعة أذن						
٧٥,٣	٥٩,٧	٨٤,٠	٢,٥	٨٧,٠	لا توجد صعوبة	
١٣,١	٢٥,٦	١٣,٠	١٥,١	١١,٧	بعض الصعوبة	
٥,٨	٩,٣	٢,٦	٣٥,٣	١,١	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)	
٥,٨	٥,٤	٠,٤	٤٧,١	٠,٢	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)	
صعوبة في التواصل مع الآخرين أي في التفاهم معهم						
٧٩,٠	٦٦,٧	٩٠,٧	١٣,١	٨٧,٧	لا توجد صعوبة	
١١,١	٢٠,٩	٧,٢	٢٣,٥	٩,٦	بعض الصعوبة	
٨,٤	٩,٧	١,٧	٥٣,٧	٢,٤	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)	
١,٥	٢,٧	٠,٣	٩,٧	٠,٣	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)	
صعوبة في المشي أو صعود السلالم						
٢٢,٦	٩,٣	٣٩,١	٧٤,٤	٦,٧	لا توجد صعوبة	
٢٤,٨	٢,٩	٣٧,٠	٢٠,٨	٢٠,٨	بعض الصعوبة	
٣٩,٨	٥٥,١	٢١,٠	٤,٨	٥٣,٢	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)	
١٣,٨	١٤,٧	٢,٩	٠,٠	١٩,٣	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)	
صعوبة في استخدام اليد والأصابع، مثل التقاط الأشياء الصغيرة، على سبيل المثال، الأزرار أو قلم رصاص، أو فتح أو إغلاق العبوات أو الزجاجات						
٥,٥	٣٦,٠	٦٤,٧	٨٩,٢	٣٨,٣	لا توجد صعوبة	
٢٧,٤	٢٨,٣	٣٦,٣	٧,٦	٣١,٦	بعض الصعوبة	
١٧,٩	٢٩,٥	٧,٧	٢,٠	٢٤,٣	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)	
٤,٣	٦,٢	١,٤	١,٢	٥,٨	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)	
صعوبة في الاعتناء بالنفس مثل الدستحمام أو ارتداء الملابس						
٤٧,١	٣٧,٩	٥٧,٠	٩٣,٩	٣٥,٥	لا توجد صعوبة	
٣٠,٩	٣٤,٥	٣٠,٠	٥,٠	٣٦,١	بعض الصعوبة	
١٦,٦	٢٩,١	١١,٠	١,١	٢,٨	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)	
٥,٤	٨,٥	٢,٠	٠,٠	٧,٦	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)	
الإجمالي						
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	النسبة	
٥٦٦	٢٥٨	١٣٩٤	٦٤١	٣٣٢٣	عدد النساء	

معهن المقابلات (٤,٤٪) أنهن يواجهن صعوبة كبيرة في المشي أو صعود السلالم (إعاقة متوسطة) ونحو ١٢٪ لم يستطعن القيام بذلك على الإطلاق (إعاقة شديدة). ما يقرب من خمس النساء ذوات الإعاقة الحركية (٩,٩٪) يعاني من إعاقة شديدة في التنقل، ونحو ٥٪ يعاني من إعاقة متوسطة، وكانت النسب المقارنة بين النساء الذي لديهن إعاقة في استخدام أطرافهن العلوية قرابة ٦٤٪ على التوالي.

وكانت الإعاقة في التنقل النوع الأكثر شيوعاً بين ذوات الإعاقات المتعددة، فنحو ٦١٪ من كل نساء (٥٥٪) من ذوات الإعاقات المتعددة لديهن إعاقة متوسطة في التنقل، و١٥٪ لديهن إعاقة شديدة، كما أن نسبة كبيرة من ذوات الإعاقات المتعددة يعاني من إعاقة بصرية (٤٧٪ لديهن إعاقة متوسطة و٩٪ يعاني من إعاقة شديدة) علبة على ذلك، فإن نسبة جوهيرية من النساء ذوات الإعاقات المتعددة يعاني من إعاقة شديدة أو متوسطة في استخدام أطرافهن العلوية (نحو ٢٢٪).

كما توضح بيانات جدول ٢-٣ أيضاً أن هناك إعاقات متعددة أخرى أفادت بها النساء الذي أجريت معهن المقابلات في المسح، ولكن تجدر الإشارة -كما ذكر سابقاً- إلى أن ما أفادت به المبحوثة اعتمد على تقييمها الشخصي لمستوى الصعوبة لديها، على سبيل المثال، ذكرنا ١ من كل ٢٠ من النساء الذي لديهن إعاقة سمعية أو حركية، أنهن يعاني من إعاقة بصرية (صعوبة كبيرة أو لا يستطيعون الرؤية على الإطلاق حتى إن كن يرتدن نظارات طبية)، وذكر ما يقرب من ربع النساء ذوات الإعاقة البصرية أن لديهن إعاقة في التنقل (٢١٪) يعاني من صعوبة كبيرة و٣٪ لا يستطيعون فعل ذلك على الإطلاق، ولكن الإعاقة في التنقل لدى النساء ذوات الإعاقة البصرية قد لا تعكس عدم القدرة على استخدام الأرجل للمشي أو صعود السلالم، قد يرجع ذلك إلى أن النساء ذوات الإعاقة البصرية لا يستطيعن المشي أو صعود السلالم بشكل مستقل.

فكان النسبة الأكبر من النساء ذوات الإعاقة السمعية يعاني من إعاقة شديدة، إذ أفاد نحو ٤٧٪ من النساء الذي يعاني من إعاقة سمعية أنهن لا يستطيعن السمع على الإطلاق حتى في حالة استخدامهن سماعة الأذن، وكانت هذه النسبة أعلى بـ١٢ نقطة مئوية من نظرائهم الذي أشرفوا إلى وجود صعوبة كبيرة (٣٥٪). ربما ترجع النسبة المرتفعة من النساء ذوات الإعاقة السمعية الشديدة إلى حقيقة أن ذوي الإعاقة السمعية يعتبرون أنفسهم عادة -وتعتبرهم أسرهم ومجتمعهم- ذوات إعاقة إذا كانوا يعانون من فقد أو صعوبة شديدة في السمع، وعادة لا يجري التعرف أو تحديد الذين يعانون من ضعف السمع الخفيف، ومن ثم لا يسجلون في الأنظمة الخاصة بدعم الأشخاص ذوي الإعاقة، هذه ليست الحال بالنسبة للإعاقات البصرية والحركية. ما يقرب من ١٨٪ الذي يعاني من صعوبة في السمع ليس لديهن أي صعوبة، أو لديهن صعوبة خفيفة عند استخدامهن سماعة الأذن.

على الرغم من أن أعلى نسبة من النساء الذي لديهن إعاقة سمعية، ليس لديهن إعاقة شديدة، فإن واحدة فقط من كل عشر نساء (١٠٪) كانت لديها إعاقة شديدة في التواصل مع الآخرين. يرجى هذا إلى أن عدداً من النساء ذوات الإعاقات الشديدة في السمع يتعلّم التواصل بطريقة أو بأخرى مع الآخرين (مثل الآخرين (٥٤٪ لديهن إعاقة خاصة داخل الأسرة، نحو ٥٪ لديهن إعاقة متوسطة في التواصل مع الآخرين).

فيما يتعلق بصعوبة الرؤية، فإن أقل بقليل من خمس النساء ذوات الإعاقة البصرية (١٨٪) لا يستطيعن الرؤية على الإطلاق، وقد أدّى ارتداء النظارات من صعوبة كبيرة، وقد أدّى ارتداء النظارات الطبية إلى أن نسبة ٣٪ ليس لديهن أي صعوبة، وأكثر من الخمس بقليل (٢١٪) يعاني من بعض الصعوبة (صعوبة خفيفة).

كانت الإعاقة في التنقل النوع الأكثر شيوعاً بين المشاركات في المسح عن أنواع الإعاقات الأخرى، وهذا يتافق بشكل عام مع نتائج تعداد ٢٠١٧، فقد أفاد خمس النساء الذي أجريت

جدول ٣-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لاستخدامهنّ أجهزة مساعدة، ونسبة من يستخدمن هذه الأجهزة طبقاً لنوع هذه الأجهزة ونوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.

الإجمالي	نوع الإعاقة					استخدام الأجهزة المساعدة/ نوع الأجهزة المساعدة
	متعددة	بصرية	سمعية	حركية	نعم	
استخدام الأجهزة المساعدة						
٢٩٣	٣٦٠	٣٠٣	٣٦٨	٢٨٨		نعم
٧٠٧	٦٤٠	٦٩٧	٧٣٢	٧١٢		لا
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠		الإجمالي %
٥٦٦	٢٥٨	١٣٩٤	٦٤١	٣٣٢٣		عدد النساء
نوع الأجهزة المساعدة^١						
١٠٥	٧٥	١٢	٨٧٢	١٠		سماعة أذن
٢٢	١١	.٩	١٦٣	.٣		هاتف محمول مزود ببرامج اتصال
٣١٢	٥٠٥	٨٤٦	٨٧	٩٨		نظارة طبية
١٢	٢٢	١٧	..	١١		عصا بيضاء
١٩٦	١١٨	١٢	..	٣١٩		كرسي متدرك
٣٣٤	٣١٢	١٠٠	..	٤٩٩		عكازات / عصا / مشاهية
٦١	٢٢	١٠٢		جهاز المشي (لساق واحدة أو ساقين)
٢٢	٣٢	.٢	..	٣٤		طرف صناعي (لساق أو ساقين / لذراع أو ذراعين)
.١	١٢	..		زراعة قوقة بالأذن
١٦٥	٩٣	٤٢٢	١٧٢	٩٥٨		عدد النساء اللائي يستخدمن أجهزة مساعدة

^١ المجموع لا يساوي ١٠٠ لأن بعض النساء يستخدمن أكثر من جهاز / أداء مساعدة

المشاهية (نحو ١٣٪)، ونحو ١٢٪ يستخدمن كرسيّاً متحرّكاً، وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي تفيد بأن الإعاقة في التنقل والإعاقة البصرية أكثر الأنواع شيوغاً بين النساء ذوات الإعاقات المتعددة.

٤-١-٣ حدوث الإعاقة والتعرّض للعنف

سُئلت النساء اللائي أجريت معهن المقابلات وحدثت إعاقتهنّ في أي وقت بعد ولادتهنّ عما إذا كانت إعاقتهنّ نتجت عن تعرضهنّ للعنف أم لا، هذه المعلومات ذات أهمية قصوى في دراسة العنف ضد النساء ذوات الإعاقات.

يسخدم ما يقرب من ثلث النساء ذوات الإعاقة الحركية اللائي يعتمدن على الأجهزة المساعدة الكرسي المتحرك (٣٢٪). واحدة من كل ١٠ نساء ذوات إعاقة حركية كان لديها جهاز المشي لساق واحدة أو ساقين (١٠٪)، ونحو ٣٪ من النساء ذوات الإعاقة الحركية وذوات الإعاقات المتعددة يستخدمن طرفاً صناعياً لساق أو ساقين / ذراع أو ذراعين.

تعتمد النساء ذوات الإعاقات المتعددة اللائي يستخدمن أجهزة مساعدة بشكل أساسى على النظارات الطبية (نحو ٥٪)، والعكازات العصا /

المتحرك، سماعة الأذن، العصا البيضاء، الأطراف الصناعية)، وكانت النساء ذوات الإعاقات المتعددة وذوات الإعاقة البصرية أكثر اعتماداً على هذه الأجهزة (٣٦٪، و ٣٠٪ على التوالي) من نظرائهم اللائي يعانيون من إعاقات حركية أو سمعية.

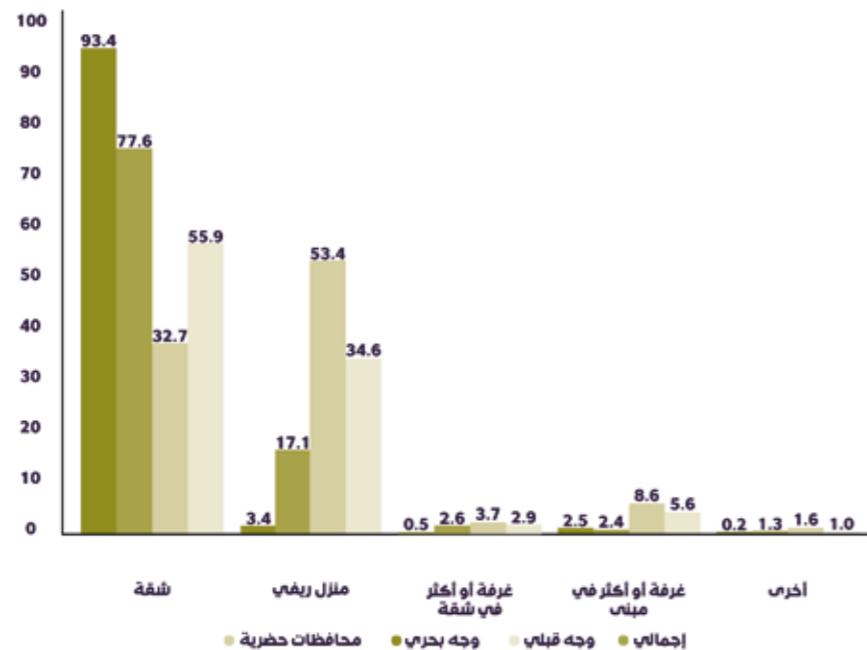
من بين أولئك اللائي ذكرن أنهن يستخدمن أجهزة مساعدة، كان نحو ٨٥٪ من النساء ذوات الإعاقة البصرية يعتمدن على النظارات، الطبية ونحو ٢٪ يستخدمن العصا البيضاء، وكانت سماعات الأذن من أكثر الأجهزة المساعدة شيوغاً التي تستخدمها النساء ذوات الإعاقة السمعية، إذ أدلى باستشهادها نحو ٨٧٪، وتعتمد ١٦٪ على هاتف محمول مزود ببرنامح اتصال، وأقل من ٢٪ يعتمدن على زراعة قوقة صناعية، وكانت العكازات / العصا / المشاهية، أكثر الأجهزة المساعدة شيوغاً المستخدمة في التنقل، ويأتي في المرتبة الثانية الكرسي المتحرك، فمن بين النساء اللائي أفادن باستخدامهن الأجهزة المساعدة، كان نصف النساء (٥٠٪) من ذوات الإعاقة الحركية، و ١٣٪ من النساء ذوات الإعاقات المتعددة و ١٪ من النساء ذوات الإعاقة البصرية يستخدمن عكازات / عصا / مشاهية في تحركهنّ.

بالنسبة للدعتناء بالنفس، فنحو ٢٢٪ من المشاركات في الدراسة يعاني من إعاقة متوسطة أو شديدة في الدعتناء بأنفسهن مثل الدستهان أو ارتداء الملابس (نحو ١٧٪ لديهن إعاقة متوسطة و ٥٪ لديهن إعاقة شديدة). كما كانت النساء ذوات الإعاقات المتعددة وذوات الإعاقة الحركية أكثر احتمالاً في المعاناة من إعاقة متوسطة أو شديدة في الدعتناء بأنفسهن من النساء ذوات الإعاقة البصرية أو السمعية. فنحو ٣٨٪ من النساء ذوات الإعاقات المتعددة و ٢٨٪ من النساء ذوات الإعاقة الحركية يواجهن صعوبة شديدة في الدعتناء بالنفس أو لم يستطعن القيام به على الإطلاق. على الجانب الآخر وكما هو متوقع، لم يواجه تقريراً جميع النساء اللائي لديهن إعاقة سمعية أي صعوبة أو بعض الصعوبة في الدعتناء بأنفسهن.

٣-١-٣ استخدام الأجهزة المساعدة

وفقاً لنتائج المسح الواردة في جدول ٣-٣، نحو ٣ من كل ١٠ من النساء اللائي شملهن المسح (٢٩٪) يستخدمن الأجهزة المساعدة (على سبيل المثال: الكرسي

شكل ٤-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لنوع الوحدة السكنية ومكان الإقامة، مصر، ٢٠٢٠.



النتيجة مع ما أظهرته نتائج المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤.

تقريباً جميع المشاركات في الدراسة لديهنّ دوره مياه، فنحو ٥١٪ لديهنّ مراحيض متصل بشبكة الصرف الصحي، ونحو ٤٩٪ لديهنّ مراحيض متصل بخزان أرضي (طَرَش)، وتتصل المراحيض في الغالب بشبكة الصرف الصحي بالمحافظات الحضرية والوجه البحري (٧٥٪٧٥٪ على التوالي)، في حين ما يقرب من رُبع النساء (٢٤٪) في الوجه القبلي فقط كان لديهنّ مراحيض متصلة بشبكة الصرف الصحي.

ويُوضح من جدول ٤-٣ أيضاً أن ٨ من بين كل ١٠ نساء (٨٠٪) يعيشن في مساكن بها ثلاثة غرف على الأقل، فنحو ٥٧٪ من النساء لديهنّ غرفتاً نوم، ونحو ١١٪ لديهنّ ثلاثة غرف أو أكثر، ومع ذلك، فإن مدى كفاية عدد الغرف والغرف المخصصة للنوم تعتمد على عدد الأشخاص في كل غرفة.

ذكر نحو ٩ من بين كل ١٠ نساء أو أكثر أن دوره المياه أو المطبخ في مساكنهن غير مشترك مع أسرة أخرى (٩٦٪٨٩٪ على التوالي). ولكن، كانت نسبة النساء اللائي أفادن أن دوره المياه أو المطبخ في مساكنهن مشترك مع أسرة أخرى أعلى في الوجه القبلي عنها في الإقليمين الآخرين.

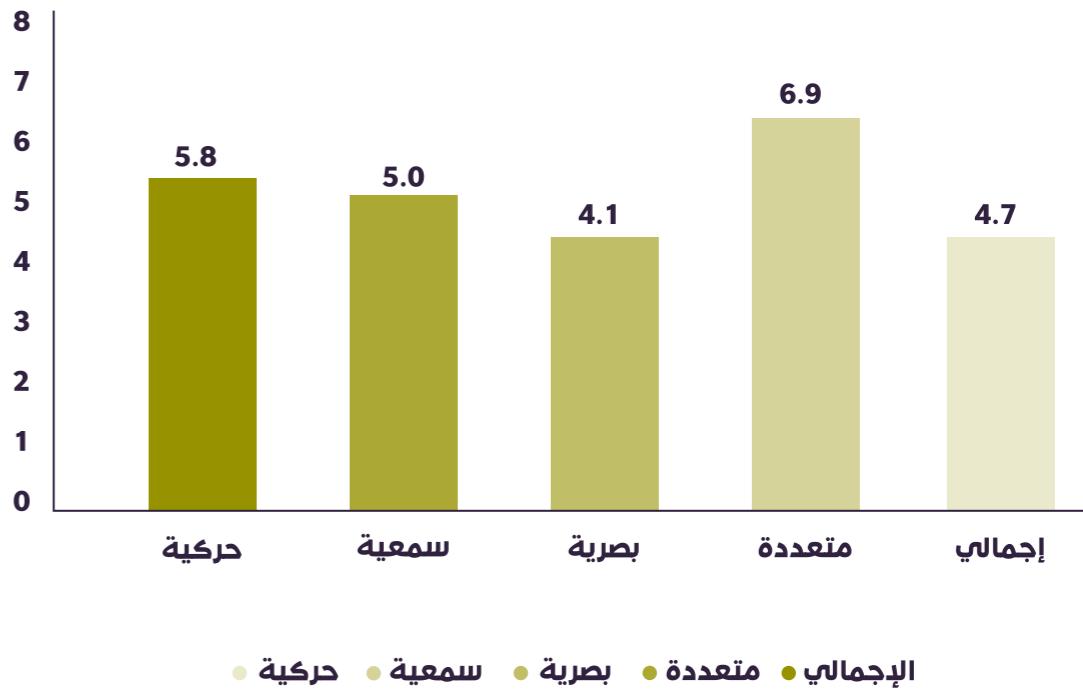
في ما يتعلق بالمادة الأساسية المستخدمة في سقف المنزل، فإن أكثر من ٧ من بين كل ١٠ نساء (٧٣٪) في عينة الدراسة يعيشن في مساكن ذات أسقف أسمنتية (بها عمدة خرسانية)، وفي هذا الصدد كانت التفاوتات حسب مكان الإقامة واضحة بشكل كبير، فبلغت نسبة النساء في محافظات الوجه القبلي الذي لديها يعيشن في مساكن ذات أسقف أسمنتية نحو ٥٨٪، وهي تقلّ بمقدار ٣٠ نقطة مئوية عن نظائرهنّ في الوجه البحري (٨٨٪) وأقل بنسبة ٣٧ نقطة مئوية عن نظائرهنّ في المحافظات الحضرية (٩٥٪).

تقريباً جميع النساء في عينة المسح، بغرض النظر عن مكان إقامتهن، لديهنّ كهرباء بالمسكن، وأيضاً يستخدمن أسطوانات بوتاجاز أو غاز طبيعي للطهي، وتقلّ هذه النسبة قليلاً في محافظات الوجه القبلي (٩٨٪). في ما يتعلق بمصدر مياه الشرب فإن ٩٥٪ من النساء يحصلن على المياه عن طريق مواسير المنزل أو الفناء المحيط به، ومع ذلك فإن النساء في الوجه البحري أقل حصولاً على مياه الشرب عن طريق مواسير داخل مساكنهنّ أو في الفناء في محافظات الحضرية ونحو ١٧٪ في الوجه البحري.

هذه النسبة إلى ٦٪ بين النساء ذوات الإعاقة الحركية، وإلى ٧٪ بين النساء ذوات إعاقات متعددة.

ويوضح شكل ٣-٣ أن نحو ٥٪ من النساء اللائي أجريت معهن مقابلات أفادن بأن إعاقتهنّ حدثت نتيجة تعرضهنّ للعنف، وارتقت

شكل ٣-٣: نسبة النساء، اللائي أفادن أن إعاقتهنّ حدثت نتيجة تعرضهنّ للعنف، تبعاً لنوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



^١تشير إلى الذي حدث إعاقتهنّ بعد الميلاد.

في غير صالح نساء الوجه القبلي، إذ يعيشن أكثر من ٩ من بين كل ١٠ نساء (نحو ٩١٪) في شقة أو في منزل ريفي مستقل (٥٦٪٥٥٪)، على التوالي، ولكن كانت نسبة النساء الذي يعيشن في منزل ريفي أعلى بكثير بين النساء في محافظات الوجه القبلي (شكل ٤-٣)، إذ كانت ٥٣٪ مقارنةً بنحو ١٧٪ في الوجه البحري و٣٪ بالمحافظات الحضرية، وهذا يمكن أن يدلّ على أن نسبة كبيرة من نساء العينة الذي من الوجه القبلي يعيشن في مناطق ريفية. نسبة النساء من الوجه القبلي الذي يعيشن في غرفة أو أكثر بمبني، أكثر من ثلاثة أضعاف نظائرهنّ في محافظات الحضرية أو في محافظات الوجه البحري.

٤-٣ خصائص المسكن

تعكس الظروف السكنية غير الملائمة أنواع العقبات الرئيسية التي تواجهها النساء ذوات الإعاقة بوجه خاص خلال حياتهن اليومية، ومن هذا المنظور جُمعت بيانات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة عن مجموعة من خصائص المسكن، ويستعرض جدول ٤-٣ توزيع المبحوثات طبقاً لخصائص المسكن التي جُمعت معلومات عنها.

وتشير بيانات الجدول إلى أن غالبية المشاركات في الدراسة يعيشن بشكل عام في ظروف سكنية ملائمة، ولكن توجد تفاوتات جغرافية

نوع دورة المياه					
٥٠,٥	٢٤,٠	٧٤,٧	٩٦,٩	مراحض متصل بشبكة الصرف الصحي	
٤٩,١	٧٥,٦	٢٥,١	٣,١	مراحض متصل بخزان أرضي / طَرَنش	
,٣	,٣	,٢	,٠,٠	جردل أو حفرة في الأرض	
,١	,١	,٠,٠	,٠,٠	مكان مفتوح	
١٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي	
١ عدد الغرف					
٤,٠	٥,١	٢,٧	٣,١	١	
١٦,١	١٩,٠	١٣,١	١٢,٥	٢	
٤٨,٨	٤٤,٧	٥٣,٢	٥٧,٦	٣	
٣١,١	٣١,٢	٣٢,٠	٣٦,٨	٤ فأكثر	
١٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي	
٢ عدد الغرف المستخدمة في النوم					
٣١,٨	٤١,٨	٣٣,٤	١٢,٠	١	
٥٧,٣	٥٠,١	٦٣,٦	٧٠,٥	٢	
١,٩	٨,١	١٣,٠	١٧,٥	٣ فأكثر	
١٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي	
٣ تقاسم دورة المياه					
٩٣,١	٨٧,٧	٩٦,٥	٩٨,٠	غير مشترك	
٧,٩	١٣,٣	٣,٥	٢,٠	مشترك	
١٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي	
٤ تقاسم المطبخ					
٨٩,٠	٨٤,٦	٩٣,٦	٩٤,٩	غير مشترك	
٦,٩	١,٦	٣,٣	١,١	مشترك	
٤,١	٤,٨	٣,٢	٤,٠	لديه مطبخ	
١٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي %	
٥٦٦	٣٩١٥	٣٤٩	٥٥٣	٥ عدد النساء	

^١عدد الغرف لا يشمل الحمام والمطبخ والممرات.

^٢اللائي لديهنّ مراحض متصل بشبكة الصرف الصحي أو مراحض متصل بخزان / طَرَنش

حياتهنّ اليومية، وهذا بدوره يمكن أن يقلل من تعرّض المرأة للعنف من البيئة المحيطة بها، ويوضّح **شكل ٥-٣** أن ٥٢٪ فقط من المشاركات في الدراسة يعيشن بمفردهنّ.

٣-٣ الوضع المعيشي

قد يكون الوضع المعيشي للنساء ذوات ذات الدعاقة مؤشّراً على مستوى الرعاية والدعم الذي يتلقونه والتواصل الاجتماعي مع الآخرين في

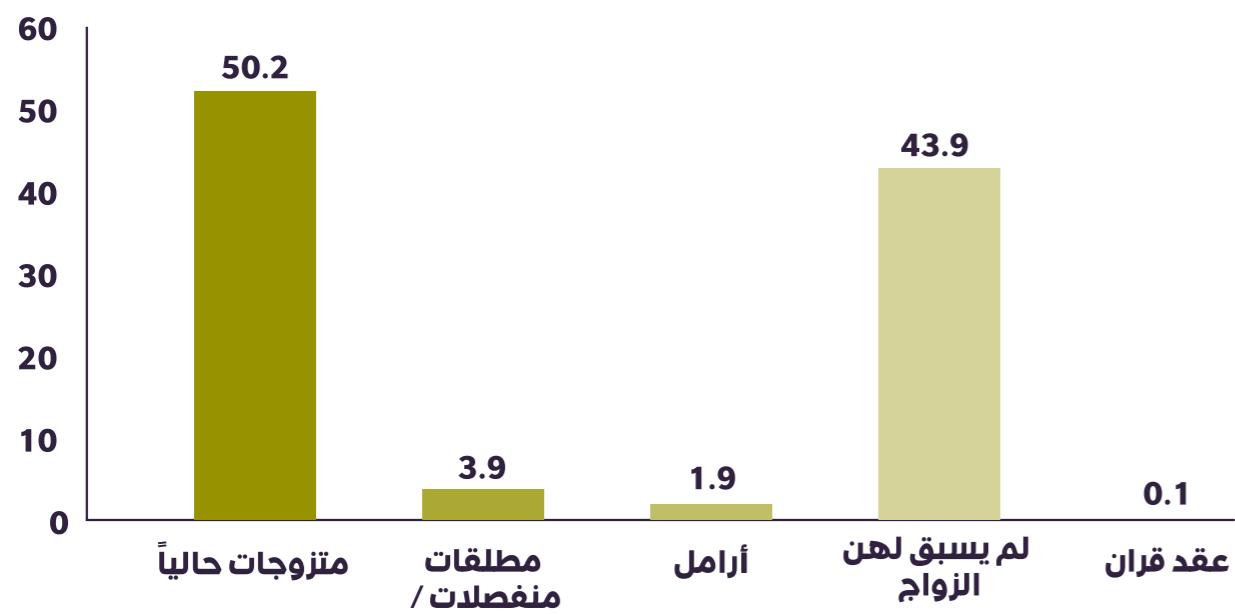
جدول ٤-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لخصائص المسكن و محل الإقامة، مصر ٢٠٢٠

مكانت الإقامة				
الإجمالي	الوجه القبلي	الوجه البحري	المحافظات الحضرية	نوع المسكن
٥٥,٩	٣٢,٧	٧٧,٦	٩٣,٤	شقة
٣٤,٦	٥٣,٤	١٧,١	٣,٤	منزل ريفي
٢,٩	٣,٧	٢,٦	,٠,٥	غرفة أو أكثر في شقة
٥,٦	٨,٦	٢,٤	٢,٥	غرفة أو أكثر مستقلة في مبني
١,٠	١,٦	١,٣	,٠,٣	أخرى
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي
المادة الأساسية المستخدمة في سقف المنزل				
٧٦,٨	٥٧,٦	٨٧,٧	٩٤,٦	أسمنت مسلح (به عمدة خرسانية)
,٨	١,٤	,٣	,٠	ألواح اسبستوس
٢٢,٣	٣٤,٢	١١,٠	٣,٦	ألواح خشبية/ فروع شجر
١,٠	١,٥	,١	١,٦	ألواح صفيح
٣,٠	٥,٠	,٩	,٣	قش/ تبن/ زعف/ طين
,١	,٣	,٠	,٠	أخرى
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي
٥ وجود كهرباء				
٩٩,٧	٩٩,٦	٩٩,٩	١٠٠,٠	نعم
,٣	,٤	,١	,٠	لا
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي
٦ مصدر مياه الشرب				
٩٤,٩	٩٦,٩	٩١,٠	٩٩,٣	مواسير مياه بالمنزل أو الفناء
١,٥	١,٣	٢,٠	,٧	حنفيات عامة
١,٩	١,٤	٣,٠	,٠	طلمبة مياه
١,٧	,٥	٣,٨	,٠	بائع مياه/ عربية مياه
,١	,٠	,١	,٠	مياه معدنية
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي
٧ نوع الوقود المستخدم في طهي الطعام				
٩٨,٥	٩٧,٧	٩٩,٤	١٠٠,٠	أسطوانة بوتاجاز/ غاز طبيعي
,٣	,٥	,٢	,٠	كهرباء
,٣	,٣	,٢	,٠	كريوسين
,٨	,٤	,١	,٠	خشب/ فحم/ مخلفات زراعية
,١	,١	,١	,٠	الاعتماد على مصادر أخرى في الطهي
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي

نُمطِّ الحالَةِ الْجَمْعَيَّةِ الَّذِي يُعْكِسُه مَسْحُ العنف ضَدَّ الْمَرْأَةِ ذَاتِ الْإِعْاقَةِ لِعَامِ ٢٠٢٠ مَتَوَقِّعًا إِلَى حَدٍّ كَبِيرٍ، وَلَدِيمُكَنْ مَقَارِنَتِه بِالنُّمطِّ الَّذِي يُظْهِرُه مَسْحٌ يَمْثُلُ الْمَسْتَوِيَّ الْقَومِيِّ.

تُعَزِّي النِّسَبَ الْمُنْخَضَةَ لِلنِّسَاءِ الْمَتَزَوِّجَاتِ حَالِيًّا وَالْأَرَاملَ إِلَى حَقِيقَةِ أَنَّ عَدِيدًا مِنْهُنَّ يَتَلقَّيْنَ دُعْمًا مَادِيًّا إِمَّا مِنْ أَزْوَاجِهِنَّ الْحَالِيَّينَ إِمَّا مِنْ مَعَاشِ أَزْوَاجِهِنَّ الْمَتَوْفِينَ، وَمِنْ ثُمَّ فَهُنَّ لَدَ يَسْعُونَ وَلَدِ يَحْقِّقُنَّ لَهُنَّ الْحُصُولَ عَلَى مَسَاعِدَ مَالِيَّةٍ مِنْ بَرَنَامِجِ كَرَامَةٍ، وَالْوَضْعُ الْعَكْسِيُّ يَنْطَبِقُ عَلَى النِّسَاءِ الَّذِيَّ لَمْ يَسْبِقْ لَهُنَّ الزَّوْجَ وَالْمَطْلَقَاتِ.

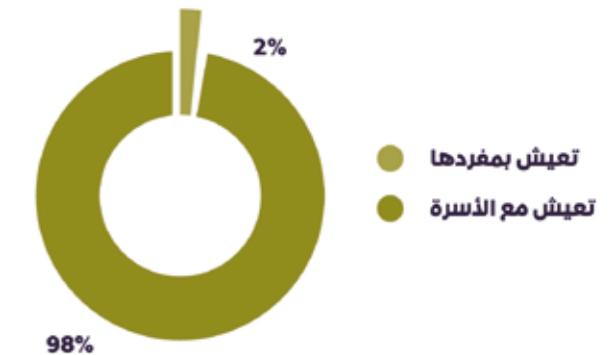
شكل ٧-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعًا للحالة الاجتماعية، مصر، ٢٠٢٠.



١-٤-٣ توزيع المشاركات في الدراسة تبعًا للخصائص الخلفية

يُعرِّض جدول ٥-٣ التوزيع النسبي للنساء الَّذِي أُجْرِيَتْ مَعَهُنَّ الْمَقَابِلَاتُ فِي الْمَسْحِ، حَسْبَ الْعَمَرِ وَالْحَالَةِ الْجَمْعَيَّةِ وَمَكَانِ الإِقَامَةِ وَالْمَحَافِظَةِ وَالْمَسْتَوِيِّ التَّعْلِيمِيِّ وَالْحَالَةِ الْعَمَلِيَّةِ، وَكَمَا يَتَّضَمِّنُ الْجَدُولُ وَمِنْ شَكْلٍ ٦-٣، كَانَ نَحْوَ ٣٦٪ مِنَ الْمَشَارِكَاتِ فِي الْدَّرَاسَةِ تَحْتَ سِنِّ الْثَّلَاثِينَ وَوقْتِ الْمَقَابِلَةِ، وَمَا يَقْرَبُ مِنْ خُمُسِيِّ الْعِيْنَةِ (نَحْوَ ٣٨٪) فِي الْفَئَةِ الْعَمَرِيَّةِ ٣٠-٤٤، وَنَحْوَ ٢٧٪ فِي الْفَئَةِ الْعَمَرِيَّةِ ٤٥-٥٩، وَتَقْرِيْبًا ٨٪ فَقْطَ بَلَغَتْ أَعْمَارُهُنَّ بَيْنَ ٦٠ وَأَكْثَرَ (٦٠٪). تَرَوَّجَ أَعْمَارُهُنَّ بَيْنَ ٦٠ وَ٦٥ عَامًا وَفَقْطَ فِي الْعَمَرِ ٦٥ فَأَكْثَرَ، وَيَتَشَابَهُ نُمطُ التَّرْكِيبِ الْعَمَرِيِّ لِلنِّسَاءِ الْمَشَارِكَاتِ فِي مَسْحِ العِنْفِ ضَدَّ الْمَرْأَةِ ذَاتِ الْإِعْاقَةِ لِعَامِ ٢٠٢٠ مَعَ نُمطِ التَّرْكِيبِ الْعَمَرِيِّ لِلنِّسَاءِ الْمَشَارِكَاتِ فِي مَسْحِ التَّكْلِيفِ الْدَّقَّانِيِّ لِلْعِنْفِ الْقَائِمِ عَلَى النِّوْعِ الْجَمْعَيِّ لِعَامِ ٢٠١٥.

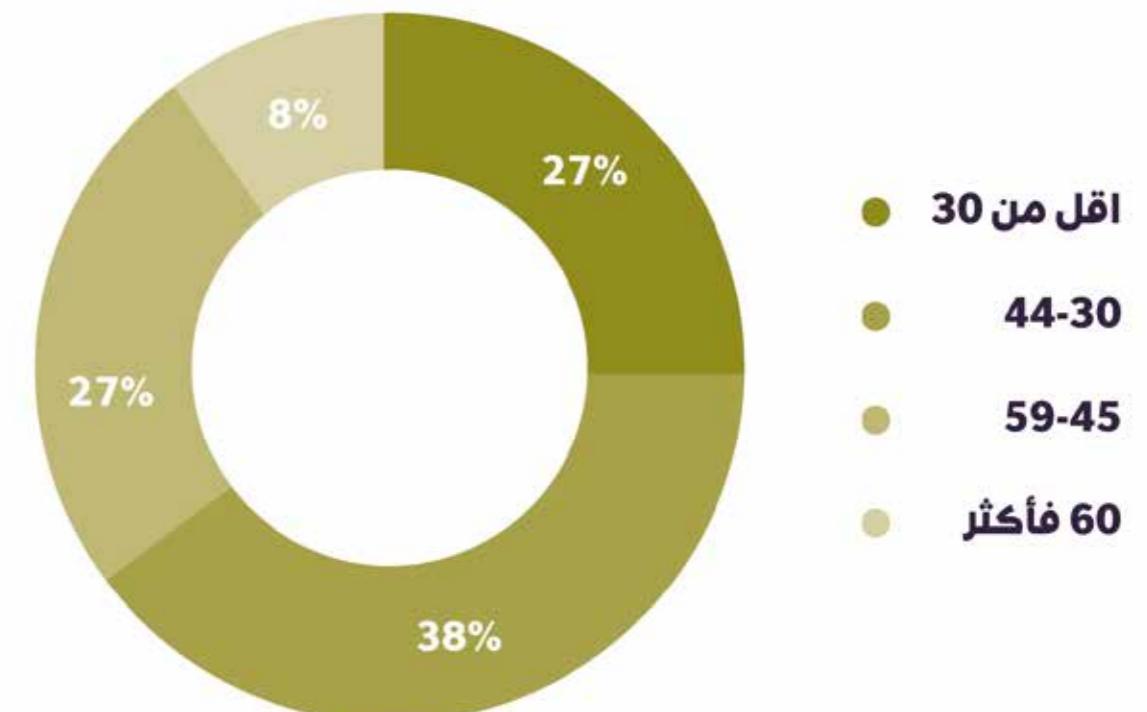
شكل ٥-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعًا للوضع المعيشي، مصر، ٢٠٢٠.



٤-٣ الخصائص الخلفية

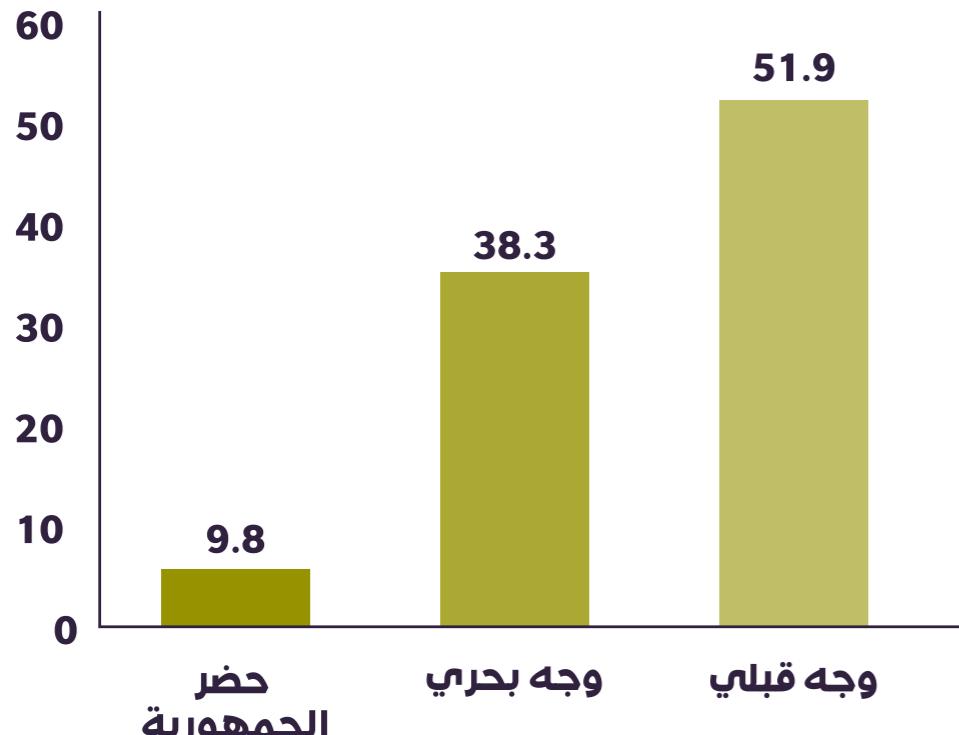
يَتَنَاهِيُ هَذَا الْقَسْمُ تَوزِيعُ جَمِيعِ النِّسَاءِ الَّذِيَّ أُجْرِيَتْ مَعَهُنَّ الْمَقَابِلَاتُ، تَبْعَدُ لِخَصَائِصِهِنَّ الْخَلْفِيَّةِ، ثُمَّ درَاسَةُ بَعْضِ الْخَصَائِصِ الْخَلْفِيَّةِ لِلنِّسَاءِ ذَوَاتِ الْإِعْاقَةِ تَبْعَدُ لِبِداِيَةِ حدُوثِ الْإِعْاقَةِ وَأَنواعِ الْإِعْاقَاتِ الْمُخْتَلِفةِ.

شكل ٦-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعًا للعمر الحالي، مصر، ٢٠٢٠.



يختلف توزيع المشاركات تبعاً لمكان الإقامة عن التوزيع الذي كشف عنه تقرير المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤ ومسح التكلفة الدقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥، إذ يحظى الوجه البحري بالحصة الأكبر من المبحوثات.

شكل ٨-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لمكان الإقامة، مصر، ٢٠٢٠.



بين النساء في الفئة العمرية ٦٤-٦٨ الذين أظهرته نتائج مسح التكلفة الدقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥، هو ٢٧٪ فقط، ولكن كان من المتوقع ارتفاع معدل الأممية بين المشاركات في الدراسة بسبب تأثير الإعاقة والفقر ومكان الإقامة (معظم المشاركات في الدراسة من الوجه القبلي المنطقه الأكثر حرماناً في مصر)، وجاءت نسبة النساء اللائي أكملن على الأقل التعليم الثانوي في المرتبة الثانية بأكثر من الربع بقليل (٢٧٪)، وهذه النسبة أقل بشكل ملحوظ من النسبة التي أظهرتها نتائج مسح التكلفة الدقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ (نحو ٤٦٪).

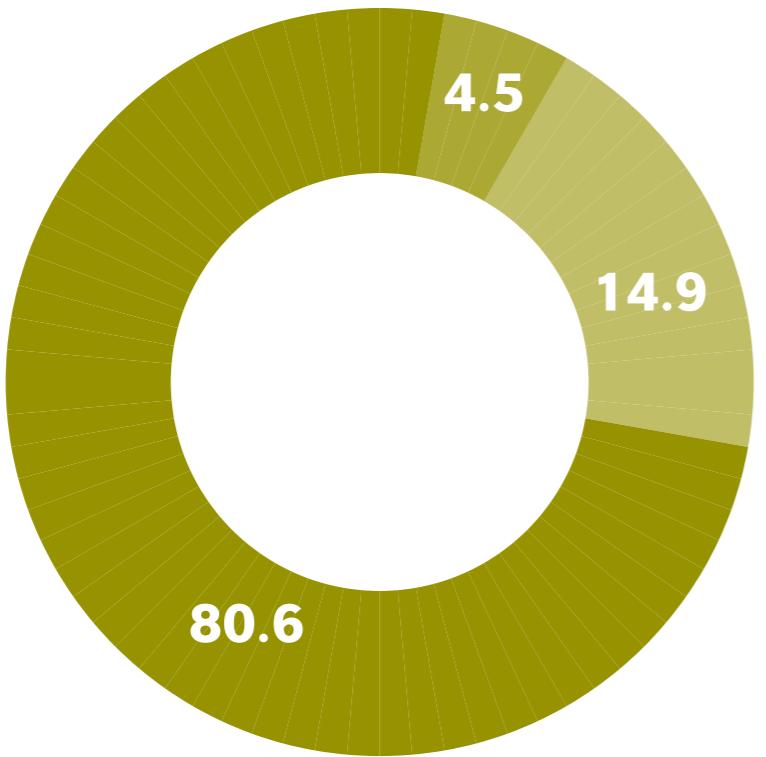
يعرض جدول ٥-٣ أيضًا الفئات المتعلقة بحالة الإلمام بالقراءة والكتابة والمستويات التعليمية، ولمعرفة مدى إلمام المشاركات بالقراءة والكتابة، سُئلت النساء اللائي لم يلتحقن بالمدرسة على الإطلاق، وكذلك اللائي التحقن بالتعليم الابتدائي فقط عن قدرتهن على القراءة والكتابة، وبناء على ذلك صُنفت النساء اللائي أجبن بأنهن غير قادرات على القراءة والكتابة على أنهن "أميات".

وكما هو موضح في جدول ٥-٣ وشكل ٩-٣، معدل الأممية مرتفع بين المشاركات في الدراسة، فنحو ٥٣٪ منها أميات (لا يمكنهن القراءة أو الكتابة)، في حين كان معدل الأممية

غالبية المشاركات في الدراسة (٥٢٪) من المقيمات في الوجه القبلي، مقارنة بنحو ٣٨٪ من الوجه البحري و١٪ فقط من المحافظات الحضرية (شكل ٨-٣)، وكانت أعلى نسبة من المبحوثات على مستوى المحافظات من الأقصر وأسوان، إذ يمثلن ٢٪ من عينة المسح (قرابة ١٪ لكل منهما).

الخاصية	عدد النساء	النسبة	محافظات وجه بحري	
			المحافظة	النسبة (%)
العمر			دمياط	١,٣
			الدقهلية	٣,٧
			الشرقية	٣٢
			القليوبية	٢١٩
			كفر الشيخ	٢٤٤
			الغربية	٢٦٩
			المنوفية	٢٤٩
			البحيرة	٣٢٣
			الإسماعيلية	١١٥
محافظات وجه قبلي			الجيزة	٢٠٢
			بني سويف	٢٦٢
			الفيوم	٢٥٨
			المنيا	٣١١
			أسيوط	٢٦٠
			سوهاج	٢٨٠
			قنا	٢٦٦
			الأقصر	٥٨٣
			أسوان	٥٤٣
المستوى التعليمي			أمية	٢٩٨
			تقرأ وتكتب	٧٣٩
			ابتدائي/إعدادي	٣٧٥
			ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي	١٣١٤
			جامعي فأعلى	٢٠٨
حالة العمل			تعمل حالياً	٢٥٣
			لـ تعامل حالياً	٨٣٥
			لم يسبق لها العمل	٤٥٢٨
			الإجمالي	٥٦٦
محافظات حضرية			القاهرة	٢٥٨
			الإسكندرية	١٥٤
			بورسعيد	٧٤
			السويس	٦٦
المحافظات الحضرية			الوجه القبلي	٢٩١٥
			وجه بحري	٢٤٩
			حضرية	٥٥٢
المحافظات			أرملة	١٧
			مطلقة/منفصلة	٢٢
			متزوجة حالياً	٢٨١٧
			عقد قران	٧
مكان الإقامة			لم يسبق لها الزواج	٤٦٥
			محافظات حضرية	٥٣٩
			وجه بحري	٢٤٩
			وجه قبلي	٢٩١٥
المحافظات			المحافظات الحضرية	٢٥٨
			الوجه القبلي	١٥٤
			الوجه بحري	٢٤٩
			حضرية	٥٥٢

شكل ٣-١: التوزيع النسبي للنساء، تبعًا للحالة العملية، مصر، ٢٠٢٠.



