

**تبعات التحول في نمط العيش على المرأة التونسية المشتغلة:
الأنيميا (فقر الدم) نموذجا (دراسة سوسيوديموغرافية)**

**The Implications of Lifestyle Shifts on Working
Tunisian Women: Anemia as a Case Study
(A socio-deographic study)**

طارق بالحاج لطيف*، كلية العلوم
الإنسانية والاجتماعية بتونس
Ltaief82@gmail.fr

تاريخ القبول: 2026/04/25

تاريخ الاستلام: 2026/02/16

ملخص:

تعنى هذه الدراسة بمرض فقر الدم (الأنيميا)، لا سيما ذلك الناتج عن التغيرات في السلوك الغذائي لدى المرأة التونسية النشيطة/المشتغلة. فالصحة لم تعد حكرًا على العلوم الطبية وحدها، بل يمكن مقاربتها من زوايا متعددة، لعل أبرزها الجانب الاجتماعي والاقتصادي. إذ يرتبط الأمن الصحي بعوامل سلوكية واجتماعية متشابكة، سنسعى في هذه الدراسة إلى تحليلها وتفكيك أبعادها وفهم دينامياتها. ولم تقتصر دراستنا هذه على الجانب النظري فحسب، بل امتدّت لتشمل دراسة ميدانية تطبيقية لعينة من 100 امرأة مصابة بفقر الدم، من شرائح عمرية واجتماعية متنوعة، مما أتاح لنا رصد ديناميات المرض في سياقات مختلفة.

الكلمات المفتاحية: فقر الدم - التغذية - المرأة النشيطة المشتغلة - الأمن الصحي الفردي - نمط العيش.

* المؤلف المراسل

Abstract:

This study focuses on anemia, particularly that resulting from changes in the dietary habits of active/working Tunisian women. Health is no longer the exclusive domain of medical science, but can be approached from multiple angles, most notably the social and economic aspects. Since health security is linked to intertwined behavioral and social factors, this study seeks to analyze and deconstruct these factors and understand their dynamics. Our study is not limited to the theoretical aspect, but also includes an applied field study of a sample of 100 women with anemia from various age and social groups, which allowed us to observe the dynamics of the disease in different contexts.

Keywords: Anemia, Nutrition, Active working women, Individual health security, Lifestyle.

مقدمة:

منح علماء اجتماع الصحة فرصة البحث في إمكانية وجود علاقة بين نمط الإنتاج بكل متغيراته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسلوكية من ناحية ونوعية الأمراض المنتشرة من ناحية أخرى. كما سمح التشخيص الكلي للمرض بظهور دراسات متعددة التخصص لجلّ الأمراض وفي مقدمتها الأمراض المزمنة. "Chronic diseases"

وللأمراض تصنيفات "نظرية" أفرتها التجربة الإنسانية التراكمية في مقاومة الآفات ومصارعة الموت، ارتبط بعضها بالزمان كالأوبئة الاجتماعية وارتبط بعضها الآخر بالمكان كالحُمى الاستوائية أو الأمراض الاستوائية، والتصقت أخرى بالسّن مثل أمراض الأطفال وأمراض الشيخوخة. كذلك صنّفت أمراض متصلة بالجنس (أمراض النساء) واقترن غيرها بالانتماء الاجتماعي والمستوى الاقتصادي. كما صنّفت أمراض للأغنياء (كإصابات القلب والشرابين والنقرس والتهاب المفاصل و/أو الروماتيزم والسكري وارتفاع ضغط الدم) كذلك للفقراء أمراض خاصة بهم، تفرزها ظروفهم المعيشية المتدهورة وافتقارهم للطعام والماء الصالح للشراب كالمالاريا والجرب وفقير الدم الذي شتمله دراستنا المتواضعة هذه لدى النساء.

توحي هذه التصنيفات بوجود علاقة عضوية تجمع بين المرض وظروف ظهوره من ناحية وشروط انتشاره البيئية والاجتماعية والاقتصادية من ناحية أخرى على غرار ما يسمى بالكوفيد 19. من الظواهر الاجتماعية اللافتة للانتباه ما يمكن تسميته عولمة المرض "The globalization of disease" نتيجة تشابه أنماط العيش وتقلص الفوارق الثقافية بين الأمم، الشيء الذي سمح بعبور الأمراض لكل الحدود الجغرافية والطبقية. لقد تسلت أنواع غير قليلة من أمراض التصقت تاريخيا بالشرائح الاجتماعية الفقيرة إلى الطبقات الميسورة والغنية رغم رفاهة عيشها، في نفس الوقت تسلك الكثير من أمراض الأغنياء ليصيب الأوساط المحرومة. ومن بين أهم الأمراض التي انتشرت مؤخرا بشكل ملفت وملحوظ مرض فقر الدم أو الأنيميا الذي لم تعد الإصابة به حكرا على الأطفال. وإنما تعرضت نسبة هامة من النساء التونسيات إلى الإصابة بهذا المرض الذي سنسعى إلى تعريفه والوقوف على أسبابه لدى المرأة التونسية النشيطة وكيف له أن يهدد أمنها الصحي .

لقد اهتمت بحوث طبية تونسية عديدة خلال العقدين الأخيرين بدراسة انتشار مرض فقر الدم "الأنيميا" بين الأطفال والنساء في المجتمع التونسي المعاصر. وقد ركّز أغلبها على الجانب الطبّي للظاهرة بشقيه التشخيصي والعلاجي، دون النظر في إمكانية ربط العلة العضوية التي تصيب المرأة ككائن بيولوجي بمتغيرات المجتمع الانتقالي التي تحيط بها ككائن اجتماعي. إذ تتعرض المرأة التونسية النشيطة لواقع اجتماعي واقتصادي وثقافي وصحيّ جديد، يتميز بضغوطات واعتداءات وانتهاكات متنوعة المصادر، قد تكون لها آثار سلبية على بنيتها الجسمية، التي رققها الطبيعة وليّتها الأنثروبولوجيا.

1. إشكالية الدراسة:

تتلخص إشكالية الدراسة في الأسئلة التالية:

- ماهو مرض فقر الدم؟
- ماهي أسبابه لدى المرأة التونسية النشيطة؟
- ماهي العوامل التي ساهمت في الإصابة بمضاعفات فقر الدم الناتج عن سوء التغذية؟

2. الفرضيات:

تتكوّن هذه الدراسة من الفرضيات التالية بما يتماشى وفهم مرض فقر الدم والعوامل المساهمة في الإصابة بمضاعفاته كما يلي:

- يساهم المستوى التعليمي في تثقيف المرأة صحياً بما يدرأ عنها الإصابة بمرض فقر الدم .
- يهيئ نوعية النشاط المهني للمرأة للإصابة بمرض فقر الدم
- تساهم الحالة الاجتماعية لمريضات فقر الدم الإصابة بالمضاعفات لديهنّ.

3. مفاهيم الدراسة:

تتلخّص مفاهيم هذه لدراسة فيما يلي:

أ. فقر الدم أو الأنيميا:

أصل الكلمة لاتيني "Anoemia" وجاءت عند الإغريق مركبة من كلمتين، حرف المنع "An" للدلالة على النقص أو الافتقار وكلمة "haima" أي الدم، ليصبح المعنى الكامل للكلمة "Anhaïma" فقر الدم لبعض أو جل مركباته كالكريات الحمر فالتعريف الطبي العام لمرض الأنيميا يشير الى: "نقص عدد خلايا كريات الدم الحمراء، وانخفاض نسبة الهيموغلوبين عن معدلها الطبيعي (13غراما) في (1دسل من الدم) عند الرجل (12غراما) عند المرأة غير الحامل و(11غراما) عند المرأة الحامل فتقلّ قدرة الدم على حمل الأكسجين. (vulgaris-medical, 2008)" قد يكون مرض فقر الدم من الأمراض المعروفة قديما، غير أن ما طرأ عليه في الزمن الراهن من تغيرات (غير بيولوجية)، جعلنا نضمه إلى قائمة الأمراض المستحدثة، نظرا لانتشاره بين جميع شرائح المجتمع خاصة تلك التي كانت في مأمن منه ولو بشكل نظري.