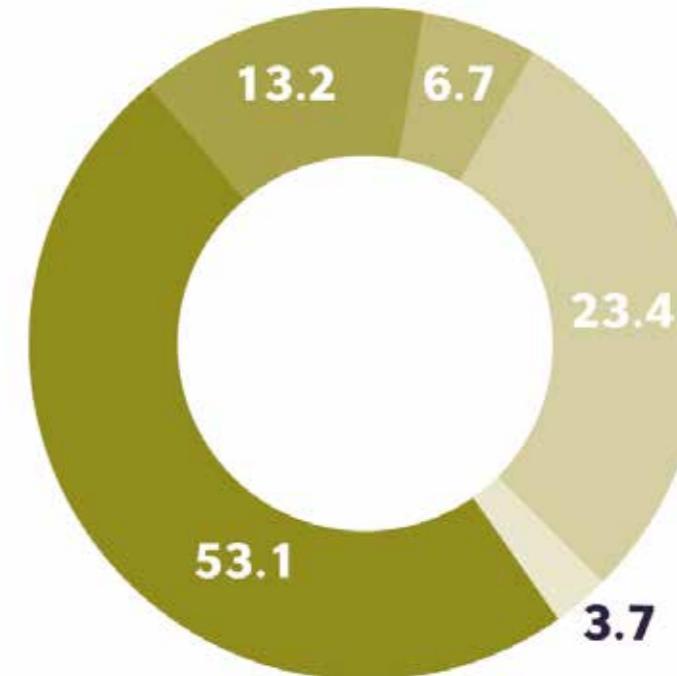
- لا تعمل حالياً
- تعمل حالياً
- لم يسبق لها العمل

بالإعاقبة، أصغر سنًا من اللدئي بدأت إعاقتها في وقت لاحق من حياتهن، فقد كانت النسبة الأكبر من المشاركات دون سن ٣٠ وقت إجراء المقابلة ممن بدأت إعاقتها منذ ولادتها (٤٦٪)، تليها نسبة النساء في الفئة العمرية ٤٤-٤٣ سنة (٤.٤٪). على النقيض، كان نحو ٦٧٪ بين كل ١٠ نساء (٥٥٪) ممن ذكرن أن إعاقتها بدأت بعد مرحلة الشباب (٣٥ سنة فأكثر) في الفئة العمرية ٤٥-٥٩ سنة وقت إجراء المقابلة، وكان نحو الربع (٢٤٪) يبلغن من العمر ٦٠ سنة فأكثر.

٤-٣ الخصائص الخلفية تبعًا لنوع وبداية حدوث الإعاقة

يوضح جدول ٦-٣ التوزيع النسبي للنساء ذوات الأنواع المختلفة من الإعاقات وال بدايات المختلفة لظهورها، تبعًا للعمر الحالي للمرأة، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ويعكس الجدول والأشكال المقابلة اختلافات في هذه الخصائص عبر الأنواع وال بدايات المختلفة للإعاقات لدى المشاركات في الدراسة. وفقاً لبيانات الواردة في الجدول وكذلك شكل ١١-٣، كانت النساء اللدئي أدنى بأنهن قد ولدن

الشكل ٣-٩: التوزيع النسبي للنساء تبعًا للحالة التعليمية، مصر، ٢٠٢٠.

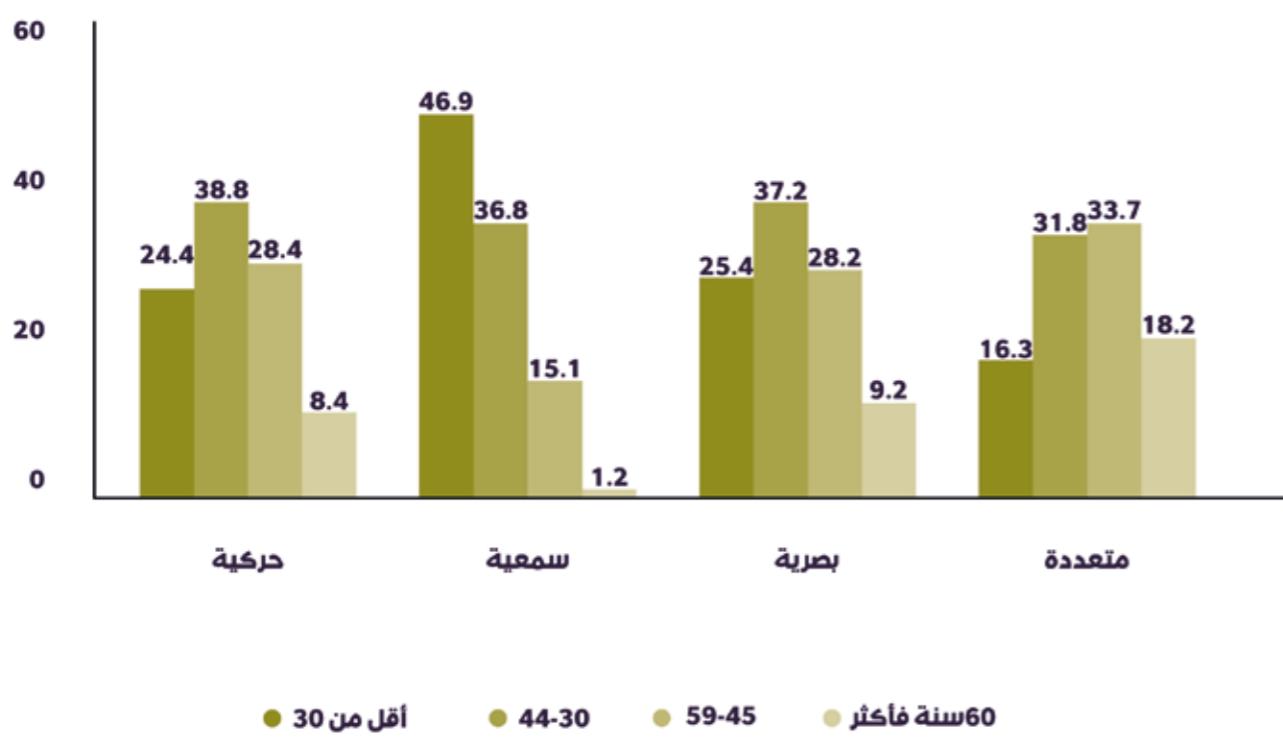


- جامعي فاعلي
- ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي
- ابتدائي/إعدادي
- تقرأ و تكتب
- أممي

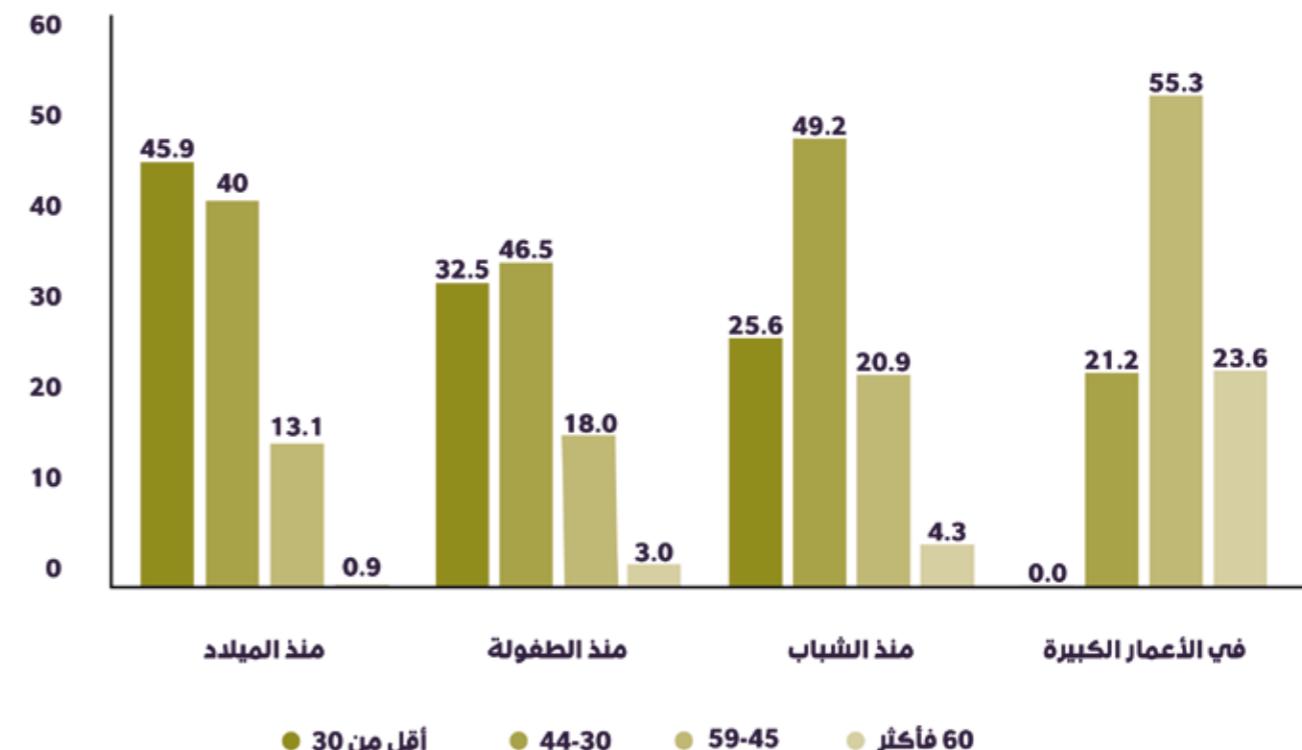
وأشارت نتائج المسح إلى أن عدداً قليلاً من المشاركات في الدراسة يعملن حالياً (وقت إجراء المسح) في القطاع غير الرسمي.

وفقاً للنتائج التي يعرضها جدول ٥-٣ وشكل ١٠-٣، كان ما يقرب من ٥٪ من المشاركات في الدراسة يعملن حالياً في القطاع غير الرسمي، ونحو ١٥٪ يعملن في الماضي (لا يعملن حالياً)، وتتجدر الإشارة إلى فئة النساء اللدئي يعملن

شكل ١٢-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للعمر الحالي ونوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



شكل ١١-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للعمر الحالي وبداية حدوث الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر

إعاقتهن في أثناء الطفولة (٦٣٪) ممن لم يسبق لهن الزواج (شكل ١٢-٣)، وكانت الأرقام المقارنة للمتزوجات حالياً نحو الربع (٣٣٪) والثلث (٣٣٪) على التوالي. وبالمثل، كان نحو ٦٣٪ من النساء اللائي لديهن إعاقة سمعية لم يسبق لهن الزواج مقارنة بالثلث فقط (٣٣٪)، كنّ متزوجات حالياً (شكل ١٤-٣)، على النقيض، كانت الغالبية العظمى من النساء اللائي بدأن إعاقتهن في أثناء مرحلة الشباب وما بعدها متزوجات حالياً، فكان نحو ٨٤٪ من النساء اللائي حدثت إعاقتهن عندما كان عمرهن ٣٥ عاماً فأكثر، وثلاث النساء اللائي حدثت إعاقتهن في أثناء مرحلة الشباب (٦٦٪) متزوجات حالياً.

كانت غالبية النساء اللائي إعاقتهن منذ الميلاد أو الطفولة والنساء ذوات ذوات الإعاقة السمعية ممن لم يسبق لهن الزواج، ربما يرجع ذلك لصغر عمر هذه الفئات من النساء، مقارنة بالآخريات، بالإضافة إلى ذلك، ظهور الإعاقة في وقت مبكر وكذلك الإعاقة السمعية لها تأثير ملحوظ في القدرة على التواصل ومن ثم تكون مصحوبة بحواجز اجتماعية، وكلما كانت الإعاقة في وقت مبكر (محددة وراثياً، أو في أثناء الحمل أو عند الميلاد أو في مرحلة الطفولة المبكرة)، زادت الصعوبات والحواجز التي تواجهها النساء ذوات الإعاقة، وهذا بالتأكيد يؤثر بشكل ملحوظ في فرص خلق علاقات اجتماعية ومن ثم يقلل من فرص الزواج. كان نحو ثلاثة أرباع النساء اللائي لديهن إعاقة منذ الميلاد (٧٤٪) وثلاث اللائي حدثت

واضحاً بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة المتعددة، فكان نحو ٥ من بين كل ١٠ نساء (٤٧٪) من النساء ذوات الإعاقة السمعية تحت سن ٣٠، وتنخفض هذه النسبة تدريجياً مع تقدم العمر، أما بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة المتعددة، فأكثر من نصفهن (٥٢٪) كانت أعمارهن ٤٤ عاماً أو أكثر، ونسبة ملحوظة منها (١٨٪) كانت أعمارهن ٦٠ عاماً فأكثر، ويمكن توقع هذه النتيجة لاحتمال ظهور إعاقات متعددة مع تقدم العمر.

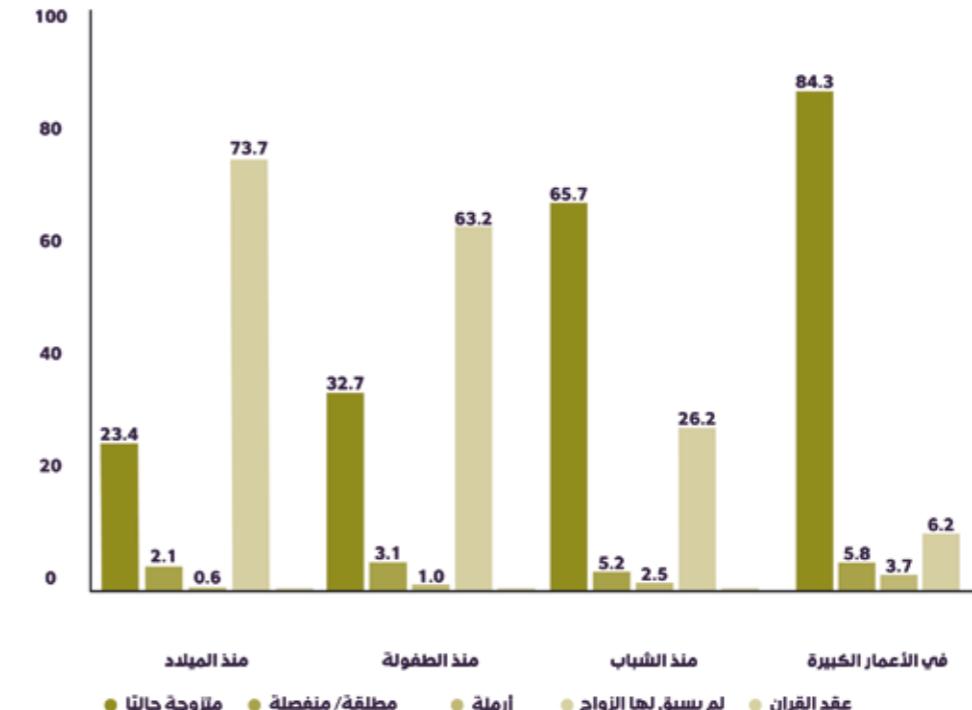
كانت النسبة الأكبر من النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية في الفئة العمرية ٣٠ - ٤٤٪ (٣٧٪ و ٣٩٪ على التوالي)، يليها بفارق واضح نسبة مترادفة من تراوح أعمارهن بين ٤٥ - ٥٩٪ (٢٨٪ لكل نوع من أنواع الإعاقة)، ولكن النمط العمري مختلف بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة السمعية أو الإعاقة المتعددة (شكل ١٢-٣)، فكانت النساء اللائي يعاني من إعاقة سمعية أصغر بوجه عام من النساء اللائي لديهن أنواع أخرى من الإعاقات، وكان العكس

جدول ٦-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً لبعض الخصائص الخلفية وبداية حدوث نوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠

بداية حدوث الإعاقة				بداية حدوث الإعاقة				العمر	
متعددة	بصرية	سمعية	حركية	في الأعمار الأكبر	منذ الشباب	منذ الطفلة	منذ الميلاد		
العمر									
١٦,٣	٢٥,٤	٤٦,٩	٢٤,٤	٠,٠	٢٥,٦	٣٢,٥	٤٥,٩	أقل من ٣٠	
٣١,٨	٣٧,٢	٣٦,٨	٣٨,٨	٢١,٢	٤٩,٣	٤٦,٥	٤٠,٠	٤٤ - ٣٠	
٣٣,٧	٢٨,٣	١٥,١	٢٨,٤	٥٥,٣	٢٠,٩	١٨,٠	١٣,١	٤٩ - ٤٥	
١٨,٣	٩,٣	١,٣	٨,٤	٢٣,٦	٤,٣	٣,٠	٠,٩	٦٠ فأكثر	
الحالة الاجتماعية									
٥٠,٤	٥٨,٤	٣٢,٩	٥٠,٠	٨٤,٣	٦٥,٧	٣٢,٧	٢٣,٤	متزوجات حالياً	
٣,٩	٤,٢	٣,١	٤,٠	٥,٨	٥,٢	٣,١	٢,١	مطلقات/منفصلات	
٢,٧	٢,١	٠,٩	٢,٠	٣,٧	٢,٥	١,٠	٠,٦	أرامل	
٤٣,٠	٣٥,٢	٦٢,٧	٤٤,٠	٦,٢	٢٦,٢	٦٣,٢	٧٣,٧	لم يسبق لها الزواج	
٠,٠	٠,٣	٠,١	٠,٠	٠,٤	٠,١	٠,١	٠,٢	عقد قران	
الحالة التعليمية									
٦٤,٣	٥٣,٧	٤٨,٤	٥٣,٨	٧٠,٣	٣٨,٨	٤٦,٢	٥٠,٧	أمية	
١٤,٧	١٠,٦	٧,٣	١٥,٢	١٤,١	١٢,٣	١٧,٢	١٠,٠	تقرأ وتكتب	
٤,٣	٦,٠	١,٦	٦,٤	٣,٥	١,٨	٦,٨	٧,٣	ابتدائي/إعدادي	
١٤,٠	٢٤,٩	٣١,٧	٢١,٩	١١,٣	٣٣,١	٢٤,٨	٢٧,٦	ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي	
٢,٧	٤,٨	٢,٠	٣,٦	٠,٩	٥,١	٥,٠	٤,٤	جامعي فاعلي	
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	الإجمالي %	
٢٥٨	١٣٩٤	٦٤١	٣٣٢٣	١٠٠٨	٩٨٣	١٣٥٩	١٨٣٩	عدد النساء	

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بـإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩ - ٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

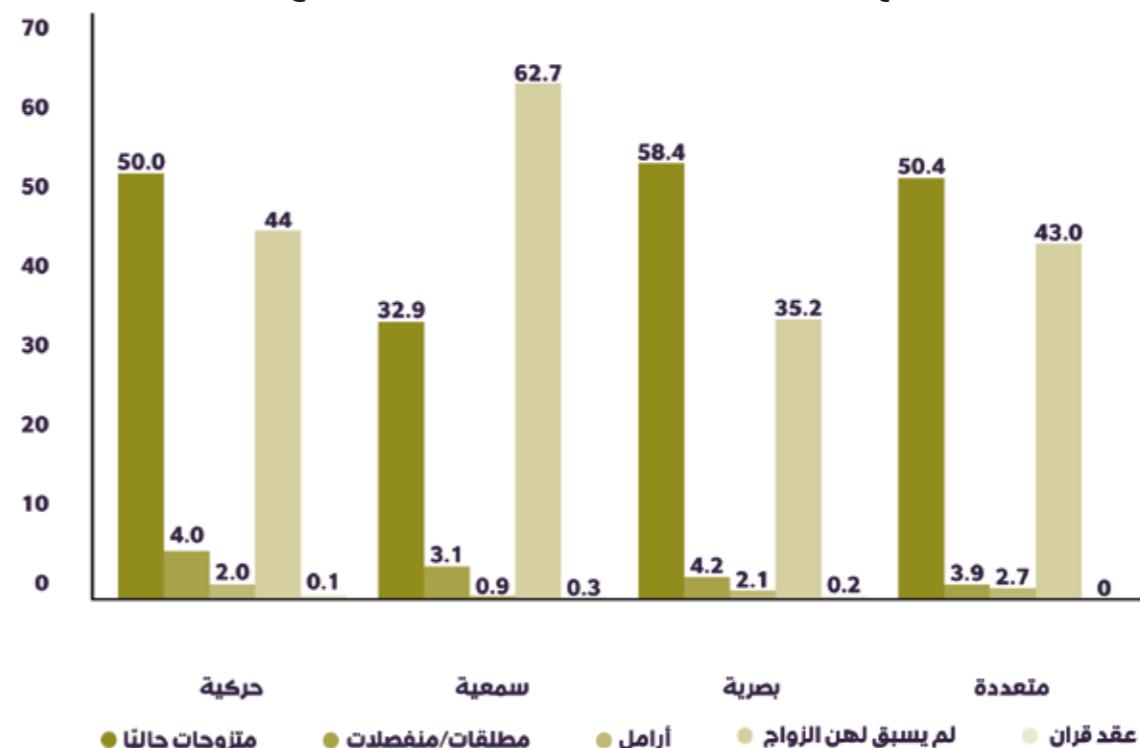
شكل ١٣-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للحالة الاجتماعية وبداية حدوث الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠



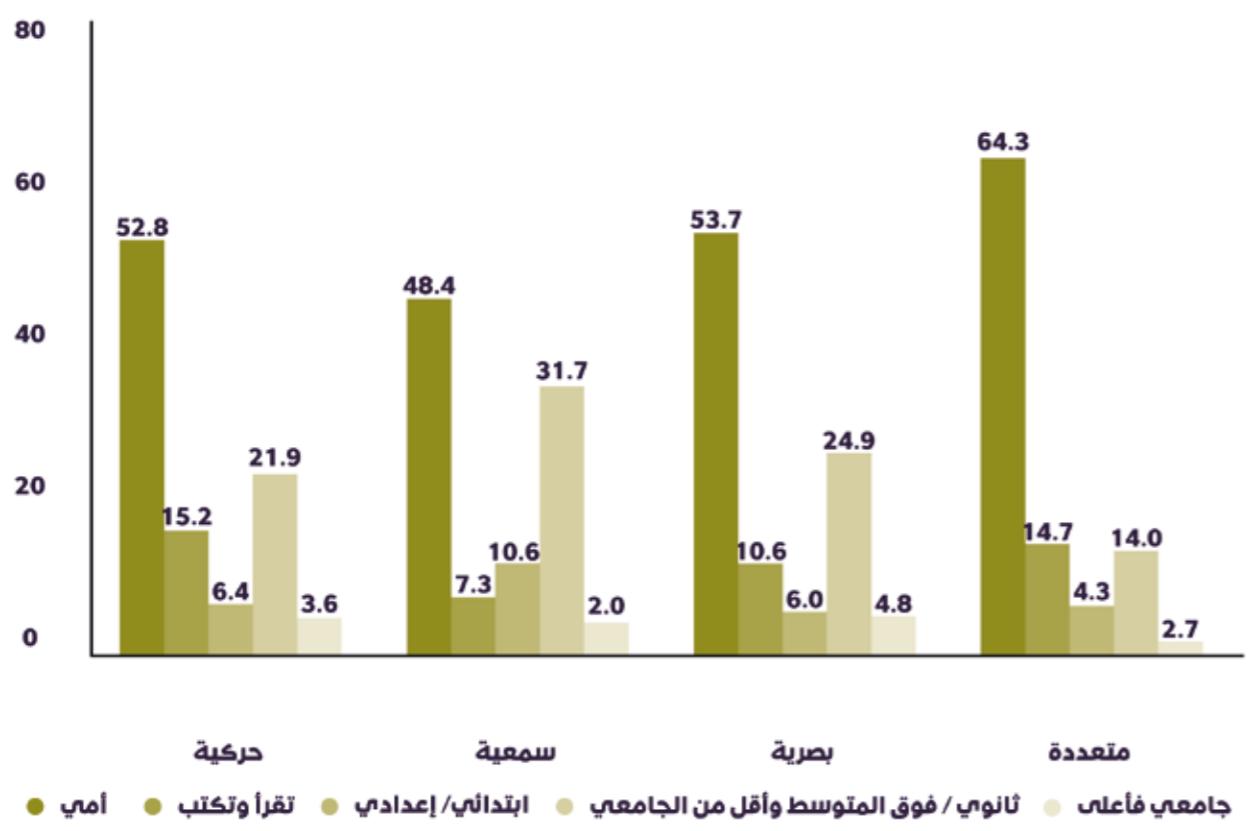
ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بـإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩ - ٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

وكما هو موضح في **جدول ٦-٣** و**شكل ١٤-٣** فإن النساء ذوات الإعاقة البصرية أوفـ حظـا في الزواج من النساء اللـتي لديـهنـ أنواعـ آخـرـ منـ الإـعـاقـاتـ.

شكل ١٤-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للحالة الاجتماعية ونوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠



شكل ١٦-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للحالة التعليمية ونوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



بأشيء تفخرين بها، وأن الآخرين غير قادرين على القيام بها؟" الذي يتعلّق بالثقة في النفس

يوضّح جدول ٧-٣ نسب النساء اللائي أجبن السؤالين بشكل إيجابي، وتعكس النتائج الموضحة بالجدول مستويات منخفضة من تقدير الذات والثقة في النفس بين المشاركات في الدراسة، فنحو ٤٣٪ فقط منهن لديهن شعور بتقدير الذات، وأكثر بقليل من الربع (٣٧٪) لديهن ثقة بالنفس.

كانت مستويات تقدير الذات والثقة في النفس منخفضة بين مختلف أنواع وبداءات حدوث وشدة الإعاقة، لكن بدرجات متفاوتة. فالنساء ذوات الإعاقة منذ ولادتهن أو في أتناء الطفولة، واللائي يعاني من إعاقة سمعية، لديهن مستويات أعلى من تقدير الذات والثقة في النفس مقارنة بالنساء الآخريات، على النقيض، كانت النساء اللائي حدثت إعاقتهن عندما بلغن من العمر ٣٥ عاماً أو أكثر، والنساء ذوات الإعاقات المتعددة، الأقل إحساساً بتقدير الذات أو الثقة بالنفس.

يؤدي الإحساس بتقدير الذات والثقة في النفس إلى عديد من النتائج والفوائد الإيجابية، إنّه جزء لا يتجزأ من إحساس الفرد بقيمة Fox (١٩٨٩ & Corbin ١٩٩٧؛ Sonstroem : ١٩٩٧)، غالباً ما ينزلق الأشخاص الذين يعانون من تدني تقدير الذات أو الثقة في النفس إلى حالة عقلية يجعلهم موطن ضعف، ما يؤدي إلى مزيد من التدهور الذاتي، ويظل هؤلاء الأشخاص في منطقة منعزلة خوفاً من الفشل وتجنب المخاطر، ومن ثمّ يصبحون عرضة لنتائج سلبية. في هذا السياق، قيّم مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة تقدير المرأة لذاتها وثقتها في نفسها، ولتقييم مستويات تقدير الذات والثقة في النفس سُئل السؤالون الآتيان للنساء اللائي أجريت معهن المقابلات: "هل لديك مهارات جيدة من الممكن ألا يملكونها الآخرون؟" الذي يتعلّق بتقدير الذات و"هل تعتقدين أنك تقومين

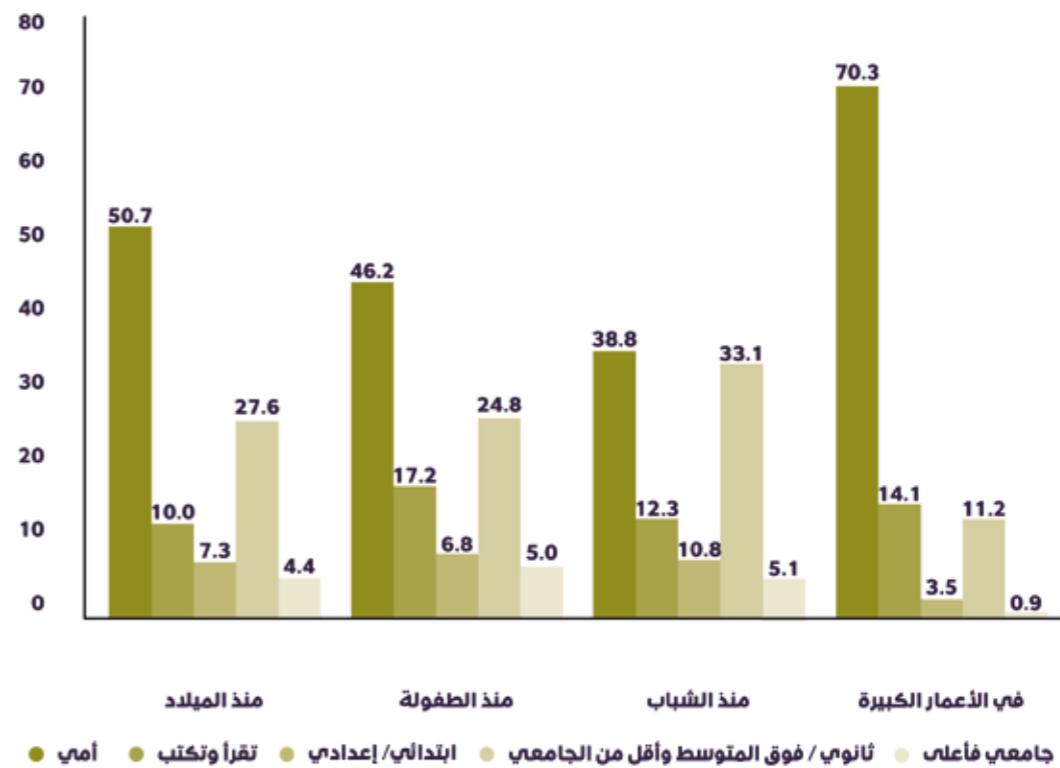
على التوالي). على الجانب الآخر، كانت نسبة النساء اللائي يعاني من إعاقة منذ الشباب واللائي أكملن التعليم الثانوي أو أكثر أعلى بنحو ٥ نقاط مئوية من النسبة بين النساء اللائي يعاني من إعاقة منذ الميلاد (٣٣٪ - ٣٨٪ على التوالي) (شكل ١٥-٣)، يبدو أن هذه النتيجة منطقية لأن عديداً منها غالباً قد أنهين تعليمهن قبل أن يُصبن بالإعاقة.

كانت نسب النساء اللائي التحقن بالمدرسة وأكملن تعليمهن أعلى بين النساء ذوات الإعاقة السمعية عن النساء الآخريات في عينة المسح (شكل ١٦-٣)، وقد يعزى ذلك إلى الأعمار الصغيرة لهؤلاء النساء، مقارنة بالنساء اللائي يعاني من أنواع أخرى من الإعاقات، ومن ثم يتمتّعن بفرص أفضل في التعليم، ما يقرب من ٤٨٪ من النساء ذوات الإعاقة السمعية أميّات وقرابة الثلث (٣٢٪) أكملن التعليم الثانوي على الأقل.

بالنسبة للمستوى التعليمي، كانت النسبة الأكبر من النساء أميّات، بغضّ النظر عن بداية ظهور أو نوع الإعاقة، لكن كانت الاختلافات ملحوظة بين المجموعات الفرعية المختلفة.

كان أكبر معدل للأمية بين النساء اللائي بدأت إعاقتهن في العمر ٣٥ فأكثر والنساء ذوات الإعاقات المتعددة (٦٪ - ١٤٪ على التوالي). قد يعزى هذا إلى الأعمار الكبيرة لتلك النساء مقارنة بالأختيرات في العينة، إذ من المرجح أن تحصل الأجيال الشابة على تعليم أفضل من الأجيال الأكبر سنّاً، وعلى النقيض من ذلك، فإن أدنى معدل للأمية، وأعلى نسبة من أكملن تعليمهن الثانوي فأكثر كانت من بين النساء اللائي حدثت إعاقتهن في مرحلة الشباب، إذ كانت نسبة الأمية بين النساء اللائي حدثت إعاقتهن منذ الشباب أقل بنحو ١٢ نقطة مئوية من نظرائهم اللائي ولدن بإعاقة (٣٩٪ مقابل ٤٨٪).

شكل ١٥-٣: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للحالة التعليمية وبداية حدوث الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

صعوبة في المشي أو صعود السلالم			
١٣٧٠	٣١,٦	٣٠,٣	لا توجد صعوبة
١٣٩٣	٢٧,٩	٢٢,٠	بعض الصعوبة
٢٢٣٣	٢٥,٦	٢٠,٩	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)
٧٢٠	٢٣,٨	١٨,٣	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)
صعوبة في استخدام اليد والأصابع، مثل التقاط الأشياء الصغيرة، على سبيل المثال، الأزرار أو القلم الرصاص، أو فتح أو إغلاق العبوات أو الزجاجات			
٢٨٤١	٢٨,٨	٢٦,٥	لا توجد صعوبة
١٥٣٦	٢٥,١	١٨,٥	بعض الصعوبة
١٠٠٣	٢٧,٧	٢١,٤	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)
٢٣٦	٢١,٢	١٥,٧	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)
صعوبة في الاعتناء بالنفس مثل الدستحمام أو ارتداء الملابس			
٢٦٤٨	٣١,٥	٢٨,٤	لا توجد صعوبة
١٧٣٧	٢٥,٣	١٩,٣	بعض الصعوبة
٩٣٠	٢١,٢	١٦,٥	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)
٣٠١	٢٠,٩	١٥,٣	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)
٥٦٦٦	٢٧,٣	٢٢,٩	الإجمالي

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

ظهرت إعاقتها من الميلاد أو في مرحلة الطفولة، والنساء ذوات الإعاقة السمعية أصغر سنًا من النساء الآخريات في عينة الدراسة، والعكس صحيح بالنسبة للنساء اللاتي حدثت إعاقتها في عمر أكبر، وهو لدء الذي لديهن إعاقات متعددة، وقد تشير هذه النتيجة أيضًا إلى أن نوع الإعاقة في حد ذاته يمكن أن يؤثر في إحساس المرأة بتقدير الذات والثقة بالنفس، فعلى سبيل المثال، قد تؤدي الإعاقات المتعددة إلى الإحساس بالضعف، لأن عديدات من النساء اللاتي يعانين منها غير قادرات بالفعل على القيام بأشياء كثيرة ومن ثم فإن لديهن مستويات منخفضة من تقدير الذات أو الثقة بالنفس.

نحو ٣ من بين كل ١٠ نساء من اللائي أفادن بأن إعاقتها حدثت منذ طفولتهن كان لديهن إحساس بتقدير الذات، وتلذهن لديهن ثقة بالنفس مقابل ١٣٪ فقط ونحو ٢١٪ على الترتيب للنساء اللاتي حدثت لهن الإعاقة عندما كان عمرهن ٣٥ عاماً أو أكثر، نحو ٣٦٪ من النساء اللاتي لديهن إعاقة سمعية لديهن شعور بتقدير الذات، و٣ من بين كل ١٠ نساء (٣٪) لديهن شعور بالثقة بالنفس، وكانت النسبة المماثلة بين النساء ذوات الإعاقات المتعددة نحو ١٦٪ و٢٢٪ على التوالي (شكل ١٧-٣ وشكل ١٨-٣).

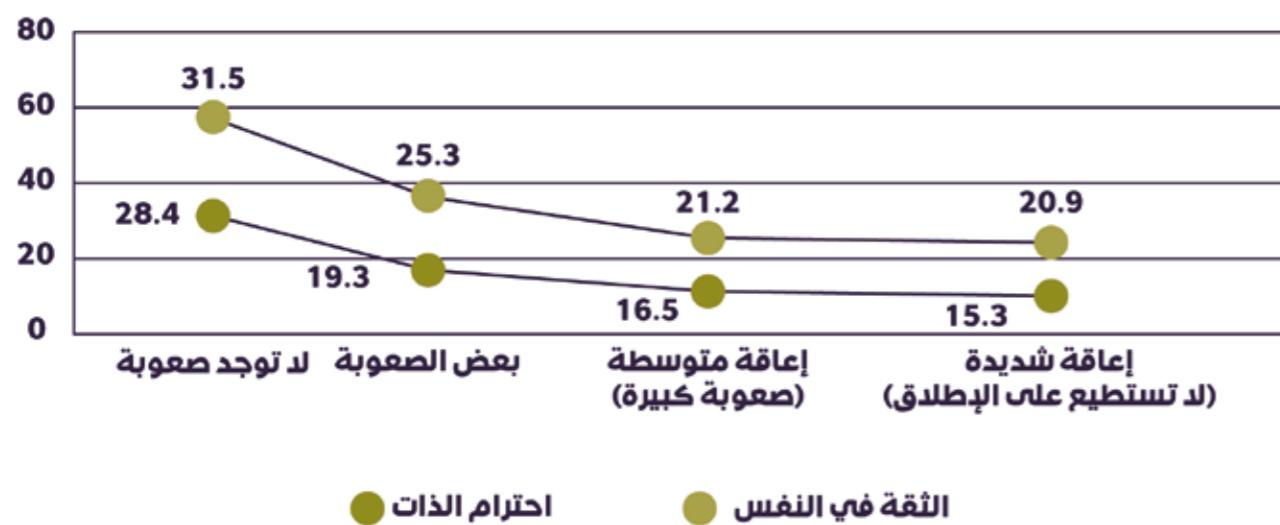
قد تشير هذه النتيجة إلى أن إحساس المرأة بتقدير الذات أو الثقة بالنفس مرتبط عكسياً بعمرها (كما هو موضح أعلاه) أن النساء اللاتي

جدول ٣-٧: نسب النساء اللاتي يعتقدن أن لديهن مهارات جيدة من الممكن لأد يملكونها الآخرون، أو يقمن بأشياء يفتخرن بها ولديهن مهارات جيدة من الممكن لأد يملكونها الآخرون، تبعاً لبداية حدوث نوع وشدة الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.

عدد النساء	نسبة النساء اللاتي يعتقدن أن لديهن مهارات جيدة من الممكن لأد يملكونها الآخرون	نسبة النساء اللاتي يعتقدن أن لديهن مهارات جيدة ربما يستطيعون القيام بها (الثقة بالنفس)	بداية حدوث نوع وشدة الإعاقة
بداية حدوث الإعاقة			
١٨٣٩	٢٩,٤	٢٨,٣	منذ الميلاد
١٣٥٩	٣٣,٠	٢٩,٥	منذ الطفولة
٩٨٣	٣٦,٣	٢٠,٥	منذ الشباب
١٥٥٨	٢٠,٧	١٣,٠	في الأعمار الأكبر
نوع الإعاقة			
٣٣٣٣	٢٨,٠	٢٢,٨	حركية
٦٤١	٣٠,٠	٣٥,٦	سمعية
١٣٩٤	٢٥,٤	١٨,٧	بصرية
٢٥٨	٢١,٧	١٦,٣	متعددة
شدة الإعاقة			
صعوبة في الرؤية حتى مع ارتداء نظارة طبية			
٢٥٩٦	٢٧,٨	٢٥,٩	لا توجد صعوبة
١٦٢	٢٧,٨	٢١,٣	بعض الصعوبة
١١٢	٢٤,٦	١٧,١	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)
٢٩٨	٢٩,٥	٢٧,٥	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)
صعوبة السمع حتى مع استخدام سماعة أذن			
٤٣٣١	٢٧,٠	٢٢,٣	لا توجد صعوبة
٧٣٤	٢٨,١	٢٠,٠	بعض الصعوبة
٣٢٥	٣٤,٥	٣١,٧	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)
٣٣٦	٢١,٨	٢٩,٤	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)
صعوبة في التواصل مع الآخرين أي في التفاهم مع الآخرين			
٤٤٣٥	٢٧,٧	٢٢,٥	لا توجد صعوبة
٦٢٥	٢٥,٨	٢٠,٣	بعض الصعوبة
٤٧٤	٢٧,٨	٣٠,٨	إعاقة متوسطة (صعوبة كبيرة)
٨٢	١٣,٤	١٩,٥	إعاقة شديدة (لا تستطيع على الإطلاق)

حدة، إذ ترتبط مستويات تقدير الذات والثقة في النفس ارتباطاً عكسيّاً مع شدة صعوبة الرعاية بالنفس، مثل الدستحمام أو ارتداء الملابس (شكل ١٩-٣).

شكل ١٩-٣: توزيع النساء، تبعاً لتقدير الذات والثقة في النفس^٢
وشدة الصعوبة في العناية بالنفس، مصر، ٢٠٢٠.



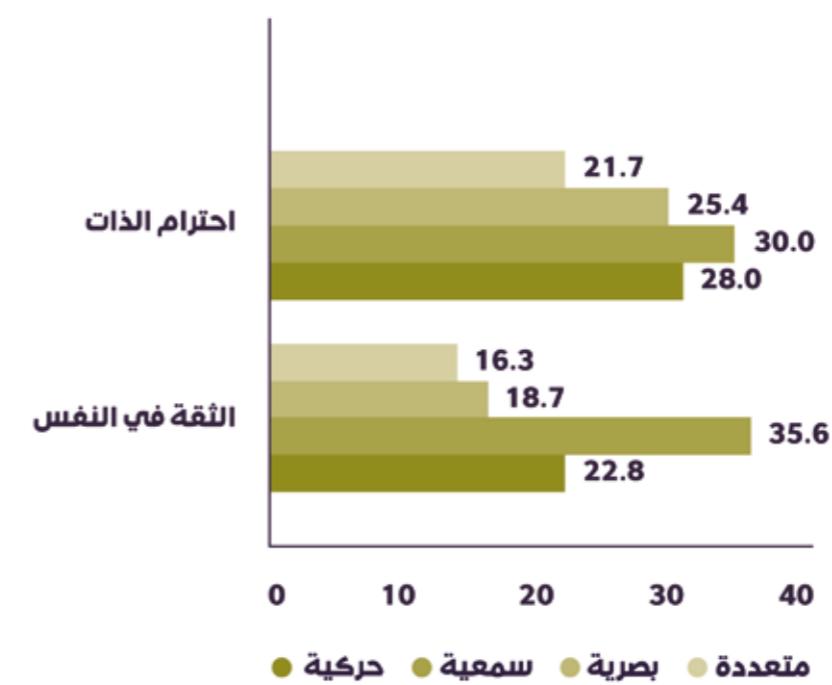
أُنفاس بما إذا كانت المرأة تعتقد أن لديها مهارات جيدة من الممكن أن يملكونها الآخرون.
أُنفاس بما إذا كانت المرأة تعتقد أنها تقوم بأشياء تفتخر بها وأن الآخرين غير قادرين على القيام بها.

وتعليم المرأة المعاقة سيجعلها تتعامل إعاقتها على أنها "صعوبة" وليس عائقاً (Chambers ٢٠٠٤). وبالإضافة إلى ذلك معظم النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة من الوجه القبلي، المنطقة الأكثر حرماناً في مصر، كما أن لديهن مستويات منخفضة من الثقة في النفس وتقدير الذات، ويمكن لهذه العوامل التمييزية المتعددة أن تزيد من تهميشهن وتعرضهن للعنف.

٦-٣ الخلاصة

النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة لديهن شرائح متعددة من التمييز، فبالإضافة إلى إعاقاتها وفقريهن فإن معدل الأمية بينهن مرتفع، وهو أعلى بكثير من المتوسط بالنسبة للنساء عموماً على المستوى القومي، رغم أن النساء ذوات الإعاقة في حاجة ماسة إلى التعليم كي يتمكنن من إعالة أنفسهن.

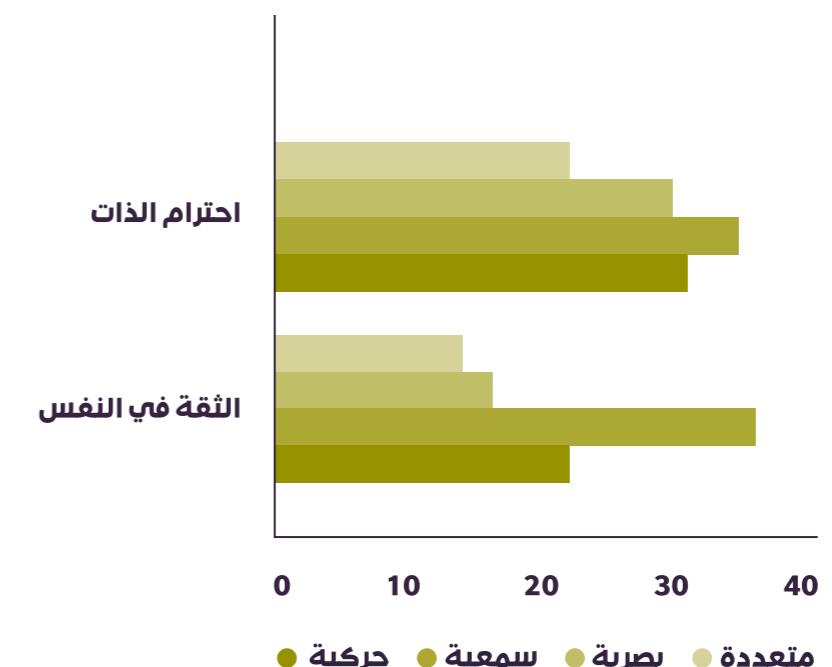
شكل ١٧-٣: توزيع النساء تبعاً لتقدير الذات والثقة في النفس^٢ وبداية حدوث الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



أُنفاس بما إذا كانت المرأة تعتقد أن لديها مهارات جيدة من الممكن أن يملكونها الآخرون.
أُنفاس بما إذا كانت المرأة تعتقد أنها تقوم بأشياء تفتخر بها وأن الآخرين غير قادرين على القيام بها.

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

شكل ١٨-٣: توزيع النساء، تبعاً لتقدير الذات والثقة في النفس^٢ ونوع الإعاقة، مصر، ٢٠٢٠.



أُنفاس بما إذا كانت المرأة تعتقد أن لديها مهارات جيدة من الممكن أن يملكونها الآخرون.
أُنفاس بما إذا كانت المرأة تعتقد أنها تقوم بأشياء تفتخر بها وأن الآخرين غير قادرين على القيام بها.

الفصل الرابع: سلطة اتخاذ القرارات الخاصة برعاية الصحة العامة والصحة الإنجابية

أهم النتائج

تتمتع النساء بمتوسط عالٍ من سلطة اتخاذ القرار في ما يتعلق باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، بلغت نسبة النساء اللائي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في أي فترة من حياتهن وأخذن القرار بالاستخدام بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن ٩٢٪.

- النساء ذوات الإعاقة السمعية والنساء اللائي يعانين من الإعاقة منذ الميلاد، لديهن مستويات أقل من سلطة اتخاذ القرار بشأن رعايتها الصحية والإنجابية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة.
- لم يكن التعرض للضغط أو العنف لدستخدام أو عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة شائعاً بين المشاركات في الدراسة.
- هناك توافق كبير بين المشاركات في الدراسة وأزواجهن في ما يتعلق برغباتهم الإنجابية.
- نسبة كبيرة من النساء اللائي كن يرغبن في الإنجاب في وقت ما من حياتهن، ولكن كان أزواجهن لا يرغبون في الإنجاب أجبرهن أزواجهن على عدم الإنجاب في ذلك الوقت، فنحو ٤٦٪ من هؤلاء النساء تعرضن لضغط أو عنف لعدم الإنجاب (من خالل الضرب أو التهديد بالطلاق) من أزواجهن، ونحو ٢٪ تعرضن لضغط من أهل الزوج.
- كان رضا الزوج الدافع الرئيسي للإنجاب بين النساء اللاتي لم يكن يرغبن في الإنجاب، ولكن كان أزواجاً هن يرغبون في الإنجاب (أفاد بذلك ٦١٪ من هؤلاء النساء).
- ذكر نحو ١٣٪ من النساء اللاتي لم يكن يرغبن في الإنجاب في فترة ما من حياتهن أن ضغط الزوج أو عنفه كان سبباً للإنجاب في ذلك الوقت، ونحو ٢٪ تعرّضن لضغط من أهل الزوج.

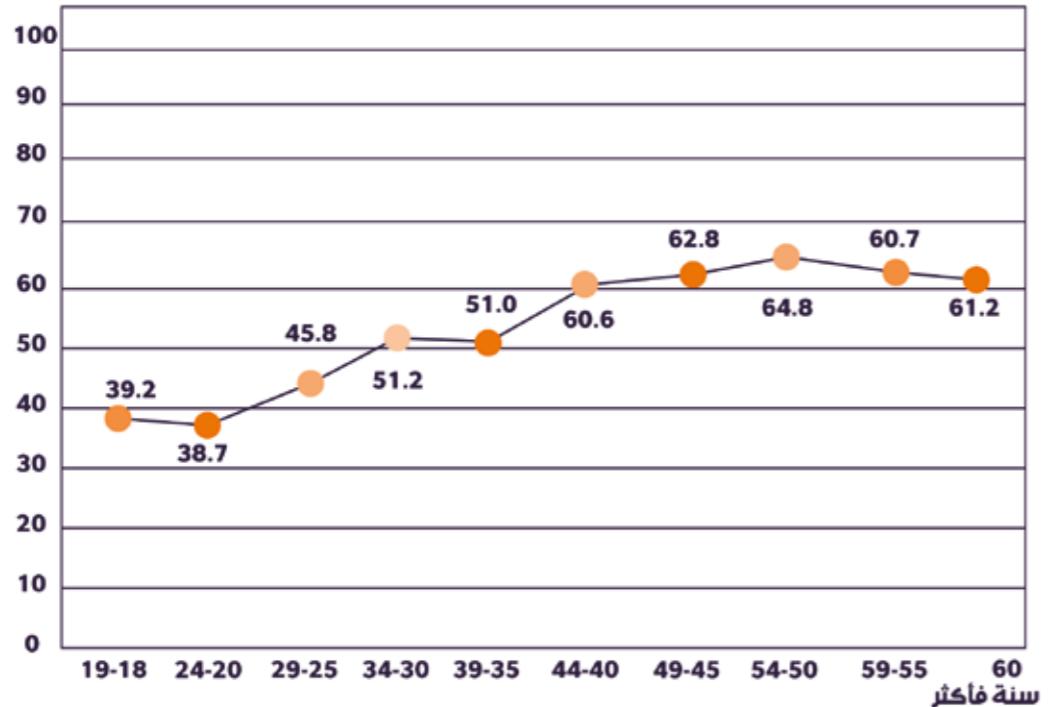
أهم النتائج

- نحو ٤٥٪ من المشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠، هن متّخزو القرار الرئيسيون في ما يتعلق برعايتها للصحة العامة.
- ٨٪ من النساء المتزوجات حالياً يتمتعن بسلطة اتخاذ القرار (يتخذن القرار بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن) بشأن رعايتها صحّتها الإنجابية.
- سلطة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتها للصحة العامة والإنجابية أعلى بين الأجيال الأكبر سنّاً.
- نحو ٥٦٪ من النساء في الفئة العمرية ٤٩ - ١٨ المتزوجات يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة (أي ذكرن وقت إجراء المسح أنهن يستخدمنها).
- غالبية النساء (١٨ عاماً فأكثر) السابق لهن الزواج، استخدمن في أي وقت مضى وسائل تنظيم الأسرة (٧٨٪) بغضّ النظر عن نوع وبداية حدوث إعاقتهن.
- تتمتع النساء بمستوى عالٍ من سلطة اتخاذ القرار في ما يتعلق باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، بلغت نسبة النساء اللاتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في أي فترة من حياتهن واتّخذن القرار بالاستخدام بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن ٩٦٪.

سلطة اتخاذ القرارات الخاصة برعاية الصحة العامة والصحة الإنجابية

النساء اللائي يتّخذن القرارات الخاصة برعايتهان الصحية بأنفسهن من ٣٩٪ بين النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٩ - ١٨ سنة إلى ٦٥٪ بين النساء في الفئة العمرية ٥٠ - ٥٤ سنة، ثم تنخفض إلى نحو ٦١٪ بين النساء البالغات من العمر ٥٥ سنة أو أكثر (شكل ٤-٤).

شكل ٤-٤: نسبة النساء، اللائي يتّخذن عادة القرار بشأن رعايتهان الصحية، تبعاً للعمر الحالي، مصر ٢٠٢٠.



(شكل ٤-٣). وعلى النقيض، فإن النساء اللائي لم يسبق لهن الزواج الأقل احتمالاً أن تكون لديهن سلطة اتخاذ القرارات الخاصة برعايتهان الصحية (٤.٤٪ فقط)، وقد يكون هذا بسبب تركز النساء اللائي لم يسبق لهن الزواج في الأعمار الصغيرة، في حين أن العكس صحيح بالنسبة للأرامل، والأب أو الأم هما متّخذ القرارات الرئيسي بشأن الرعاية الصحية للنساء اللائي لم يسبق لهن الزواج (٥.٥٪).

ونحو ٧٪ من كل النساء المطلقات / المنفصلات، وما يقرب من ثلثي النساء المتزوجات حالياً (٦٣٪) لديهن سلطة اتخاذ القرارات بشأن رعايتهان الصحية، والزوج هو متّخذ القرار الرئيسي لنسبة ٢٦٪ من النساء.

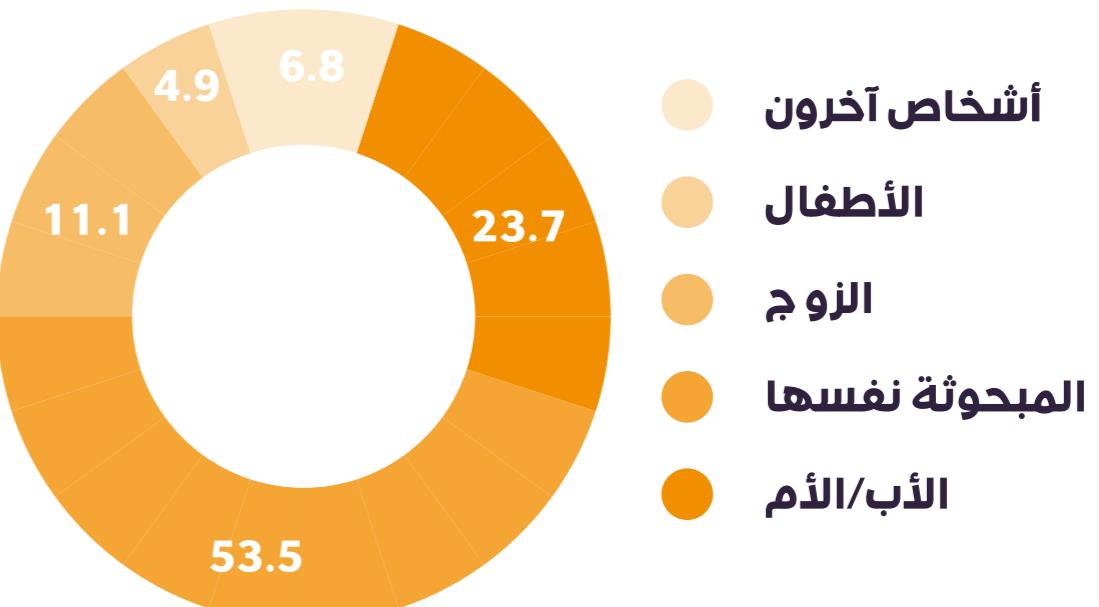
وترتبط سلطة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتها الصحية ارتباطاً إيجابياً بعمرها، فتزداد بشكل عام بين النساء في الفئة العمرية ٥٠ - ٥٤، ثم تنخفض بشكل طفيف، إذ تكون نسبة كبيرة من الأبناء أصحاب القرار الرئيسيين في ما يتعلق بالرعاية الصحية لأمهاتهم. وتزداد نسبة

العامة وصحتهن الإنجابية، كما قيّم المسح أيضاً تجربة المرأة في تنظيم الأسرة، وتفضيلات وسلوكيات الإنجاب، وما إذا كانت المرأة قد تعرضت لـأي ضغط أو عنف كي لا تمارس الحقوق الخاصة بصحتها الإنجابية. ويستعرض هذا الفصل نتائج هذا التقييم.

٤- رعاية الصحة العامة

لتقييم سلطة المرأة في اتخاذ القرار في ما يتعلق برعايتها الصحية، سُئل جميع النساء اللائي أجريت معهن المقابلات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ من يتّخذ عادة القرار بشأن رعايتهان للصحة العامة؟ وتوضّح النتائج المعروضة في جدول ٤-٤ أن نحو ٥٤٪ من المشاركات في الدراسة ذكرن أنهن يتّخذن القرار بشكل أساسى بشأن رعايتهان الصحية، وعادة ما يتّخذ الأب أو الأم القرار الخاص بالرعاية الصحية نحو ربع النساء تقريباً (٢٤٪)، وكان الزوج مُتّخذ القرار الرئيسي لنسبة ١١٪ من الحالات (شكل ٤-٤).

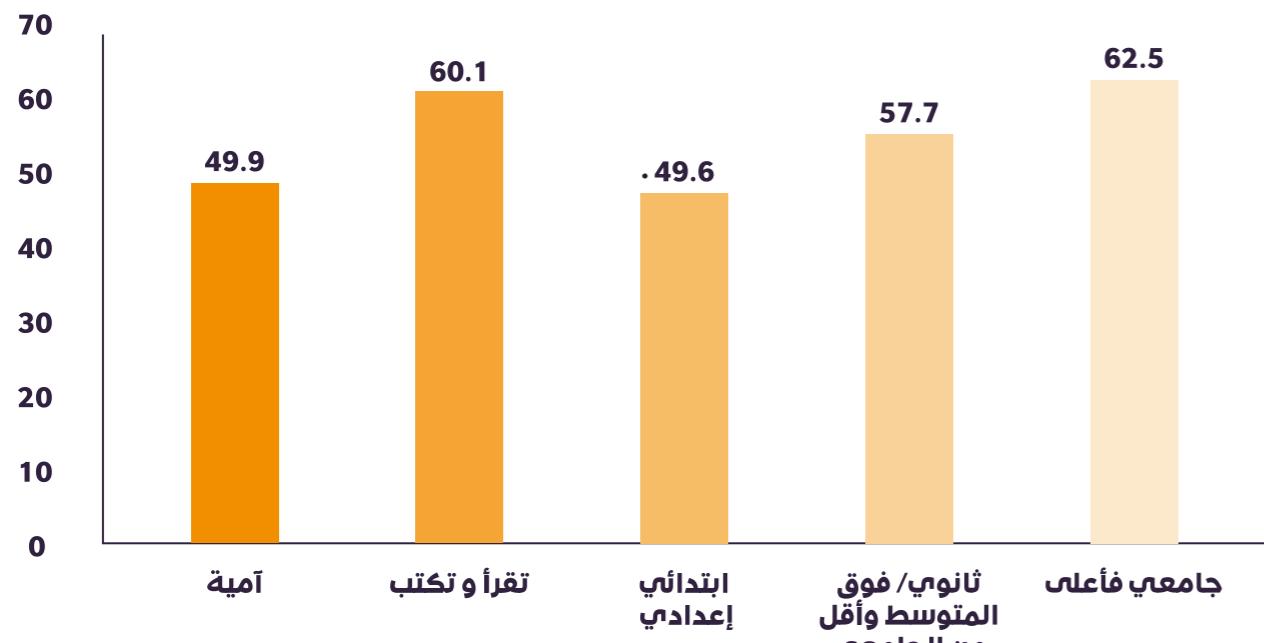
شكل ٤-٤: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للشخص الذي يتّخذ عادة القرار بشأن رعايتهان الصحية، مصر ٢٠٢٠.



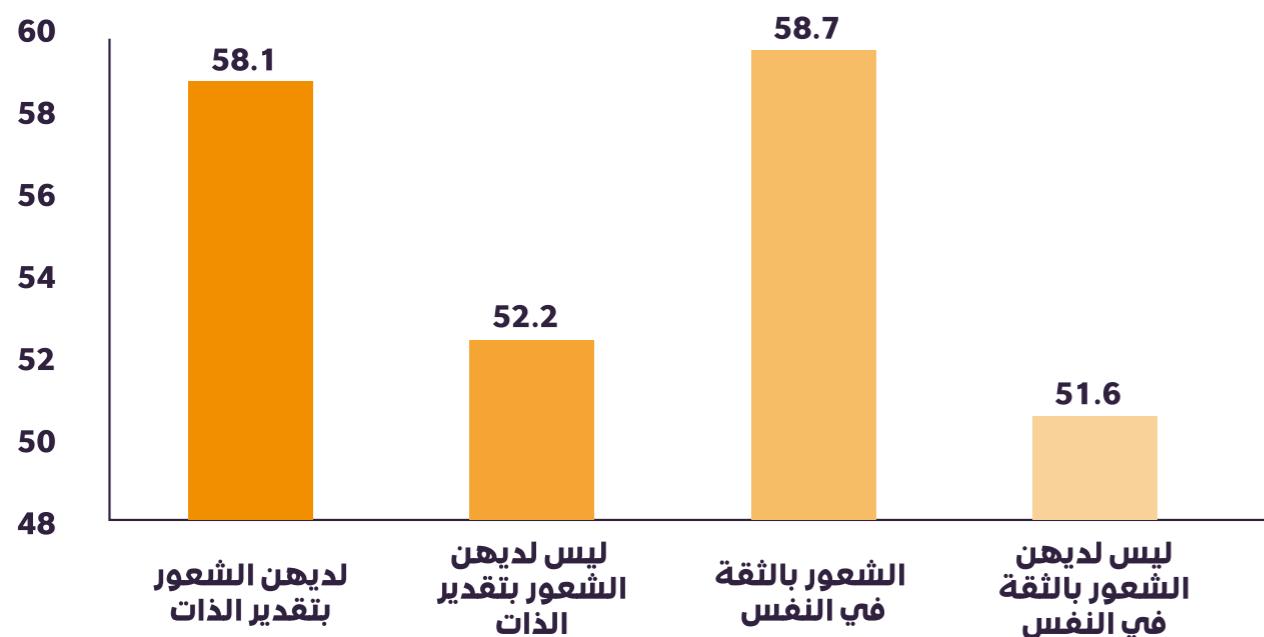
إن سلطة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لتحقيق نتائج صحية أفضل، وسلطة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالحقوق الخاصة بالصحة الإنجابية، العنصر الرئيسي لتحقيق الرفاه الإنجابي، ومع ذلك، فإن الوضع غير المنصف للمرأة في المجتمع يحدّ من استقلاليتها في اتخاذ القرارات بشأن حصولها على الرعاية الصحية أسوأ لدى النساء ذوات الإعاقة، إذ تشير الأدلة في بلدان أخرى إلى أن النساء ذوات الإعاقة لديهن قدر محدود من الاستقلالية والتحكم في القرارات الخاصة بصحتها، ويعزّز من عادة من الحق في اتخاذ قرارات خاصة بصحتها الإنجابية (e.g. Rodriguez et al., 2015; Inter-American Development Bank, 2019). مما يمثل اضطهاداً وإهانة شديدة لهن.

في هذا السياق، أجرى مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ تقييماً لمدى استقلالية المشاركات في الدراسة بشأن اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهان الصحية وتشمل صحتهن

شكل ٤-٤: نسبة النساء، وللائي يتخذن عادة القرار بشأن رعايتها الصحية،
تبعاً للحالة التعليمية، مصر ٢٠٢٠.

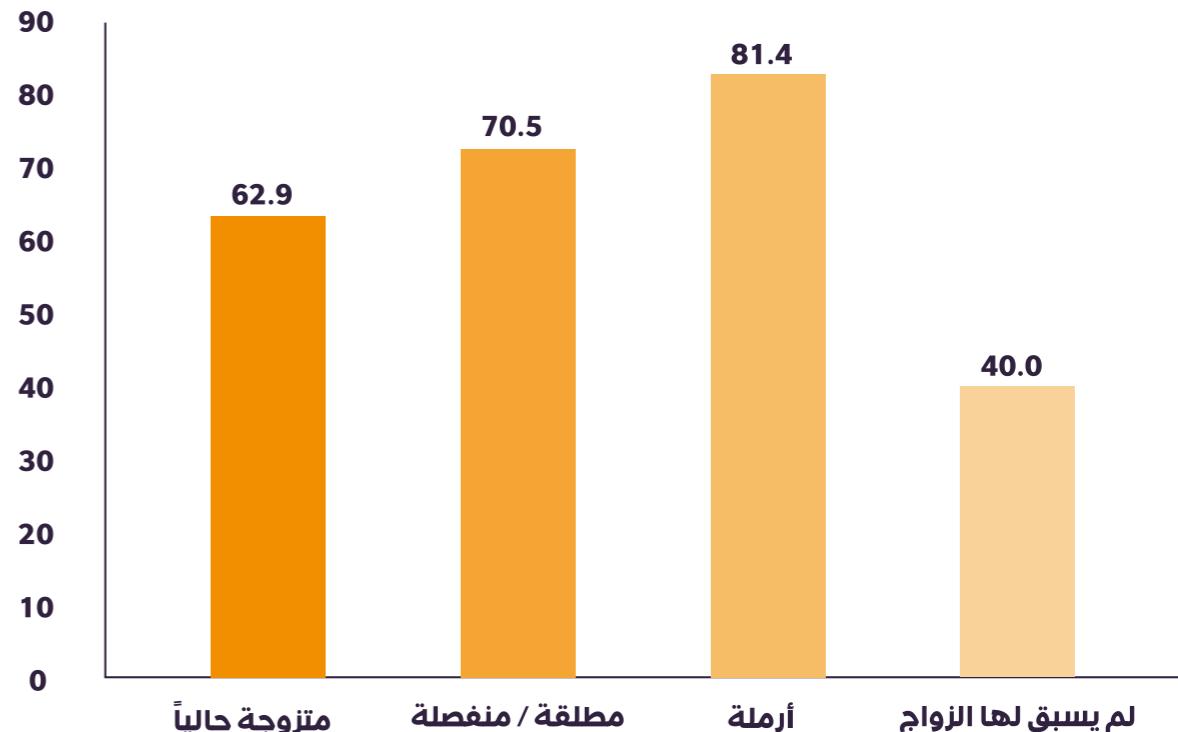


شكل ٤-٥: نسبة النساء، وللائي يتخذن عادة القرار بشأن رعايتها الصحية،
تبعاً لما إذا كان لديهن الشعور بتقدير الذات أو الثقة في النفس، مصر ٢٠٢٠.



أنفس بما إذا كانت المرأة تعتقد أن لديها مهارات جيدة من الممكن أن يملكتها الآخرون.
أنفس بما إذا كانت المرأة تعتقد أنها تقوم بأشياء تفخر بها وأن الآخرين لا يستطيعون القيام بها.

شكل ٤-٣: نسبة النساء، وللائي يتخذن عادة القرار بشأن رعايتها الصحية، تبعاً للحالة
الاجتماعية، مصر ٢٠٢٠.



أن يكون لديهن سلطة اتخاذ القرارات (نحو ٥٪ لكل منهن)، في حين أن العكس صحيح بالنسبة للنساء المتعلمات تعليماً عالياً (للائي حصلن على تعليم جامعي فأعلى)، ويبدو أن قدرة المرأة على القراءة والكتابة فقط، لها تأثير ملحوظ في سلطتها على اتخاذ القرار، فنسبة النساء اللائي يُجدن القراءة والكتابة وهن متخدات القرار بشكل رئيسي في ما يتعلق برعايتها الصحية أعلى بعشرين نقطة مئوية من نظرائهن الأمييات أو الحاصلات على التعليم الابتدائي / الإعدادي، بل وأعلى من نسبة النساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو فوق المتوسط وأقل من الجامعي.

والنساء اللائي لديهن الشعور بتقدير الذات أو الثقة بالنفس أكثر عرضة لاتخاذ القرار بشأن رعايتها الصحية من النساء اللائي ليس لديهن ذلك الشعور (شكل ٤-٤).

وعلى غير المتوقع، يوضح جدول ٤-١ أن نسبة النساء اللائي ذكرن بأنهن عادة ما يتخدن القرار الخاص برعايتها الصحية بأنفسهن كانت أعلى في الوجه القبلي (٥٨٪) عنها في الوجه البحري والمحافظات الحضرية. فقد كانت النسبة في الوجه القبلي أعلى بنحو ١٦ نقطة مئوية عن النسبة في الوجه البحري (٤٧٪)، وأعلى بنحو ٤ نقاط مئوية عن النسبة في المحافظات الحضرية (٥٤٪)، ولاتوجد فروقاً ملحوظة في التركيب العمري بين المناطق الثلاث (على النحو المبين في جدول ١ في ملحق ٢) التي يمكن أن تقدم تبريراً لهذه النتيجة.

ولم يلاحظ وجود نمط منتظم بين المستوى التعليمي للمرأة واستقلاليتها في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتها الصحية (شكل ٤-٤)، ومع ذلك، فإن الأمييات والحاصلات على تعليم ابتدائي / إعدادي فقط هن الأقل احتمالاً

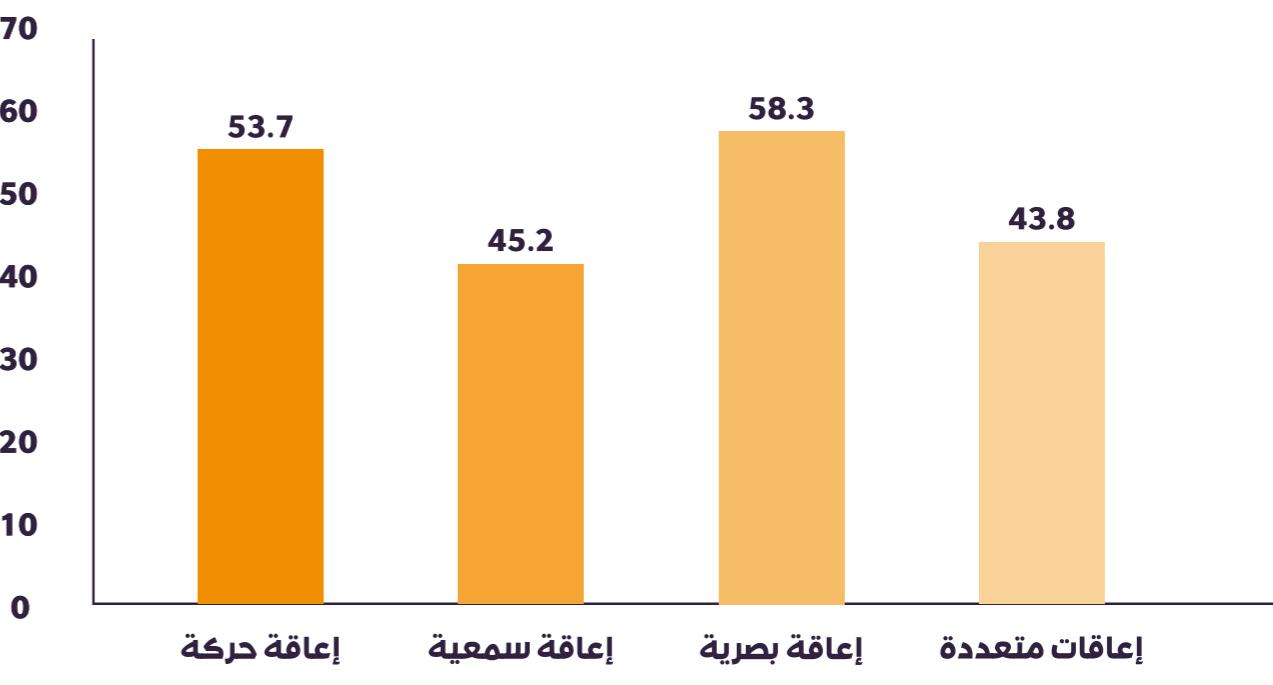
جدول ٤-٤: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للشخص الذي يتخذ القرار بشأن رعايتها الصحية، وفقاً لبعض الخصائص ونوع إعاقة المرأة، مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي		الشخص الذي يتخذ القرار عادة					خصائص المرأة / نوع الإعاقة	
عدد النساء	النسبة	أشخاص آخرون	الأبناء (الذكور والإثناين)	الزوج	المبحوثة	/ الأئب / الأئم		
العمر								
٢٣٢	١٠٠..	١,٣	..	١,٣	٣٩,٢	٥٨,٢		١٩ - ١٨
٦٤٩	١٠٠..	٣,٧	..	٣,٧	٣٨,٧	٥٣,٩		٢٤ - ٢٣
٦٢٣	١٠٠..	٧,٦	..,٢	٦,٩	٤٥,٨	٣٩,٥		٢٩ - ٢٥
٧٧٥	١٠٠..	٦,٣	..,١	١٢,٩	٥١,٢	٢٩,٥		٣٤ - ٣٣
٧٧٣	١٠٠..	٨,٥	..,٨	١٣,٦	٥١,٠	٢٦,١		٣٩ - ٣٥
٥٧٩	١٠٠..	٧,٤	٤,٠	١١,٢	٦,٦	١٦,٨		٤٤ - ٤٣
٥٠٨	١٠٠..	٨,٥	٦,٥	١٣,٢	٦٢,٧	٩,١		٤٩ - ٤٥
٥..	١٠٠..	٨,٣	٨,٢	١٦,٠	٦٤,٨	٢,٦		٥٤ - ٥٣
٥١٤	١٠٠..	٥,٥	٧,٥	١٣,٣	٦,٧	٢,١		٥٩ - ٥٥
٤٦٣	١٠٠..	٦,٢	١٦,٤	١٥,٣	٦١,٢	.٩		٦. سنة فأكثر
الحالة الاجتماعية								
٢٨١٧	١٠٠..	٣,٨	٨,٣	٢٢,١	٦٢,٩	٢,٩		متزوجة حالياً
٢٢٠	١٠٠..	٥,٤	١,٩	..,٠	٧,٥	١٣,٢		مطلقة/منفصلة
١٧	١٠٠..	.٩	١٦,٨	..,	٨١,٤	.٩		أرملة
٢٤٦٥	١٠٠..	١,٢	..,٠	..,٠	٤٠,٠	٤٩,٨		لم يسبق لها الزواج
٧	*	*	*	*	*	*		عقد قران
مكان الإقامة								
٥٥٣	١٠٠..	٥,٣	٦,٣	٧,٦	٥٤,٠	٢٦,٨		محافظات حضرية
٢١٤٩	١٠٠..	٧,٧	٤,٦	١٤,٣	٤٦,٨	٢٦,٦		وجه بحري
٢٩١٥	١٠٠..	٦,١	٤,٩	٩,٦	٥٨,٣	٢٦,١		وجه قبلاني
المستوى التعليمي								
٢٩٨.	١٠٠..	٨,٨	٧,٤	١١,٢	٤٩,٩	٢٢,٧		أممية
٧٣٩	١٠٠..	٤,٩	٤,٦	٩,٧	٦,١	٢,٧		تقرأ وتكتب
٣٧٥	١٠٠..	٤,٨	١,١	١٢,٥	٤٩,٦	٣٢,٠		ابتدائي/إعدادي
١٣٤	١٠٠..	٤,٢	١,٢	١١,٨	٥٧,٧	٢٥,١		ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي
٢٠٨	١٠٠..	٢,٠	..,٠	٨,٧	٦٢,٥	٢٦,٨		جامعي فأعلى
تعتقد النساء أن لديهن مهارات جديدة ربما لا يمتلكها الآخرون (تقدير الذات)								
١٢٨٨	١٠٠..	٢٦,٩	٢,٣	٦,٣	٥٨,٠	٢٦,٩		نعم
٤٣٢٨	١٠٠..	٢٢,٨	٥,٧	١٢,٦	٥٣,١	٢٢,٨		لا

الإعاقات المتعددة في العمر أكثر من غيرهن من النساء (كما هو موضح في الفصل الثالث) لا يبدو عاملاً مؤثراً في سلطة هؤلاء النساء على اتخاذ القرار، ويبدو أن هناك عوامل أخرى مثل ارتفاع مستوى الأهمية وانخفاض مستويات الشعور بالثقة في النفس وتقدير الذات لدى هؤلاء النساء، مقارنة بالنساء الآخريات (كما هو موضح في الفصل الثالث) (أسهمت في الدخافع النسبي في سلطتها على اتخاذ القرار المتعلق برعايتها الصحية، فمن المحتمل أن تؤثر هذه العوامل في ثقة وقدرة النساء ذوات الإعاقات المتعددة على اتخاذ القرارات بشكل أساسي في ما يتعلق بشؤونهن.

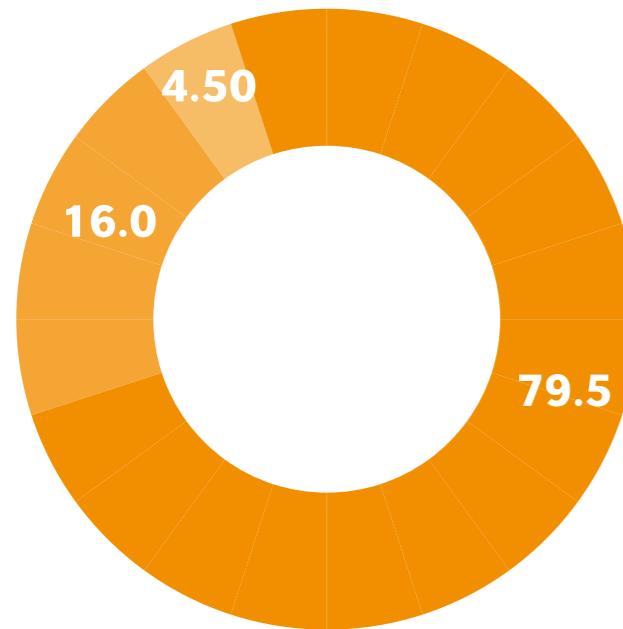
قد يعكس ارتفاع مستوى استقلالية المرأة في اتخاذ القرارات بشأن رعايتها الصحية بين النساء ذوات الإعاقة البصرية وذوات الإعاقة الحركية، تأثير قدراتهاهن الأفضل في التواصل والمناقشة والجادل.

شكل ٤-٦: نسبة النساء، واللائي يتخذن عادة القرار بشأن رعايتها الصحية، تبعاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



النساء ذوات الإعاقة السمعية أو المتعددة أقل احتمالاً بكثير من النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أن يتخذن القرارات المتعلقة برعايتها الصحية، فقد كانت نسب النساء اللائي عادة ما يتخذن القرارات المتعلقة برعايتها الصحية بين النساء ذوات الإعاقة السمعية أو المتعددة ٤٤٪ على التوالي، في حين كانت النسبتان المماثلتان بين النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية ٥٨٪ و٥٤٪ على التوالي (شكل ٤-٤)، وكانت هذه النتيجة متوقعة للنساء ذوات الإعاقة السمعية في عينة الدراسة لأن معظمهن كان في أعمار أصغر (كما هو موضح في الفصل الثالث)، وهو ما يرتبط بدوره بمستويات أقل من استقلالية المرأة في اتخاذ القرارات في ما يتعلق برعايتها الصحية. وعلاوة على ذلك، فإن ضعف قدرة النساء ذوات الإعاقة السمعية على التواصل مع الآخرين والتعبير عن آرائهم قد يكون له أثر سلبي مباشر في اتخاذ القرارات، ولكن تقدم النساء ذوات

شكل ٤-٧: التوزيع النسبي للنساء، تبعاً للشخص الذي يتخذ عادة القرار بشأن رعاية صحتهن الإنجابية، مصر ٢٠٢٠



- **أشخاص آخرون**
- **الزوج بشكل رئيسي**
- **المبhouette بشكل رئيسي أو بالاشتراك مع زوجها**

للمستوى التعليمي، فإن النساء المتزوجات حالياً اللائي يمكنهن القراءة والكتابة فقط كن أكثر احتمالاً من نظائرهن بالفئات التعليمية الأخرى في المشاركة في اتخاذ القرار المتعلقة برعاية صحتهن الإنجابية، فقد أفاد نحو ٨٢٪ من المتزوجات حالياً ممن يستطيعن القراءة والكتابة أنهن يتخذن القرار بشأن رعاية صحتهن الإنجابية بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن، مقارنة بنحو ٧٥٪ بين النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي أو إعدادي، وهذا يؤكد أن قدرة المرأة على القراءة والكتابة فقط يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي في سلطتها على اتخاذ القرارات.

يُوضح (جدول ٤-٨ وشكل ٤-٨) أن النساء ذوات الإعاقات البصرية والنساء ذوات إعاقات الحركية يتمتعن بمستوى عالٍ من سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية صحتهن الإنجابية (٨١٪ و٧٩٪ على التوالي) مقارنة بالنساء ذوات إعاقات

وكما يلاحظ من البيانات الواردة في جدول ٤-٤ فإن نسب النساء اللائي يتمتعن بسلطة اتخاذ القرار في ما يتعلق برعاية صحتهن الإنجابية تتزايد بوجه عام مع زيادة عمر المرأة، ولكن الشعور بتقدير الذات أو الثقة بالنفس لا يبدو أن لهما تأثيراً.

وكما هو متوقع، المتزوجات المقيمات في المحافظات الحضرية أكثر احتمالاً للمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية صحتهن الإنجابية من المقيمات في الوجه القبلي أو البحري، إذ تتخذ نحو ٨٦٪ من النساء المتزوجات حالياً المقيمات في المحافظات الحضرية القرارات المتعلقة برعايتها للصحة الإنجابية بمفردهن، أو بالاشتراك مع أزواجهن، مقارنة بنسبة ٧٦٪ و٨١٪ بنظائرهن في الوجه البحري والوجه القبلي على التوالي.

كما في حالة سلطة المرأة في اتخاذ القرار بشأن الرعاية الصحية الخاصة بها تبعاً

تعتقد النساء أنهن يقمن بأشياء يفخرن بها وأن الآخرين لا يستطيعون القيام بها (الثقة بالنفس)								
نعم	لا	نوع إعاقات المرأة	إعاقات حركية	إعاقات سمعية	إعاقات بصرية	إعاقات متعددة	الجمالي	
١٥٣٢	١٠٠..	٦,١	٢,٩	٨,٤	٥٨,٦	٢٤,٠		
٤٨٤	١٠٠..	٧,٩	٥,٧	١٢,٢	٥١,٥	٢٣,٧		
٣٣٣٣	١٠٠..	٦,٦	٥,١	١١,٧	٥٣,٧	٢٢,٩		
٦٤١	١٠٠..	١,٤	١,٣	٤,٧	٤٥,٣	٣٨,٤		
١٣٩٤	١٠٠..	٥,٣	٥,٥	١٢,٧	٥٨,٣	١٨,٣		
٢٥٨	١٠٠..	٨,٢	٨,٥	١١,٦	٤٣,٨	٢٧,٩		
٥٦٦	١٠٠..	٦,٨	٤,٩	١١,١	٥٣,٥	٢٣,٧		

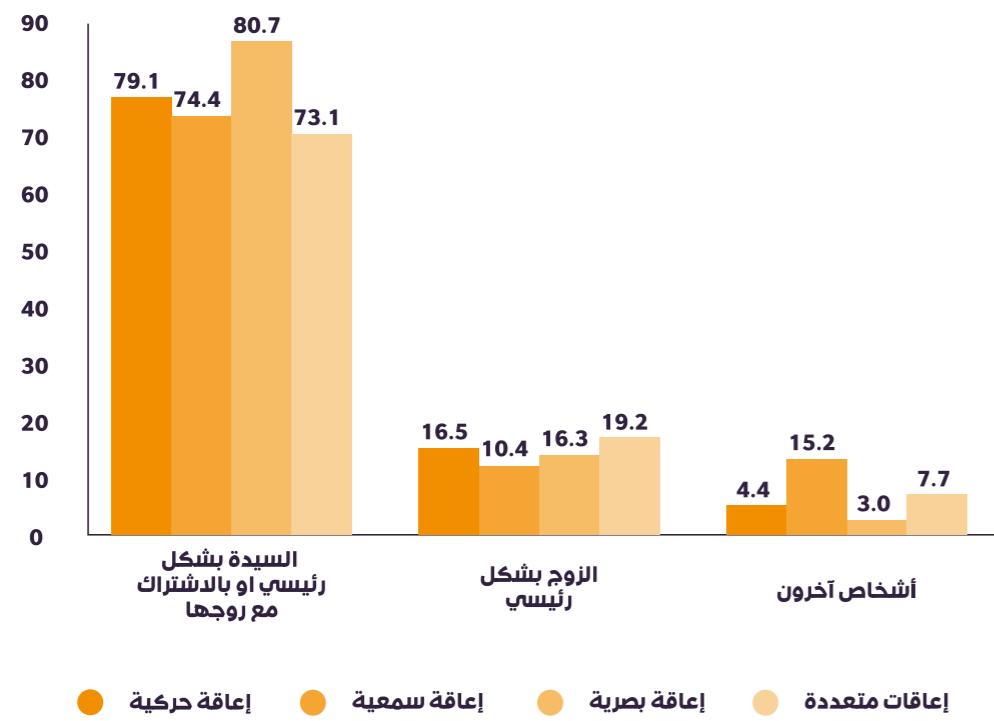
ويعرض جدول ٤-٤ الإجابات التي وردت عن السؤال مصنفة تبعاً لبعض خصائص المشاركات في الدراسة ونوع إعاقتهن، وكما يتضح فإن مشاركة المرأة في اتخاذ القرار المتعلقة بصحتها الإنجابية مرتفع نسبياً، إذ تتمتع ٨٪ من المتزوجات حالياً بسلطة اتخاذ القرارات بشأن رعاية صحتهن الإنجابية (يتخذن القرارات بأنفسهن أو بالاشتراك مع أزواجهن)، والزوج بمفرده متذبذب القرار الرئيسي لنسبة ١٦٪ من النساء (شكل ٤-٧)، وهذا النمط واضح بغض النظر عن خصائص المرأة أو نوع إعاقتها.

٤-٢ رعاية الصحة العامة

سأل مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقات المرأة المتزوجة حالياً عن الشخص الذي يتخذ عادة القرار بشأن رعاية صحتها الإنجابية، مثل متابعة الحمل ورعاية ما بعد الولادة وتنظيم الأسرة وعلاج الدلتهابات المهبالية.

ومن الجدير بالذكر أن النساء المتزوجات حالياً الذي ذكرن أنهن يتذذنن القرار بشأن رعاية صحتهن الإنجابية بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن، يعتبرن متمتعات بسلطة اتخاذ القرار في هذا الصدد (٢٠١٥، e.g. El-Zanaty and Way).

الشكل ٤-٤ ب: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً، تبعاً للشخص الرئيسي الذي يتخذ القرار بشأن رعاية صحتهن الإنجابية وفقاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

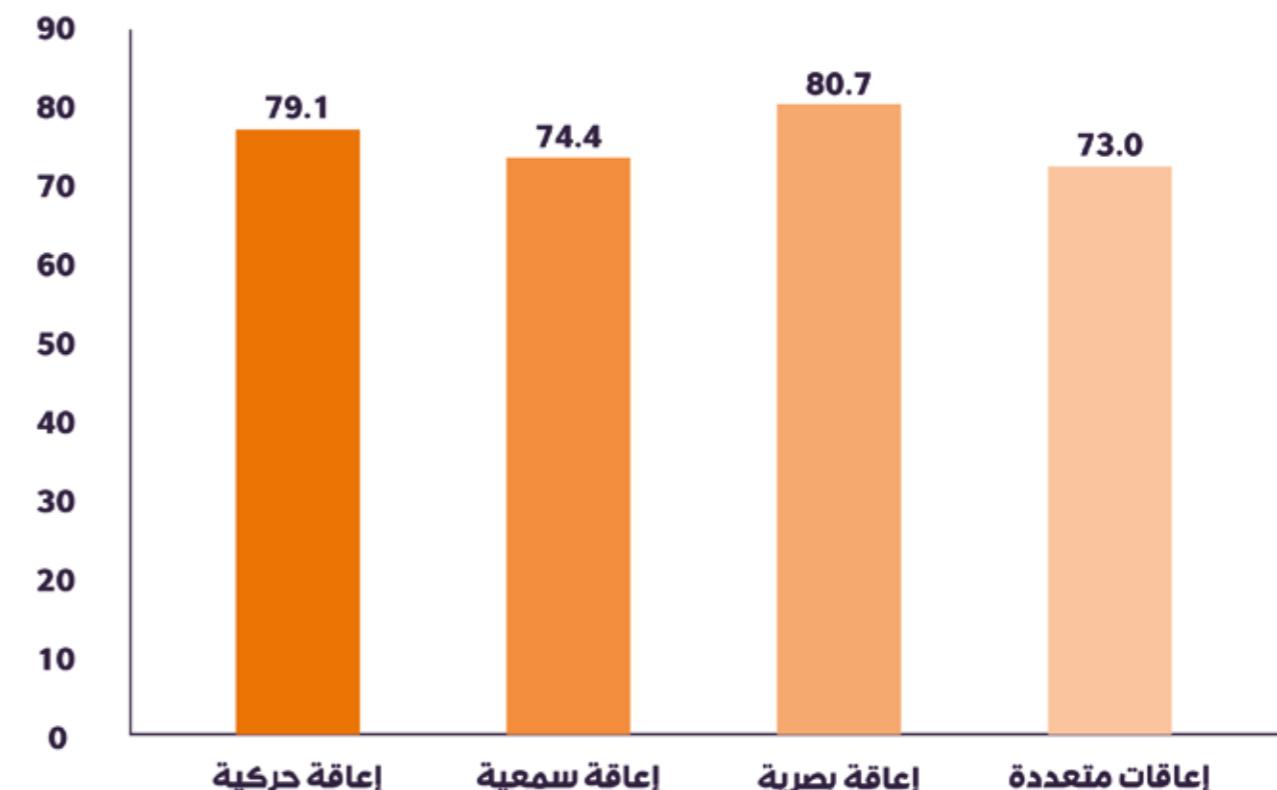


جدول ٤-٣: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً، تبعاً للشخص الرئيسي الذي يتخذ القرار عادة بشأن رعاية صحتهن الإنجابية، وفقاً لبعض خصائص المرأة ونوع إعاقتها، مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي	الشخص الذي يتخذ القرار عادة					الخصائص الخلفية / نوع الإعاقة
	عدد النساء	النسبة	أشخاص آخرون	الزوج بشكل رئيسي	السيدة بشكل رئيس أو بالاشتراك مع زوجها	
العمر						
١٣٣	١٠٠..	١١,٤	١٦,٣	٧٣,٣		٣٥ من أقل
٢٦٦	١٠٠..	١١,١	١٧,٦	٧٦,٣		٣٩ - ٣٥
٣٤٢	١٠٠..	٧,٣	١٦,٤	٧٦,٣		٣٤ - ٣٠
٣٦١	١٠٠..	٣,٦	١٦,٩	٧٩,٥		٣٩ - ٣٥
٣٧٧	١٠٠..	٢,٦	١٦,٣	٨١,١		٤٤ - ٤٠
٣١١	١٠٠..	٣,٥	١٥,١	٨١,٤		٤٩ - ٤٥
٣٦٠	١٠٠..	٢,٨	١٤,٤	٨٣,٨		٥٤ - ٥٠
٤٣٤	١٠٠..	٢,٨	١٧,٠	٨,٣		٥٩ - ٥٥
٣٧٣	١٠٠..	٢,٩	١٥,٠	٨٣,١		٦ سنة فأكثر
مكان الإقامة						
٢٨١٧	١٠٠..	٣,٦	١,٤	٨٦,٠		محافظات حضرية
٢٢٠	١٠٠..	٥,٥	١٨,٨	٧٥,٧		وجه بحري
١٧	١٠٠..	٣,٩	١٤,٨	٨١,٣		وجه قبلي

بين النساء ذوات الإعاقة السمعية. إلا أن نسبة المتزوجات حالياً اللائي ذكرن أن آشخاصاً آخرين مثل الوالدين أو أهل الزوج أو الأخوة يتذمرون بشكل أساسي القرارات الخاصة برعاية صحتهن الإنجابية أعلى بين ذوات الإعاقة السمعية (١٥٪) من نظرائهن اللائي يعانيمن من أنواع أخرى من الإعاقات (شكل ٤-٤-ب). وقد يكون السبب في ذلك أن هؤلاء النساء متزوجات حديثاً، ويعشن في أسر ممتدة، يكون فيها كبار السن هم متخدون القرارات الرئيسيون في الأسرة لاسيما في المناطق الريفية.