وهناك أنماط عديدة لفقر الدم ولعل أبرزها وأكثرها شيوعا فقر الدم الناجم عن عوز الجسم للحديد ويمكن علاجه بسهولة بإجراء تغييرات في النظام الغذائي وإعطاء مكملات الحديد وهو محل دراستنا هذه. حيث تشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلث السكان في الإقليم مصابون بفقر الدم. والنساء الحوامل والأطفال الصغار هم الأكثر عرضة للخطر، إذ "تشير

التقديرات إلى أن 40% من جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و59 شهراً، و37% من الحوامل، و30% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً مصابون بفقر الدم" (منظمة الصحة العالمية، 2023).

ب. المرأة النشيطة/المشتغلة:

يندرج مفهوم النشاط والسكان في علم الديموغرافيا على "السكان النشطين العاملين" (يطلق عليهم أيضاً "السكان النشطون الذين لديهم وظيفة") والعاطلين عن العمل من كلا الجنسين. (Insee, 2016) فالمرأة النشيطة هي الأنثى البالغة سن الشغل المتواجدة في سوق الشغل سواء كانت تعمل أو عاطلة عن العمل. إن كانت عاملة، فتعتبر امرأة نشيطة/ مشغلة أما إن كانت عاطلة فهي امرأة نشيطة/غير مشغلة. فدراستنا هذه ستعنى بالمرأة النشيطة/المشتغلة التي لها عمل قار ومصابة بمرض فقر الدم.

ت. التغذية:

تعددت التعريفات بخصوص مفهوم التغذية إلا أن التعريف الأشمل والدقيق يتمثل في "تناول الطعام لتلبية احتياجات الجسم الغذائية. والأغذية الكافية ضرورية للحفاظ على الحياة. والتغذية الجيدة مهمة للصحة الجيدة. ويمكن لسوء التغذية أن يؤدي إلى تدهور المناعة، والتعرض للأمراض، واختلال النمو البدني والعقلي، وتدهور إنتاجية الفرد" (منظمة الصحة العالمية، 2023). عادة ما يقع الخلط بين مفهوم التغذية ومفهوم الغذاء أي المواد غير الضارة التي يتناولها الكائن الحي على تنوعها ووفرته، بكميات ملائمة لتلبية لغريزة الأكل والقضاء على الإحساس بالجوع المؤدي إلى التهلكة .

وأصبح من الثابت طبيا وجود علاقة بين الغذاء والأنيميا، خاصة لدى النساء "إذ يعاني العديد من النساء من عوز المغذيات الدقيقة (الحديد وفيتامين ب12 مثلا) ويعتقد أن نصف نساء العالم الحوامل مصابات بفقر الدم .

ث. الأمن الصحي الفردي:

يعتبر الأمن الصحي الفردي جزءا لا يتجزأ من الأمن الإنساني وأهم ركائز ذلك "الأمن الذي له جانبان رئيسيان: الجانب الأول يمثل السلامة من التهديدات المزمنة مثل الجوع والمرض والقمع؛ والثاني: الحماية من الاضطرابات المفاجئة والمؤلمة في أنماط الحياة اليومية - سواء في المنازل أو في الوظائف أو في

المجتمعات. (uneswa, 2022) "إذ يمكن الجزم بوجود صلة جدلية بين الأوضاع الاجتماعية والنفسية والحالة الصحية للفرد، حيث تتفاعل كل هذه المستجندات في إطار ما يسميه علماء الاجتماع بالتصورات الاجتماعية، المحددة في رأيهم للسلوكيات الفعلية للفرد. فالتصورات الاجتماعية تمثل تلك الأساليب الموجهة نحو التواصل والفهم والسيطرة على المحيطين الاجتماعي والمادي، وكذلك الإحاطة بالمجال الفكري. وتقوم هذه التمثيلات على أسس التنشئة الاجتماعية التي تلقاها الفرد داخل محيطه الأسري والاجتماعي والثقافي، لتتناغم بالتالي سلوكياته الفعلية ومواقفه مع أمنه الصحي، بما يحد من المخاطر التي تهدد حياته اليومية وتقيه من الأمراض، خاصة المرتبطة بالسلوك الغذائي.