شكل ٤-٤ أ: نسبة النساء المتزوجات حالياً، واللائي يتذمرن القرارات بشكل أساسى بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن في ما يتعلق برعاية صحتهن الإنجابية تبعاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



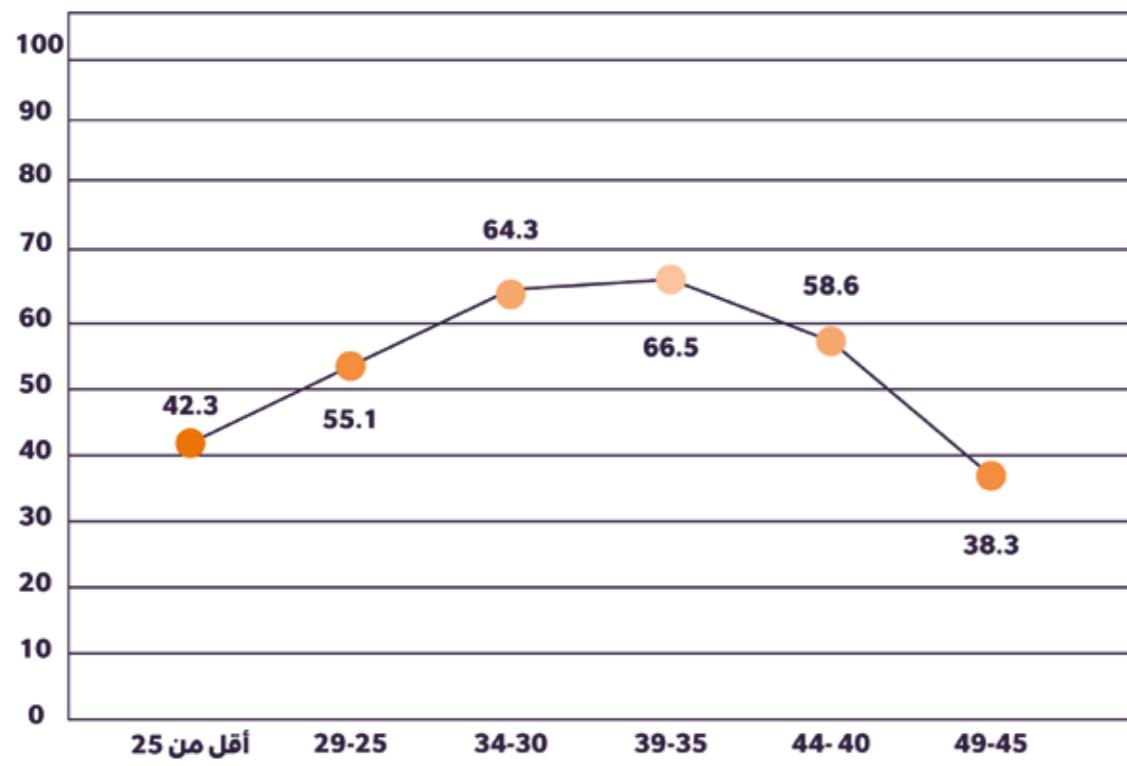
يقرب من ٣٨٪ بين النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ٤٥ - ٤٩ عاماً (شكل ٩-٤). ويتوافق هذا النمط مع النمط الوارد في المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤.

ويرتفع مستوى الدستخدام الحالي مع التقدم في العمر، من ٤٤٪ بين النساء تحت سن ٢٥ سنة إلى ذروة تبلغ نحو ٦٧٪ بين النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ٣٩ - ٤٥ سنة ثم ينخفض إلى ما

جدول ٤-٣: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً، تبعاً للوضع الحالي لاستخدامهن وسائل تنظيم الأسرة وفقاً للعمر الحالي للمرأة، مصر ٢٠٢٠

الإجمالي		استخدام وسائل تنظيم الأسرة			العمر الحالي للمرأة
عدد النساء المتزوجات حالياً	النسبة	لم تستخدم أبداً	استخدمت في الماضي	تستخدم حالياً	
المتزوجات حالياً					
١٣٣	١٠٠%	٤٨,٨	٨,٩	٤٢,٣	٢٥ من أقل من
٢٦	١٠٠%	٢٥,٠	١٩,٩	٥٥,١	٢٩ - ٢٥
٣٤٢	١٠٠%	٢٢,٣	١٣,٥	٦٤,٣	٣٤ - ٣٠
٣٦١	١٠٠%	١٥,٨	١٧,٧	٦٦,٥	٣٩ - ٣٥
٣٠٧	١٠٠%	١٥,٦	٢٥,٧	٥٨,٦	٤٤ - ٤٠
٣١١	١٠٠%	١٥,٨	٤٦,٠	٣٨,٣	٤٩ - ٤٥
١٦٦	١٠٠%	٢,٧	٢٣,٣	٥٦,٠	الإجمالي

شكل ٩-٤: نسبة النساء المتزوجات حالياً، ويستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة تبعاً للعمر الحالي للمرأة، مصر ٢٠٢٠



المستوى التعليمي	تعتقد النساء أن لديهن مهارات جيدة ربما لا يمتلكها الآخرون (تقدير الذات)	نعم	لا	نعم	لا
أممية	١٤٩.	١٠٠%	٤,٢	١٦,١	٧٩,٧
تقرأ وتكتب	٣٧.	١٠٠%	٤,١	١٤,١	٨١,٨
ابتدائي/إعدادي	١٨٣	١٠٠%	٦,٦	١٨,٦	٧٤,٨
ثانوي/ فأعلى	٧٧٤	١٠٠%	٤,٩	١٦,٣	٧٨,٨
تعتقد النساء أنهن يقمن بأشياء يفخرن بها وأن الآخرين لا يستطيعون القيام بها (الثقة بالنفس)					
نعم	٥١٦	١٠٠%	٦,٠	١٣,٣	٨٠,٨
لا	٢٣٠١	١٠٠%	٤,٢	١٦,٧	٧٩,١
نوع إعاقة المرأة					
إعاقة حركية	٧٠٣	١٠٠%	٥,٧	١٥,٨	٧٨,٥
إعاقة سمعية	٢١٤	١٠٠%	٤,٢	١٦,١	٧٩,٧
إعاقة بصرية	٨١٤	١٠٠%	٤,٤	١٦,٥	٧٩,١
إعاقات متعددة	٢٦٦٢	١٠٠%	٣,٠	١٦,٣	٨٠,٧
الإجمالي	١٣٠	١٠٠%	٧,٧	١٩,٣	٧٣,١
٢٨١٧	١٠٠%	٤,٥	١٦,٠	٧٩,٥	

مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠، يمثل فرصة جيدة لتزويد صانعي السياسات ببيانات عن الحالة الراهنة لتنظيم الأسرة في المجتمع المشمول بالدراسة (النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة).

أشارت نتائج مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ إلى أن نحو ٨ من كل ١٠ من النساء المتزوجات حالياً اللائي تتراوح أعمارهن بين ٤٩ - ٦٨٪ قد استخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة في أي وقت خلال حياتهن، وأن ٥٦٪ يستخدمنها حالياً (أي ذكرن وقت إجراء المسوح أنهن يستخدمنها)، ونحو ٣٣٪ استخدمن في الماضي (جدول ٤-٣). ويقل مستوى الدستخدام الحالي لوسائل تنظيم (%) بمقدار ٢,٥ نقطة مئوية عن المعدل الذي كشف عنه المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤ للنساء المتزوجات حالياً اللائي تتراوح أعمارهن بين ٤٩ - ٤٥ عاماً (والذي كان ٥٨,٥٪) ويتساوى بالضبط مع نفس المستوى بين النساء الأكثر فقرًا في عينة ذات المسوح.

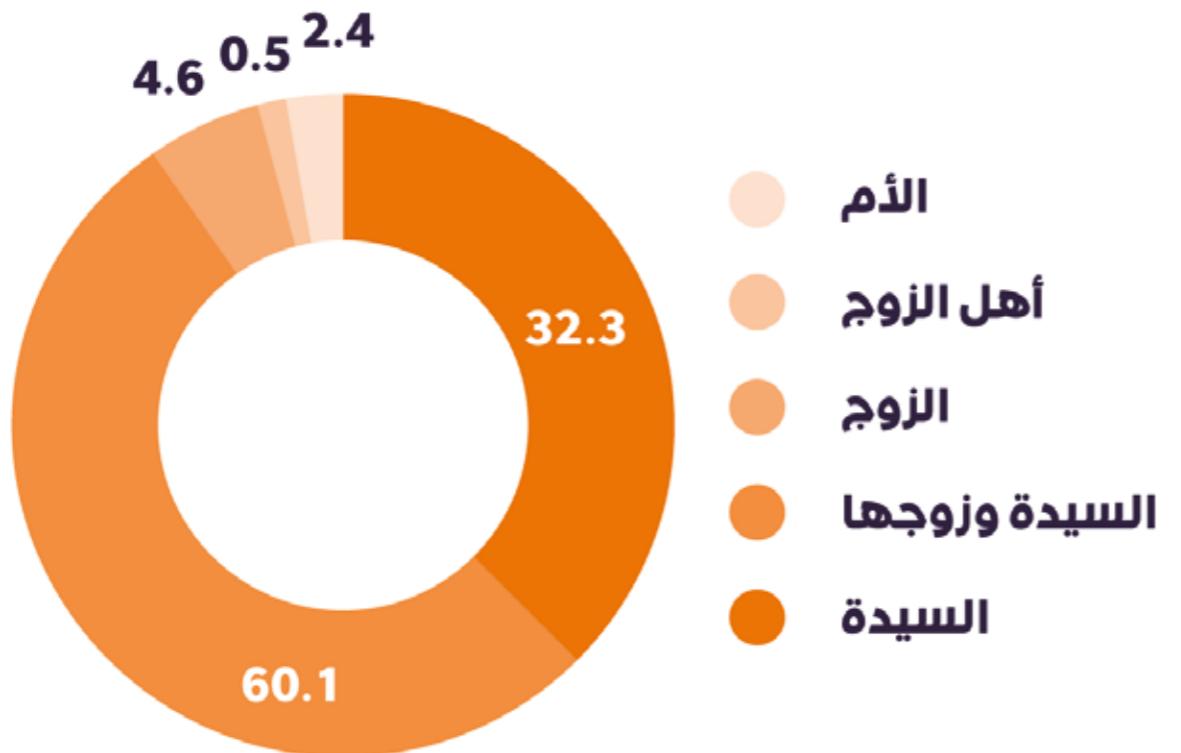
يستعرض هذا القسم الوضع الحالي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء في سن الإنجاب (١٨ - ٤٩ سنة) المتزوجات حالياً. ثم يتناول استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال حياة المرأة بين النساء السابق لهن الزواج (المتزوجات حالياً، والمطلقات / المنفصلات والأرامل) وسلطة اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ومدى تفاوتها تبعاً لبداية ونوع إعاقة المرأة. كما يجري التعرف إلى أسباب الدستخدام أو عدم الدستخدام.

٤-٣ تنظيم الأسرة

٤-٣-١ الوضع الحالي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة

يعتبر المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤ أحدث مسح قدم بيانات عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ومنذ ذلك الحين لم تُجر أي مسح لجمع بيانات عن تنظيم الأسرة، ومن ثم فإن

شكل ٤-٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج ، الذي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في أي فترة من حياتهن، تبعاً للشخص الذي اتخاذ قرار الاستخدام، مصر ٢٠٢٠.



(يشمل المستخدمات حالياً واللاتي استخدمن في الماضي.
آخر مرة استخدمت فيها وسائل تنظيم الأسرة).

من استخدمن وسائل تنظيم الأسرة، وكانت إعاقتهن منذ الميلاد وذوات الإعاقة السمعية في اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدامهن وسائل تنظيم الأسرة (اتخذن القرار بمفردهن أو بالاشتراك مع أزواجهن)، في حين كانت النسبة المقارنة نحو ٩٣٪ بين كل من ذوات الإعاقة الحركية وذوات الإعاقة البصرية.

كانت النساء ذوات الإعاقة منذ الميلاد والنساء ذوات الإعاقة السمعية اللاتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في أي فترة من حياتهن، أقل احتمالاً من النساء الآخريات في عينة الدراسة، للمشاركة في اتخاذ القرار المتعلق باستخدامهن وسائل تنظيم الأسرة، فقد شارك نحو ٨٩٪ وما يقرب من ٨٦٪ على التوالي

السمعية، إذ إن هؤلاء النساء يتركزن في أعمار أصغر من النساء الآخريات في عينة الدراسة (كما هو موضح في الفصل الثالث)، ومن ثم فمن المتوقع أن تكون نسبة المتزوجات حديثاً الذي لم ينجبن أطفالاً أو لم يبلغن بعد حجم الأسرة الذي يرغبون فيه، أعلى بينهن عن النساء الآخريات.

سؤال مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ النساء السابق لهن الزواج من استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في أي فترة من حياتهن "من الذي اتخاذ قرار الاستخدام في آخر مرة استخدمت فيها وسيلة؟"، وتنظر الإجابات الواردة في (جدول ٤-٤ وشكل ٤-٤) أن النساء يتمتعن بمستوى عالٍ من سلطة اتخاذ القرار في ما يتعلق باستخدامهن وسائل تنظيم الأسرة، وهو ما يتتسق مع النتائج التي كشف عنها المسح السكاني الصحي للنساء المتزوجات حالياً الذي تتراوح أعمارهن بين ٤٩ و١٥ عاماً على المستوى الوطني. فكما يلاحظ، فإن الغالبية العظمى من النساء اللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة شاركن في قرار الاستخدام (٩٢٪) إما بمفردهن، (٣٢٪) أو بالاشتراك مع أزواجهن (٦٠٪).

٤-٣-٤ استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال حياة المرأة واتخاذ القرارات المتعلقة بالاستخدام

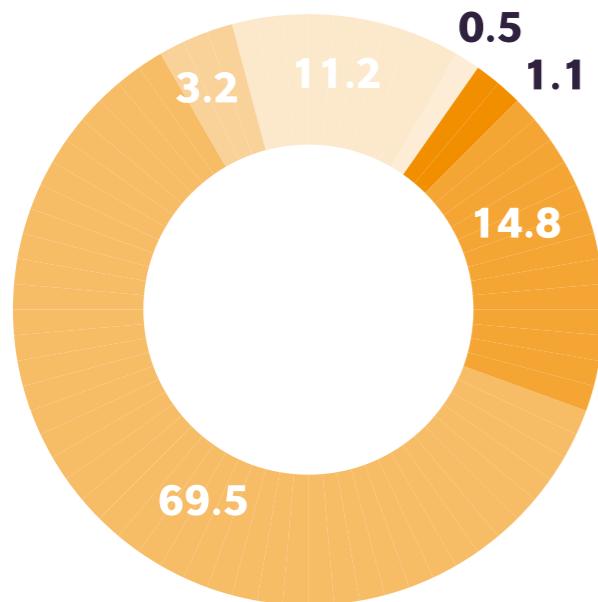
يوضح (جدول ٤-٤) التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج (١٨ عاماً فأكثر) تبعاً لتجربتهن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال حياتهن، والشخص الذي اتخاذ القرار بشأن استخدامه. النتائج الواردة في ذات الجدول مصنفة تبعاً لتوقيت بداية ونوع إعاقة المرأة لمعرفة إذا ما كانت تجربة المرأة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة واتخاذ القرار المرتبط به، تتفاوت تبعاً لهذه العوامل أم لا، ويعتبر توقيت بداية إعاقة المرأة ذات أهمية خاصة في التحليل، لأنه يوفر مؤشراً تقريرياً عما إذا كانت تجربة معينة حدثت للمرأة في أثناء إصابتها بالإعاقة أو قبل إصابتها.

استخدمت غالبية النساء السابق لهن الزواج البالغات من العمر ١٨ عاماً فأكثر وسائل تنظيم الأسرة خلال حياتهن (٧٨٪) بغض النظر عن توقيت بدء أو نوع إعاقتهم، ولكن كما هو متوقع، كان احتمال استخدام وسائل تنظيم الأسرة أقل بين النساء اللاتي كانت إعاقتهم منذ الميلاد أو الطفولة والنساء ذوات ذوات الإعاقة

سلطة اتخاذ القرارات الخاصة برعاية الصحة العامة والصحة الانجابية

كما يتضح من (شكل ١١٤)، كان السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة التوقف عن الإنجاب (عدم إنجاب مزيد من الأطفال)، يليه بفارق كبير تأجيل الحمل. فنحو ٧ من كل ١٠ من سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة (المستخدمات حالياً واللائي استخدمن في الماضي) استخدمن وسائل تنظيم الأسرة لوقف الإنجاب، ونحو ١٥٪ استخدمن للمباعدة بين الولادات، وذكرت المشكلات الصحية والإعاقة كأسباب لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة من نحو ١١٪ و ٣٪ على التوالي.

شكل ١١٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج ، اللائي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبعاً للسبب الرئيسي لل باستخدام^١ ، مصر ٢٠٢٠.



لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة لضغوط من الزوج أو أهل الزوج كي يستخدمن (شكل ١١٤)، ونحو ٣٪ من النساء ممن لم يستخدمن على الإطلاق تعرضن لأنشغال مختلفة من الضغط والإكراه من الزوج (التهديد بالطلاق والعنف البدني)، وضغط من أهل الزوج لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة (شكل ١٢-٤)، وتتوافق هذه النتيجة مع المستويات العالية نسبياً لسلطة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة على النحو المشار إليه أعلاه.

(يشمل المستخدمات حالياً واللائي استخدمن في الماضي، آخر مرة استُخدمن فيها وسائل تنظيم الأسرة).

وسائل تنظيم الأسرة ذكرن هذا السبب (٢١٪)، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤، وذكرت العقّم أكثر من واحدة من كل ١٠ من لم يسبق لهن الدستخدام (نحو ١٢٪). كما ذكر نحو ٥٪ عدم توافر وسيلة تنظيم الأسرة كسبب رئيسي لعدم استخدامها.

يشير شكل ١٢-٤ إلى أن الرغبة في إنجابأطفال كانت السبب الرئيسي لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة (٥٩٪)، ونسبة كبيرة ممن لم يسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ذكرن الآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة كسبب رئيسي لعدم الدستخدام، فأكثر من خمس النساء اللائي لم يسبق لهن استخدام

سلطة اتخاذ القرارات الخاصة برعاية الصحة العامة والصحة الانجابية

جدول ٤-٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج ، تبعاً لاستخدامهن وسائل تنظيم الأسرة خلال حياتهن، والشخص الذي اتخذ قرار الدستخدام، وفقاً لبداية حدوث نوع إعاقة المرأة، مصر ٢٠٢٠.

قرار الدستخدام	تنظيم الأسرة/ اتخاذ	بداية حدوث الإعاقة	استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال حياة المرأة							
			الإجمالي	متعددة	بصرية	سمعية	حركية	في الأعمار الأكبر	منذ الشباب	منذ الطفولة
استخدام وسائل تنظيم الأسرة خلال حياة المرأة										
سبق لها الدستخدام ^١		٧٧,٥	٧٩,٦	٧٧,٥	٦٢,٤	٧٩,٣	٨٠,١	٨٠,٤	٧٣,٩	٦٨,٨
لم يسبق لها الدستخدام		٢٢,٥	٢٠,٤	٢٢,٥	٣٧,٦	٢٠,٧	١٩,٩	١٩,٦	٢٦,١	٣١,٣
الإجمالي %		١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠
عدد النساء السابق لهن الزواج		٣١٤٤	١٤٧	٩,١	٢٣٧	١٨٥٩	١٤٩٦	٧٣٦	٤٦	٤٨
الشخص الذي اتخذ القرار بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة^٢										
السيدة		٣٢,٣	٣٠,٨	٣٢,١	٢٧,٧	٣٢,٩	٣٣,٤	٣١,٨	٢٨,٣	٣٣..
السيدة بالاشتراك مع زوجها		٦,١	٥٨,١	٦,٥	٥٨,١	٦,٥	٦,٦	٦١,٠	٦٢,٤	٥٥,٨
الزوج		٤,٦	٦,٠	٤,٤	٨,٨	٤,١	٣,٩	٣,٦	٦,٢	٧,٠
أهل الزوج		,٥	,٩	,٦	٨,٨	,٣	,٢	,٣	١,٥	١,٣
الأم		٢,٤	٤,٣	٢,٤	٣,٤	٢,٢	٢,٠	٣,٣	١,٨	٣,٠
الإجمالي %		١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠
عدد السيدات السابق لهن الدستخدام ^١		٢٤٣٨	١١٧	٦٩٨	١٤٨	١٤٧٥	١١٩٩	٥٨٤	٣٤	٣٣.

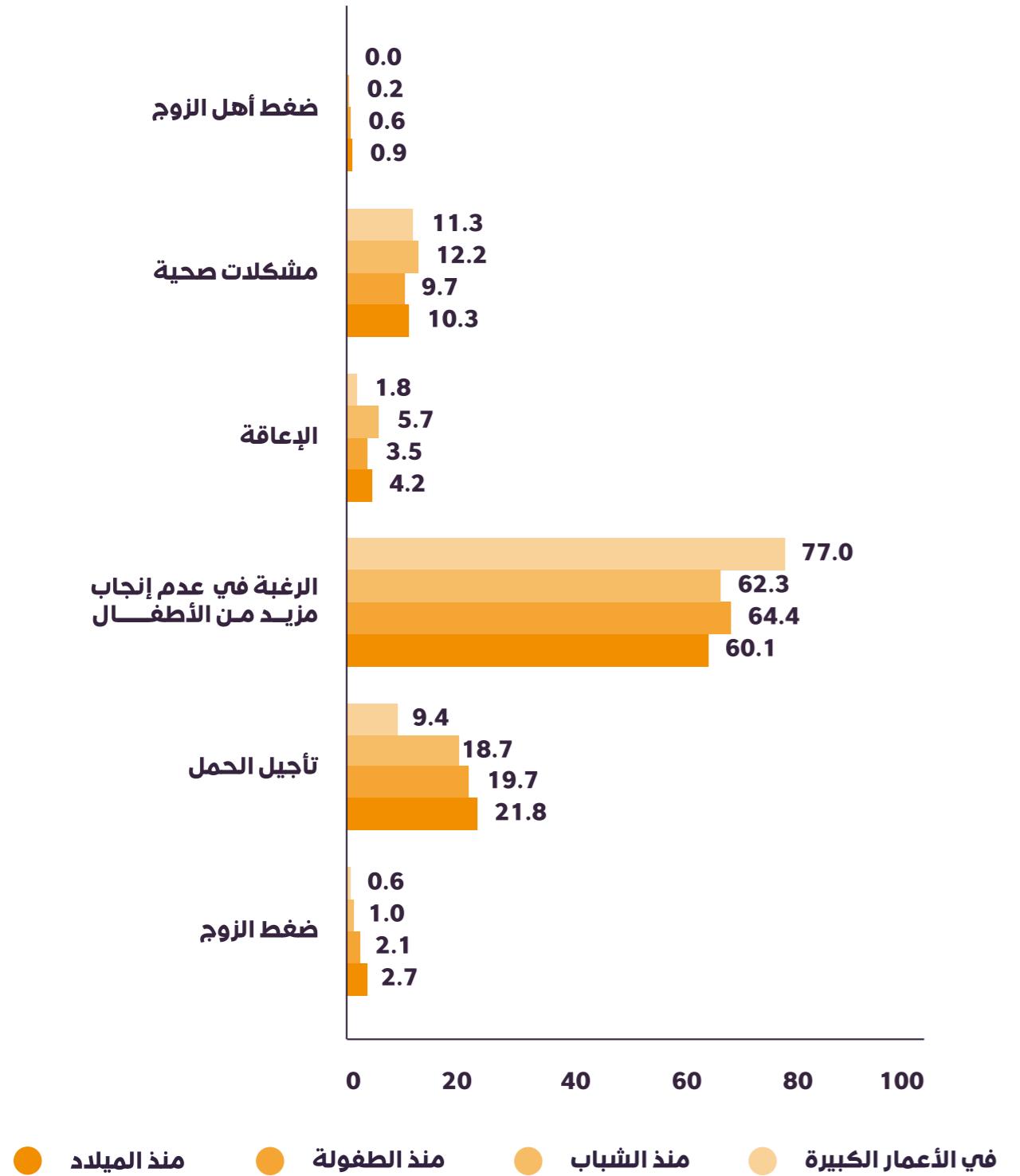
ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٤-١٩ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

^١يشمل المستخدمات حالياً واللائي استخدمن في الماضي.
^٢آخر مرة استُخدمن وسائل تنظيم الأسرة.

٤-٣-٣ أسباب استخدام وعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة

لمعرفة ما إذا كانت النساء قد تعرضن لأي ضغط أو إكراه كي يستخدمن أو لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، سُئلت النساء اللائي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة عن السبب الرئيسي لاستخدامها في المرة الأخيرة، كما

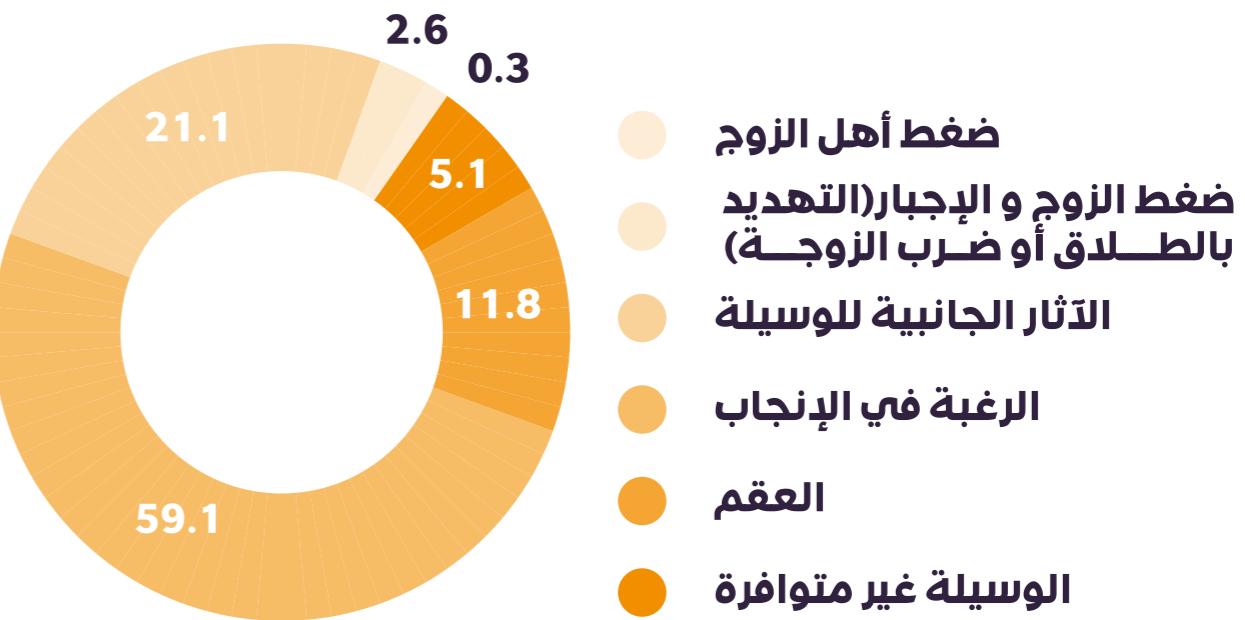
شكل ٤-١٣: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، الذي لم يسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبعاً للسبب الرئيسي لل باستخدام، وفقاً لبداية حدوث الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



(يشمل المستخدمات حالياً واللتي استخدمن في الماضي.
آخر مرة استُخدمت فيها وسائل تنظيم الأسرة).

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩ - ٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

شكل ٤-١٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، الذي لم يسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبعاً للسبب الرئيسي لعدم الاستخدام، مصر ٢٠٢٠.



ذكر عدد قليل من النساء أن ضغط الزوج أو أهله هو السبب في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بغض النظر عن بداية حدوث أو نوع الإعاقة، ولكن النساء ذوات الإعاقة السمعية والنساء الذي لديهن إعاقة منذ الولادة كن أكثر احتمالاً من غيرهن من النساء أن يذكرون أن ضغط الزوج (نحو ٤٪ و ٣٪ على التوالي) أو أهله كان سبباً لاستخدامهن وسائل تنظيم الأسرة (١٪ لكلا المجموعتين)، ويمكن أيضاً أن تفسر الأعمار الأصغر لهؤلاء النساء هذه النتيجة.

ذكرت الإعاقة سبباً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة من عدد قليل أيضاً من النساء السابق لهن استخدام، ولكن النساء الذي كانت إعاقتهن من مراحل الشباب والنساء الذي يعاني من إعاقة حركية، كان أكثر احتمالاً أن يذكرون هذا السبب (٦٪ و ٤٪ على التوالي) من النساء الأخريات.

ويوضح جدول ٤-٥ والشكلين ٤-١٣ و ٤-١٤ أن الأسباب الرئيسية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة متشابهة بين النساء السابق لهن استخدام، مع اختلاف بدايات حدوث وأنواع إعاقتها، ولكن النساء الذي تعرضن لإعاقة منذ الميلاد والنساء الذي لديهن إعاقة سمعية، كان أقل احتمالاً أن يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة بغض التوقف عن الإنجاب، وأكثر احتمالاً أن يستخدمنهما لتأجيل الإنجاب، مقارنة بالنساء الأخريات الذي حدثت إعاقاتها في وقت لاحق من الحياة، أو كان يعاني من أنواع أخرى من الإعاقات.

وهذه النتيجة متوقعة لأن هؤلاء النساء أصغر سنًا من غيرهن من النساء في عينة المسح، ومن ثم فمن الأرجح أنهن لم يحققن بعد العدد المرغوب من الأطفال.

جدول ٤-٥: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، الذي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبعاً للسبب الرئيسي للدستخدام، وفقاً لبداية حدوث نوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

		نوع الإعاقة		بداية حدوث الإعاقة		السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة		
متعددة	بصرية	سمعية	حركية	في الأعمار الأكبر	منذ الشباب	منذ الطفولة	منذ الميلاد	
١,٧	.٦	٤,١	١,١	.٦	١,٠	٢,١	٢,٧	ضغط الزوج
٦,٠	١٦,٩	٢٥,٧	١٣,٤	٩,٤	١٨,٧	١٩,٧	٢١,٨	تأجيل الحمل
٧٦,١	٧,٥	٦٢,٢	٦٩,٢	٧٧,٠	٦٢,٣	٦٤,٤	٦٠,١	عدم الرغبة في إنجاب مزيد من الأطفال
٣,٦	٢,٣	.٧	٤,٠	١,٨	٥,٧	٣,٥	٤,٣	الإعاقة
١٣,٧	٩,٣	٦,٨	١٢,٣	١١,٣	١٢,٣	٩,٧	١٠,٣	مشكلات صحية
.٠	.٤	.٧	.١	.٠	.٢	.٦	.٩	ضغط أهل الزوج
١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	١٠,٠	الإجمالي %
١١٧	٦٩٨	١٤٨	١٤٧٥	١١٩٩	٥٨٤	٣٤,	٣٣,	عدد السيدات السابق لهن الدستخدام ^١

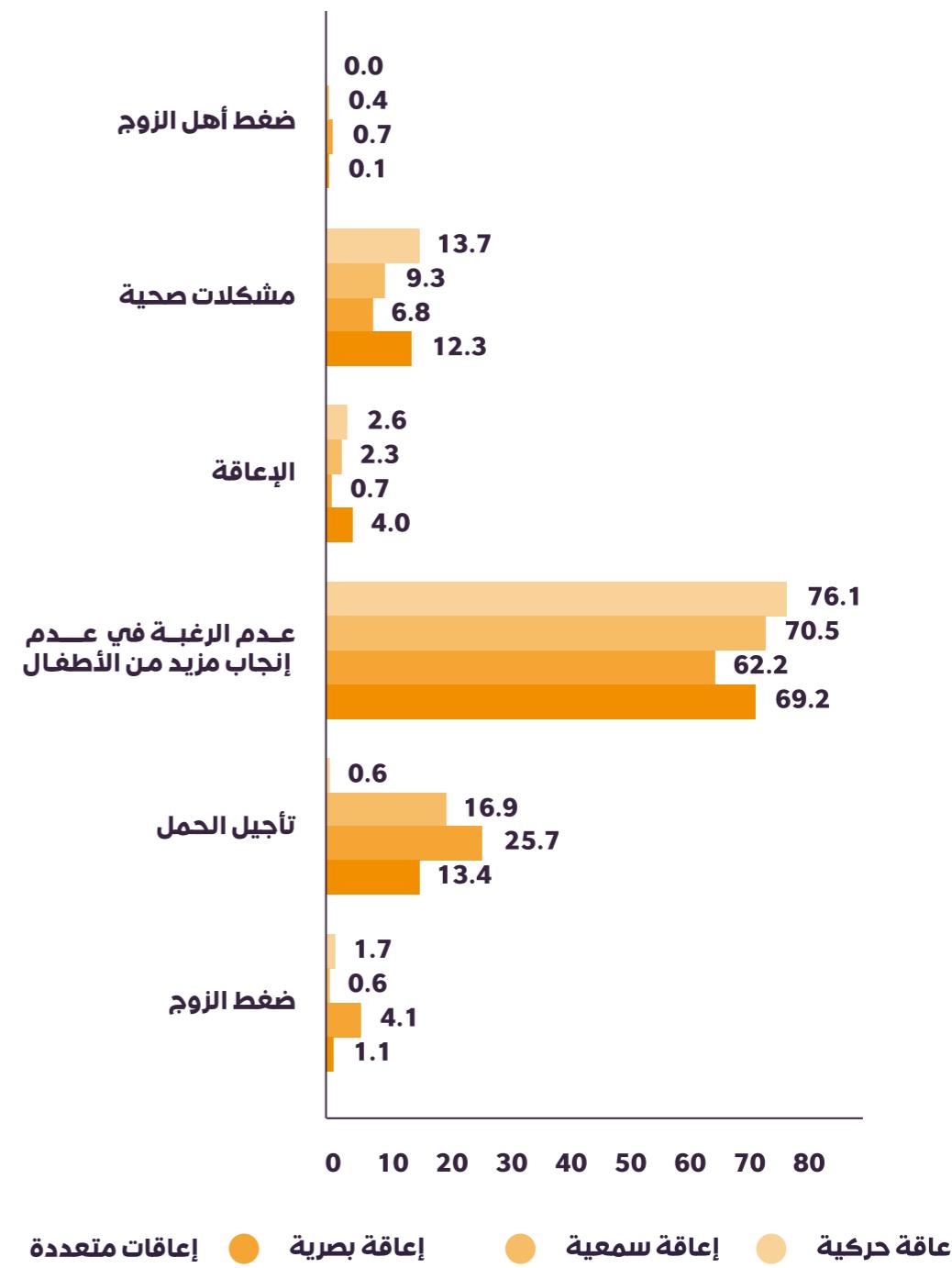
(يشمل المستخدمات حالياً واللاتي استخدمن في الماضي.
آخر مرة استُخدمت فيها وسائل تنظيم الأسرة.

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بعاقبة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩ - ٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

يشكل أكثر بين النساء الذي حدثت إعاقتهن بعد مرحلة الشباب (في سن ٣٥ سنة فأكثر) والنساء ذوات الإعاقة الحركية (نحو ٢٥٪) والنساء على التوالي)، وبالمثل، كانت هاتان المجموعتان من النساء أكثر احتمالاً من النساء الآخريات أن يذكرون عدم توافر وسيلة تنظيم الأسرة كسبب لعدم استخدامهن، إذ ذكر هذا السبب من نحو ١٪ من النساء الذي بدأته إعاقتهن بعد مرحلة الشباب و٧٪ من النساء ذوات الإعاقة الحركية.

ويوضح جدول ٤-٤ أنماط أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة تبعاً لبداية حدوث ونوع إعاقة المرأة، وكما هو متوقع، كانت النساء الذي حدثت إعاقتهن منذ الميلاد والنساء ذوات الإعاقة السمعية أكثر عرضة من غيرهن من النساء في عينة الدراسة، لعدم استخدامهن وسائل تنظيم الأسرة، بسبب الرغبة في إنجابأطفال (٧٪ لكل منها). ذُكرت الآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة كسبب لعدم الدستخدام

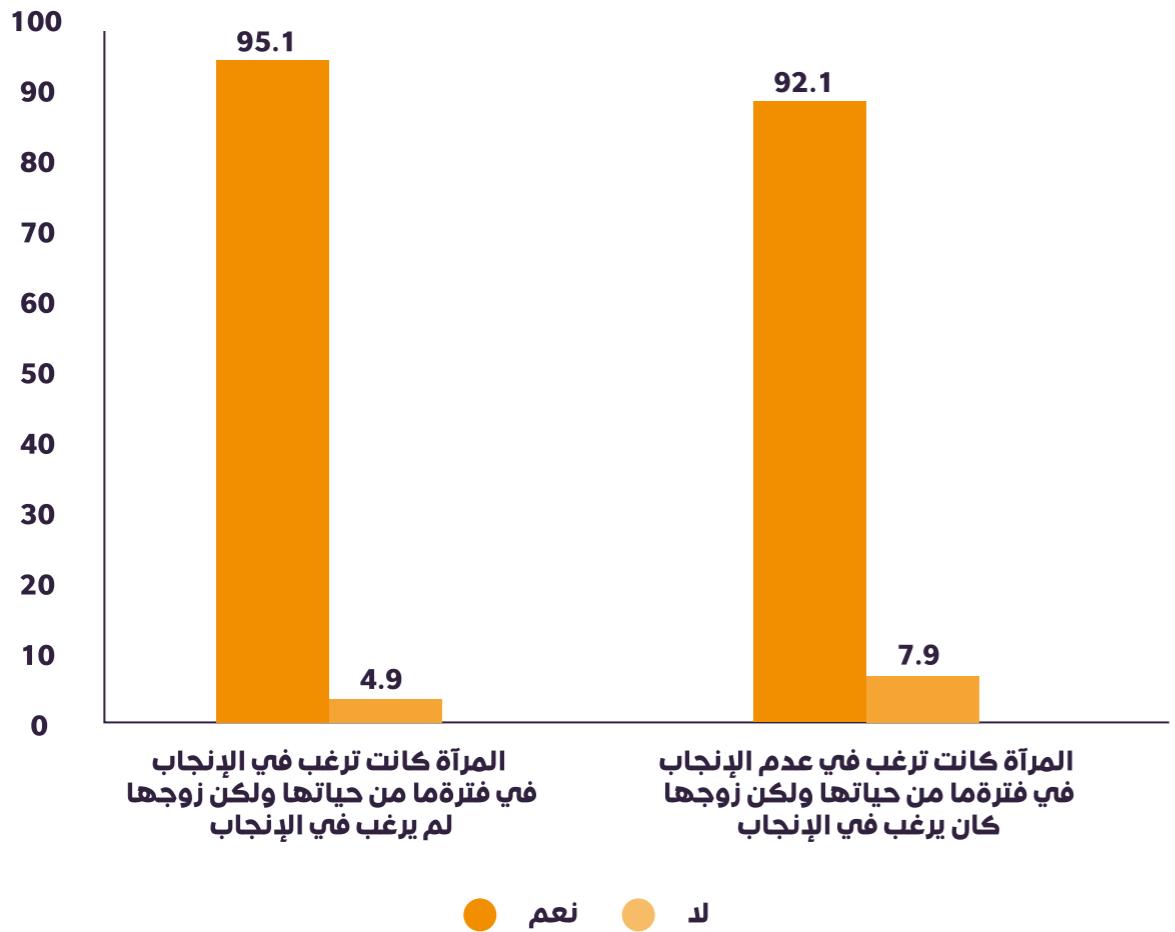
شكل ٤-٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبعاً للسبب الرئيسي للدستخدام، وفقاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



(يشمل المستخدمات حالياً واللاتي استخدمن في الماضي.
آخر مرة استُخدمت فيها وسائل تنظيم الأسرة.

إنجاب أطفال أنجبين. ولكن، نسبة كبيرة أيضًا من الأزواج لم يحققوا رغباتهم الإنجابية (شكل ٤-١٦)، وقد تشير هذه النتيجة إلى أن هؤلاء الأزواج والزوجات اختلفت رغباتهم الإنجابية في فترة ما من حياتهم، ولكن ربما توصلوا بعد ذلك من خلال المفاوضات إلى قرار مشترك مرض بشأن إنجاب أو عدم إنجاب أطفال، ولكن، كانت النساء أكثر عرضةً إلى حد ما من أزواجهن خلال تنفيذ رغباتهن الإنجابية، الأمر الذي قد يعكس إلى حد ما اختلال التوازن في القوة والسيطرة بين النساء وأزواجهن.

شكل ٤-١٥: التوزيع النسبي للنساء السابقات لهن الزواج، تبعًا لفضيلات الإنجاب لديهن، مقارنة بأزواجهن في أي وقت من حياتهن. مصر ٢٠٢٠. مصدر: مصر ٢٠٢٠.



جدول ٤-٦: التوزيع النسبي للنساء السابقات لهن الزواج، الذي لم يسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تبعًا للسبب الرئيسي لعدم الاستخدام، وفقاً لبداية حدوث نوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

السبب الرئيسي لعدم الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة	نوع الإعاقة								بداية حدوث الإعاقة
	متعددة	بصرية	سمعية	حركية	في الأعمار الأكبر	منذ الشباب	منذ الطفلة	منذ الميلاد	
الرغبة في الإنجاب	(٦,٠)	٦١,٦	٦٩,٧	٥٥,٣	٤٨,١	٦٤,٨	٦٥,٠	٧,٠	(٦,٠)
الآثار الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة	(١٣,٣)	١٧,٢	٢١,٣	٢٣,٧	٢٤,٦	٢١,٨	١٥,٨	١٨,٧	(١٣,٣)
الضغط والإجبار (التهديد بالطلاق، ضرب الزوجة) من الزوج	(٣,٣)	٣,٥	٢,٢	٢,٤	٢,٧	٢,١	٢,٤	٢,٠	(٣,٣)
عدم توافر الوسيلة	(,٠)	,٠	,٠	,٠	,٣	,٧	,٠	,٠	(,٠)
العقم	(٦,٧)	٣,٩	١,١	٦,٥	١,١	٢,١	١,٧	,٧	(٦,٧)
الإجمالي %	(٦,٧)	١٣,٨	٥,٦	١٢,٢	١٣,٨	٧,٧	١٥,٠	٨,٧	(٦,٧)
عدد السيدات اللائي لم يسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
(%) يعني أن عدد الحالات أقل من ٥٠.	٣	٢,٣	٨٩	٣٨٤	٢٩٧	١٤٢	١٢	١٥	

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بعاعة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩ - ٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عامًا فأكثر.

(%) يعني أن عدد الحالات أقل من ٥٠.

٤-٤ أسباب استخدام وعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة

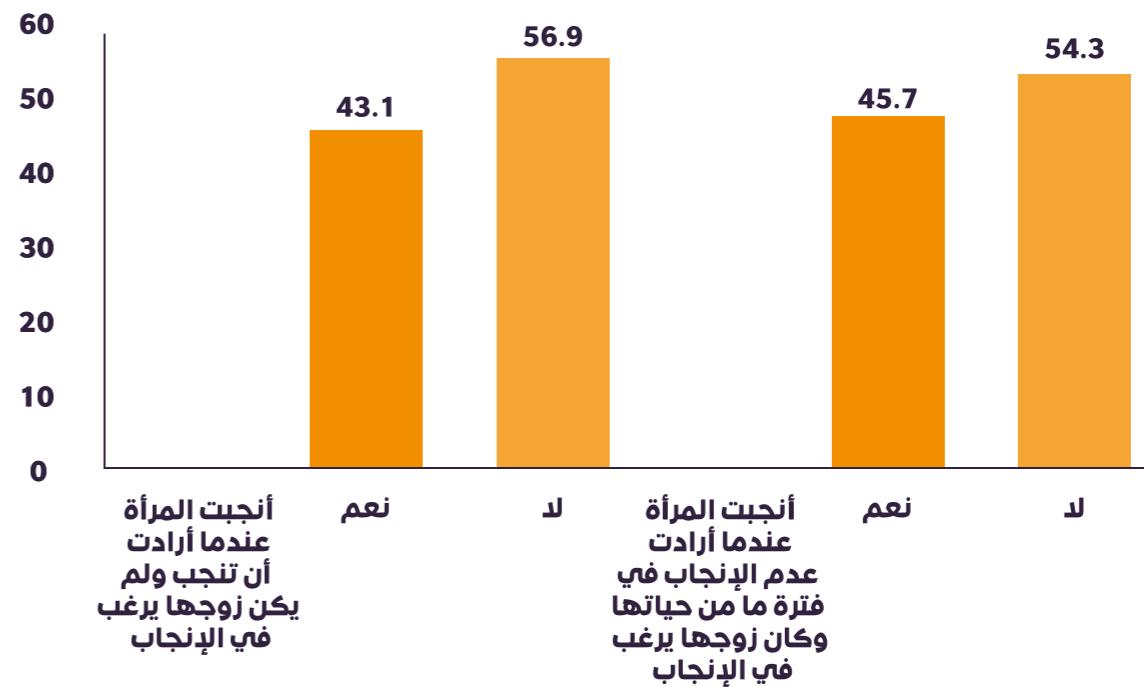
تعكس النتائج الواردة في جدول ٤-٧ وشكل ٤-١٥ توافقاً كبيراً بين المشاركات في الدراسة وأزواجهن في ما يتعلق بفضيلاتهم الإنجابية، وعندما كانت هناك اختلافات، كان الرجال يميلون إلى إنجاب مزيد من الأطفال أكثر من زوجاتهم، مما يقرب من ٥٪ فقط من النساء السابقات لهن الزواج كن يرغبن في إنجابأطفال في فترة ما من حياتهن ولم يكن أزواجاًهن يرغبون في ذلك، مقارنة بنحو ٨٪ من النساء كان أزواجاًهن يرغبون في إنجابأطفال في فترة ما ولهن يكُنْ يرغبن في ذلك. تتوافق هذه النتيجة مع النتيجة التي أشار إليها مسح

لتقييم سلطة النساء السابقات لهن الزواج المشاركات في الدراسة في ما يتعلق بسلوكياتهن الإنجابية، ومعرفة ما إذا كان تعرّضن في أي فترة من حياتهن لضغوط أو عنف كي لا ينفّذن رغباتهن الإنجابية، درس ٢٠٢٠ مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ إذا كانت التفضيلات الإنجابية (فضيل إنجاب أو عدم إنجاب أطفال) اختلفت لدى النساء في أي فترة من حياتهن عن فضيلات أزواجاًهن (رغبت المرأة في إنجاب طفل في أي فترة من حياتها بينما لم يرغب زوجها، والعكس)، وإذا حدث هذا، فإلى أي مدى تحولت التفضيلات الإنجابية للنساء لسلوكيات إنجابية فعلية، وما أسباب عدم تنفيذ رغبات المرأة الإنجابية؟

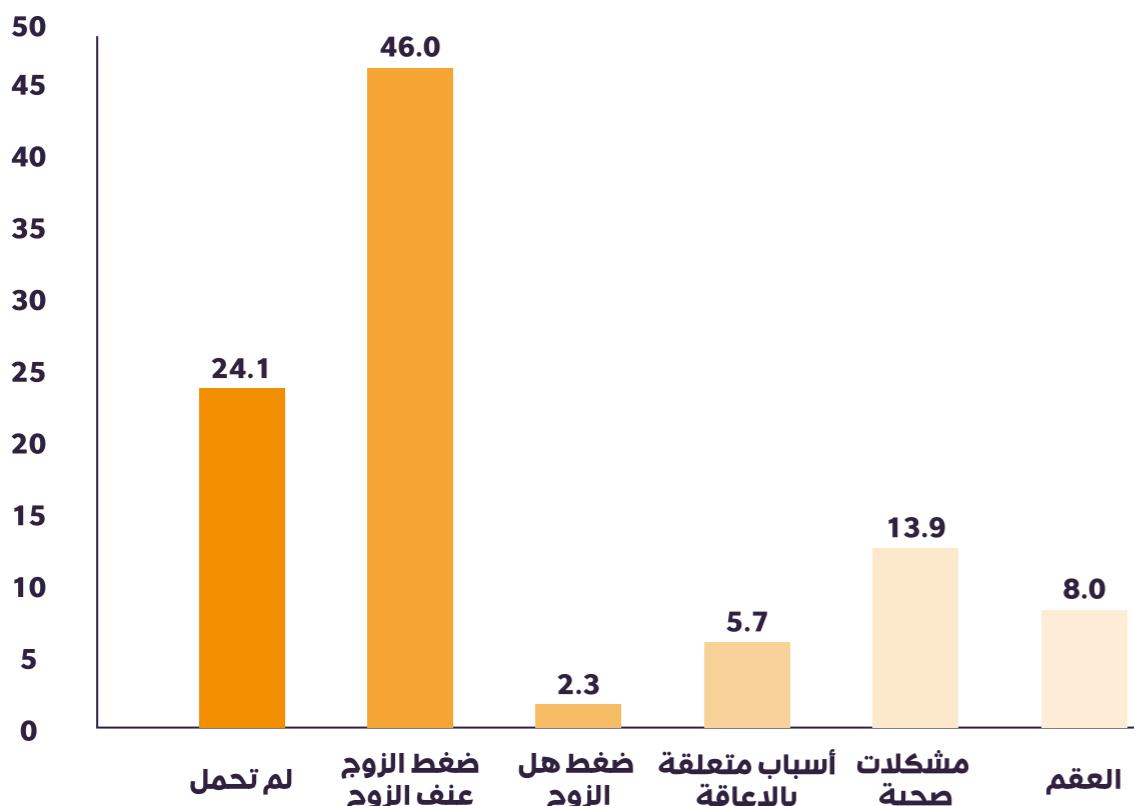
جدول ٤-٧: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، تبعاً لتفضيلاتهن الإنجابية مقابل التفضيلات الإنجابية لأزواجهن والسلوكيات الإنجابية المترتبة على ذلك، مصر ٢٠٢٠

النسبة	المؤشر
٤,٩	أرادت المرأة الإنجاب في فترة ما من حياتها ولكن لم يكن زوجها يرغب في الإنجاب
٩٥,١	نعم
٩٥,١	لـ
١٠٠,٠	الإجمالي %
٣١٤	عدد النساء السابق لهن الزواج
٤٣,١	أنجبت المرأة عندما أرادت أن تنجب ولم يكن زوجها يرغب في الإنجاب
٥٦,٩	نعم
٥٦,٩	لـ
١٠٠,٠	الإجمالي %
١٥٣	عدد النساء السابق لهن الزواج اللذى أردن الإنجاب في فترة ما من حياتهن ولم يكن أزواجهن يرغبون في الإنجاب
٧,٩	أرادت المرأة عدم الإنجاب في فترة ما من حياتها ولكن زوجها كان يرغب في الإنجاب
٩٣,١	نعم
٩٣,١	لـ
١٠٠,٠	الإجمالي %
٣١٤	عدد النساء السابق لهن الزواج
٤٥,٧	أنجبت المرأة عندما أرادت عدم الإنجاب في فترة ما من حياتها وكان زوجها يرغب في الإنجاب
٥٤,٣	نعم
٥٤,٣	لـ
١٠٠,٠	الإجمالي %
٢٤٧	عدد النساء السابق لهن الزواج اللذى أردن عدم الإنجاب في فترة ما من حياتهن وأراد أزواجهن الإنجاب

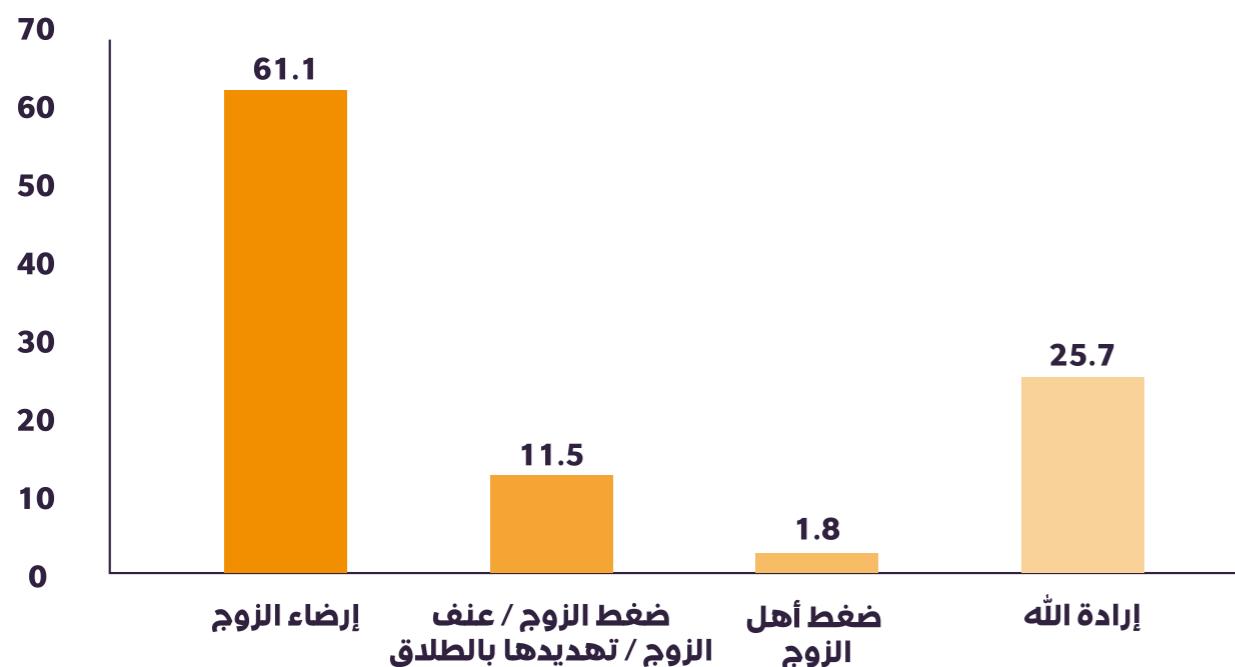
شكل ٤-٦: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، اللذى اختللت تفضيلاتهن الإنجابية عن أزواجهن في أي فترة من حياتهن، تبعاً لسلوكيات الإنجاب المترتبة على ذلك، مصر ٢٠٢٠



شكل ١٧-٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، الذي لم يرغبن في الإنجاب في فترة ما من حياتهن ولم ينجبن، تبعاً للسبب الرئيسي لعدم الإنجاب، مصر ٢٠٢٠.