وفي مجال التغذية الفردية تجتمع عديد المتناقضات، حيث يلتقي الثابت بالمتغير والمستحدث فإن كل ما تبنيه التنشئة الاجتماعية من قواعد وقاية لتجنب المرض، تخالفه عديد السلوكيات الفردية، المشوهة بمؤثرات ثقافية دخيلة أفرزت ممارسات مستحدثة وعادات مكتسبة في أغلبها مضرّة بالصحة، شكلت مفاهيم جديدة مرتبطة بالتغذية مثل "الوجبات السريعة" أو "الوجبات الخفيفة" التي أصبحت من أهم ضوابط العادات والسلوكيات الغذائية في نمط عيش الأفراد عموما والشغليين خصوصا. وتحتوي هذه الوجبات السريعة على نسب ضئيلة من الفيتامينات والمعادن والعناصر الغذائية مقارنة بالأطعمة الصحية.

4. مظاهر التحول في نمط العيش للمرأة:

من المسلمات ما تتميز به البنية البيولوجية للمرأة من هشاشة تجعلها أكثر عرضة للإصابة من الرجل بمختلف الأمراض بما في ذلك الأنيميا، نتيجة لتغيرات وظيفية نابعة من تجربتها الخاصة، وأخرى موضوعية مفروضة من محيطها الاجتماعي والثقافي ..

أفرزت الحياة المهنية بكل ضغوطاتها المادية كانهخفاض معدل ساعات النوم، مشقة التنقل اليومي بين مقر الإقامة ومقر العمل، الوقت المخصص لتناول الوجبات الغذائية، نوعية الأكل، فته الاستراحة الفاصلة بين حصتي العمل، فضلا عن الضغوطات المعنوية مثل محاولة التوفيق بين مختلف الأدوار الاجتماعية غير المتجانسة، والتناقض بين الواقع والصورة النمطية المرسومة

في لاوعي المرأة حالة من التوتر النفسي المستديم وهي عوامل قد تتسبب كلها أو بعضها في احتمالية الإصابة بفقر الدم بين النساء التونسيات النشيطات المشتغلات .

كما ساهمت ثقافة الاستهلاك "المعولم" في التخفيف من حدة الفوارق الطبقيّة والجنسية، وقاربت بين الأوساط الاجتماعية بتوحيد "افتراضي" للتصورات الاجتماعية، فتحولت إلى قوة عمل ووحدة إنتاج تكاد تكون مجردة من العواطف. فشكّلت المرأة عموماً وفي العالم النامي خصوصاً، أولى ضحايا الثقافة الإمبريالية التي اعتبرت أداة إشهار وكائناً مخبرياً لاختبار الأدوية المستحدثة ووسائل منع الحمل والمستحضرات الكيماوية ومواد التجميل والتّخسيس والتأنق التي لا تخلو من مضاعفات جانبية شديدة الخطورة على أمنها الصحيّ. لقد لعبت الصورة النمطية التي رسمتها الرأسمالية العالمية للمرأة الغربية دوراً محورياً في عولمة السلوك الغذائي، لتسويق منتجات غذائية مصنعة ومعدلة جينياً، لتحل محل المواد الغذائية الطبيعية أساس الطعام التقليدي. إذ يعد الإقبال على الأكلات السريعة الدسمة والإفراط في تناول السكريات والإدمان على الكحول والتدخين من علامات المعاصرة والتقدم... فأثرت عولمة الأمراض على قدر عولمة السلوكيات الغذائية.