شكل ١٨-٤: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، الذي لم يكن يرغبن في إنجاب أطفال في فترة ما من حياتهن وأنجبن، تبعاً للسبب الرئيسي للإنجاب، مصر ٢٠٢٠.



٤-٤-٢-١-٣-٤ أسباب عدم تنفيذ الرغبات الإنجابية للمشاركات في الدراسة

على الرغم من المستوى العالمي لسلطة النساء المشاركات في الدراسة في اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والاتفاق الكبير مع الأزواج بشأن الرغبات الإنجابية (كما هو موضح أعلاه)، فإن نسبة كبيرة من النساء القليلة الذي رغبن في أي وقت من حياتهن في إنجاب أطفال، ولم يرغب أزواجهن في ذلك، أجبرن على عدم الإنجاب في ذلك الوقت (جدول ٤-٨ وشكل ٤-١٧).

نحو ٥ من كل ١٠ من النساء (٤٦٪) ممن رغبن في الإنجاب ولم ينفذهن في الإنجاب (لم ينجبن)، أجبرهن أزواجهن عن طريق الضغط أو العنف (من خلال الضرب أو التهديد بالطلاق) على عدم الإنجاب في ذلك الوقت، وتعرض نحو ٢٪ للضغط من أهل الزوج، ونحو ٦٪ و٤٪ على التوالي لم يحققن رغباتهن في الإنجاب لأسباب تتعلق بالإعاقة، ولمشكلاط صحية، وذكر نحو

وعلى النقيض، كان رضا الزوج الدافع الرئيسي (بنسبة ٦١٪) للإنجاب بين النساء الذي لم يكن يرغبن في إنجاب أطفال في فترة من حياتهن وأزواجهن كانوا يرغبون في الإنجاب (شكل ١٨-٤)، وقد تعكس الاختلافات في الدوافع الرئيسية بين المجموعتين من النساء: النساء الذي رغبن في الإنجاب والنساء الذي لم يرغبن في الإنجاب لعدم تنفيذ رغباتهن الإنجابية عدم المساواة بين الجنسين، والأعراف الخاصة بالذكورة السائدة في المجتمعات الذكورية مثل مصر.

وقد ذكر نحو ١٢٪ من النساء الذي لم يكن يرغبن في الإنجاب في فترة ما من حياتهن أن ضغط الزوج أو عنفه كان سبباً للإنجاب في ذلك الوقت، وهو ٢٪ تعرضن لضغط من أهل الزوج. ذكرت نسبة ملحوظة من النساء الذي لم يكن يرغبن في الإنجاب (٣٦٪) أنها إرادة الله أن يحملن رغم عدم رغبتهم في الإنجاب في ذلك الوقت.

جدول ٤-٨: التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج ، اللذئي اختلفت رغباتهن الإنجابية في فترة ما من حياتهن عن رغبات أزواجهن، ولم يُنْفَدِنْ رغباتهن حينئذ، تبعاً لأسباب ذلك، مصر ٢٠٢٠

الأسباب الرئيسية لعدم الإنجاب بين النساء اللذئي كن يرغبن في الإنجاب	نسبة النساء	الأسباب الرئيسية للإنجاب بين النساء اللذئي لم يكن يرغبن في الإنجاب	نسبة النساء
لم تحمل	61.1	إرضاء الزوج	24.1
الضغط والعنف (التهديد بالطلاق والضرب) من الزوج	11.5	الضغط والعنف (التهديد بالطلاق والضرب) من الزوج	46.0
ضغط أهل الزوج	1.8	ضغط أهل الزوج	2.3
أسباب متعلقة بالإعاقاة	25.7	إرادة الله	5.7
مشكلات صحية			13.9
العقم			8.0
الإجمالي %	100.0	الإجمالي %	100.0
عدد النساء السابق لهن الزواج اللذئي لم يكن يرغبن في الإنجاب في فترة ما من حياتهن وأجيالهن	١٣	عدد النساء السابق لهن الزواج اللذئي لم يكن يرغبن في الإنجاب في فترة ما من حياتهن وأجيالهن	٨٧
عدد النساء السابق لهن الزواج اللذئي أردن الإنجاب في فترة ما من حياتهن ولم ينجبن			

الإنجاب، تعَرَّضن للإكراه من الزوج عبر الضغط أو العنف (الضرب أو التهديد بالطلاق) لعدم تنفيذ رغبتهن في الإنجاب، على النقيض، كان رضا الزوج السبب الرئيسي للإنجاب بين النساء اللذئي لم يكن يرغبن في الإنجاب ولكن كان أزواجهن يريدون ذلك، وقد تعكس الاختلافات في الدوافع الرئيسية بين المجموعتين من النساء: النساء اللذئي رغبن في الإنجاب والنساء اللذئي لم يرغبن في الإنجاب لعدم تنفيذ رغباتهن الإنجابية، عدم المساواة بين الجنسين والأعراف الخاصة بالذكورة السائدة في المجتمعات الذكرية في مصر.

يبدو أن قدرة النساء الفقيرات ذوات الإعاقات على القراءة والكتابة فقط لها تأثير إيجابي ملحوظ في سلطتها على اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتها الصحية ورعاية صحتها الإنجابية..

٤-٥ الخلاصة

يتمتع معظم النساء المتزوجات حالياً ذوات الإعاقات المستفيدات من برنامج كرامة، بمستوى عالٍ من سلطة اتخاذ القرارات بشأن صحتهن الإنجابية، خاصة في ما يتعلق باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، فهن إما يتخدن القرار بمفردهن وإما بالاشتراك مع أزواجهن، ولم يكن التعرض للضغط أو العنف لاستخدام أو عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة شائعاً بين المشاركات في الدراسة. عادة على ذلك، هناك توافق كبير بين المشاركات في الدراسة وأزواجهن في ما يتعلق برغباتهم الإنجابية، وهو الأمر نفسه بالنسبة للنساء بشكل عام على المستوى الوطني. ومع ذلك، فإن نسبة عالية من النساء القليلة اللذئي كن يرغبن في إنجاب أطفال في فترة ما من حياتهن، ولكن أزواجهن لم يكونون يرغبون في

الفصل الخامس:

**الوصول إلى الخدمات
والمساعدة من الآخرين في
تلبية الاحتياجات الأساسية
للحياة اليومية، وتحديات
التعامل مع الآخرين
أو التنقل خارج المنزل**

أهم النتائج

"التنقل خارج المنزل" أهم ما تحتاج النساء ذوات إعاقات الحركية أو البصرية أو المتعددة لمساعدة الآخرين على أدائه، و"التواصل مع الآخرين" الحاجة الرئيسية التي تعتمد النساء ذوات الإعاقة السمعية على الآخرين في أدائها (أفاد بذلك نحو ٩٣٪)

- أفادت نسب كبيرة من النساء دون سن الخامسة والثلاثين بحاجتهن إلى زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف والحصول على تدريبات مهنية وخدمات اجتماعية.
- النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو المتعدة أكثر احتمالً من النساء ذوات الإعاقة السمعية أن تكون لديهن حاجة غير ملأة لخدمات طبية ومالية، وكذلك ترتيبات ملائمة في المرافق الحكومية والخاصة والأماكن العامة ولتفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكتاب السن والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام.
- النساء ذوات الإعاقة السمعية أكثر احتمالً أن تكون لديهن حاجة غير ملأة بالنسبة للأجهزة/الأدوات المساعدة (٪٣٨)، والدعم المالي لهذه الأجهزة (٪١٧)، وخدمات أخرى مثل التدريب المهني وفرص العمل (٪٣٢)، والخدمات المجتمعية (٪٣٢)، وزيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف (٪٣١).
- تحتاج الغالبية العظمى من المشاركات في الدراسة إلى المساعدة من الآخرين في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية (٪٨). بغض النظر عن عمر المرأة أو نوع إعاقتها.
- الانتقال خارج المنزل" أهم ما تحتاج النساء ذوات الإعاقات الحركية أو البصرية، أو المتعدة لمساعدة الآخرين على أدائه، و"التواصل مع الآخرين" الحاجة الرئيسية التي تعتمد النساء ذوات الإعاقة السمعية على الآخرين في أدائها (أفاد بذلك نحو ٪٩٣).

أهم النتائج:

- الخدمات المالية والطبية هي الخدمات الرئيسية التي تتلقاها المشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠، بغض النظر عن أعمارهن أو نوع إعاقتها.
- نحو ٪١٢ فقط من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و١٩ سنة و٪٨ من النساء في الفئة العمرية ٢٤-٣٤ يحصلن على خدمات تعليمية، وعدد قليل جدًا من النساء، بصرف النظر عن أعمارهن، يتلقين تدريبات مهنية، ونسبة لا تكاد تذكر يحصلن على خدمات ترفيهية ورياضية.
- القطاع الحكومي هو المصدر الرئيسي لمختلف الخدمات التي تتلقاها المشاركات في الدراسة، إذ أفاد ٪٩٤ من النساء بأنهن يتلقين خدماتهن من هذا القطاع.
- رأت غالبية المشاركات في الدراسة أن الخدمات التي يتلقينها ذات نوعية جيدة، بغض النظر عن نوع الخدمة أو مصدرها، ولكنهن يرين أن الخدمات التي يحصلن عليها من القطاع الحكومي أقل جودة من الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص أو الجمعيات الأهلية.
- نسبة كبيرة من المشاركات في الدراسة لديهن حاجة غير ملأة (يحتاجن إلى الخدمة، ولديهن حاجة غير ملأة) للخدمات المختلفة، وعلى الرغم من أن غالبيتهن يتلقين خدمات مالية وطبية، فإن معظمهن لا تزال لديهن حاجة غير ملأة إلى هذه الخدمات (أفاد بذلك نحو ٪٥٤ و٪٥٣ على التوالي).

المشاركات في الدراسة (**شكل ١-٥**). وبما أن جميع المشاركات في الدراسة من المستفيدن من برنامج كرامة (أي أولئك اللذين يتلقين دعم الضمان الاجتماعي من برنامج كرامة)، كان من المتوقع أن تذكر جميعهن أنهن يحصلن على مساعدات مالية (دعم كرامة للضمان الاجتماعي، ويمكن كذلك على سبيل المثال قروض/منح، وغيرها من أشكال المساعدات المالية من برامج/منظمات أخرى)، ومن ثم كان من المفترض أن جميع المشاركات في الدراسة يذكرون حصولهن على الأقل على دعم الضمان الاجتماعي من برنامج كرامة، غير أن ٨ نساء فقط من بين كل ١٠ نساء ذكرن تلقيهن مساعدات مالية، النساء اللاتي لم يذكرن تلقيهن خدمات مالية ربما لا يستطيعن الذهاب بأنفسهن للحصول على الخدمة بسبب صعوبة انتقالهن إلى خارج المنزل، ويفوضن شخصاً آخر للحصول على مستحقاتهن، ومن ثم ربما لم يعتبرن أنفسهن يتلقين هذه الخدمات^(٣)، وعلاوة على ذلك، قد يكون بعض النساء قد تعمدن عدم ذكر تلقيهن خدمات مالية لاعتقادهن أنهن بذلك يمكننهن الحصول على مزيد من المساعدات المالية.

٥- الخدمات المتلقاة والاحتياجات

غير الملباة

سؤال مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة عام ٢٠٢٠ النساء الذي أجريت معهن المقابلات، عما إذا كان يتلقين أي خدمات أو مساعدات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية، وسئلتهن من أجلهن يتلقين خدمات، عن نوع الخدمة التي يحصلن عليها والمصدر الذي يحصلن منه عليها، كما طُلب من النساء أن يعرّين عن آرائهن في جودة نوعية كل خدمة يحصلن عليها من كل مصدر (القطاع الحكومي والخاص والجمعيات الأهلية) هل هي ممتازة أم جيدة أم سيئة، ثم سُئلت النساء عن الخدمة (أو الخدمة) التي يحتاجن إليها ولكن لم يحصلن عليها (الحاجة غير الملباة).

١-٥ أنواع الخدمات المتلقاة

توضّح المعلومات الواردة في **جدول ١-٥** أن نحو ٨٣٪ من النساء يتلقين خدمات أو مساعدات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية، والمساعدات المالية والطبية هي الخدمات الرئيسية التي تحصل عليها

التواصل مع الآخرين وافاد ٩٣٪ من النساء ذوات الإعاقات السمعية و٣٪ من النساء ذوات الإعاقات الجسدية إنهن احتاجن إلى المساعدة.

المشكلة الرئيسية التي تواجهها النساء ذوات الإعاقات الحركية أو البصرية أو المتعددة هي عدم توافر أو غياب مرافق في بعض الأحيان لمصاحبتهن خلال التحرك خارج المنزل، في حين أن عدم توافر أو غياب مترجم لغة الإشارة في بعض الأحيان هي المشكلة الرئيسية بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة السمعية

- تقريباً كل أو الغالبية العظمى من النساء اللاتي يحتاجن إلى المساعدة على تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية، يحصلن عليها من أسرهن.

- يواجه معظم النساء مشكلات في التعامل مع الآخرين أو التحرك خارج المنزل (٥٧٪)، ولد سيما ذوات الإعاقة السمعية وذوات الإعاقات المتعددة، ٨٪ من النساء ذوات الإعاقات المتعددة يواجهن صعوبة في الانتقال خارج المنزل، ٧٨٪ من النساء ذوات الإعاقة السمعية يواجهن صعوبة في

تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية، وأنواع الأنشطة اليومية التي يحتاجن إلى المساعدة فيها، ومن يقدم المساعدة اللزجة، وأخيراً، يستعرض هذا الفصل التحديات التي تواجهها النساء ذوات الإعاقة في حياتهن اليومية، ومن المرجح أن يكون عمر المرأة ونوع إعاقتها عاملين مهمين لنوع الخدمات التي تتلقّاها، وحاجتها غير الملباة، والدعم اللازم في حياتها اليومية، ولذلك، يؤخذ بعين الاعتبار هذان العاملان في تحليل البيانات المقدمة في هذا الفصل.

وستساعد المعلومات الواردة في هذا الفصل على تحديد مجالات التدخلات المحتملة لتلبية احتياجات النساء ذوات الإعاقة. وعلاوة على ذلك، فإن المعلومات المتعلقة بمساعدة النساء ذوات الإعاقة في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية ونوع مقدم المساعدة في هذا الفصل لها أهمية خاصة، إذ تساعد هذه المعلومات على فهم الديناميكيات داخل أسرة المرأة ذات الإعاقة ودراسة آثارها في تعرض المرأة للعنف في الفصول اللاحقة.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي، ٢٠٪ عديد من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يحصلون على فرص متساوية للحصول على الرعاية الصحية والتعليم وفرص العمل، ولا يحصلون على الخدمات المتعلقة بالإعاقة التي يحتاجون إليها. وعلاوة على ذلك، يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة مجموعة من العوائق في حياتهم اليومية، ويحتاج كثير منهم إلى مساعدة الآخرين على أداء أنشطتهم اليومية، ويؤدي حجب الوصول إلى الخدمات الأساسية والمساعدة اللزجة إلى إضافة شرائح متعددة من التمييز والتهبيش لهؤلاء الأشخاص، مما قد يزيد بدوره من تعرّضهم للعنف.

ومن هذا المنظور، يدرس هذا الفصل إمكانية وصول النساء ذوات الإعاقة (اللاتي شاركن في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة عام ٢٠٢٠) إلى مختلف الخدمات، بما في ذلك الخدمات التي يتلقينها، ومصدر الخدمة، وآرائهن في جودة نوعية الخدمات التي يحصلن عليها، واحتياجاتهن غير الملباة.

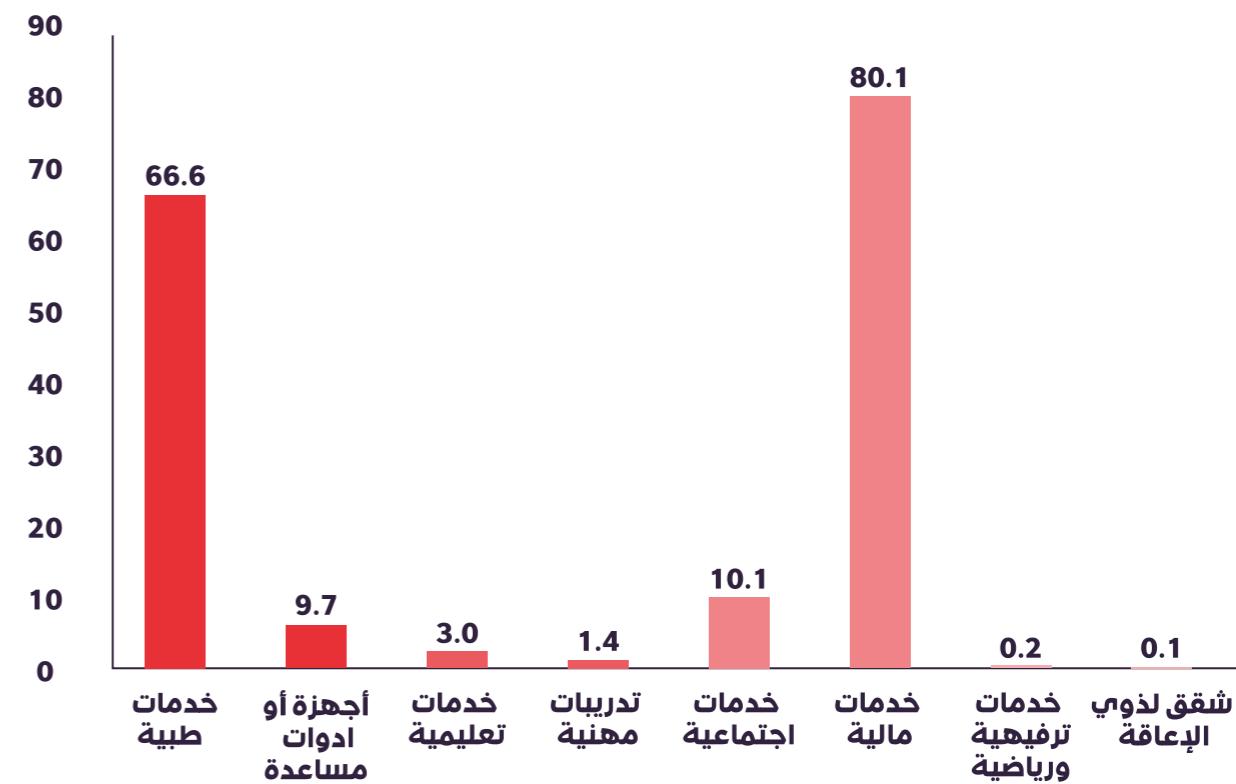
ويبحث هذا الفصل أيضاً إلى أي مدى تحتاج النساء ذوات الإعاقة إلى مساعدة الآخرين على

(٣) وفقاً لما أدلّ به مسؤول بوزارة التضامن الاجتماعي، المستفيدون من برنامج كرامة الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاماً فأكثر، يذهبون إلى مكتب البريد ويقدمون بطاقتهم الشخصية وبطاقة مستملة من وزارة التضامن الاجتماعي، للحصول على مستحقاتهم المالية، والذين لا يمكنهم من الذهاب إلى مكتب البريد بسبب الإعاقة الشديدة، يفوضون شخصاً ما للحصول على مستحقاتهم المالية، ويجدد هذا التفويض كل ثلاثة أشهر

جدول ١-٥: التوزيع النسبي للنساء، وفقاً لما إذا كان يتلقين خدمات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية، ونسبة النساء اللذى يحصلن على خدمات حسب نوع الخدمات التي يحصلن عليها، وفقاً لعمر المرأة، مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي	نسبة النساء												تلقي النساء لخدمات / أنواع الخدمات التي يحصلن عليها
	+٦.	٥٩-٥٥	٥٤-٥٠	٤٩-٤٥	٤٤-٤٠	٣٩-٣٥	٣٤-٣٠	٢٩-٢٥	٢٤-٢٠	١٩-١٨			
النساء يتلقين خدمات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية													
٨٣,١	٨٥,٣	٧٨,٤	٨,٦	٨١,٥	٨١,٢	٨٣,٣	٨٣,٥	٨٥,٤	٨٦,١	٨٦,٢		نعم	
١٦,٩	١٤,٧	٢١,٦	١٩,٤	١٨,٥	١٨,٨	١٦,٧	١٦,٥	١٤,٦	١٣,٩	١٣,٨		لا	
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠		الإجمالي %	
٥٦٦٧	٤٦٣	٥١٤	٥٠٠	٥٠,٨	٥٧٩	٧٧٣	٧٧٥	٦٣٣	٦٤٩	٣٣٢		عدد النساء	
نوع الخدمات التي يحصلن عليها^١													
٦٦,٦	٧١,٤	٧١,٥	٧٣,٧	٧١,٧	٦٤,٥	٦٤,١	٦٧,٥	٦٣,٣	٦٣,٠	٥٥,٠		خدمات طبية	
٩,٧	١١,٦	٧,٢	٨,٩	١,١	٨,٣	٦,٥	٨,٢	١١,٧	١٣,١	١٥,٥		أجهزة أو أدوات مساعدة	
٣,٠	٠,٠	٠,٧	٠,٥	١,٢	٠,٦	١,٢	٣,٤	٥,٣	٨,١	١١,٥		خدمات تعليمية	
١,٤	٠,٠	٠,٣	٠,٥	١,٢	١,١	١,٤	٢,٢	٣,٠	٢,٣	١,٠		تدريبات مهنية	
١,١	٧,٨	٧,٧	٧,٤	٨,٠	٩,٨	٩,٣	٩,٠	١٤,٣	١٣,٣	١٧,٠		خدمات اجتماعية	
٨,١	٧٩,٣	٧٣,٤	٧٨,٩	٧٨,٧	٨١,٥	٨١,٢	٨١,٩	٨١,٣	٨٠,٩	٨٢,٠		خدمات مالية	
٠,٣	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٣	٠,٠	٠,٣	٠,٥	٠,٤	٠,٤	١,٠		خدمات ترفيهية ورياضية	
٠,١	٠,٠	٠,٠	٠,٠	٠,٥	٠,٣	٠,٠	٠,٣	٠,٣	٠,٣	٠,٠		شقق للأشخاص ذوي الإعاقة	
٤٦٦٧	٣٩٥	٤,٣	٤,٣	٤١٤	٤٧,	٦٤٤	٦٤٧	٥٣٢	٥٥٩	٢٠		عدد النساء اللذى ذكرن تلقيهن خدمات	
مجموع النساء يزيد على ١٠٠٪ لأن بعض النساء حصلن على أكثر من خدمة.													

شكل ١-٥: نسبة النساء، الذي يتلقين خدمات حسب نوع الخدمة التي يحصلن عليها، مصر ٢٠٢٠.



^١ مجموع النساء يزيد على ١٠٠٪ لأن بعض النساء حصلن على أكثر من خدمة.

ولكن على النقيض، النساء اللذى يبلغن أعمارهن ٤٥ سنة فأكثر، ولا سيما اللذى تتراوح أعمارهن بين ٥٥-٥٩ سنة، أقل احتمالاً من النساء الأصغر سنًا أن يُدلّين بتلقيهن خدمات مالية، وقد يؤكد ذلك أن النساء الكبار في العمر يُفْوضن شخصاً ما للحصول على مستحقاتهن المالية، ومن ثم لم يذكروا تلقيهن خدمات مالية.

وربما تكون النساء الأكبر سنًا أكثر احتمالاً أن يتعمّدن عدم ذكر حصولهن على دعم مالي، لاعتقادهن أنهن بذلك يمكن أن يحصلن على المزيد من المساعدات المالية.

ويتلقى ما يزيد قليلاً على ثلثي النساء (٦٧٪) خدمات طبية (مثل الفحوص الطبية، الختبارات المعملية، الأشعة، العمليات الجراحية، العلاج الطبيعي، جلسات التخاطب، إعادة تأهيل السمع)، وتلقي نحو ١٠٪ من النساء خدمات تتعلق بالأجهزة/الأدوات المساعدة، وتتلقي نسبة مماثلة خدمات اجتماعية (مثل بطاقات الإعاقة للمسارات والنواحي وغيرها من الوسائل الترفيهية).

وكما هو متوقّع، يزداد الحصول على الخدمات الطبية مع زيادة عمر المرأة (**جدول ١-٥**) بسبب زيادة احتمال الإصابة بالأمراض مع زيادة العمر،

جدول ٥-٢: التوزيع النسبي للنساء، وفقاً لما إذا كن يتلقين خدمات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية، ونسبة النساء الذي يحصلن على خدمات، حسب نوع الخدمات التي يحصلن عليها، وفقاً لنوع إعاقة المرأة. مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي	نوع الإعاقة					أنواع الخدمات التي يحصلن عليها
	متحدة	بصرية	سمعية	حركية	تلقى النساء خدمات /	
النساء يتلقين خدمات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية						
٨٣,١	٨٤,١	٨٦,٢	٨١,٦	٨٣,٧	نعم	
١٦,٩	١٥,٩	١٧,٨	١٨,٤	١٦,٣	لا	
الإجمالي					%	
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠		عدد النساء
٥٦٦	٢٥٨	١٣٩٤	٦٤١	٣٣٢٣		نوع الخدمات التي يحصلن عليها ^١
خدمات طبية						
٦٦,٦	٧٠,٠	٧,٢	٥٩,٨	٦٦,٢		
٩,٧	١٠,٦	٦,٨	١٦,٤	٩,٦	أجهزة أو أدوات مساعدة	
٣,٠	١,٤	٢,٠	١١,٧	١,٩	خدمات تعليمية	
١,٤	.	١,٠	١,٣	١,٧	تدريب مهني	
١,١	١٢,٤	٩,١	١٣,٤	٩,٨	خدمات اجتماعية	
٨,١	٧٤,٧	٧٨,٥	٨١,٦	٨٠,٨	خدمات مالية	
.	٠,٥	.	١,٣	٠,١	خدمات ترفيهية ورياضية	
.	.	٠,٢	٠,٠	٠,١	شقق للأشخاص ذوي الإعاقة	
٤٦٦	٢١٧	٢٧٨١	٥٢٣	١٤٦	عدد النساء الذي ذكرن تلقيهن خدمات	

مجموع النسب يزيد على ١٠٠ لأن بعض النساء حصلن على أكثر من خدمة.

أمر متوقع لأن القطاع الحكومي المصدر الأكثر بسراً للفقراء (إذ إنه الأقل تكلفةً)، ويحصل ثلث النساء على خدماتهن من القطاع الخاص، في حين أن ٥٪ فقط يحصلن على خدماتهن من الجمعيات الأهلية.

٢-١-٥ مصدر ونوعية الخدمات المتلقّاة

كما يتضح من **شكل ٥-٢**، القطاع الحكومي هو المصدر الرئيسي لمختلف الخدمات التي تحصل عليها المشاركات في الدراسة، إذ أفاد نحو ٩٤٪ بأنهن يتلقين خدماتهن من هذا القطاع، وهذا

النساء الآخريات (كما يتضح من الفصل ٣). ومن ثم فإنه من المفترض أن تكون ظروفهن الصحية أفضل وبعدهن ما زلن يكملن تعليمهن، ويمكن أيضاً أن يعزى انخفاض نسبة النساء ذوات الإعاقة السمعية اللاتي أفادن بتلقيهن خدمات طبية إلى أن ضعف السمع عادة ما يكون مستقرًا ولا يحتاج إلى تدخلات طبية معينة، باستثناء المعيينات السمعية، كما أنهن قد لا يذهبن للحصول على خدمات طبية لأنهن غالباً يحتاجن إلى أن يكون معهن مترجم لغة إشارة يمكن ألا يتوافر بسهولة، وقد يكون لديهن أيضاً قلق من انتهاك خصوصيتهن في وجود مترجم لغة الإشارة.

وعلى العكس من ذلك، فإن ارتفاع نسب النساء ذوات الإعاقات الحركية أو البصرية أو المتعdda اللاتي يتلقين خدمات طبية ربما يرجع إلى أن الإعاقة لدى أعلى نسبة من هؤلاء النساء حدثت في أعمار أكبر (كما يتضح من الفصل ٣)، وهو ما يكون غالباً قد نتج من الإصابة بأمراض معينة مثل السكتة الدماغية أو التهاب المفاصل أو السكري التي تحتاج إلى أدوية منتظمة ورعاية صحية، هؤلاء النساء ربما يكن بحاجة أيضاً إلى تدخلات محددة متعلقة بالإعاقة، مثل العلاج الطبيعي وعلاج اعتلال الشبكية السكري، وعلاوة على ذلك، فإن النساء ذوات الإعاقات المتعددة أعمارهن أكبر من النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات (كما يتضح في الفصل ٣) وهو ما قد يرتبط بظهور أمراض أخرى أيضاً.

وتشير المعلومات الواردة في **جدول ٥-٥** إلى أن النساء ذوات الإعاقة السمعية أكثر احتمالاً لطلب الخدمات ذات الصلة بالأجهزة/الأدوات المساعدة (١٦٪)، والخدمات الدجتمعية (١٣٪)، والخدمات الترفيهية والرياضية.

الحصول على خدمات تعليمية (مثل الالتحاق بالمدارس العامة، الالتحاق بالمدارس الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، الالتحاق الجامعات/المعاهد العليا، الدراسات العليا، حضور فصول الإعاقة للمسارح والنوادي وغيرها من الوسائل الترفيهية) أعلى بين النساء الأصغر سنًا، ولكن النسب قليلة، فعلى سبيل المثال، يلتحق بالمؤسسات أو البرامج التعليمية نحو ١٢٪ فقط من النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و١٩ سنة و٨٪ من النساء في الفئة العمرية ٢٤-٢٥ سنة. وعكس هذه النتيجة بالإضافة إلى معدل الأممية البالغ ٥٣٪ (كما هو موضح في

الفصل ٣) انخفاض قيمة تعليم النساء ذوات الإعاقة ولد سيمما الفقيرات منهن، وذكر عدد قليل جدًا من النساء تلقيهن تدريبات مهنية، وتتلقي نسب ضئيلة خدمات ترفيهية ورياضية، مما يعكس أيضاً انخفاض قيمة وصعوبة وصول النساء ذوات الإعاقة إلى هذه الخدمات.

وبالنظر إلى نوع الإعاقة لدى المرأة (جدول ٥-٥)، فإن احتمال حصول النساء ذوات الإعاقة السمعية على خدمات طبية أقل بكثير من احتمال حصول النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات على هذه الخدمات، فيحصل نحو ٦٪ من النساء ذوات الإعاقة السمعية على خدمات طبية، في حين أن النسبة المقارنة بين النساء ذوات الإعاقات البصرية أو المتعددة تبلغ ٧٪. وعلى النقيض، فإن تلقي الخدمات التعليمية أعلى بكثير بين النساء ذوات الإعاقة السمعية، عنها بين النساء الآخريات، إذ يتلقى نحو ١٢٪ النساء ذوات الإعاقة السمعية خدمات تعليمية، في حين تتلقى ما بين ٢-٣٪ من النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات هذه الخدمات. ومن المتوقع حدوث ذلك بسبب ترك النساء ذوات الإعاقة السمعية في أعمار أصغر من

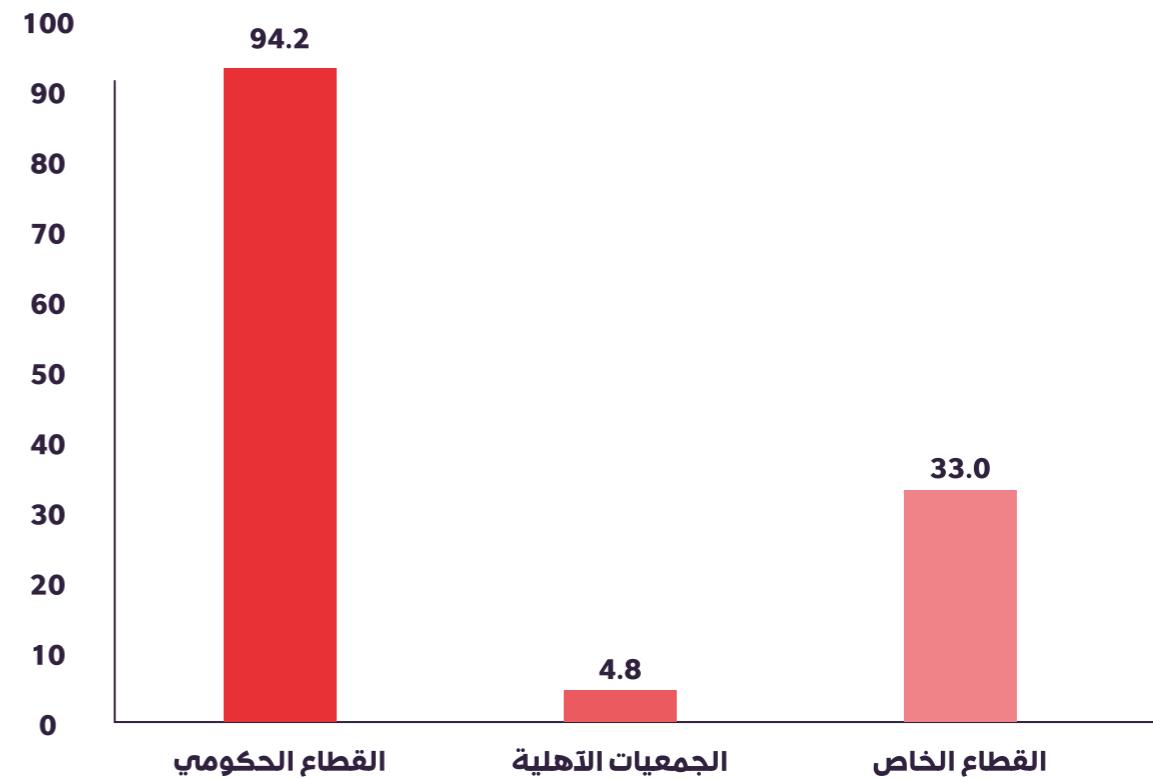
جدول ٣-٥: نسبة النساء، اللذى أفادن بتلقيهن خدمات من القطاع الحكومي أو الخاص أو الجمعيات الأهلية، حسب تقييمهن لنوعية الخدمات التي يحصلن عليها، وفقاً لنوع المصدر الذي يقدم الخدمة، مصر ٢٠٢٠.

نوع الخدمة المُتلقاة/						نوع المصدر الذي يقدم الخدمة المُتلقاة/
آخرى	خدمات مالية	خدمات اجتماعية	خدمات تعليمية	/أجهزة أدوات مساعدة	خدمات طبية	تقييم جودة الخدمة
القطاع الحكومي						
٢٣,٣	١٤,٨	١٥,٨	٢٥,٤	١٧,٧	١٤,٧	ممتازة
٥٤,٨	٦١,٦	٦٢,٩	٥٥,٤	٥٥,٦	٦٦,٢	جيدة
٢١,٩	٢٣,٧	٢١,٣	١٩,٣	٢٦,٧	١٩,١	سيئة
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	%
٧٣	٣٥٧٩	٤١٨	١٣٠	٢٤٣	٢٥٨٣	عدد الحالات التي ذكرن تلقيهن الخدمة من القطاع الحكومي ^١
الجمعيات الأهلية						
*	١٨,٦	٣٦,٣	*	٢٢,٨	٢٤,٠	ممتازة
*	٦٦,٣	٦٠,٧	*	٦٣,٣	٦٦,٧	جيدة
*	١٥,١	١٣,١	*	١٤,٠	٩,٣	سيئة
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	%
٩	٨٦	٦١	١٣	٥٧	٧٥	عدد الحالات التي ذكرن تلقيهن الخدمة من جمعية أهلية
القطاع الخاص						
*	٢٧,١	(٣٩,٦)	*	٣٤,٥	٤٢,١	ممتازة
*	٦٦,١	(٤٧,٩)	*	٥٦,٦	٥٥,٠	جيدة
*	٦,٨	(١٣,٥)	*	٨,٨	٢,٩	سيئة
١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	%
٩	٢٩٥	٤٨	١٨	٢٤٩	١٣٤٧	عدد الحالات التي ذكرن تلقيهن الخدمة من القطاع الخاص ^١

ملاحظة: تشير العلامة النجمية إلى أن الرقم يستند إلى أقل من ٢٥ حالة ومن ثم حُدفت النسبة، وتستند الأرقام بين قوسين إلى ٤٩-٥٤ حالة.

^١إجمالي عدد الحالات يختلف عن عدد النساء المشاركات في الدراسة، إذ أفاد بعض النساء بأنهن تلقين أكثر من خدمة من مصدر.

شكل ٣-٢: نسبة النساء، اللذى ذكرن تلقيهن خدمات، حسب نوع المصدر الذي يقدم الخدمة، مصر ٢٠٢٠.



مجموع النسب يزيد على ١٠٠، لأن بعض النساء حصلن على أكثر من خدمة

رأى غالبية المشاركات في الدراسة أن الخدمات التي يتلقينها ذات نوعية جيدة بغض النظر عن نوع الخدمة أو مصدرها (**جدول ٣-٥**)، ولكنهن يعتقدن أن الخدمات التي يحصلن عليها من القطاع الحكومي، وفي ما يتعلق بنوعية مختلف أنواع الخدمات، رأت المشاركات في الدراسة أن نوعية الخدمات الطبية التي تتلقاها من أي مصدر أفضل من الخدمات الأخرى، غير أن نسبياً ملحوظة من النساء اللائي يتلقين خدمات طبية أو خدمات أخرى من القطاع الحكومي قيّمن هذه الخدمات على أنها ذات نوعية سيئة، فقد رأى ما بين ١٩ و٢٧٪ من النساء اللائي يتلقين خدمات مختلفة من القطاع الحكومي أن هذه الخدمات سيئة.

رأى غالبية المشاركات في الدراسة أن الخدمات التي يتلقينها ذات نوعية جيدة بغض النظر عن نوع الخدمة أو مصدرها (**جدول ٣-٥**)، ولكنهن يعتقدن أن الخدمات التي يحصلن عليها من القطاع الخاص أقل جودة من الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص أو الجمعيات الأهلية، فعلى سبيل المثال، في حين أفاد ٩٧٪ من النساء اللائي يتلقين خدمات طبية من القطاع الخاص أو الجمعيات الأهلية على التوالي، فإن الخدمات التي يتلقينها ممتازة أو جيدة، فإن ٨٪ فقط منهن يحصلن على نفس الخدمات من القطاع الحكومي أفاد بذلك، وبالمثل، فإن نحو ٩٣٪ من النساء اللائي يتلقين خدمات

١٣,١	١٤,٥	١٣,٤	١٤,٤	١٦,١	١١,٧	١٢,٨	١١,٦	١١,٢	١٢,٨	١٤,٢	تجهيز الطرقات والشوارع والمباني والمرافق العامة والحدائق وما شابه لتسهيل الحركة
٧,٦	٦,٠	٦,٤	٥,٦	٨,٣	٦,٤	٨,٠	٨,٣	٨,٥	٨,٣	١١,٦	وضع تنبيهات صوتية ومرئية على إشارات المبور وأماكن عبور المشاة لتساعد المعاقين بصرًا وسمعًا في أثناء العبور
١٣,٩	١١,٠	١١,٩	١٣,٦	١٣,٦	١٣,١	١٢,٧	١٤,٧	١٦,٧	١٥,٣	١٦,٨	توفير الدعم المادي للأجهزة والمعدّيات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة
٦,٣	٤,٨	٦,٢	٤	٦,٥	٨,٥	٧,٥	٤,٩	٧,٩	٧,٤	٥,٦	آخرين
٦,٠	٧,٣	٥,١	٦,٤	٤,٩	٥,٤	٦,٣	٥,٩	٧,٢	٥,٥	٥,٢	لأنها تحتاج إلى خدمة
١,٨	١,٩	١,٨	٢,٢	١,٦	١,٤	١,٦	١,٨	٢,١	١,٨	١,٣	لأنها لا تعرف
٥٦٦	٤٦٣	٥١٤	٥٠..	٥٠,٨	٥٧٩	٧٧٣	٧٧٥	٦٢٣	٦٤٩	٢٣٢	عدد النساء

مجموع النسب يزيد على ١٠٠ لأن بعض النساء لديهن حاجة غير ملبيّة لأكثر من خدمة.

تجهيز الطرقات والشوارع والمباني والمرافق العامة والحدائق وما شابه، لتسهيل التنقل. ومن بين الخدمات الأخرى، احتلت الحاجة إلى الخدمات ذات الصلة بالأجهزة/الأدوات المساعدة المرتبة الأولى (٢٢٪)، تليها زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف والطبية على رأس أولويات النساء في مختلف الفئات العمرية، ولكن الطلب على هذه الخدمات أكثر شيوعاً بين النساء البالغات من العمر ٤٠ سنة فأكثر، ويختلف ترتيب أولويات الحاجة إلى الخدمات الأخرى عبر الفئات العمرية المختلفة، فجاءت الحاجة إلى "زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف" في المرتبة الثالثة للنساء دون سن الخامسة والثلاثين، إذ أعرب ما بين ربع وثلث النساء عن حاجتهن إلى هذه الخدمة.

وأفادت نسب كبيرة أيضاً من النساء دون سن الخامسة والثلاثين بحاجتهن غير الملبيّة إلى التدريب المهني وفرص العمل، وتحتاج نسبة مماثلة (قرابة ١٥٪) إلى إعداد أماكن خاصة في المرافق الحكومية والخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة لإنها إجراءات تعاملاتهن دون تعب، ويحتاج نحو ١٤٪ إلى دعم مالي للأجهزة/الأدوات المساعدة، وأشار ما يقرب من ١١٪ إلى الحاجة إلى تفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكرار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام، وكشف نحو ١٣٪ عن حاجتهن إلى

ومن بين الخدمات الأخرى، احتلت الحاجة إلى الخدمات ذات الصلة بالأجهزة/الأدوات المساعدة المرتبة الأولى (٢٢٪)، تليها زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف والطبية على رأس أولويات النساء في مختلف الفئات العمرية، ولكن الطلب على هذه الخدمات أكثر شيوعاً بين النساء البالغات من العمر ٤٠ سنة فأكثر، ويختلف ترتيب أولويات الحاجة إلى الخدمات الأخرى عبر الفئات العمرية المختلفة، فجاءت الحاجة إلى "زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف" في المرتبة الثالثة للنساء دون سن الخامسة والثلاثين، إذ أعرب ما بين ربع وثلث النساء عن حاجتهن إلى هذه الخدمة.

وأفادت نسب كبيرة أيضاً من النساء دون سن الخامسة والثلاثين بحاجتهن غير الملبيّة إلى التدريب المهني وفرص العمل، وتحتاج نسبة مماثلة (قرابة ١٥٪) إلى إعداد أماكن خاصة في المرافق الحكومية والخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة لإنها إجراءات تعاملاتهن دون تعب، ويحتاج نحو ١٤٪ إلى دعم مالي للأجهزة/الأدوات المساعدة، وأشار ما يقرب من ١١٪ إلى الحاجة إلى تفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكرار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام، وكشف نحو ١٣٪ عن حاجتهن إلى

التوالي) كما أتضح سالفاً، فإن معظم النساء ما زالت لديهن حاجة غير ملبيّة لهذه الخدمات، فكما يظهر من البيانات الواردة في جدول ٤-٥، ذكر نحو ٥٤٪ من المشاركات في الدراسة أنهن بحاجة إلى خدمات مالية وطبية (جدول ٤-٥)، فعلى الرغم أن أعلى نسبة من النساء أفادن بحصولهن على خدمات مالية وطبية (٨٠٪ و ٦٧٪ على

نسبة كبيرة من المشاركات في الدراسة لديهن حاجة غير ملبيّة إلى خدمات مختلفة (يحتاجن إلى الخدمة ولكن لا يحصلن عليها)، ولد سيما الخدمات المالية والطبية (جدول ٤-٥)، فعلى الرغم أن أعلى نسبة من النساء أفادن بحصولهن على خدمات مالية وطبية (٨٠٪ و ٦٧٪ على

جدول ٤-٥: نسبة النساء، حسب حاجتهن غير الملبيّة لمختلف الخدمات، وفقاً لعمر المرأة، مصر ٢٠٢٠.

نوع الخدمات التي تحتاج إليها النساء ولد يحصلن عليها	عمر المرأة	الإجمالي										
		+٦	٥٩-٥٠	٥٤-٥٠	٤٩-٤٥	٤٤-٤٤	٣٩-٣٥	٣٤-٣٣	٢٩-٢٥	٢٤-٢٣	١٩-١٨	
خدمات طبية	٥٣,٥	٥٩,٨	٥٨,٦	٥٧,٢	٥٥,٥	٥٣,٤	٤٨,٨	٤٩,٨	٤٦,٤	٤٩,٢	٥١,٧	
أجهزة/أدوات مساعدة	٢٢,٢	٢٥,٧	٢٠,٤	١٩,٦	٢٢,٠	٢٠,٢	٢٢,٠	٢٣,٥	٢٢,٢	٢٣,٠	٢٤,٦	
خدمات تعليمية	٥,٣	١,٥	١,٢	٢,٢	٤,١	٤,٥	٥,٧	٧,١	٧,٧	٧,٧	١٣,٨	
تدريبات مهنية / توظيف	١٥,١	١,٣	٠,٨	٣,٠	٨,٥	١١,٩	١٨,٦	٢٣,٠	٢٣,٤	٢٨,٨	٢٣,٧	
خدمات اجتماعية	١٨,٤	١,٦	١٢,٦	١٦,٦	١٨,٧	١٤,٩	١٩,٨	٢٠,٩	٢١,٢	٢٢,٨	٢٧,٢	
خدمات مالية	٥٤,١	٥٤,٩	٦٢,٦	٥٩,٦	٥٩,٣	٥٧,٠	٥٣,٤	٥٣,٢	٤٨,٢	٤٧,١	٤٤,٨	
خدمات ترفيهية ورياضية	٢,٧	٠,٢	٠,٢	١,٤	١,٨	٠,٧	٢,٧	٣,٠	٥,٦	٤,٨	٩,٥	
زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف	١٨,٩	٤,٥	٥,١	٧,٤	١٢,٢	١٦,٨	٢١,١	٢٤,٨	٢٨,٧	٣١,٧	٣٢,٨	
تجهيز أماكن خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة في المرافق الحكومية والخاصة لإنها إجراءات لإنها إجراءات تعاملاتهم دون تعب	١٤,٩	١٥,١	١٧,٩	١٦,٣	١٦,٩	١٣,٦	١٤,٤	١٣,٤	١٤,٠	١٧,٧		
تفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكرار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام	١,٨	١٣,٦	١٤,٨	١٣,٦	١١,٤	٧,٨	١١,١	٨,٣	٨,٨	٩,٥		

**جدول ٥-٥: نسبة النساء، حسب حاجتهن غير الملباة لمختلف الخدمات،
وفقاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.**

الإجمالي	نوع الإعاقة			استخدام الأجهزة المساعدة/ نوع الأجهزة المساعدة	
	متحدة	بصرية	سمعية	حركية	
خدمات طيبة					
أجهزة/ أدوات مساعدة					
٥٢,٥	٥٢,٥	٥٦,٠	٤٤,٨	٥٣,١	
٢٢,٢	٢٢,٢	١٨,٤	٣٧,٦	٢,٤	خدمات تعليمية
٥,٣	٥,٣	٦,٣	١١,٣	٤,٠	تدريبات مهنية / توظيف
١٥,١	١٥,١	١٤,٦	٣١,٥	١٢,٥	خدمات اجتماعية
١٨,٤	١٨,٤	١٦,٩	٣٢,٣	١٦,٦	خدمات مالية
٥٤,١	٥٤,١	٥٧,١	٤٧,٩	٥٤,١	خدمات ترفيهية ورياضية
٢,٧	٢,٧	١,٩	٨,٤	٢,٢	زيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف
١٨,٩	١٨,٩	١٨,٩	٣١,٠	١٧,١	تجهيز أماكن خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة في المرافق الحكومية والخاصة لإنها إجراءات تعاملاتهم دون تعب
١٤,٩	١٤,٩	١٨,٠	١,٥	١٤,٥	تفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام
١,٨	١,٨	١٣,٩	٣,٦	١١,٥	تجهيز الطرقات والشوارع والمباني والمرافق العامة والحدائق وما شابه لتسهيل الحركة
١٣,١	١٣,١	١٦,٥	٥,٦	١٣,٣	وضع تنبيهات صوتية ومرئية على إشارات المرور وأماكن عبور المشاة لتساعد المعاقين بصرياً وسمعيًا في أثناء العبور
٧,٦	٧,٦	١٤,٩	١٣,٧	٣,٥	توفير الدعم المادي للأجهزة والمعينات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة
١٣,٩	١٣,٩	١٥,٤	١٦,٥	١٢,٤	أخرى
٦,٠	٦,٠	٥,٧	٥,٦	٦,٣	لا تحتاج إلى خدمة
٥,٤	٥,٤	٤,٥	٣,٣	٦,١	لا أعرف
١,٨	١,٨	١,٧	٠,٦	٢,٠	عدد النساء
٥٦٦	٢٥٨	١٣٩٤	٦٤١	٣٣٣	

^١ مجموع النسب يزيد على ١٠٠، لأن بعض النساء لديهن حاجة غير ملباة إلى أكثر من خدمة.

والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام، فعلى سبيل المثال، في حين أشارت نسبة تتراوح بين ١٣ و١٦٪ من هؤلاء النساء إلى حاجتهن إلى إعداد الممرات والشوارع والمباني والمرافق العامة والحدائق وما شابه لتسهيل التنقل، فإن ما يقرب من ٦٪ فقط من النساء ذوات الإعاقة السمعية أشارن إلى ذلك.

وعلى النقيض من ذلك، كانت النساء ذوات الإعاقة السمعية أكثر احتمالاً من النساء الآخريات لذكر حاجتهن إلى الأجهزة/الأدوات المساعدة (٣٨٪) والدعم المالي لهذه الأجهزة (١٧٪). كذلك كانت النساء اللاتي لديهن إعاقة سمعية أكثر احتمالاً بكثير من النساء الآخريات في ذكر حاجتهن إلى الخدمات المرتبطة بأعمارهن الأصغر، مثل الخدمات التعليمية (نحو ١١٪)، والتدريب المهني وفرص العمل (٣٢٪)، والخدمات الاجتماعية (٣٢٪)، وزيادة نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في الوظائف (٣١٪)، والخدمات الترفيهية والرياضية (٨٪).

ويحتاج نحو ١٥٪ من النساء ذوات الإعاقة البصرية و١٤٪ من ذوات الإعاقة السمعية إلى وضع تنبيهات صوتية ومرئية على إشارات المرور وأماكن عبور المشاة، للمساعدة في أثناء العبور، وقد تعكس هذه النسبة المنخفضة نسبياً أن معظم النساء ذوات الإعاقة البصرية أو السمعية في عينة الدراسة إما أنهن لا يحتاجن بالفعل إلى هذه الخدمة وإما أنهن لا يعرفن عنها، من ثم لم يذكرن حاجتهن إليها.

وكانت النساء البالغات من العمر ٥٠ عاماً فأكثر، أكثر احتياجاً من النساء الأصغر سنًا إلى "تفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل النقل العام"، ولكن لا يلاحظ وجود نمط واضح للنهاية غير الملباة إلى الأجهزة/الأدوات المساعدة حسب عمر المرأة.

كما يلاحظ من **جدول ٥-٥**، أن الحاجة غير الملباة إلى الخدمات الطبية والمالية أكثر شيوعاً بين النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو الإعاقات المتعددة، عنها بين النساء ذوات الإعاقة السمعية، فعلى سبيل المثال، في حين أن ٥٦٪ من النساء ذوات الإعاقة البصرية، و٥٣٪ من النساء ذوات الإعاقة الحركية، و٥٣٪ من النساء ذوات الإعاقات المتعددة أعربن عن حاجتهن إلى الخدمات الطبية، فإن النسبة المقارنة بين النساء ذوات الإعاقة السمعية تبلغ ٤٥٪، ويمكن أن يعزى ذلك إلى نفس الأسباب المذكورة أعلاه بالنسبة للبيانات في استخدام الخدمات الطبية تبعاً لنوع الإعاقة.

تختلف كذلك الحاجة غير الملباة للخدمات الأخرى بين النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو الإعاقات المتعددة عنها بين النساء ذوات الإعاقة السمعية، فالنساء اللاتي يعانين من إعاقات حركية أو بصرية أو متعددة أكثر احتمالاً من النساء ذوات الإعاقة السمعية لأن يحتاجن إلى ترتيبات ملائمة في المرافق الحكومية والخاصة والآماكن العامة وتفعيل استخدام المقاعد المخصصة لكبار السن

جدول ٦-٥: التوزيع النسبي للنساء، حسب ما إذا كن بحاجة إلى مساعدة من الآخرين في أداء أنشطتهن اليومية، وفقاً لعمر المرأة ونوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي	الحاجة إلى المساعدة من الآخرين في أداء الأنشطة اليومية	عمر المرأة/ نوع الإعاقة		
عدد النساء	النسبة	لا	نعم	
				عمر المرأة
١٥٤	١٠٠%	٢١,٥	٧٨,٥	٣٠ من أقل
١٥٤٨	١٠٠%	٢٢,١	٧٧,٩	٣٩-٤٣
١٠٨٧	١٠٠%	٢,٩	٧٩,١	٤٩-٤
١١٤	١٠٠%	١٦,٥	٨٣,٥	٥٩-٥
٤٦٣	١٠٠%	١١,٣	٨٨,٨	٦ سنة فأكثر
				نوع الإعاقة
٣٣٣	١٠٠%	١٧,٧	٨٢,٣	حركية
٦٤١	١٠٠%	٢٥,٧	٧٤,٣	سمعية
١٣٩٤	١٠٠%	٢٣,٢	٧٦,٨	بصرية
٢٥٨	١٠٠%	١٢,٨	٨٧,٢	متعددة
٥٦٦	١٠٠%	١٩,٨	٨٠,٢	الإجمالي

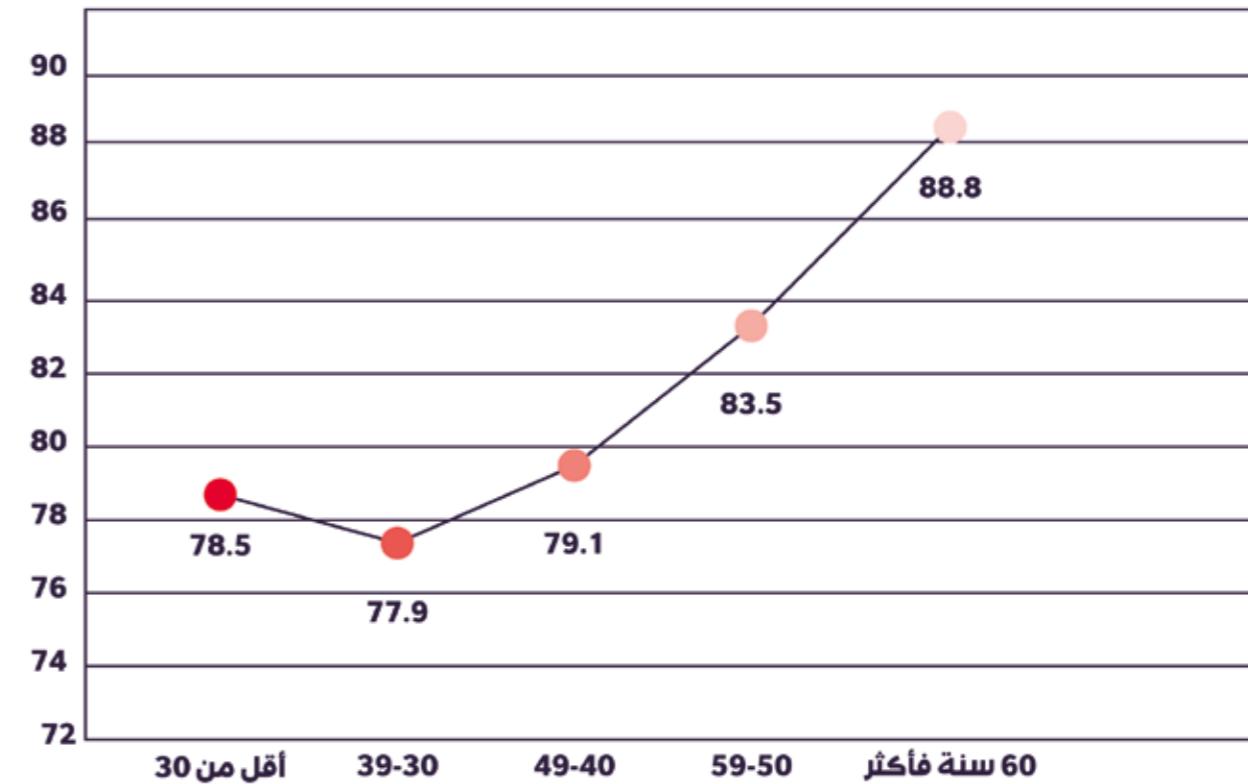
المتعددة أكبر سنًا ويعانين غالباً من إعاقات حركية وبصرية (كما هو موضح في الفصل ٣) مما يحدّد من قدرتهن على الاعتماد على أنفسهن لتلبية احتياجاتهن الأساسية للحياة اليومية، فيحتاج نحو ٨٧٪ من النساء ذوات الإعاقة المتعددة إلى مساعدة من الآخرين في أداء الأنشطة اليومية، في حين تبلغ النسبة المماثلة بين النساء ذوات الإعاقة السمعية ٧٤٪، وتأتي النساء ذوات الإعاقة الحركية في المرتبة الثانية بنسبة ٨٢٪.

ومن المرجح أن تعتمد النساء ذوات الإعاقة المتعددة على الآخرين في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية، أكثر من النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات، في حين أن العكس صحيح بالنسبة للنساء ذوات ذوات الإعاقة السمعية (شكل ٦-٥). ومن المتوقع أن يعزى هذا النمط إلى التركيب العمري لهاتين الفئتين من النساء، فضلاً عن طبيعة إعاقاتهن، فالنساء ذوات الإعاقة السمعية أصغر سنًا، ولد تحدي طبيعة إعاقتهن من قدرتهن على الحركة لأداء عديد من الأنشطة، ولكن النساء ذوات الإعاقة

٦-٥ المساعدة من الآخرين في تلبية احتياجات الأساسية للحياة اليومية

تشير نتائج المسح الموضحة في جدول ٦-٥ إلى أن الغالبية العظمى من المبحوثات يحتاجن إلى مساعدة من الآخرين في أداء الأنشطة اليومية (٨٠٪) بصرف النظر عن أعمارهن أو نوع إعاقتهم، ولا يوجد تقريباً أي اختلافات بين مختلف الفئات العمرية للنساء دون سن الخمسين في ما يتعلق بالحاجة إلى المساعدة في الأنشطة اليومية، لكن تزداد الحاجة إلى المساعدة بين النساء الأكبر سنًا، من ٧٩٪ بين النساء في الفئة العمرية ٤٩-٤٣ إلى نحو ٨٤٪ للنساء في الفئة العمرية ٥٩-٥٠ سنة وإلى قرابة ٨٩٪ بين النساء البالغات من العمر ٦٠ سنة فأكثر (شكل ٦-٥).

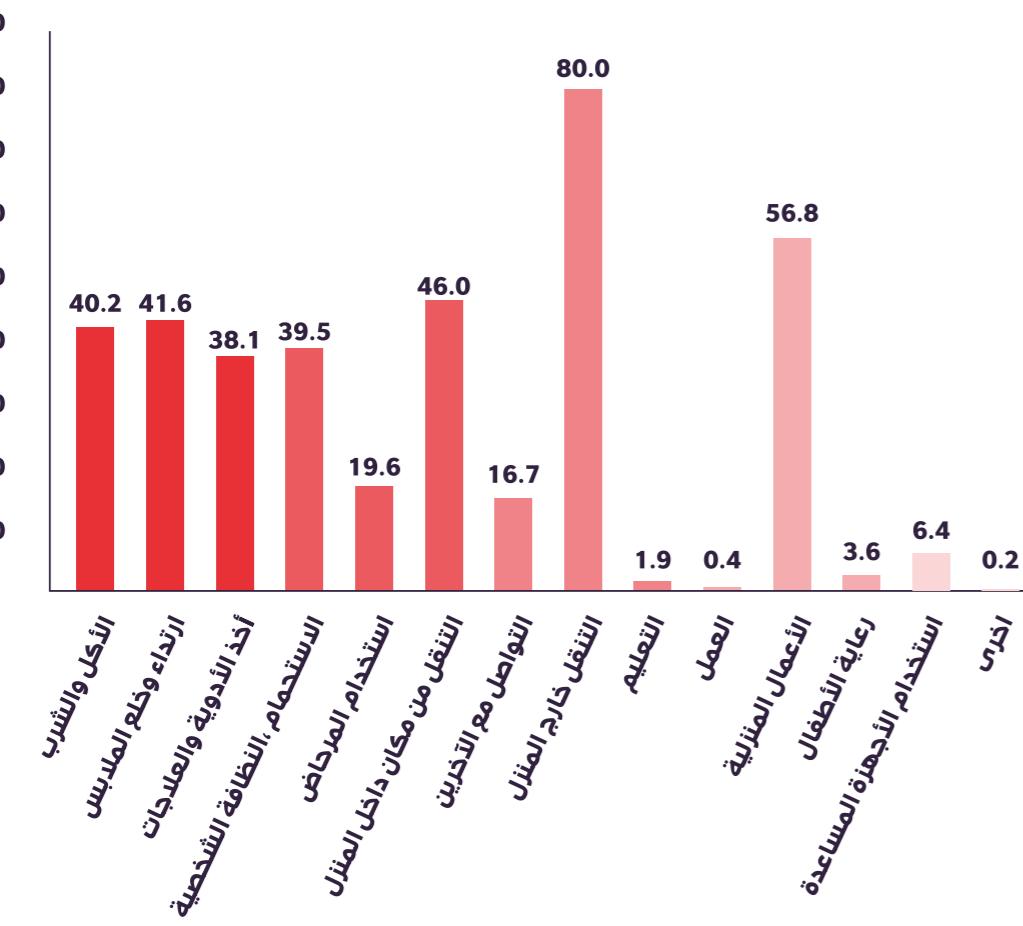
شكل ٦-٥: نسبة النساء، الذي يحتاجن إلى المساعدة في أداء أنشطتهن اليومية، حسب عمر المرأة، مصر ٢٠٢٠.



٥ المساعدة من الآخرين في تلبية احتياجات الأساسية للحياة اليومية

سؤال مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ النساء الذي أجريت معه المقابلات، عما إذا كن بحاجة إلى مساعدة من أسرهن أو من خارج الأسرة في أداء أنشطتهن اليومية، وطلب من الذي أجب عن السؤال بالإيجاب أن يذكرون نوع الأنشطة التي يحتاجن إلى المساعدة في أدائها، ثم سُئلت النساء بخصوص كل نشاط ذكرنه عما إذا كان يتلقين المساعدة في أدائه من أسرهن أو من خارج الأسرة أو من كليهما، ومن الشخص الرئيسي الذي يقدم المساعدة.

شكل ٥-٥: نسبة النساء، الذي يحتاجن إلى المساعدة في أداء أنشطتهن اليومية، حسب نوع النشاط الذي يحتاجن إلى المساعدة على أدائه، مصر ٢٠٢٠.



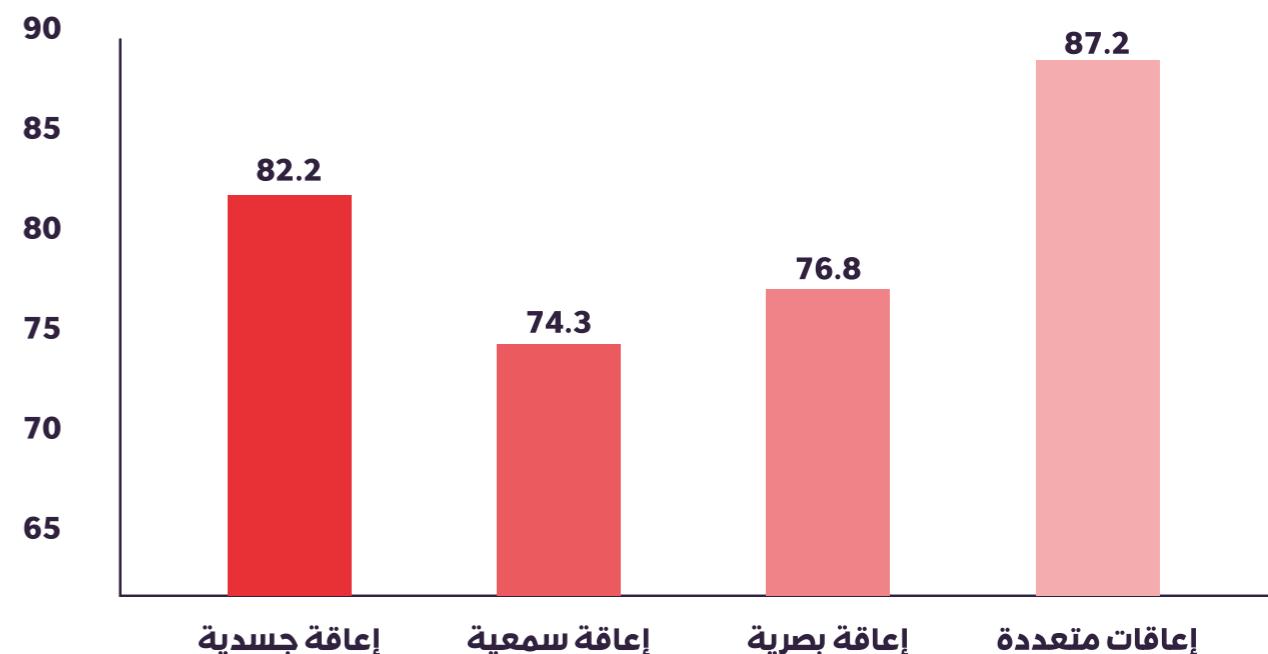
ملحوظة: مجموع النسب يزيد على ١٠٠٪ لأن بعض النساء يبلغن عن حاجتهن إلى المساعدة في أكثر من نشاط.

وبالنسبة للنساء ذوات الإعاقات الحركية أو البصرية أو المتعددة، فإن التنقل خارج المنزل أهم ما يحتاجن إلى المساعدة فيه، وتأتي المساعدة في الأعمال المنزلية في المرتبة الثانية للنساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية (نحو ٦١٪ على التوالي). ويحتاج نحو ثلثي النساء ذوات الإعاقات المتعددة، وأكثر أو أقل قليلاً من نصف النساء ذوات الإعاقة الحركية، والنساء ذوات الإعاقة البصرية إلى المساعدة على التنقل داخل المنزل.

نحو ٣ من كل ١٠ نساء من ذوات الإعاقات المتعددة، وربع النساء اللاتي لديهن إعاقة حركية، وما يقرب من ١٢٪ من ذوات الإعاقة البصرية يحتاجن إلى مساعدة في استخدام المرحاض.

وكما هو متوقع، يتوقف نمط المساعدة المطلوبة وشديتها على نوع الإعاقة لدى المرأة، فتحتاج النساء ذوات الإعاقة السمعية إلى مساعدة من آخرين في أداء أنشطة يومية مختلفة عموماً عن النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات، فالتواصل مع الآخرين هو الحاجة الرئيسية التي تعتمد النساء ذوات الإعاقة السمعية على الآخرين في أدائها (ذكرت بنسبة ٩٣٪)، كما ذُكر التنقل خارج المنزل من جانب نسبة عالية (٧٨٪)، وهو ما يرتبط على الأرجح بحاجتهن إلى المساعدة في التواصل مع الآخرين. ولكن وأشارت قلة قليلة جداً بالمقارنة بالنسبة التي أفادت بها النساء ذوات الإعاقات الحركية أو البصرية أو المتعددة إلى احتياجهن إلى مساعدة الآخرين لأداء معظم الأنشطة الأخرى.

شكل ٥-٤: نسبة النساء، الذي يحتاجن إلى المساعدة في أداء أنشطتهن اليومية، حسب نوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



الأعمال المنزلية (نحو ٥٧٪) ويحتاج نحو ٥ من كل ١٠ نساء إلى المساعدة في التنقل من مكان إلى آخر داخل منزلهن (٤٦٪). ويحتاج خمسان أو أكثر قليلاً إلى المساعدة في الأكل والشرب، وارتداء الملابس أو خلع الملابس، وأخذ الأدوية والعلقان والاستحمام والنظافة الشخصية (جدول ٧-٥ وشكل ٥-٥).

نحو خمس النساء (٢٠٪) اللاتي يحتاجن إلى المساعدة في أداء أنشطتهن اليومية يحتاجن مساعدة في استخدام المرحاض، و١٧٪ بحاجة إلى المساعدة في التواصل مع الآخرين.

٢-٣-٥ الأنشطة اليومية التي تحتاج المرأة إلى مساعدة الآخرين في أدائها

التنقل خارج المنزل هو النشاط الرئيسي الذي تحتاج المشاركات في الدراسة إلى مساعدة الآخرين فيه، إذ ذكرته ٨٠٪ من النساء اللاتي يحتاجن إلى مساعدة من الآخرين لتلبية الاحتياجات اليومية الأساسية، كما أن نسبة كبيرة من النساء يُساعدنهن آخرون في عديد من الأنشطة اليومية الأخرى، فعلى سبيل المثال، يحتاج نحو ٦ من كل ١٠ نساء إلى المساعدة في

وكانت أعلى نسبة من النساء القليلات اللاتي يحصلن على مساعدة في أداء أنشطتهن اليومية من خارج إطار أسرهن بين هؤلاء اللاتي يحتاجن إلى مساعدة خاصة بالتعليم (٩٪)، وقد يرجع ذلك إلى أن بعض المشاركات في الدراسة ما زلن يكملن تعليمهن وربما يحصلن على مساعدات في شكل دروس خصوصية.

٣-٢-٥ مُقدّم المساعدة

يوضح جدول ٨-٥ أن الغالبية العظمى من النساء اللاتي يحتاجن إلى المساعدة في تلبية الاحتياجات الأساسية للحياة اليومية، تقريباً يحصلن على المساعدة من أسرهن، بصرف النظر عن نوع النشاط الذي يحتاجن إلى المساعدة على أدائه، وهذا أمر متوقع إذ أن كل النساء تقريباً يعيشن مع أسرهن (٢٪) فقط يعيشن بمفردهن كما يتضح من الفصل (٣).

جدول ٨-٥: التوزيع النسبي للنساء ، اللاتي يحتاجن إلى المساعدة على أداء الأنشطة اليومية، وفقاً لما إذا كان يحصلن على المساعدة من أسرهن أو من خارج إطار الأسرة أو من كليهما حسب نوع النشاط الذي يحتاجن إلى المساعدة فيه، مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي		الحصول على المساعدة من		الأنشطة اليومية		
عدد الحالات التي ذكرن احتياجهن إلى مساعدة في أداء نشاط معين	النسبة	كليهما	خارج إطار الأسرة	الأسرة		
١٨٠٩	١٠٠,٠	,٦	٣,٢	٩٦,٢	الأكل والشرب	
١٨٧٢	١٠٠,٠	,٥	٢,٥	٩٧,٠	ارتداء وخلع الملابس	
١٧١٥	١٠٠,٠	,٨	٢,٣	٩٧,٠	أخذ الأدوية والعلاجات	
١٧٧٨	١٠٠,٠	,٤	٢,٦	٩٧,٠	الاستحمام والنظافة الشخصية	
٨٨١	١٠٠,٠	,٣	١,٧	٩٨,٠	استخدام المرحاض	
٢٠٧١	١٠٠,٠	,٩	٣,١	٩٦,٠	التنقل من مكان داخل المنزل	
٩٨٣	١٠٠,٠	٢,١	٣,٣	٩٤,٦	التواصل مع الآخرين	
٣٦٠٤	١٠٠,٠	١,٣	٣,٥	٩٥,٣	التنقل خارج المنزل	
٨٧	١٠٠,٠	١,١	٩,٢	٨٩,٧	التعليم	
٢٠	*	*	*	*	العمل	
٢٥٥٩	١٠٠,٠	١,٠	٤,٥	٩٤,٥	الأعمال المنزلية	
١٦٤	١٠٠,٠	١,٢	٤,٣	٩٤,٥	رعاية الأطفال	
٢٨٩	١٠٠,٠	,٠	٣,١	٩٦,٩	استخدام الأجهزة المساعدة	
٨	*	*	*	*	أخرى	

ملاحظة: تشير العلامة النجمية إلى أن الرقم يستند إلى أقل من ٢٥ حالة ومن ثم حُذفت النسب.

١ إجمالي عدد الحالات يزيد على عدد المشاركات في الدراسة، لأن بعض النساء ذكرن حاجتهن إلى المساعدة في أكثر من نشاط واحد

جدول ٥-٧: نسبة النساء (البالغات من العمر ١٨ عاماً فأكثر) ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة، اللائي يحتاجن إلى المساعدة من الآخرين في أداء أنشطتهن اليومية، حسب نوع النشاط الذي يحتاجن إلى المساعدة فيه، وفقاً لنوع إعاقة المرأة، مصر ٢٠٢٠.

الإجمالي	نوع الإعاقة					الأنشطة اليومية التي تحتاج المرأة إلى مساعدة على أدائها
	متعددة	بصرية	سمعية	حركية		
٤٠,٣	٥٤,٣	٣٩,٩	٣,٢	٤٥,٥		الأكل والشرب
٤١,٦	٥٧,٨	٣١,٦	٢,٧	٥,٩		ارتداء وخلع الملابس
٣٨,١	٥٨,٣	٣٧,٩	١٦,٠	٤٠,٣		أخذ الأدوية والعلاجات
٣٩,٥	٥٦,٤	٢٨,٣	٥,٠	٤٨,٤		الاستحمام والنظافة الشخصية
١٩,٦	٢٩,٣	١١,٥	٢,٣	٢٤,٩		استخدام المرحاض
٤٦,٠	٦٤,٠	٤٧,٥	.,٠	٥١,٩		التنقل من مكان داخل المنزل
١٦,٧	٢٢,٧	٥,٥	٩٦,٩	٧,٤		التواصل مع الآخرين
٨,٠	٨١,٣	٨١,٤	٧٧,٩	٧٩,٧		التنقل خارج المنزل
١,٩	.,٠	٢,١	٤,٨	١,٥		التعليم
,٤	.,٠	.٨	.,٠	.٤		العمل
٥٦,٨	٥٦,٩	٦١,٤	٦,٣	٦٣,٨		الأعمال المنزلية
٣,٦	.٤	٣,٦	٤,٨	٣,٧		رعاية الأطفال
٦,٤	٦,٧	٣,٦	.٦	٨,٥		استخدام الأجهزة المساعدة
,٣	.,٠	.٣	.٦	.١		أخرى
٤٥,٥	٢٢٥	١٠٧	٤٧٦	٢٧٣٤		عدد النساء اللاتي يحتاجن إلى مساعدة على أداء الأنشطة اليومية

١ مجموع النسب يزيد على ١٠٠، لأن بعض النساء ذكرن حاجتهن للمساعدة على أداء أكثر من نشاط واحد.

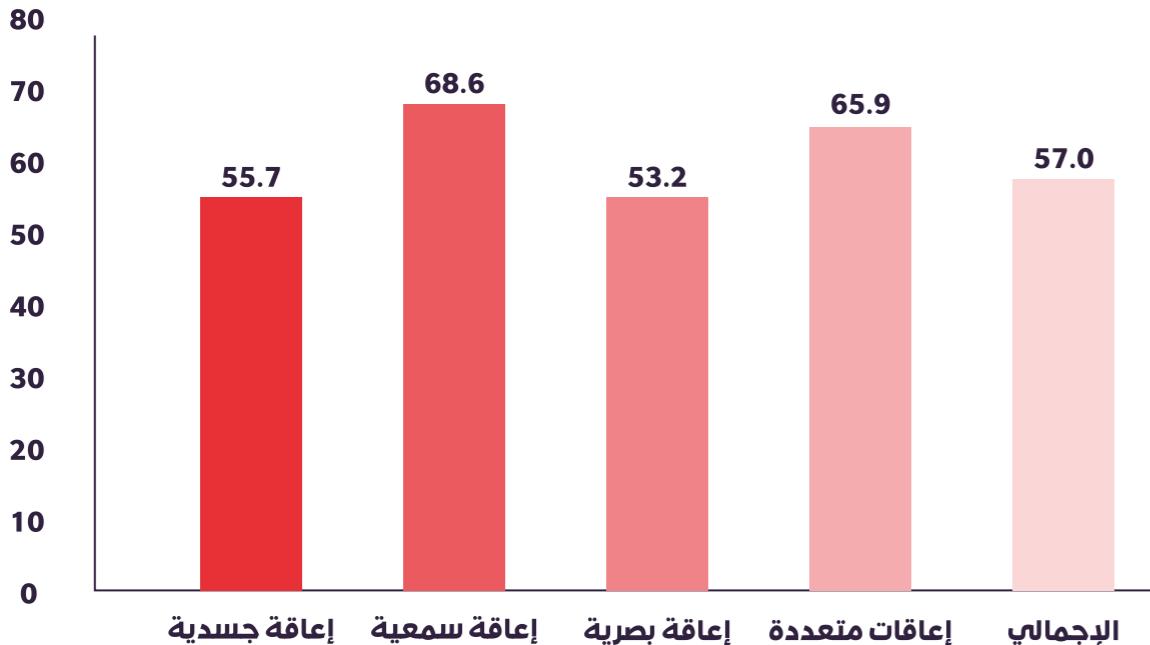
الإعاقة السمعية يختلف إلى حد ما عن تلك التي تواجهها النساء ذوات الإعاقات الأخرى. فال المشكلة الرئيسية عدم وجود أو تغيب مترجم لغة إشارات أحياناً، إذ ذكر نحو ٧٠٪ من كل ١٠ نساء هذه المشكلة (٦٩٪)، واحتكم أكثر من النصف من نظرة الشفقة من الآخرين (٥٢٪) ونحو ٤٠٪ من كل ١٠ نساء (٣٩٪) يعاني من مشكلة عدم وجود مرافق أو تغيبه في بعض الأحيان. لمصاحبتهن عند التنقل خارج المنزل، واشتكت نسبة عالية من النساء ذوات الإعاقات السمعية، مقارنة بالنساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات، من حصرهن في وظائف وأنشطة معينة أو عدم دمجهن في المجتمع، فقد أفاد ٢٢٪ من النساء ذوات الإعاقة السمعية بهذه المشكلة مقارنة بنسبة تتراوح بين ٩-٨٪ فقط للنساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات، وبالإضافة إلى ذلك، فإن نسبة النساء اللاتي اشتكن من عدم تفويض مهام إليهن أو التشكيك في قدرتهن كانت أعلى بين النساء ذوات الإعاقة السمعية عنها بين النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات.

٣-٥ التحديات في التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل

يعكس شكل ٦-٥ أنّ معظم النساء ذوات الإعاقة يواجهن مشكلات في التعامل مع الآخرين، أو التنقل خارج المنزل (٥٧٪)، واحتكم ذوات الإعاقات السمعية أو المتعددة (نحو ٦٩٪) ونحو ٤٠٪ من كل ١٠ نساء (٣٩٪) يعاني من مشكلة عدم وجود مرافق أو تغيبه في بعض الأحيان. لمصاحبتهن عند التنقل خارج المنزل، واشتكت نسبة عالية من النساء ذوات الإعاقات السمعية، مقارنة بالنساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات، من حصرهن في وظائف وأنشطة

معينة أو عدم دمجهن في المجتمع، فقد أفاد ٢٢٪ من النساء ذوات الإعاقة السمعية بهذه المشكلة مقارنة بنسبة تتراوح بين ٩-٨٪ فقط للنساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات، وبالإضافة إلى ذلك، فإن نسبة النساء اللاتي اشتكن من عدم تفويض مهام إليهن أو التشكيك في قدرتهن كانت أعلى بين النساء ذوات الإعاقة السمعية عنها بين النساء ذوات الأنواع الأخرى من الإعاقات.

شكل ٦-٥: نسبة النساء، اللاتي يواجهن مشكلات في التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل، حسب نوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



خمس النساء (٢٢٪) بأنّ الأقارب الآخرين هم الأشخاص الرئيسيون الذين يساعدونهن على الأكل والشرب، والزوج والأولاد الأكبر سنًا هم الأشخاص الرئيسيون الذين يساعدون على رعاية الأطفال، وكثيراً ما ذُكر ذلك بنسبة ٣٪. ٤٠٪ على التوالي، والأولاد والأشققاء والزوج هم الأشخاص الرئيسيون الذين يساعدون المرأة على أداء عملها، مما قد يشير إلى أن هؤلاء النساء يعملن في القطاع غير الرسمي الذي يحتمل أن تشارك فيه الأسرة.

وفي معظم الأنشطة اليومية التي تحتاج المرأة إلى المساعدة فيها، يكون الوالدان ليهمما الأولاد هم القائمون الرئيسيون على الرعاية (جدول ٩-٥)، ويلعب أقارب آخرون /غير الأشقاء، والآخالات/ العميات والأخوال/ الأعمام دوراً ملحوظاً في مساعدة النساء في أنشطة مثل الأكل والشرب، وارتداء الملابس، وخلع الملابس، وأخذ الأدوية والعلاجات، والاستحمام، والنظافة الشخصية، واستخدام المرحاض، فعلى سبيل المثال، أفاد أكثر من جدول ٩: التوزيع النسبي للنساء، اللائي يحتاجن إلى المساعدة في أداء الأنشطة اليومية، وفقاً للشخص الرئيسي الذي يقدم المساعدة. تبعاً لنوع النشاط الذي يحتاجن إلى المساعدة فيه، مصر ٢٠٢٠.

الأنشطة اليومية التي تحتاج المرأة إلى مساعدة في أدائها	الشخص الرئيسي الذي يقدم المساعدة	الإجمالي								
		الأعمام/ الأخوال/ العميات/ الآخالات	الأقارب/ آخرون	الأصدقاء/ الجيران	أهل الزوج	الزوج	الأولاد	عدد الحالات اللذات ذكرن احتياجهن لمساعدة على أداء نشاط معين ^١	%	
الأكل والشرب		٣٢,٢	١,٣	.٣	.٧	٦,٥	٢٧,٤	١٠٠,٠	١٨,٩	
ارتداء وخلع الملابس		٣٦,٦	١١,٧	.٢	.٤	٨,٩	٤٤,٦	١٠٠,٠	١٧٣	
أخذ الأدوية والعلاجات		٣٣,٣	٩,٨	.٤	.٤	١٣,٧	٥٥,٩	١٠٠,٠	١٧٥	
الاستحمام والنظافة الشخصية		٣٨,١	١١,٦	.٤	.٣	٧,١	٤٤,٣	١٠٠,٠	١٧٧٨	
استخدام المرحاض		٤٣,٣	١,٦	.٢	.١	٨,٩	١٩,٤	١٠٠,٠	٨٨١	
التنقل من مكان لمكان		٣٤,١	١٤,٨	.٥	.٥	١٥,٥	١٩,٧	١٠٠,٠	٢٠٧٦	
التواصل مع الآخرين		٤٩,٩	١٦,٣	.٩	.٩	٨,٨	١,٦	١٠٠,٠	٩٨٣	
التنقل خارج المنزل		٣٣,٣	١٦,٣	.٧	.٧	١٧,٠	١٩,٣	١٠٠,٠	٣٦,٤	
التعليم		٥٧,١	٢٣,٨	١,٣	١,٣	٦,٣	٣,٦	١٠٠,٠	٨٧	
العمل		١٠,٠	٣٥,٠	.٠	.٠	٥,٠	٤,٠	١٠٠,٠	٢٠	
الأعمال المنزلية		٢٢,٠	١,٩	.٣	.٣	١,٣	٧,٧	١٠٠,٠	٢٠٠٩	
رعاية الأطفال		١٨,٦	٣,١	.٦	.٦	٩,٩	٣٠,٤	١٠٠,٠	٦٤	
استخدام الأجهزة المستخدمة		٤٠,٣	١٢,٠	.٤	.٤	٩,٩	١٥,٠	١٠٠,٠	٢٨٩	
أخرى									٨	

ملحوظة: تشير العلامة النجمية إلى أن الرقم يستند إلى أقل من ٢٥ حالة، ومن ثم حُذفت النسبة.

إجمالي عدد الحالات يزيد على عدد المشاركات في الدراسة، لأن بعض النساء ذكرن حاجتهن إلى المساعدة في أكثر من نشاط واحد.

الرئيسي للمجتمع كأعضاء منتجين لـ يحتاجون إلى التعاطف (هجرس، ٢٠٠٤). ويمكن للتدريب المهني أن يساعد النساء ذوات الإعاقة على إيجاد الوظائف المناسبة، ومن ثم يتحقق لهن الاستقلال الاقتصادي.

ومع ذلك، فإن عدداً قليلاً جدًا من النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة، بصرف النظر عن أعمارهن، يحصلن على تدريبات مهنية، رغم أن نسبة كبيرة من النساء دون سن الخامسة والثلاثين قد أشارن إلى حاجتهن إلى التدريب المهني، وعلوة على ذلك، تتلقى نسب ضئيلة خدمات ترفيهية ورياضية، وهذا يعكس أيضًا انخفاض قيمة وصعوبة وصول النساء الفقيرات ذوات الإعاقة إلى هذه الخدمات.

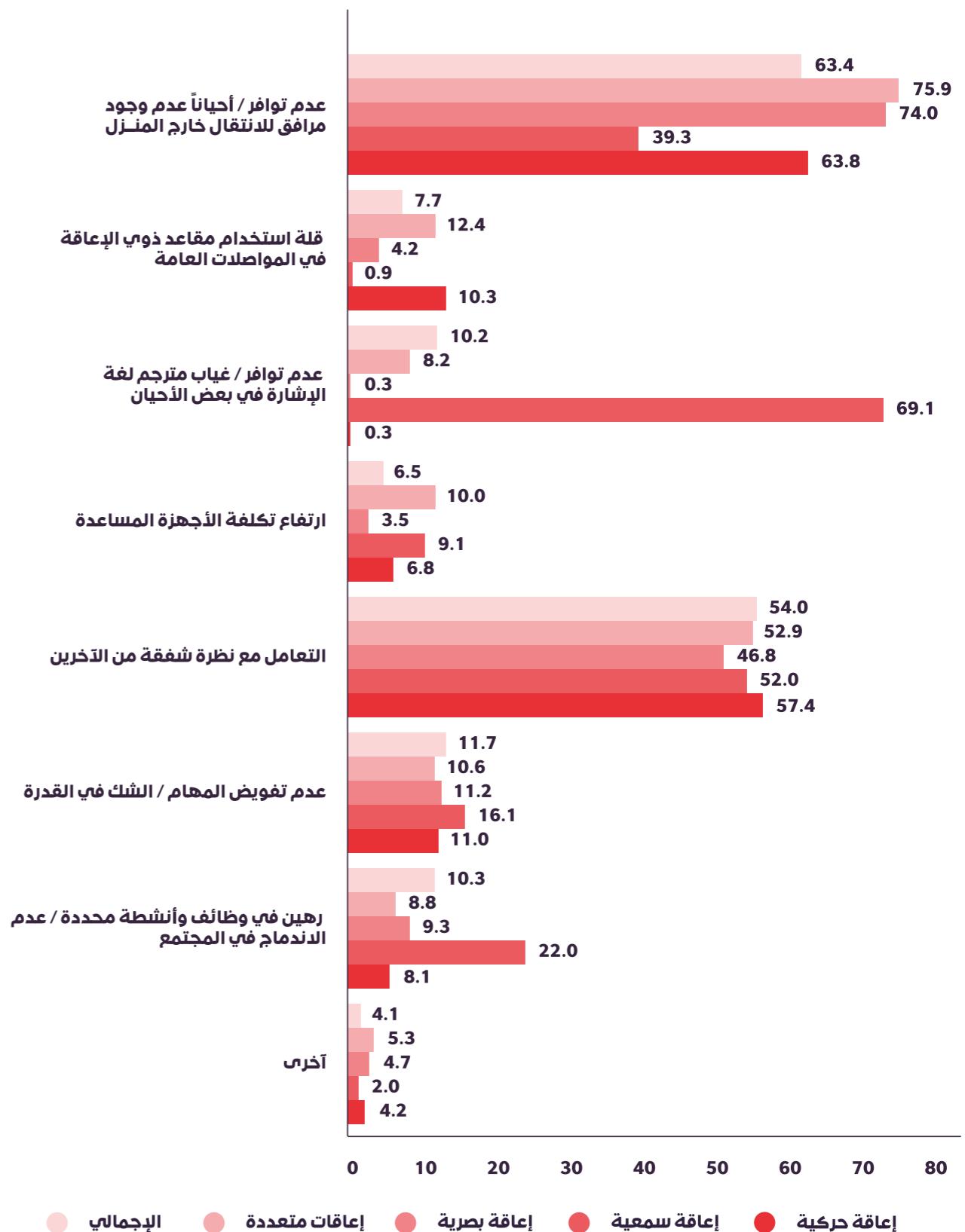
ويواجه معظم النساء ذوات الإعاقة مشكلات في التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل، والتحدي الأكثر شيوعاً الذي تواجهه النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو المتعdda، غياب رفيق لمصاحبتهن في التنقل خارج المنزل، في حين أن غياب مترجم لغة إشارة المشكلة الرئيسية التي تواجهها النساء ذوات الإعاقة السمعية، والتعامل بنظرة الشفقة من الآخرين مشكلة تواجه النساء ذوات الإعاقة عموماً بصرف النظر عن نوع إعاقتهن.