5. مظاهر التحول في نمط العيش للمرأة النشيطة/المشتغلة بتونس:

عديدة هي مظاهر التحولات التي طرأت على نمط عيش التونسيين منذ الاستقلال سنة 1956 إلى اليوم، يمكن ذكر أهمها فيما ورد من إحصائيات رسمية تتعلق بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية .

في الجانب الاجتماعي نذكر ارتفاع المستوى التعليمي لدى المرأة التونسية الذي ساهم في انخراطها مباشرة في سوق العمل بأجر في القطاعين العام والخاص، فقد تضاعف عدد النساء التونسيات المشتغلات أكثر من 14 مرة منذ الاستقلال إلى الآن، وهن يشغلن في مجالات الفكر والساعد، ومن بينهن من بلغن مناصب عليا في التسيير والسلطة. تزامن مع ذلك تراجع ملحوظ لظاهرة الفقر داخل المجتمع التونسي، إلى 15,2% سنة 2015 مقابل 25,4% سنة 2000. نتيجة لارتفاع الدخل الفردي السنوي، الذي تضاعف بمقتضاه الإنفاق السنوي للأسر بكل جهات البلاد حيث بلغ معدّل الإنفاق العام للفرد الواحد سنة 2015 نحو 3871 دينار، أي ضعف ما كان ينفقه الفرد

سنة 2005" (لطيف، 2022، ص120). تلك بعض المؤشرات الإحصائية بالغة الدلالة على عمق التغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع التونسي الحديث والتي بدورها أثرت في الحسّ الثقافي وفي نمط العيش. ناهيك وتطور عدد المشغلات الذي بلغ 745,5 ألف مشغلة سنة 2011، ليصبح هذا العدد 947,2 ألف مشغلة سنة 2023 (المهد الوطني للإحصاء، 2024).

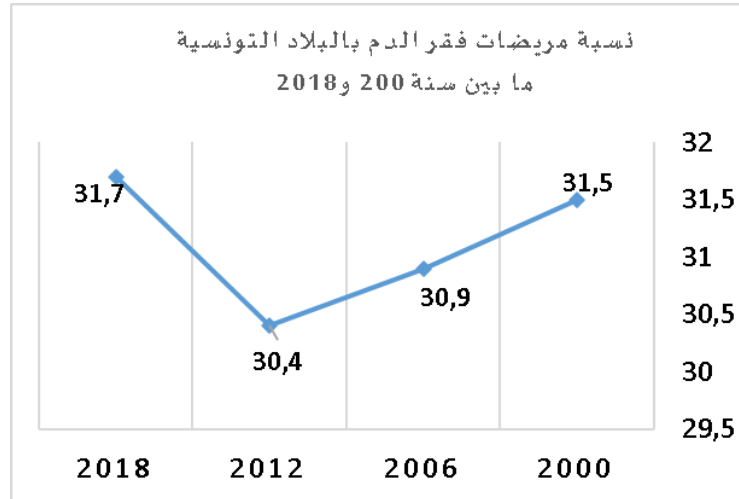
فأصبحت المرأة النشيطة/المشغلة تقع في تونس تحت وطأة أعباء البيت من ناحية ومسؤوليات الشغل من ناحية أخرى، فأصبحت مجسدا حيا للعلاقة بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية، حيث تفني "المرأة التونسية النشيطة" حياتها في إيجاد توازن لمعادلة ثلاثية العناصر: أسرته وعملها والسهر على رعاية صحتها، بما قد يفسر انتشار الأنيميا بين النساء التونسيات عموما والنشيطات المشغلات خصوصا. فقد مكّن الاضطراب المرجعي للمجتمع الانتقالي، من تخفيف الرقابة الاجتماعية على المرأة المتحررة فأكسب العديد من النساء سلوكيات استهلاكية ممنوعة في السابق، كالإدمان على التدخين والإفراط في تناول المنبهات كالقهوة والشاي. فشكّلت هذه السلوكيات النسائية المكتسبة عوامل محفزة على الإصابة بالأنيميا عند الإناث وانتشارها خاصة بين الشابات.