٤- الخلاصة

على الرغم من أن غالبية المشاركات في الدراسة يحصلن على خدمات مالية وطبية، فإن معظمهن لا تزال لديهن حاجة غير ملبيّة لهذه الخدمات، النساء ذوات الإعاقة السمعية أقل احتمالاً من النساء ذوات الإعاقة الحركية أو البصرية أو المتعددة أن يحصلن على خدمات طبية وأن يكون لديهن حاجة غير ملبيّة من هذه الخدمات، ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن ضعف السمع عادة ما يكون مستقرًا ولديه الحاجة إلى تدخلات طبية معينة باستثناء المُعينات السمعية، وبالإضافة إلى ذلك، فإن النساء ذوات الإعاقة السمعية في عينة الدراسة في سن أصغر من النساء الآخريات، ومن ثم يقل احتمال تعرضهن لمشكلات صحية.

وتتلقى نسب منخفضة من الشابات الفقيرات ذوات الإعاقة خدمات تعليمية، وتعكس هذه النسب المنخفضة، إلى جانب ارتفاع معدل الأمية (كما هو مبين في الفصل ٣) انخفاض قيمة تعليم النساء ذوات الإعاقة، ولدى سيدات الفقيرات منها، وإذا لم يعد التعليم ممكناً، فإن التدريب على العمل البسيط في سن مبكرة يشجع النساء ذوات الإعاقة على الاستقلال الاجتماعي والاندماج بسهولة في التيار

شكل ٥-٧: نسبة النساء، اللذى يواجهن مشكلات في التعامل مع الآخرين أو التنقل خارج المنزل، وفقاً لنوع المشكلة التي يواجهنها ونوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



الفصل السادس: الممارسات التقليدية الضاربة

أهم النتائج

الممارسات التقليدية الضارة أكثر شيوعاً بين النساء كبيرات السن والمقيمات في صعيد مصر والأمّيات، والنساء الذي حدث إعاقاتهن بعد مرحلة الشباب (في العمر ٣٥ سنة فأكثر)، والنساء ذوات الإعاقة البصرية.

- ملحوظ لتجربة الزواج القسري/الجبرى من النساء اللواتي ليس لديهن هذا الإحساس.
- نحو ١٨٪ تزوجن قبل بلوغهن سن ١٨ سنة.
- الممارسات التقليدية الضارة أكثر شيوعاً بين النساء كباريات السن والمقيمات في صعيد مصر والأمّيات، والنساء الـلائي حدثت إعاقاتهن بعد مرحلة الشباب (في العمر ٣٥ سنة فأكثر)، والنساء ذوات إعاقة البصرية.

أهم النتائج:

- ٠.٨٪ من المشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات إعاقة تعرضن للختان.
- معظم النساء السابق لهن الزواج وافقن بكمال حريتهن على زواجهن، ومع ذلك أجبر نحو ١٤٪ على الزبحة الحالية أو الزبحة الأخيرة.
- كانت النساء اللواتي لديهن إحساس بتقدير الذات والثقة بالنفس، أقل عرضة بشكل

رغم تجريم الحكومة له (El-Zanaty and Way, ٢٠١٥).

يجرم القانون المصري ممارسة ختان الإناث، ففي عام ٢٠٠٨، عدلت مصر قانون الطفل رقم ١٢ لعام ١٩٩٦ ليشمل مادة تُجرِّم ختان الإناث، ثم أدرجت هذه المادة في القانون الجنائي لضمان تطبيق المواد القائمة التي تتناول الإصابة الجسدية المتعَمدة على ختان الإناث، وينص التشريع على عقوبة بالسجن لمدة تتراوح بين ثلاثة أشهر إلى سنتين أو بغرامة تتراوح بين ١٠٠ إلى ٥٠٠ جنيه مصرى لئي شخص تسبب في إصابة تُعَاقِب عليها مواد قانون العقوبات، من خلال تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ والمعدل بالقانون رقم ١٣٦ لسنة ٢٠٠٨).

في عام ٢٠١٦، عدلت مصر القانون الذي يُجرِّم ختان الإناث، واصفة هذه الممارسة بأنها جنائية، وفرضت عقوبات قانونية أكثر صرامة على المُدانين، وتشمل تعديل قانون تجريم ختان الإناث الذي كان يعتبر هذه الممارسة جنحة منذ عام ٢٠٠٨ وزيادة عقوبة السجن لممارسي هذا الإجراء ما بين خمس وسبعين سنوات، بدلًا من

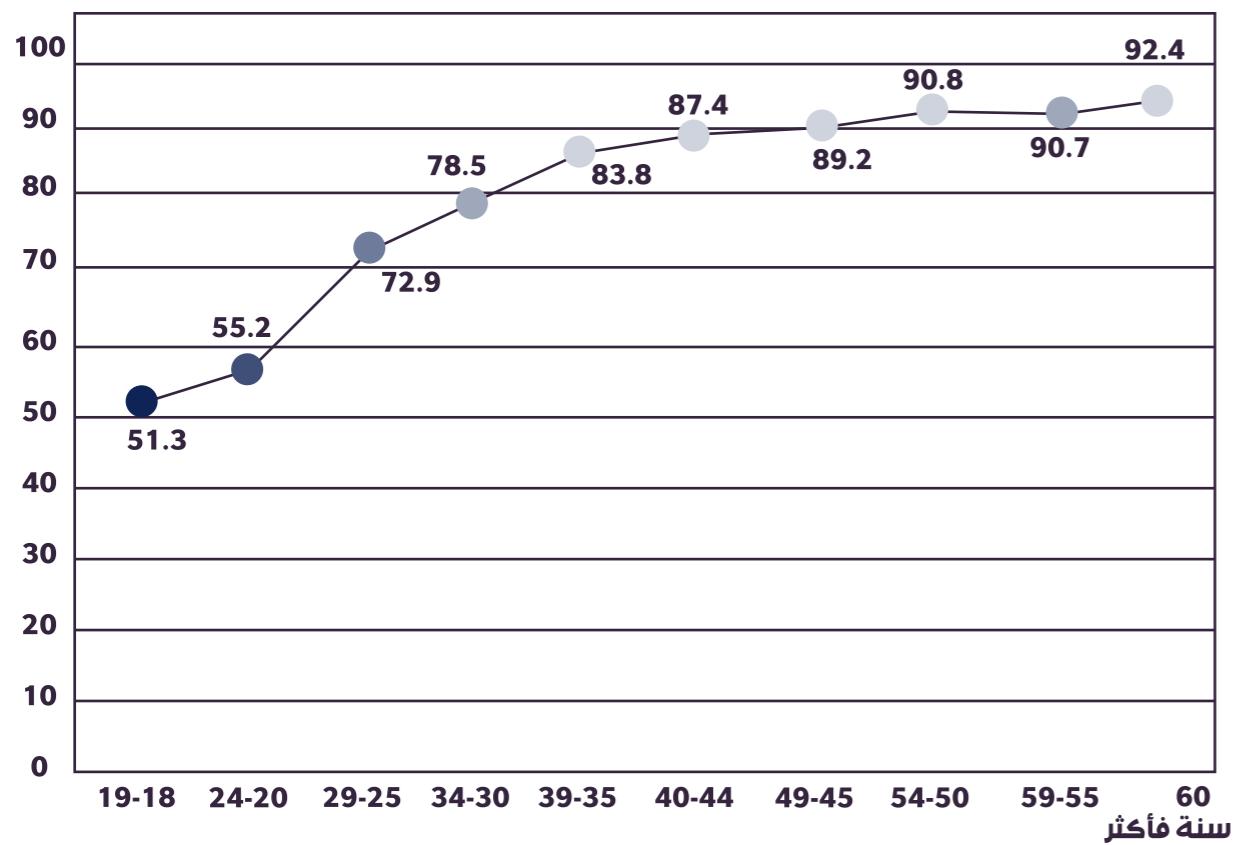
تعد جميع حالات انتهاك حقوق النساء والفتيات ممارسات ضارة، لكن هناك أشكالًا معينة من العنف ضد النساء والفتيات تُبرر على أساس العادات والتقاليد أو الثقافة السائدة في المجتمع، وتعرف مثل هذه الممارسات بأنها "ممارسات تقليدية ضارة". وللممارسات التقليدية الضارة أشكال متعددة منها الزواج المبكر / زواج الأطفال والزواج الجبرى، والزواج عن طريق الدختطاف / الدغصاب، وتشويه / بتر الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث)، وجرائم "الشرف"، ووأد الإناث، وتُجرى هذه الممارسات الضارة دون موافقة الفتاة أو المرأة، ومن ثم فهي تمثل عنفًا ضدها وامتهاناً لكرامتها الشخصية وحقوقها الإنسانية، على النحو المنصوص عليه في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

١٠٦ ختان الإناث

ليس لختان الإناث أي فوائد صحية، ولكنه يتسبب في كثير من المخاطر الصحية والمضاعفات البدنية والنفسية الشديدة، وهو من العادات الموروثة في مصر، ولد يزال يُجرى

^١ https://www.ippf.org/sites/default/files/harmful_traditional_practices.pdf
^٢ https://www.stopvaw.org/harmful_practices

شكل ١-٦ نسبة النساء، اللائي تعرّضن للختان، تبعًا للعمر، مصر ٢٠٢٠.



الحضرية أو في الوجه البحري، فقد كان معدل الختان بين النساء في الوجه القبلي، أعلى بنحو ٤٤ نقطة مئوية عن المعدل بين النساء في المحافظات الحضرية (٦١٪) وبنحو ٧ نقاط مئوية عن النساء في الوجه البحري (نحو ٧٨٪).

في ما يتعلّق بالاختلافات تبعًا للمستوى التعليمي، كان أعلى معدل لانتشار ختان الإناث بين النساء الأُمّيّات (نحو ٨٢٪). على النقيض، كان أقل معدّل لختان الإناث بين النساء الحاصلات على تعليم جامعي أو أعلى (قرابة ٦٩٪)، ويتماشى هذا النمط مع النمط المشار إليه في مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥.

وكما يتضح من **جدول ١-٦** كان ختان الإناث أكثر انتشارًا بين الأرامل (٩٤٪)، في حين كان المعدل أقل بشكل معنوي بين من لم يسبق لهن الزواج (٦٧٪) عن النساء في الحالات الاجتماعية الأخرى، وقد يرجع ذلك إلى تركز النساء اللائي لم يسبق لهن الزواج في الأعمار الصغيرة التي تقل فيها ممارسة الختان، والعكس صحيح بالنسبة للأرامل. هذا النمط مشابه لما أظهرته نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ وبنسبة مشابهة (٩٥٪ للأرامل و٦٥٪ لمن لم يسبق لهن الزواج).

شكل ١-٦ أن النساء في الوجه القبلي أكثر تعرّضاً للختان بشكل كبير عن النساء في المحافظات

ويُلحوظ وجود علاقة قوية بين الخصائص الخلفية للنساء وممارسة ختان الإناث، فيتضح من **جدول ١-٦** و**شكل ١-٦** أن هناك انخفاضاً كبيراً في ممارسته عبر الأجيال، ومع ذلك لا يزال يُمارس بالنسبة لغالبية الأجيال الشابة، وقد ظهرت نفس النتيجة من خلل المسح الوطني، بما في ذلك المسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤ ومسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥. فأكثر من نصف النساء المشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة اللائي في الفئة العمرية ٢٤-١٨ ونحو ثلاثة أرباع من في الفئة العمرية ٣٩-٥٥ تعرّضن للختان، وتجاوزت نسبة النساء اللائي تعرّضن للختان ٩٪ بين النساء في سن الخمسين وما فوق، ولوحظ انخفاض معدلات ختان الإناث في مختلف الفئات العمرية بين المشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠ عنه بين المشاركات في مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ (كم هو مبيّن في **جدول ٣** في **ملحق ٢**).

ثلاثة أشهر إلى سنتين، كما ينص التعديل على عقوبة أشدّ تصل إلى السجن لمدة ١٥ سنة إذا أدّت الممارسة إلى الموت أو "عاهة مستديمة"، ويمكن أيضًا أن يواجه أولئك الذين يرافقون الضحايا إلى هذا الإجراء عقوباتٍ بالسجن تتراوح بين سنة وثلاث سنوات^٣.

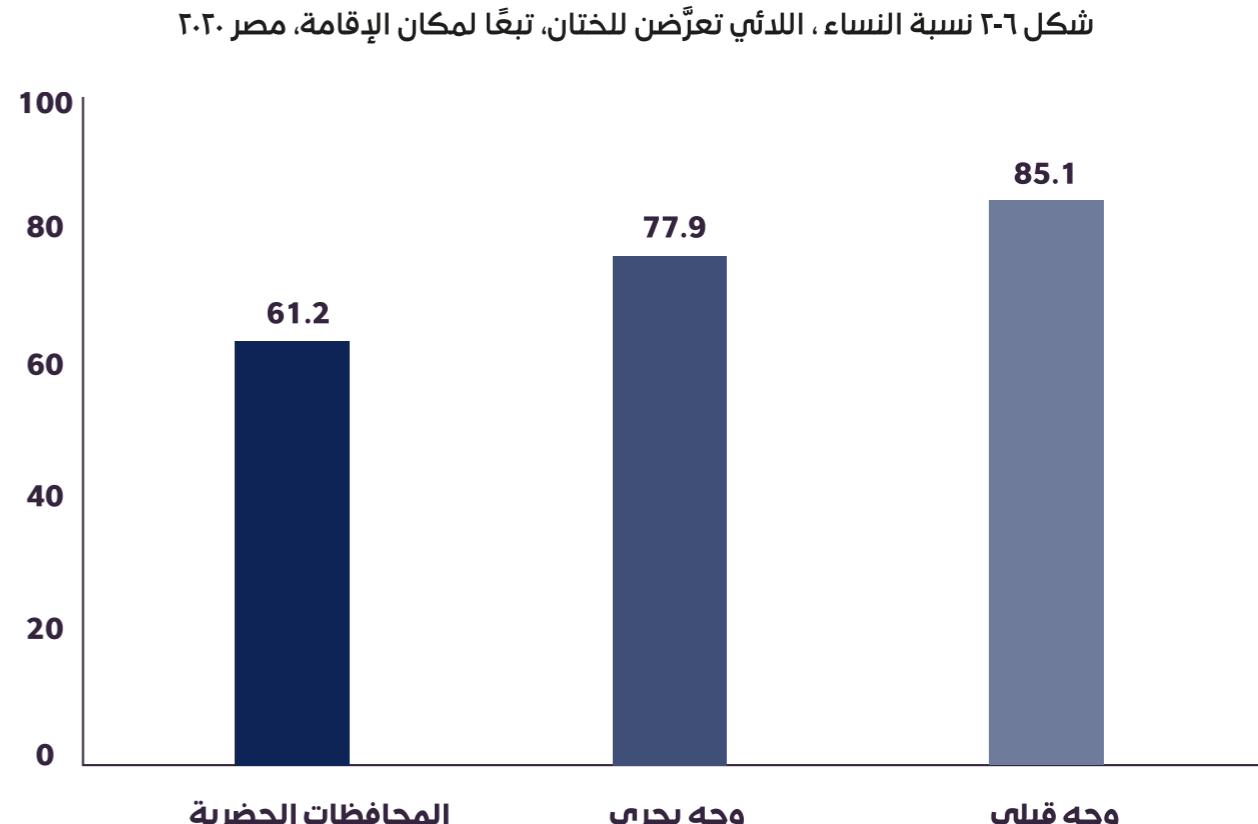
١-٦ انتشار ختان الإناث والاختلافات تبعًا للخصائص الخلفية للمرأة

تؤكد نتائج المسح الواردة في **جدول ١-٦** أن ختان الإناث شائعٌ بين المشاركات في الدراسة، إذ اخْتَنَ ٨٪ من النساء في الفئة العمرية ١٨-٣٠ سنة فأكثر، ومع ذلك فإن هذا الرقم أقل بـ١٠ نقاط مئوية من الرقم الذي أظهرته نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ على الصعيد القومي، إذ كان تفسير هذا الانخفاض بين عامي ٢٠١٥ و٢٠٢٠ يمكن تفسيره فيهما المسحان من خلل الجهود المكثفة الأخيرة لمناهضة ختان الإناث، لأن هذه الجهود تؤثر في الفتيات الصغيرات وليس الفئة العمرية للمشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات الإعاقة لعام ٢٠٢٠.

^٣ <https://www.refworld.org/pdfid/5a17ef454.pdf>

٢٤٦٥	٦٧,١	لم يسبق لهن الزواج
٧	*	عقد قران
مكان الإقامة ***		
٥٥٢	٦١,٣	المحافظات الحضرية
٢١٤٩	٧٧,٩	الوجه البحري
٢٩١٥	٨٥,١	الوجه القبلي
المستوى التعليمي ***		
٢٩٨٠	٨١,٥	أمية
٧٣٩	٧٩,٧	تقرأ و تكتب
٣٧٥	٧٤,٧	ابتدائي/ إعدادي
١٣١٤	٨٠,١	ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي
٢٠٨	٦٨,٨	جامعي فأعلى
٥٦٦	٨٠,٠	الإجمالي

*** القيمة الاحتمالية P أقل من .٠٠٠.



إعاقة، ومن ثمّ لن يتعرّضن للدستغلال الجنسي، ولذلك فلن يحتاجن إلى الحماية التي يوفرها ختان الإناث -من وجهة نظر الأهل-. وهذا يبرر الانخفاض الكبير في معدل انتشار ختان الإناث بين المشاركات في الدراسة عن معدل انتشار الذي أظهرته نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع لعام ٢٠١٥، إذ إن نسبة كبيرة من المشاركات في الدراسة تعرّضن للإعاقة منذ الولادة (كما هو موضح في الفصل الثالث).

رغم أنه من المتوقع أن تكشف النساء ذوات الإعاقات المتعددة عن مستوى أعلى من ختان الإناث مقارنة بالنساء الآخريات بسبب تقدمهن في العمر وارتفاع معدل الأممية بينهن (كما هو موضح في الفصل الثالث)، تشير نتائج جدول ٦-٤ إلى أن النساء ذوات الإعاقة البصرية كنّ أكثر عرضة بشكل معنوي (القيمة الاحتمالية P أقل من .٠٥) للختان (٤٤٪) من النساء الآخريات، ولم تكن هناك اختلافات ملحوظة في معدلات الختان بين النساء اللذئي لديهن أنواع أخرى من الإعاقات.

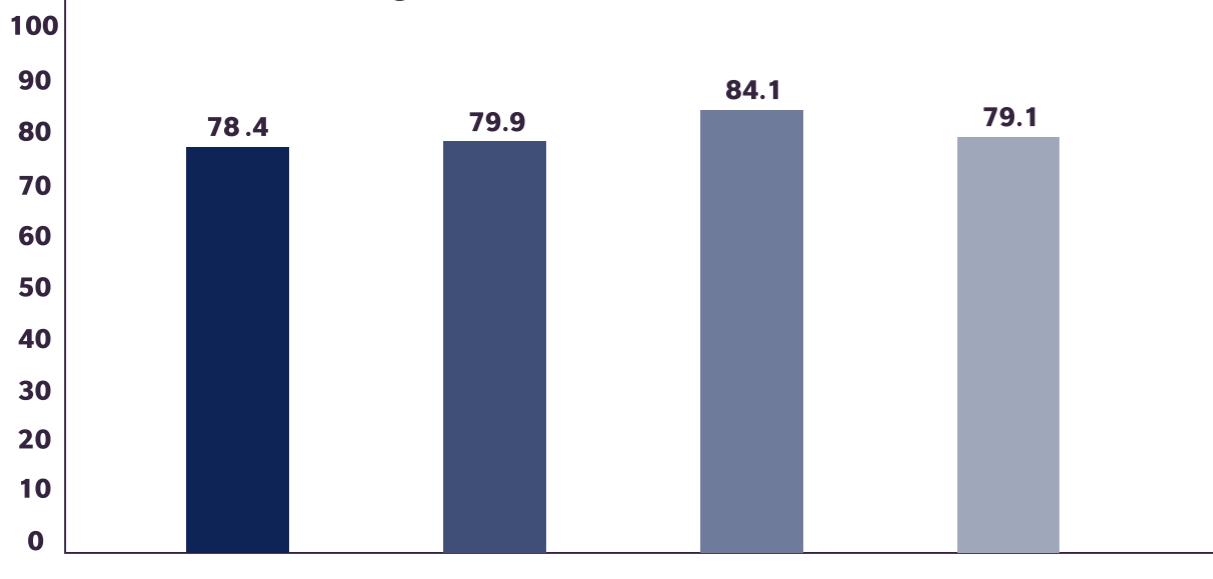
٦-١-٦ الاختلافات في ممارسة ختان الإناث تبعاً لخصائص إعاقة المرأة

كما أن هناك علقة قوية بين الخصائص الخلفية للنساء وممارسة ختان الإناث، فهناك علقة واضحة أيضًا بين ممارسة هذه العادة وبداية حدوث الإعاقة (جدول ٦-٦ وشكل ٣-٦). كان أقل معدل لختان الإناث بين النساء اللذئي تعرّضن للإعاقة (٦٨٪). على النقيض سجلت النساء اللذئي أفادن بأن إعاقتهن بدأت بعد مرحلة الشباب أعلى نسبة (٩٣٪). ربما يرجع هذا إلى الارتباط بين بداية حدوث الإعاقة وعمر المرأة، إذ إن النساء اللذئي تعرّضن للإعاقة منذ الولادة أصغر سنًا من أولئك اللذئي حدثت إعاقتهن لاحقًا في حياتهن (كما هو موضح في الفصل الثالث). وقد يعزّو انخفاض معدل ختان الإناث بين النساء اللذئي تعرّضن للإعاقة منذ الولادة مقارنة بالنساء الآخريات أيضًا إلى أن وجود الإعاقة منذ الولادة ربما يخلق (في بعض المجتمعات) شعورًا / اعتقاداً بأن الفتيات ذوات الإعاقة لن تكون لديهن أفكار أو مشاعر أو تجارب جنسية مثل غيرهن من الفتيات اللذئي ليست لديهن

جدول ٦-٦ نسب النساء، اللذئي تعرّضن للختان، تبعاً لبعض الخصائص الخلفية، مصر ٢٠٢٠

الخاصية الخلفية المختارة	نسبة النساء اللذئي تعرّضن للختان (%)	عدد النساء
العمر ***		
١٩-١٨	٥١,٣	٢٣٢
٢٤-٢٣	٥٥,٢	٦٤٩
٢٩-٢٥	٧٣,٩	٦٢٣
٣٤-٣٣	٧٨,٥	٧٧٥
٣٩-٣٥	٨٣,٨	٧٧٣
٤٤-٤٣	٨٧,٤	٥٧٩
٤٩-٤٥	٨٩,٢	٥٠٨
٥٤-٥٣	٩٠,٨	٥..
٥٩-٥٥	٩٠,٧	٥١٤
٦ فأكثر	٩٢,٤	٤٦٣
الحالة الاجتماعية ***		
متزوجات حالياً	٩٠,٣	٢٨١٧
مطلقات / منفصلات	٨٦,٨	٢٢.
أرامل	٩٣,٥	١٧

شكل ٦-٤ نسب النساء، الذي تعرضن للختان، تبعاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



جدول ٦-٥: نسب النساء، الذي تعرضن للختان، تبعاً لبداية حدوث نوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

عدد النساء	نسبة النساء الذي تعرضن للختان	بداية حدوث نوع الإعاقة
بداية حدوث الإعاقة^{١***}		
١٨٣٩	٧٧,٩	منذ الميلاد
١٢٥٩	٧٥,٦	منذ الطفولة
٩٨٣	٨٨,٣	منذ الشباب
١٥٥٨	٩٢,٦	في الأعمار الأكبر
نوع الإعاقة^{٢**}		
٣٣٣٣	٧٨,٤	حركية
٦٤١	٧٩,٩	سمعية
١٣٩٤	٨٤,١	بصرية
٢٥٨	٧٩,١	متعددة
٥٦٦	٨٠,٠	الإجمالي

أعطى بعض النساء ذوات الاعاقات المتعددة أكثر من إجابة.

*** القيمة الاحتمالية P أقل من .٠٠٠..

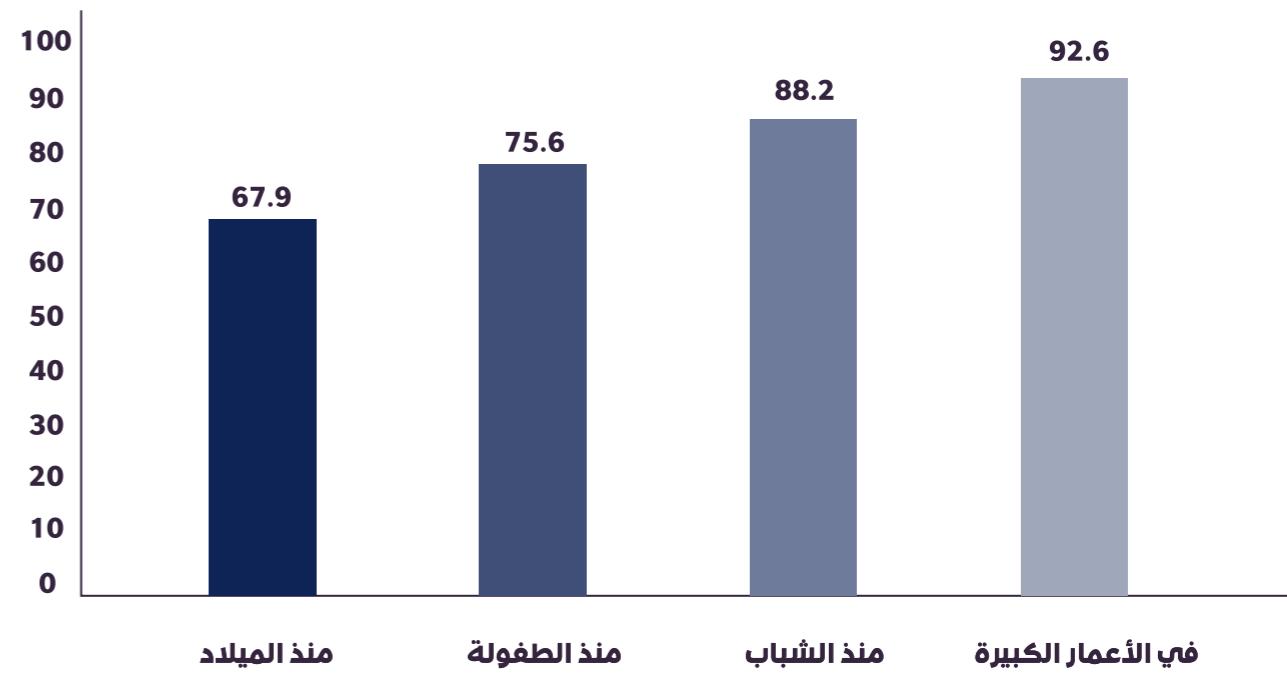
** القيمة الاحتمالية P أقل من .٠٥..

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بـإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

الآخرون، ويمكنهن رؤية الخطر وحماية أنفسهن، في حين تبدو الفتيات ذوات الإعاقة الحركية أو الإعاقات المتعددة "مشوّهات" جسدياً، ولن يفكرن في خوض تجارب جنسية ولا جذب الذكور لممارسة العنف الجنسي ضدهن.

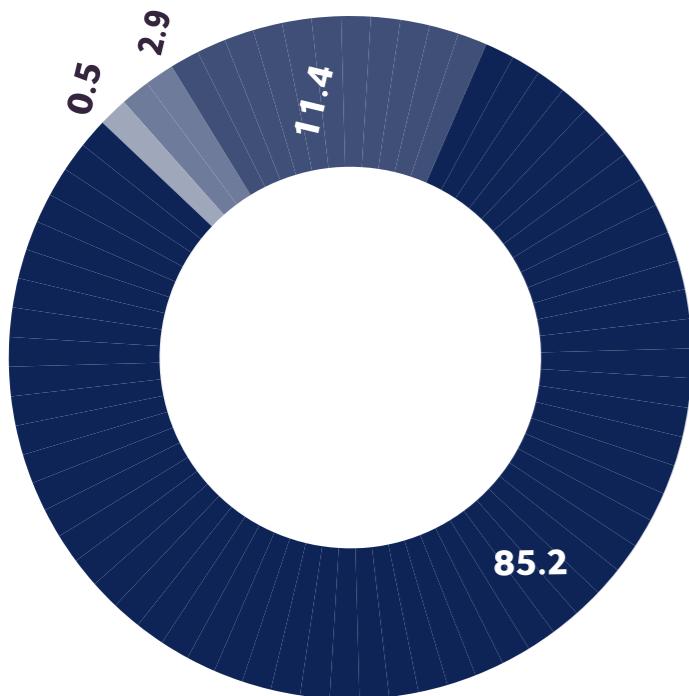
يمكن تفسير تأثير نوع الإعاقة في انتشار ختان الإناث من خلال "طريقة تفكير الأسر"، فالفتيات ذوات الإعاقة البصرية لا يستطيعن الدفاع عن أنفسهن ويجب حمايتها من خلال إبعادهن عن المشاعر والرغبات الجنسية "الضارة"، بينما تبدو الفتيات ذوات الإعاقة السمعية طبيعيات جسدياً ويميلن إلى مقاومة ورفض أن يقودهن

شكل ٦-٦ نسب النساء، الذي تعرضن للختان، تبعاً لبداية حدوث الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بـإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

شكل ٦-٥ التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، تبعاً لأخذ رأيهن في الموافقة على الزوج الحالي أو الزوج الأخر، مصر ٢٠٢٠.



- موافقة بحرية على الزواج
- لم يؤخذ رأيها
- أخذ رأيها ورفضت
- لا تذكر

ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً، وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.
- موافقة بحرية على الزواج تعني أن المرأة اختارت زوجها، أو اختيار كل من المرأة والزوج، أو أخذ رأي المرأة على الزوج وموافقتها.

وتشير نتائج الجدول وشكل ٦-٦ إلى أن الزواج الجبري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعمر الحالي، وهو نفس النمط الذي أظهرته نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ على الصعيد الوطني. يرتفع مستوى انتشار الزواج الجبri مع زيادة العمر من نحو ٧٪ بين النساء السابق لهن الزوج اللذئي أقل من ٣٠ عاماً إلى نحو ٣٦٪ بين النساء اللذئي تتراوح أعمارهن بين ٦ سنة أو أكثر، وهذا يوثق حدوث تراجع كبير في الزواج الجبri عبر الأجيال.

٦-٢-٤ الاختلافات في الزواج الجبri تبعاً للخصائص الخلفية وإحساس المرأة بتقدير الذات والثقة في النفس

يعرض جدول ٦-٤ الاختلافات في نسب النساء السابق لهن الزواج، اللذئي أجبن على الزوج من الزوج الحالي أو الأخر (لم يوافقن بكلام حريتهم على الزواج الحالي أو الأخر) تبعاً لبعض الخصائص الخلفية، وإحساس المرأة بتقدير الذات والثقة في النفس.

أو الأخر، وذكر ٣٪ أنه أخذ رأيهن في الزواج الحالي أو الأخر ولم يوافقن، ورغم ذلك عقدت هذه الزيجات.

وتعرف النساء اللذئي لم يوافقن بحرية على زواجهن (أي أجبرن على الزواج) في هذه الدراسة بأنهن اللذئي لم تطلب موافقتهن على الزواج قبل إتمامه، واللذئي أخذ رأيهن ولم يوافقن، هذا يعني أن نحو ١٤٪ من النساء السابق لهن الزواج في عينة الدراسة أجبن على الزواج من الزوج الحالي أو الأخر، وهذا الرقم أعلى من الذي عكسه مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥، الذي كان ١٠,٥٪.

جدول ٣-٦ التوزيع النسبي للنساء السابق لهن الزواج، تبعاً لأخذ رأيهن في الموافقة على الزوج الحالي أو الزوج الأخر، مصر ٢٠٢٠.

النسبة	موقف المرأة من الزواج
٨٥,٣	موافقة بحرية على الزواج
١١,٤	لم يؤخذ رأيها
٢,٩	أخذ رأيها ورفضت
٠,٥	لا تذكر
	الإجمالي
١٠٠,٠	النسبة
٣١٤٤	عدد النساء السابق لهن الزواج

ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً، وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل. المرأة اختارت زوجها، أو اختيار كل من المرأة والزوج، أو أخذ رأي المرأة في الزوج وموافقتها.

٦-٣ الزواج الجبri

يُعرف الزواج الجبri بالحالة التي لا يوافق فيها أحد الطرفين أو كلاهما بكمال حريته على الزواج، وعادة ما يكون هذا النوع من الزواج مصحوباً بالإكراه والضغط العقلي أو البدني أو العاطفي من أفراد الأسرة، ويختلف مفهوم الزواج الجبri عن الزواج التقليدي الذي ترتبه الأسرة، إذ إن طرف الزواج التقليدي يوافق عليه بكمال حريتهما. تعتبر الأمم المتحدة الزواج الجبri شكلاً من أشكال انتهاك حقوق الإنسان، من ناحية أنه يتعارض مع مفهوم الحرية الفردية، وينص على العلن العالمي لحقوق الإنسان على أن حق الشخص في أن يتزوج بحرية، حق أساسى لحياته وكرامته ومساواته كإنسان.

وقد صادقت مصر على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) عام ١٩٨١، والتي تلزم الدول الأعضاء بضمان الموافقة الحرة وال الكاملة للزواج، كما التزمت مصر بالقضاء على الزواج الجبri والزواج المبكر / زواج الأطفال بحلول عام ٢٠٣٠ بما يتماشى مع الهدف ٣-٥ من أهداف التنمية المستدامة.

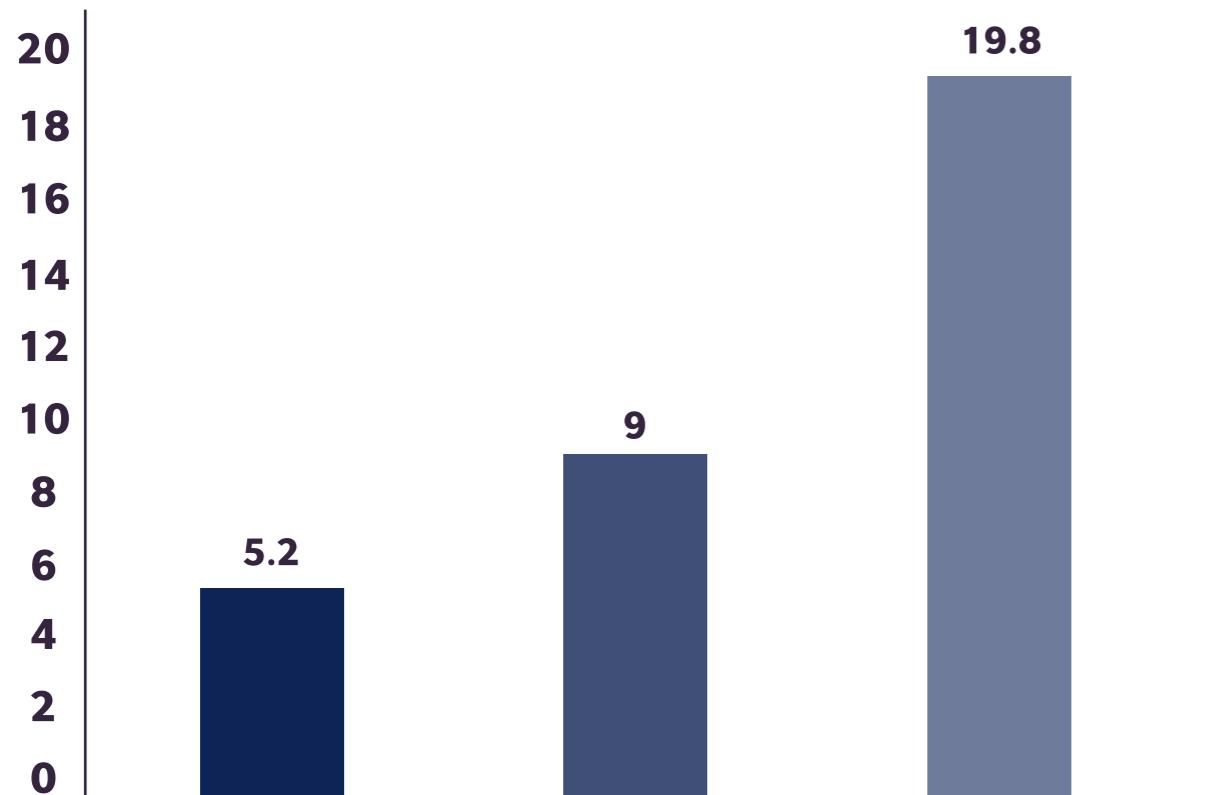
٦-٤ انتشار الزواج الجبri

تعكس بيانات جدول ٣-٦ وشكل ٦-٥ أن غالبية النساء السابق لهن الزوج اللذئي يبلغن من العمر ١٨ سنة فأكثر، وافقن بحرية على الزبجة الحالية أو الزبجة الأخيرة (٨٥٪)، وهذا يعني أن المرأة اختارت زوجها، أو أن كل من طرف الزواج اختيار الآخر (اختيار كل من المرأة والزوج)، أو أخذ رأي المرأة في الزواج وموافقتها، ولكن أفاد نحو ١١٪ بعدم أخذ رأيهن في زواجهن الحالي.

^٤ https://en.wikipedia.org/wiki/Forced_marriage

^٥ <https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/egypt/>

شكل ٦-٧ نسب النساء السابقات لهن الزواج، اللدئي أجبرن على الزواج من الزوج الحالي أو الأخيـر، تبعـاً لمـكان الإقـامة، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.
النساء اللدئي أجبرن على الزواج هن النساء اللدئي لم يؤخذ رأيهن قبل الزواج، والنساء اللدئي أخذ رأيهن في الزواج ورفضن ورغم ذلك عقدت الزفاف.

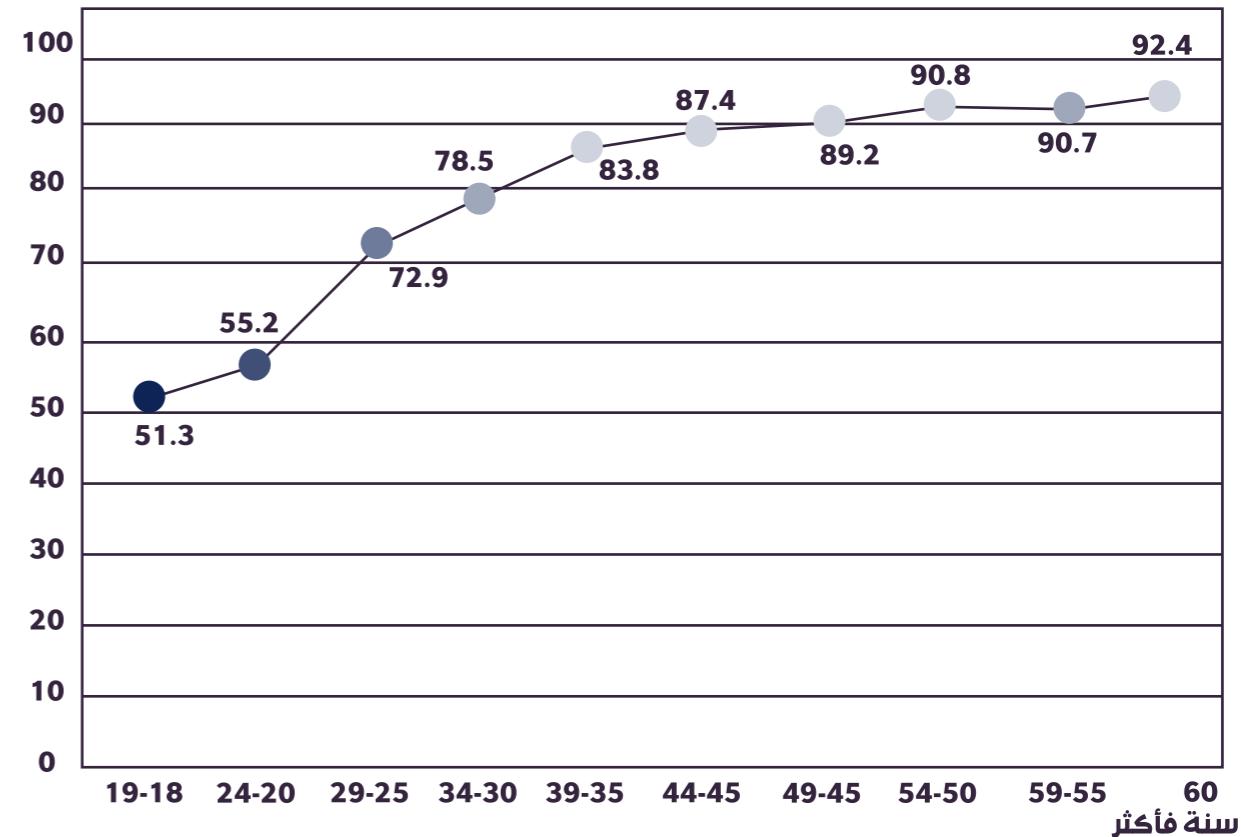
تعـرضـنـ لـلـزواـجـ الجـبـريـ،ـ وـتـنـخـضـ هـذـهـ النـسـبةـ إـلـىـ نـحـوـ ٧ـ%ـ بـيـنـ النـسـاءـ الـحاـصـلـاتـ عـلـىـ تـعـلـيمـ اـبـدـائـيـ أوـ إـعـدـادـيـ،ـ وـإـلـىـ مـاـ يـقـرـبـ مـنـ ٤ـ%ـ بـيـنـ النـسـاءـ الـحاـصـلـاتـ عـلـىـ تـعـلـيمـ عـالـيـ.

وجه قـبـلي

وجه بـحـري

محافظـات حـضـرـية

شكل ٦-٦ نسب النساء السابقات لهن الزواج، اللدئي أجبرن على الزواج من الزوج الحالي أو الأخيـر، تبعـاً لـعـمـرـ،ـ مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.

النساء اللدئي أجبرن على الزواج هن النساء اللدئي لم يؤخذ رأيهن قبل الزواج، والنساء اللدئي أخذ رأيهن في الزواج ورفضن ورغم ذلك عقدت الزفاف.

البحـريـ،ـ فـنـحـوـ ٠ـ٢ـ%ـ مـنـ النـسـاءـ السـابـقـ لـهـنـ الزـواـجـ المـقـيـمـاتـ فـيـ مـحـافـظـاتـ الـوـجـهـ القـبـلـيـ أـجـبـرـنـ عـلـىـ الزـواـجـ مـنـ الزـوـجـ الـحـالـيـ أوـ الـأـخـيـرـ،ـ مـقـارـنـةـ بـهـنـ ٩ـ٥ـ%ـ فـيـ الـمـحـافـظـاتـ الـحـضـرـيـةـ وـمـحـافـظـاتـ الـوـجـهـ الـقـبـلـيـ عـلـىـ التـوـالـيـ (ـشـكـلـ ٦ـ٧ـ).

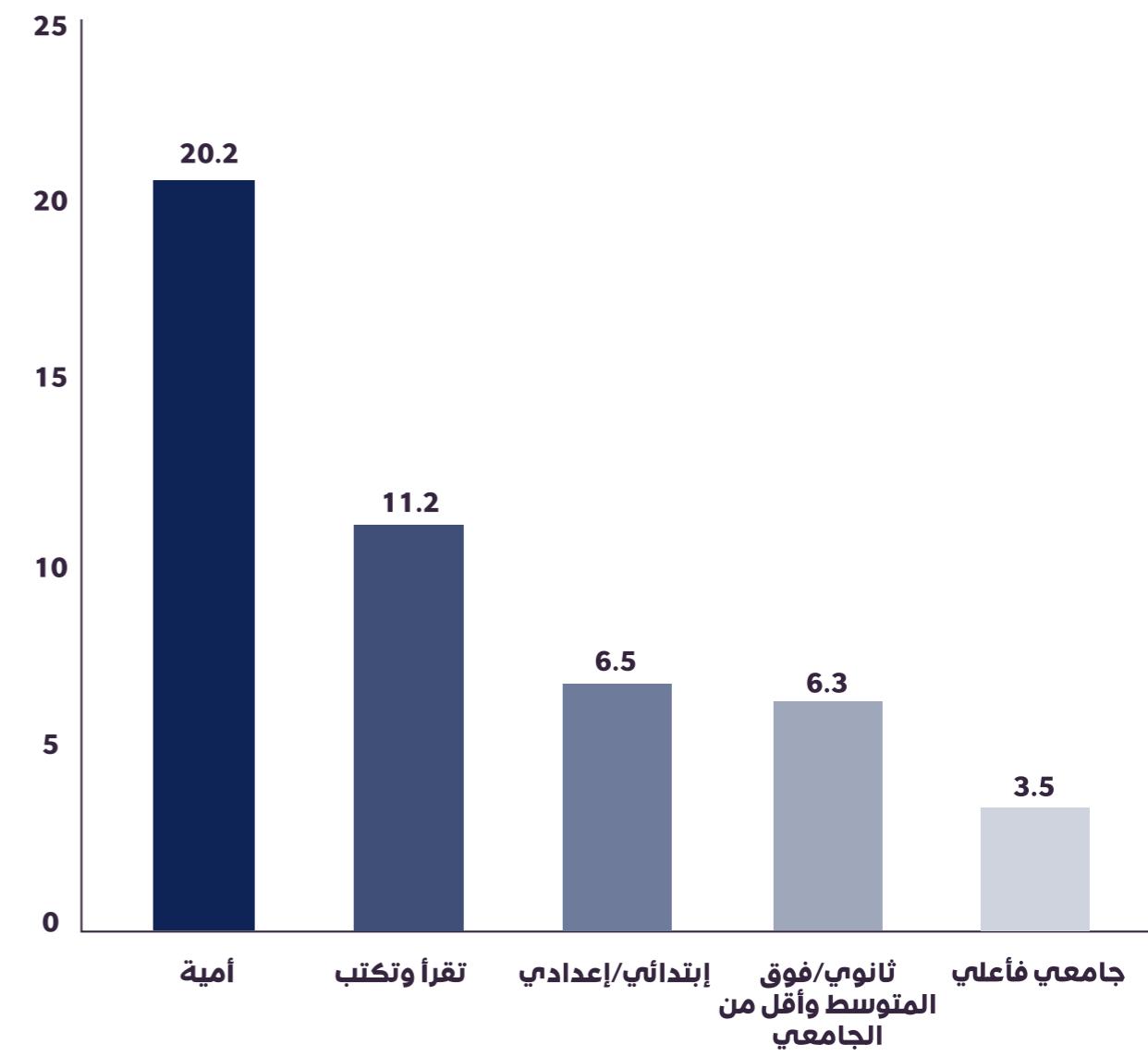
النسـاءـ الـمـطـلـقـاتـ /ـ الـمـنـفـصـلـاتـ وـالـأـرـامـلـ أـكـثـرـ عـرـضـةـ إـلـىـ حدـ ماـ مـنـ النـسـاءـ الـمـتـزـوجـاتـ حـالـيـاـ لـلـكـشـفـ عـنـ تـجـربـةـ الزـواـجـ الـجـبـريـ،ـ لـكـنـ هـذـهـ الـدـخـلـلـاتـ لـيـسـ مـعـنـوـيـةـ،ـ كـمـاـ هـوـ مـتـوـقـعـ اـنـتـشـارـ الزـواـجـ الـجـبـريـ أـعـلـىـ بـكـثـيرـ فـيـ الـوـجـهـ الـقـبـلـيـ عـنـهـ فـيـ الـمـحـافـظـاتـ الـحـضـرـيـةـ وـالـوـجـهـ الـقـبـلـيـ.

والأشكال المقابلة له مع الأنماط المشار إليها في مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ (لم يجمع مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ بيانات عن تقدير الذات أو الثقة بالنفس).

جدول ٦-٤: نسب النساء السابقات لهن الزواج، اللذئي أجبرن^١ على الزواج من الزوج الحالي أو الآخر، تبعاً لبعض الخصائص الخلفية وإحساس المرأة بتقدير الذات والثقة بالنفس، مصر ٢٠٢٠.

عدد النساء السابقات لهن الزواج	نسب النساء اللذئي أجبرن ^١ على الزواج من الزوج الحالي أو الآخر	الخصائص الخلفية & إحساس المرأة بتقدير الذات والثقة بالنفس
العمر ***		
٣٧٢	٦,٥	٣٠ من أقل
٣٦٦	٨,٣	٣٤-٣٣
٤٠٣	٧,٧	٣٩-٣٥
٣٤٤	٩,٣	٤٤-٤
٣٤٦	١٥,٠	٤٩-٤٥
٤١	١٥,٧	٥٤-٥
٤٧٥	٢٢,١	٥٩-٥٥
٤٣٧	٢٥,٩	٦ سنة فأكثر
الحالة الاجتماعية		
٢٨١٧	١٤,٠	متزوجة حالياً
٢٢٠	١٧,٣	مطلقة/منفصلة
١٠٧	١٥,٩	أرملة
٢٤٥	٦٧,١	لم يسبق لهن الزواج
٧	*	عقد قران
مكان الإقامة ***		
٢٧٠	٥,٣	محافظات حضرية
١٣٨	٩,٠	وجه بحرى
١٦٣	١٩,٨	وجه قبلى
المستوى التعليمي		
١٦٨١	٢٠,٣	أمية
٤١٩	١١,٣	تقرأ و تكتب
١٩٩	٦,٥	ابتدائي/إعدادي
٧٥٩	٦,٣	ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي
٨٦	٣,٥	جامعي فاعلى

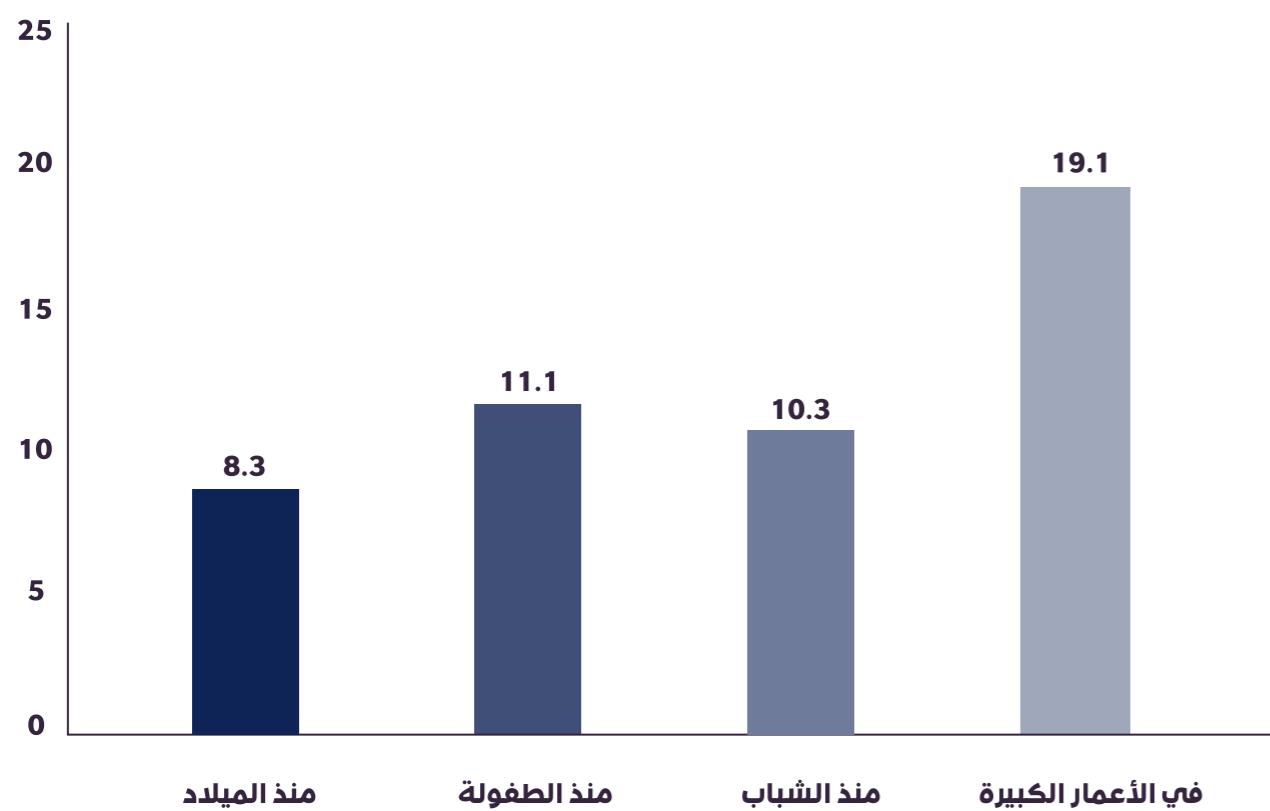
شكل ٦-٨ نسب النساء السابقات لهن الزواج، اللذئي أجبرن^١ على الزواج من الزوج الحالي أو الآخر، تبعاً للمستوى التعليمي، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.

١ النساء اللذئي أجبرن على الزواج هن النساء اللذئي لم يؤخذ رأيهن قبل الزواج، والنساء اللذئي أخذ رأيهن في الزواج ورفضن ورغم ذلك عقدت الزيجة.

شكل ٦ نسب النساء السابقات لهن الزوج ، اللذئي أُجبرن على الزواج من الزوج الحالي أو الأخيـر،
تبعـاً لبداية حدوث الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.

وتشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المشاركة ولدت بالإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العـمر ١٨ سنة، و"منذ الشـباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العـمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعـمار الكـبـيرـة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العـمر ٣٥ عامـاً فأكـثر.

النساء اللذئـيـنـ أـجـبـرـنـ عـلـىـ الزـوـاجـ هـنـ النـسـاءـ اللـذـئـيـ لمـ يـؤـخـذـ رـأـيـهـنـ قـبـلـ الزـوـاجـ،ـ وـالـنـسـاءـ اللـذـئـيـ أـخـذـ رـأـيـهـنـ فـيـ الزـوـاجـ وـرـفـضـنـ وـرـغـمـ ذـلـكـ عـقـدـتـ الـزـيـجـةـ.

النساء اللذئـيـ يـعـتـقـدـنـ أـنـ لـهـنـ مـهـارـاتـ جـيـدةـ مـنـ الـمـمـكـنـ أـلـدـ يـمـلـكـهـاـ الـتـخـرـونـ (ـتقـدـيرـ الذـاتـ)***		
٥٧٧	١٢.	نعم
٢٥٦٧	١٤,٨	لـدـ
٧٧٤	١٣,٤	نعم
٢٣٧	١٤,٦	لـدـ
٣٤٤	١٤,٣	الـإـجـمـالـيـ

القيمة الاحتمالية $P < 0.001$ ***

ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.

النساء اللذئـيـ أـجـبـرـنـ عـلـىـ الزـوـاجـ هـنـ النـسـاءـ اللـذـئـيـ لمـ يـؤـخـذـ رـأـيـهـنـ قـبـلـ الزـوـاجـ،ـ وـالـنـسـاءـ اللـذـئـيـ أـخـذـ رـأـيـهـنـ فـيـ الزـوـاجـ وـرـفـضـنـ وـرـغـمـ ذـلـكـ عـقـدـتـ الـزـيـجـةـ.

٦-٣-٢-٦ الدختـلـفـاتـ فـيـ الزـوـاجـ الجـبـريـ

تبـعـاً لـخـصـائـصـ إـعـاقـةـ الـمـرأـةـ

يتـشـابـهـ نـمـطـ الدـخـتلـفـاتـ فـيـ الزـوـاجـ الجـبـريـ تـبـعـاً لـنـوـعـ وـبـداـيـةـ حدـوثـ إـعـاقـةـ معـ نـمـطـ خـتانـ الـإـنـاثـ،ـ فـيـ ماـ يـتـعـلـقـ بـالـدـخـتلـفـاتـ تـبـعـاً لـبـداـيـةـ حدـوثـ إـعـاقـةـ،ـ كـانـ أـقـلـ مـعـدـلـ لـلـزـوـاجـ الجـبـريـ بـشـكـلـ مـعـنـويـ بـيـنـ النـسـاءـ اللـذـئـيـ وـلـدـنـ بـإـعـاقـةـ،ـ بـيـنـماـ سـجـلتـ النـسـاءـ اللـذـئـيـ أـفـدـنـ بـأـنـ إـعـاقـتهـنـ بـدـأـتـ بـعـدـ مـرـحـلـةـ الشـبـابـ (ـفـيـ العـمـرـ ٣٥ـ أـوـ أـكـثـرـ)ـ أـعـلـىـ نـسـبةـ،ـ إـذـ كـانـ النـسـبةـ ٨ـ٪ـ مـقـابـلـ ١٩ـ٪ـ عـلـىـ التـوـالـيـ (ـجـدـولـ ٦ـ٥ـ وـشـكـلـ ٦ـ٩ـ)،ـ وـمـنـ ثـمـ فـإنـ ارـتـفـاعـ مـعـدـلـ الزـوـاجـ الجـبـريـ بـيـنـ المـشـارـكـاتـ فـيـ مـسـحـ الـعـنـفـ ضـدـ الـمـرأـةـ ذاتـ إـعـاقـةـ لـعـامـ ٢٠٢٠ـ،ـ مـسـحـ التـكـلـفةـ عنـ الـمـعـدـلـ الـذـيـ أـظـهـرـهـ نـتـائـجـ مـسـحـ الـعـنـفـ الـدـقـتـصـاديـةـ لـلـعـنـفـ الـقـائـمـ عـلـىـ النـوـعـ الـجـتمـعـيـ لـعـامـ ٢٠١٥ـ عـلـىـ الصـعـيدـ الـوطـنـيـ،ـ لـدـ يـمـكـنـ تـبـرـيرـهـ بـإـعـاقـةـ الـمـرأـةـ،ـ وـيمـكـنـ أـنـ تـبـرـرـهـ مـعـدـلـاتـ الـأـمـمـيـةـ وـالـفـقـرـ الـمـرـفـعـةـ بـيـنـ الـمـشـارـكـاتـ فـيـ مـسـحـ الـعـنـفـ ضـدـ الـمـرأـةـ ذاتـ إـعـاقـةـ لـعـامـ ٢٠٢٠ـ،ـ مـقـارـنـةـ بـالـمـشـارـكـاتـ فـيـ مـسـحـ التـكـلـفةـ الـدـقـتـصـاديـةـ لـلـعـنـفـ الـقـائـمـ عـلـىـ النـوـعـ الـجـتمـعـيـ وـالـتـيـ تـرـتـبـطـ بـمـمارـسةـ الزـوـاجـ الجـبـريـ.

جدول ٦-٥ نسب النساء السابقات لهن الزواج، اللذئي أُجبرن^١ على الزواج من الزوج الحاليّ أو الآخر، تبعًا لنوع وبداية حدوث الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

عدد النساء السابقات لهن الزواج	نسب النساء اللذئي أُجبرن ¹ على الزواج من الزوج الحاليّ أو الآخر	نوع وبداية حدوث الإعاقة
بداية حدوث الإعاقة^٣		
٤٨٠	٨,٣	منذ الميلاد
٤٦٠	١١,١	منذ الطفولة
٧٣٦	١,٣	منذ الشباب
١٤٩٦	١٩,١	في الأعمار الأكبر
نوع الإعاقة^٣		
١٨٥٩	١٣,٠	حركية
٢٣٧	٩,٣	سمعية
٩٠١	١٨,٣	بصرية
١٤٧	١٤,٣	متعددة
٣١٤٤	١٤,٣	الإجمالي

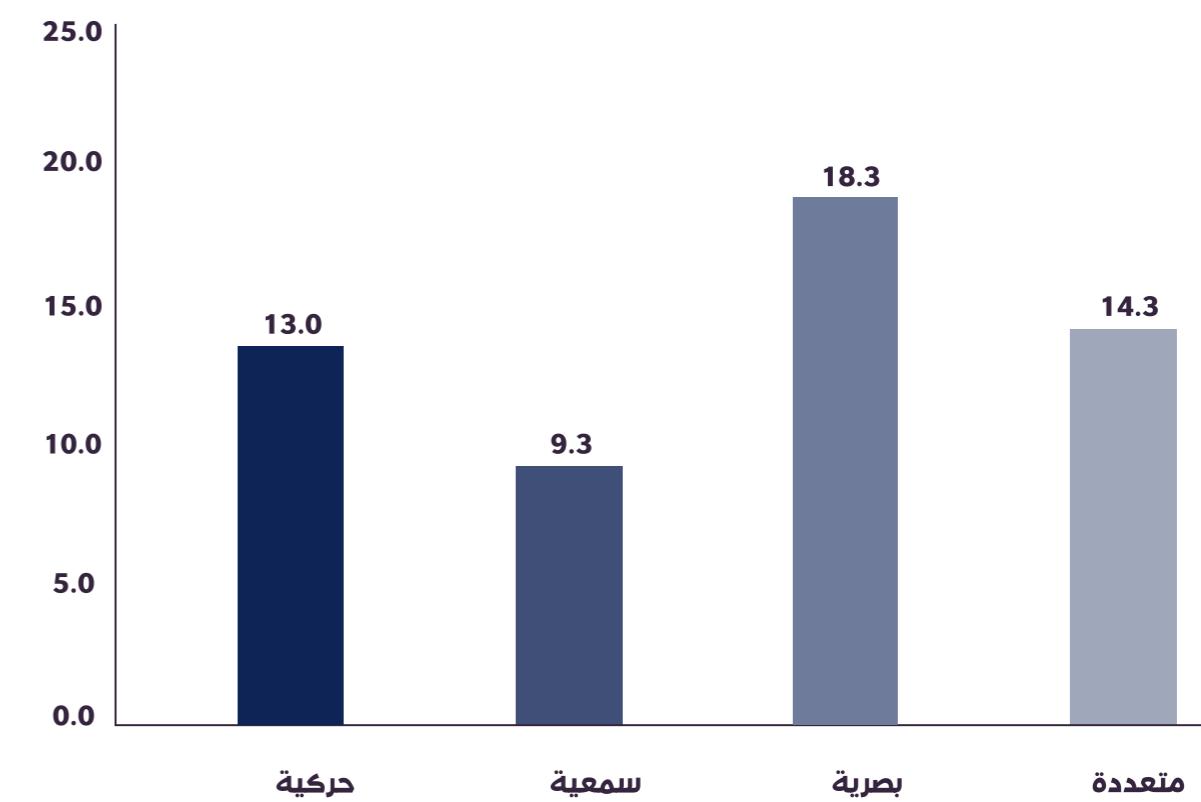
**القيمة الاحتمالية P أقل من .٠٠٠..

ملحوظة: - يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.

- وتشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المشاركة ولدت بالإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

١ النساء اللذئي أُجبرن على الزواج هن النساء اللذئي لم يؤخذ رأيهن قبل الزواج، والنساء اللذئي أخذ رأيهن في الزواج ورفضن ورغم ذلك عُقدت الزبحة.

شكل ٦-٦ نسب النساء السابقات لهن الزواج، اللذئي أُجبرن^١ على الزواج من الزوج الحاليّ أو الآخر، تبعًا لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: يشير الزوج إلى الزوج الحالي للنساء المتزوجات حالياً وأحدث زوج للمطلقات أو المنفصلات أو الأرامل.

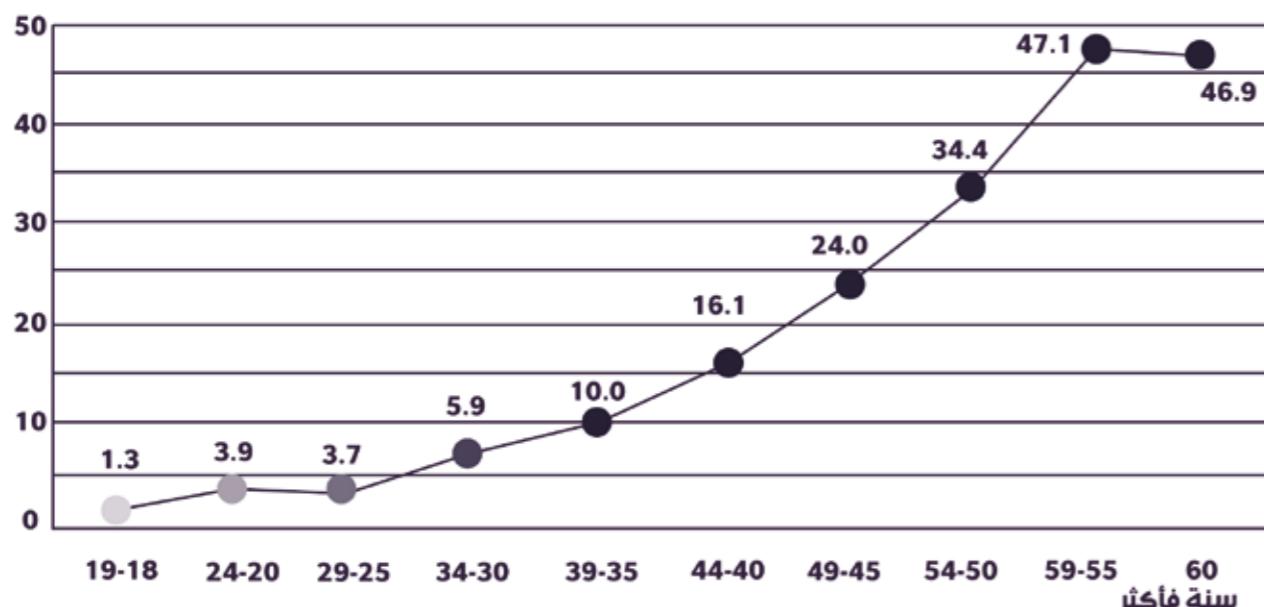
١ النساء اللذئي أُجبرن على الزواج هن النساء اللذئي لم يؤخذ رأيهن قبل الزواج، والنساء اللذئي أخذ رأيهن في الزواج ورفضن ورغم ذلك عُقدت الزبحة.

الإعاقة لعام ٢٠٢٠ يبدو منطقياً، ويرجع إلى أن النساء ذوات الإعاقة قد ينتظرن وقتاً أطول من النساء دون إعاقة للعثور على زوج (نسبة عالية من المشاركات في المسح حدثت إعاقتها قبل الزواج أي منذ الميلاد أو الطفولة).

وتتشابه أنماط زواج الأطفال تبعاً للعمر ومكان الإقامة ومستوى التعليم الموضحة في **جدول ٦-٦** مع أنماط ختان الإناث والزواج الجبري لنفس المتغيرات، وتتشابه مع الأنماط التي أظهرتها نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥ على الصعيد الوطني.

انخفضت نسبة الزواج المبكر بشكل حاد من ٤٧٪ بين النساء اللائي كن في العمر ٥٥ سنة أو أكثر وقت إجراء المقابلة إلى ١٦٪ بين النساء في الفئة العمرية ٤٤-٤٤، وإلى ١٪ بين النساء اللائي تراوحت أعمارهن بين ٩١٨ سنة (**شكل ٦-٦**). ويؤكد هذا النمط إلى جانب أنماط ختان الإناث والزواج الجيري طبقاً لعمر المرأة وجود اتجاه تنازلي عبر الأجيال في الممارسات التقليدية الضارة.

شكل ٦-٦ نسب النساء، اللائي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً للعمر الحالي، مصر ٢٠٢٠.



المحافظات الحضرية، وأعلى بنحو ٨ نقاط مئوية بين النساء في الوجه البحري (نحو ٢٢٪ مقابل ١٦٪ على التوالي).

٦-٣-٦ انتشار زواج الأطفال/ الزواج المبكر والاختلافات تبعاً للخصائص الخلفية للمرأة

يعرض **جدول ٦-٦** نسب النساء اللاتي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ عاماً تبعاً لبعض الخصائص الخلفية المختارة، ويوضح من الجدول أن نحو ١٨٪ من المشاركات في الدراسة قد تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة. هذه النسبة أقل من النسبة على الصعيد الوطني، إذ بلغت نسبة النساء في الفئة العمرية (٦٤-٦٨) (٦٤ سنة) اللائي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة التي أظهرتها نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي على الصعيد الوطني لعام ٢٠١٥ نحو ٢٧٪، وقد أظهر المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤ أن نحو ٢٤٪ من النساء في الفئة العمرية قبل بلوغهن ١٨ سنة التي أظهرتها نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي على الصعيد الوطني لعام ٢٠١٥، وقد أظهر المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤ أن نحو ٢٤٪ من النساء في الفئة العمرية ٤٩-٥٥ (٤٩-٥٥ سنة) قد تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة.

وانخفض معدل الزواج المبكر الذي كشفت عنه المشاركات في مسح العنف ضد المرأة ذات العمرية ٤٨٪، مقارنة بالأطفال الرضع للأمهات في الفئة

شكل ٦-٦ نسب النساء، اللائي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً للعمر الحالي، مصر ٢٠٢٠.

أدنى من الفتيان والرجال على نحو ما، الفقر والافتقار إلى التعليم والممارسات الثقافية وانعدام الأمان يغذي هذه الممارسة ويدعمها^١.

تنجم عن زواج الأطفال آثار صحية ونفسية وعاطفية ومالية وقانونية شديدة، وعادة ما يُسفر الزواج المبكر عن الحمل المبكر وما يخلفه من نتائج باللغة الأثر في صحة الأمهات الصغيرات وأطفالهن. وتُعد مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية لوفيات الفتيات في الفئة العمرية (١٩-١٥ سنة) في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض^٢، وتشير الأدلة إلى أن الفتيات اللائي يتزوجن قبل سن الثامنة عشرة أكثر تعرضاً للحمل غير المرغوب فيه، والإصابة بالأمراض التي تنقل عن طريق الاتصال الجنسي، كما أنهن أكثر تعرضاً للأمراض الصحية الجنسية والإيجابية ووفيات الأمهات^٣. وي تعرض الأطفال الرضع للأمهات الصغيرات السن (في الأعمار أقل من عشرين عاماً) للوفاة في السنة الأولى من العمر، بمعدل أكبر بنسبة تصل إلى ٨٪، مقارنة بالأطفال الرضع للأمهات في الفئة العمرية ٢٩-٢٩ (١٩٩٦، McDevitt).

وكثيراً ما يُضر زواج الأطفال بتقدم الفتاة، لأنه يؤدي إلى عزلتها الاجتماعية مما يعوق دراستها ويحد من فرصها في التقدم الوظيفي والمهني، ومن ثم فإن الزواج المبكر يُجبر الفتيات على العيش في حياة ذات آفاق ضيقة، مع زيادة خطر التعرض للعنف وسوء المعاملة وسوء الصحة أو الوفاة المبكرة^٤.

٦-٣-٧ زواج الأطفال/ الزواج المبكر

التعريف المعترف به دولياً للطفل الذي نشرته اتفاقية حقوق الطفل هو "كل إنسان أقل من ١٨ عاماً"، وهو التعريف القانوني المستخدم في معظم أنحاء العالم، لذا فزواج الأطفال أو الزواج المبكر هو أي زواج يحدث ويكون على الأقل أحد الطرفين أقل من ١٨ عاماً.

صدقت مصر على اتفاقية حقوق الطفل في عام ١٩٩٠، التي تحدد الحد الأدنى لسن الزواج ١٨ سنة، وفي عام ٢٠٠١ صدقـت مصر على الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل ورفاهـه، بما في ذلك المادة ٢١ المتعلقة بـحظر زواج الأطفال، والتزمـت مصر بالقضاء على زواج الأطفال / الزواج المبكر والزواج الجـيري بـحلول عام ٢٠٣٠، بما يتمـاشـي مع الـهدف ٣-٥ من أهداف التنمية المستدامة^٥. كما حددـ قانون الطفل لـعام ٢٠٠٨ الحـد الأدنـى لـسن الزواـج في مصر بـثمانـية عـشر عـاماً لـإنـاث وـالذـكور. ولـمـواجهـة ظـاهرـة زـواـج الـأـطـفالـ، فـرضـتـ الـحـكـومـةـ الـمـصـرـيـةـ عـقوـباتـ أـكـثـرـ شـدـةـ عـلـىـ الأـشـخـاصـ الـذـينـ يـدعـمـونـ زـواـجـ القـاصـرـينـ، بـالـسـجـنـ لـمـدةـ سـبـعـ سـنـواتـ وـدـفعـ غـرـامـةـ^٦. وـعـلـىـ الرـغـمـ مـنـ التـشـريعـاتـ، فـإنـ كـثـيرـاتـ منـ الـفـتـيـاتـ الصـغـيرـاتـ يـتـزـوجـنـ زـواـجـاًـ عـرـفـياًـ، وـهـوـ شـكـلـ غـيرـ رـسـميـ مـنـ الزـواـجـ.

يعتـبرـ زـواـجـ الـأـطـفالـ اـنـتـهـاكـاًـ أـسـاسـيـاًـ لـحقـوقـ الـإـنـسـانـ، وـتـعودـ جـذـورـهـ إـلـىـ دـعـمـ الـمـساـواـةـ بـيـنـ الـجـنـسـيـنـ، إـلـىـ الدـعـقـادـ بـأـنـ الـفـتـيـاتـ وـالـنـسـاءـ

^١ <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc.pdf>

^٢ <https://www.ohchr.org/en/issues/women/wrgs/pages/childmarriage.aspx>

^٣ <https://www.girlsnottbrides.org/child-marriage/egypt/>

^٤ <https://www.egypttoday.com/Article/1/63762/Government%20%99s-efforts-to-fight-early-marriage>

^٥ <https://www.girlsnottbrides.org/why-does-it-happen/>

^٦ <http://www.girlsnottbrides.org/what-is-the-impact/>

^٧ <https://www.girlsnottbrides.org/wp-content/uploads/2014/04/Child-marriage-and-maternal-health-Girls-Not-Brides-Updated-27-May-2013.pdf>

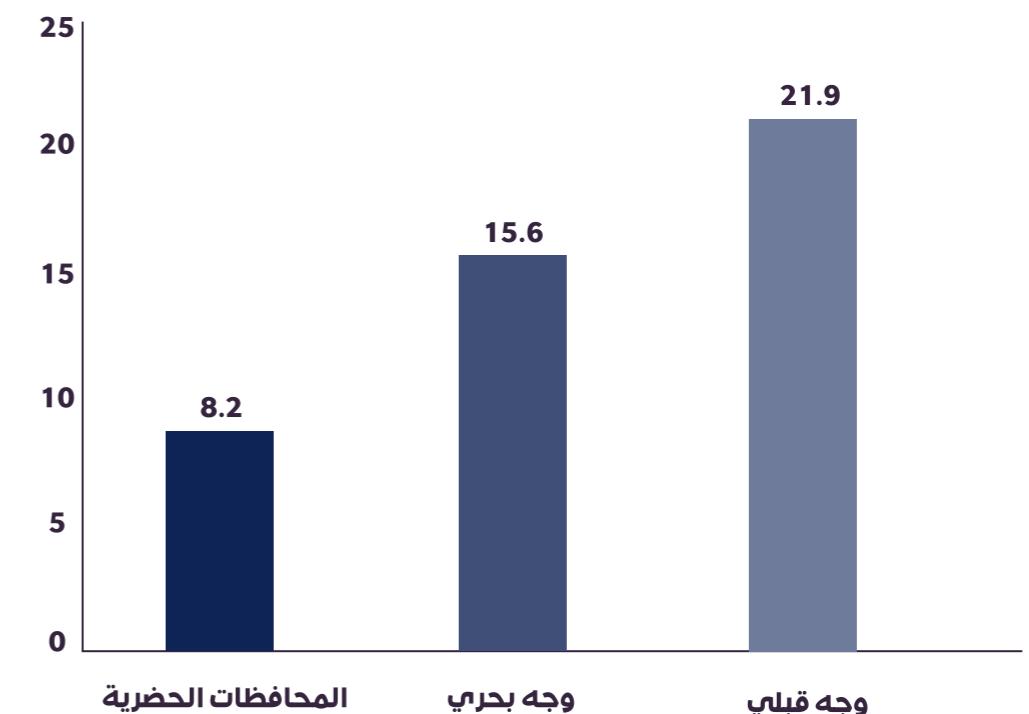
^٨ <https://www.girlsnottbrides.org/why-does-it-happen/>

جدول ٦-٦: نسب النساء، اللائي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً للخصائص الخلفية المختارة، مصر ٢٠٢٠.

الخصائص الخلفية	نسبة النساء اللائي تزوجن قبل سن ١٨ سنة	عدد النساء السابقات لهن الزواج
***العمر		
	١٩-١٨	٢٣٢
	٢٤-٢٥	٦٤٩
	٢٩-٣٥	٦٢٣
	٣٤-٣٥	٧٧٥
	٣٩-٤٥	٧٧٣
	٤٤-٤٥	٥٧٩
	٤٩-٥٥	٥٠٨
	٥٤-٥٥	٥٠٠
	٥٩-٥٥	٥١٤
	+٦.	٤٦٣
مكان الإقامة ***		
محافظات حضرية	٨.٢	٥٥٢
وجه بحري	١٥.٦	٢١٤٩
وجه قبلي	٢١.٩	٢٩١٥
المستوى التعليمي ***		
أممية	٢٥.٣	٢٩٨.
تقرأ و تكتب	٢١.٥	٧٣٩
ابتدائي / إعدادي	١٤.١	٣٧٥
ثانوي / فوق المتوسط وأقل من الجامعي	٤.٠	١٣١٤
جامعي فأعلى	.٥	٢.٨
الإجمالي	١٨.٢	٥٦٦

***القيمة الاحتمالية P أقل من ٠.٠٠٠.

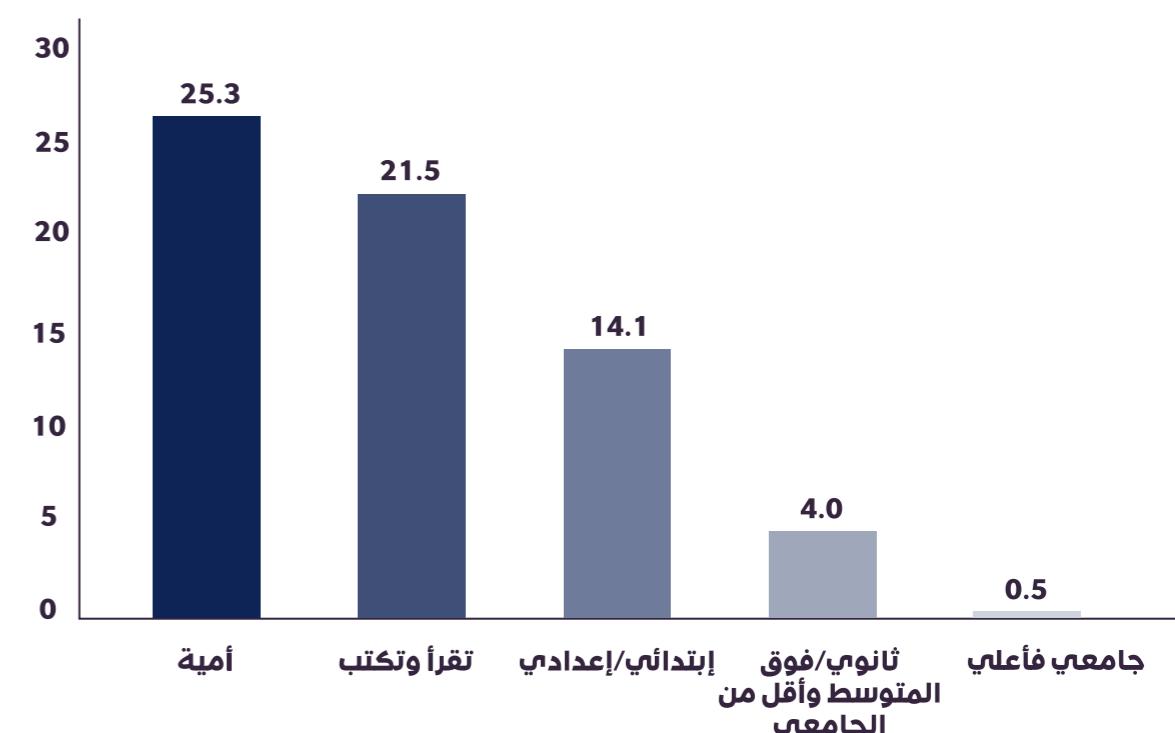
شكل ٦-٦ نسب النساء، اللائي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً لمكان الإقامة، مصر ٢٠٢٠.



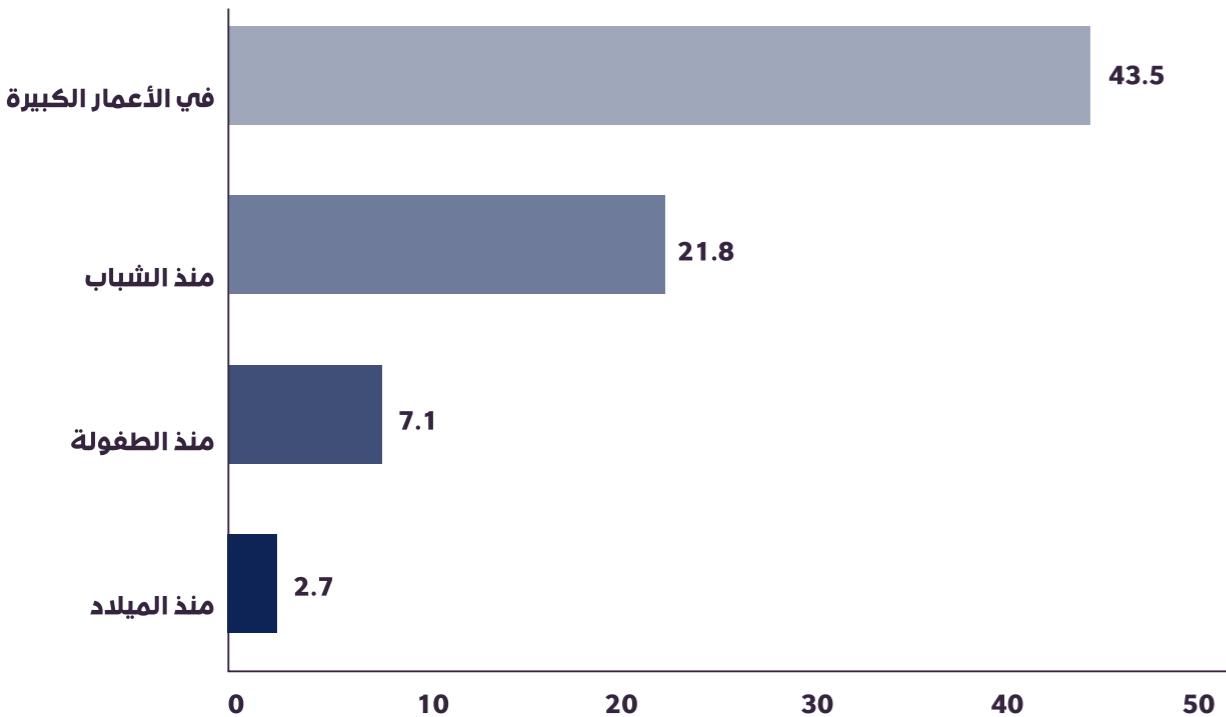
الفتيات من إمكانية الزواج المبكر، فربع النساء الأُمّيات (٢٥٪) وأكثر من خمس النساء اللائي يستطيعن القراءة والكتابة فقط (٢٢٪) تزوجن قبل سن ١٨ سنة، مقابل أقل من ١٪ بين النساء المتعلمات تعليماً عالياً.

تؤكّد النتائج الواردة في **جدول ٦-٦** و**شكل ٦-٦** أن الأُمية -أو مجرد القراءة والكتابة- ترتبط ارتباطاً قوياً بالزواج في سن مبكرة، وعلى العكس من ذلك، فإن الدلتحق بالمدارس والحصول على مستويات تعليمية أعلى يحمي

شكل ٦-٦ نسب النساء، اللائي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً للمستوى التعليمي، مصر ٢٠٢٠.

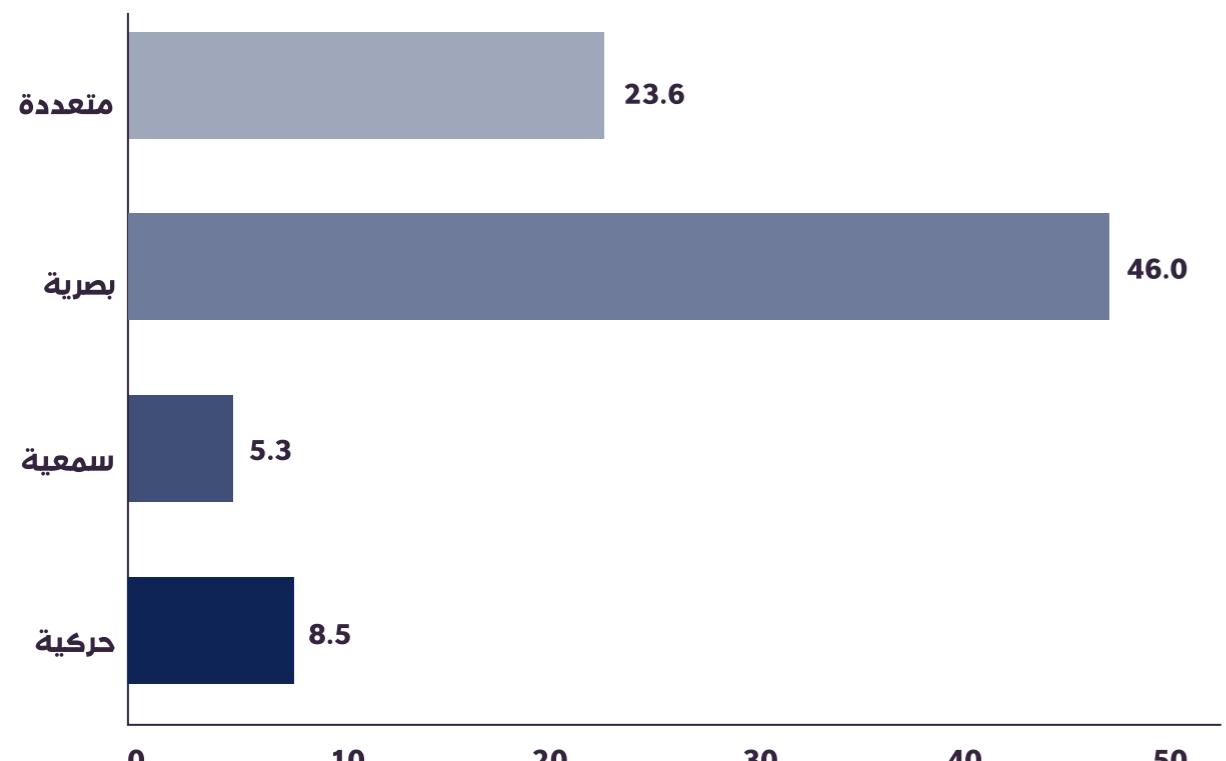


شكل ١٤-٦ نسب النساء، الذي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً لبداية حدوث الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

شكل ١٥-٦ نسب النساء، الذي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً لنوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.



نحو ٤٤٪ من النساء الذي حصلت إعاقتهن في سن ٣٥ سنة أو أكثر تزوجن قبل بلوغهن سن ١٨ سنة، مقارنة بنسبة ٣٪ فقط بين النساء الذي حصلت إعاقتهن منذ الميلاد (شكل ١٤-٦). وكما يتضح من جدول ٦-٧ وشكل ٦-٧ بلغ معدل الزواج المبكر بين النساء ذوات الإعاقة البصرية ما يقرب من ضعف النسبة بين النساء ذوات الإعاقات المتعددة، ونحو ٩٪ أضعاف النسبة بين النساء ذوات الإعاقة السمعية (٤٦٪ مقابل ٤٪ على التوالي).

٦-٣-٢ الاختلافات في زواج الأطفال / الزواج المبكر تبعاً لخصائص إعاقة المرأة

مثل ختان الإناث والزواج الجبري، يوضح جدول ٦-٧ والشكلين ٦-١٥ و ٦-١٤ أن الزواج المبكر كان أكثر شيوعاً بشكل ملحوظ بين النساء الذي حصلت إعاقتهن بعد مرحلة الشباب والنساء ذوات الإعاقة البصرية، ومن ناحية أخرى، كان الزواج المبكر أقل شيوعاً بين النساء الذي حصلت إعاقتهن منذ الميلاد وبين النساء ذوات الإعاقة السمعية.

جدول ٦-٧: نسب النساء، الذي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة، تبعاً لبداية حدوث نوع الإعاقة، مصر ٢٠٢٠.

نوع وبداية حدوث الإعاقة	عدد النساء السابقات لهن الزواج	نسبة النساء الذي تزوجن قبل بلوغهن ١٨ سنة	بداية حدوث الإعاقة***
منذ الميلاد	١٨٣٩	٢.٧	منذ الميلاد
منذ الطفولة	١٢٥٩	٧.١	منذ الطفولة
منذ الشباب	٩٨٣	٢١.٨	منذ الشباب
في أعمار أكبر	١٥٥٨	٤٣.٥	في أعمار أكبر
بداية حدوث الإعاقة***			
حركية	٣٣٢٣	٨.٥	حركية
سمعية	٦٤١	٥.٣	سمعية
بصرية	١٣٩٤	٤٦.٠	بصرية
متعددة	٢٥٨	٢٣.٦	متعددة
الإجمالي	٥٦٦	١٨.٣	الإجمالي

**القيمة الاحتمالية P أقل من ٠.٠٠٠..

ملحوظة: تشير عبارة "منذ الميلاد" إلى أن المرأة ولدت بإعاقة، و"منذ الطفولة" تعني أن الإعاقة بدأت في أي وقت بعد الميلاد حتى بلوغ العمر ١٨ سنة، و"منذ الشباب" تعني أن الإعاقة بدأت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ١٩-٣٤ سنة، و"في الأعمار الكبيرة" تعني أن الإعاقة حدثت عندما كانت المرأة تبلغ من العمر ٣٥ عاماً فأكثر.

٦-٤ الخلاصة

الدراسة) كما أظهرت نتائج المسح) عاملًّا مساهماً آخر.

نسبة الزواج الجبري بين النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة أعلى من المعدل المتوسط على المستوى القومي، ولكن العكس صحيح بالنسبة للزواج المبكر، ويبدو أن انخفاض معدل الزواج المبكر بين النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة عن النساء عموماً على المستوى القومي منطقي، لأن النساء ذوات الإعاقة قد ينتظرن وقتاً أطول من النساء اللائي لا يعانيهن من إعاقات، للعثور على زوج (نسبة عالية من المشاركات في المسح حدثت إعاقتهن قبل زواجهن، أي منذ الولادة أو الطفولة).

وتعد الممارسات التقليدية الضارة أكثر شيوعاً بين النساء ذوات الإعاقة البصرية منها بين النساء اللائي لديهن أنواع أخرى من الإعاقات، وتعليم المرأة عامل يحمي من الممارسات التقليدية الضارة، ويلعب مكان الإقامة دوراً مهماً، إذ إن هذه الممارسات أكثر شيوعاً بشكل كبير في الوجه القبلي، كما أن إحساس المرأة بتقدير الذات والثقة بالنفس عامل وقائي ضد الزواج بالإجبار.

هناك ارتباط واضح بين عمر المرأة والممارسات التقليدية الضارة، يعكس اتجاهها للتراجع في هذه الممارسات عبر الأجيال، ومع ذلك، لا يزال ختان الإناث يُمارس بالنسبة لغالبية الأجيال الشابة. هذا النمط واضح بين النساء على وجه العموم (كما عكسته نتائج مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي لعام ٢٠١٥) وكذلك النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة.

نسبة الختان عبر مختلف الفئات العمرية بين النساء ذوات الإعاقة المستفيدات من برنامج كرامة أقل من المعدلات المقارنة على المستوى القومي، ونسبة المختونات بين النساء اللائي لديهن إعاقة منذ الميلاد أقل من النسبة بين النساء الآخريات، قد يرجع ذلك إلى أن وجود الإعاقة منذ الميلاد ربما يخلق (في بعض المجتمعات) شعوراً / اعتقاداً بأن الفتيات ذوات الإعاقة لن يكون لديهن أفكار / مشاعر أو تجارب جنسية مثل الفتيات اللاتي لا يعانيهن من إعاقات، ومن ثم لن يتعرّضن للدستغلال الجنسي، ولن يحتاجن إلى الحماية التي يوفرها ختان الإناث -من وجهة نظر الأهل-. كما يمكن أن يكون العمر الأصغر للنساء اللائي ولدن بالإعاقة مقارنة بالنساء الآخريات في عينة