ساهم الشغل بحدّته ورتابته في التقليل من الفوارق الطبقيّة والجندرية، كما قرّبت ثقافة الاستهلاك بين الأوساط الاجتماعية بتوحيد "افتراضي" للتصورات الاجتماعية والقيم، أدّى إلى خمود لجانب من أحاسيس المرأة، فتحوّلت إلى قوة عمل ووسيلة إنتاج تكاد تكون مجردة من العواطف. إذ عبثت ثقافة الاستهلاك بالذوق العام التقليدي وتجلّت خطورة النمط الغذائي الجديد على صحة الإنسان، من السلوكيات الغذائية المتمردة على آداب الأكل والمائدة، إلى مركباته الكيماوية كالأصبغ والشحوم والهرمونات مروراً بالمستحضرات المخبرية، وهي مخاطر أثبتتها علوم التغذية بربط الصلة بين نوعية الأغذية الحديثة بأصنافها المختلفة وتفتشي الأمراض المزمنة.

6. الأنيميا في تونس:

فيما يلي لمحة عن نسب الإصابة بفقر الدم بالبلاد التونسية في صفوف النساء ما بين سنة 2000 و2018 كما يبينه الرسم البياني التالي:

الشكل رقم 1: تطور نسبة الإصابة بمرض فقر الدم لدى النساء 15-49 سنة ما بين 2000-2018



المصدر: معطيات منظمة الصحة العالمية

حسب معطيات الرسم البياني، فإن نسبة المصابات بمرض فقر الدم للفئة العمرية 15-49 تتراوح بين 30,4% وقع تسجيلها سنة 2012 و 31,7% وقع تسجيلها سنة 2018. (OMS, 2024) وتمثل الإصابة بفقر الدم بشكل عام، وخاصة فقر الدم الغذائي محل دراستنا، في تشخيص مشكلة صحية عامة في العالم وبشكل خاص في البلدان النامية مثل تونس. ولمزيد فهم هذا المرض في علاقته بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية أجريت دراسة ميدانية وقع تحليل نتائجها في العناوين اللاحقة.

7. العمل الميداني:

لم نكتف في دراسة الحال هذه بالجوانب النظرية، الإنشائية التي تبقى بحاجة لبحث ميداني، يدعمها أو ينفيها من أجل الأمانة العلمية. فعمدنا لإجراء مسح شمل 100 امرأة تونسية نشيطة/مشتغلة مصابة بمرض فقر الدم بولاية تونس-العاصمة-. وقع اختيارهم وفقا للعينة العرضية، التي "تعتمد على اختيار الباحث للعينة التي يسهل الحصول عليها...ومن مجتمع يصعب التوصل إليه" (يونس، 2021، ص536) نظرا لغياب المعطيات الرسمية والخصائص

الديموغرافية والاجتماعية للمصابات بمرض فقر الدم. هذا واستعنا ببرنامج SPSS وExcel في تصنيف المعطيات الإحصائية الميدانية ومن ثمة تحليلها.

وسنتولى في هذا الجانب تحليل نتائج الدراسة الميدانية التي شملت 100 مصابة بفقر الدم وقع اختيارهن بطريقة إحصائية عرضية وفيما يلي نتائج هذا العمل الميداني:

أ. الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة:

فيما يلي جدول يوزع عينة الدراسة من المصابات بمرض فقر الدم حسب السن والحالة المدنية:

الجدول رقم 01: توزيع العينة حسب السن والحالة المدنية

السن * الحالة المدنية						
المجموع	الحالة المدنية					
	أرملة	مطلقة	متزوجة	عزباء		
1%	0%	0%	0%	1%	20-24	السن
9%	0%	0%	2%	7%	25-29	
17%	0%	1%	7%	9%	30-34	
18%	0%	4%	10%	4%	35-39	
20%	0%	3%	14%	3%	40-44	
17%	0%	1%	15%	1%	45-49	
12%	0%	1%	10%	1%	50-54	
4%	0%	1%	3%	0%	55-59	
2%	1%	0%	1%	0%	60-64	
100%	1%	11%	62%	26%	المجموع	

المصدر: نتائج العمل الميداني

نظرا لغياب معطيات دقيقة حول عدد المصابات بمرض فقر الدم بالبلاد التونسية حاولنا جاهدين للقاء أكبر عدد ممكن من المرضى بمختلف شرائحهن العمرية وحالتهن المدنية. فكما هو ملاحظ فإن أغلبية المريضات من الفئة العمرية 44-40 سنة بنسبة 20%. وتتقارب نسبتهن من بقية الفئات العمرية الأقل سنا الى حدود 30 سنة والأكثر سنا الى حدود 50 سنة. في حين أن عدد المريضات بمرض فقر الدم في هذه العينة لا تتجاوز نسبتهن 2% في

الفئة العمرية 60-64 سنة. وبلغت 1% في قاعدة الهرم العمري لهذه الدراسة 20-24 سنة.

هذا وتتوزع المريضات بين متزوجات كأعلى نسبة بـ62% ، وعزباوات بـ26% ، ومطلقات بـ11% وبنسبة اقل للأرامل بـ1% في هذه الدراسة.

ب. سن الإصابة بمرض فقر الدم:

وفيما يلي توزيع العينة حسب سنهن الحالية وسن اكتشافهن الإصابة بمرض فقر الدم:

الجدول رقم 02: توزيع المريضات حسب سن الإصابة بفقر الدم

سن الإصابة بمرض فقر الدم لأول مرة										
الفئة العمرية	19-0	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45	54-50	59-55	+60
24-20	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
29-25	0	2	7	-	-	-	-	-	-	-
34-30	0	0	3	14	-	-	-	-	-	-
39-35	0	0	1	11	6	-	-	-	-	-
44-40	0	1	3	2	4	10	-	-	-	-
49-45	0	1	3	2	1	2	8	-	-	-
54-50	0	0	0	1	4	3	1	3	-	-
59-55	0	0	0	0	0	1	2	1	0	-
64-60	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
المجموع	0	5	17	30	15	16	11	4	1	1

المصدر: نتائج العمل الميداني

فمن خلال معطيات الجدول فإن أغلبية المصابات بمرض فقر الدم من العينة المختارة، بنسبة 30% ، من الفئة العمرية 30-34 سنة ، والتي تمثل الأكثر عددا من حيث عدد المصابات. فكلما تخطت المرأة سن 30 سنة إلا وأصبحت أكثر عرضة للإصابة بمرض فقر الدم .

والأغلبية من العينة لم يقمن بفحص دوري وشامل للكشف المبكر عن الإصابة بهذا المرض، وإنما نتيجة للإعراض التي لازمتها لمدة طويلة حسب تصريحهنّ والمتمثلة في التعب والضعف واضطراب في التوازن وضيق في التنفس. هذا ونلاحظ أنّ النسبة الأعلى للمصابات، دون سن 40 سنة بنسبة 67% من العينة للفئة العمرية 20-39 سنة.

ولمعرفة متوسط سن الإصابة بمرض فقر الدم لدى أفراد العينة قمت بقياسه وفقا لمعطيات للمعادلة التالية :

$$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^r (n_i * x_i)$$

الجدول رقم 03: متوسط سن الإصابة بمرض فقر الدم لدى عينة الدراسة

الفئة العمرية متوسط الفئة العمرية المجموع

الفئة العمرية	متوسط الفئة العمرية	المجموع
19-0	9.5	0
24-20	22	5
29-25	27	17
34-30	32	30
39-35	37	15
44-40	42	16
49-45	47	11
54-50	52	4
59-55	57	1
64-60	62	1
المجموع	-	100

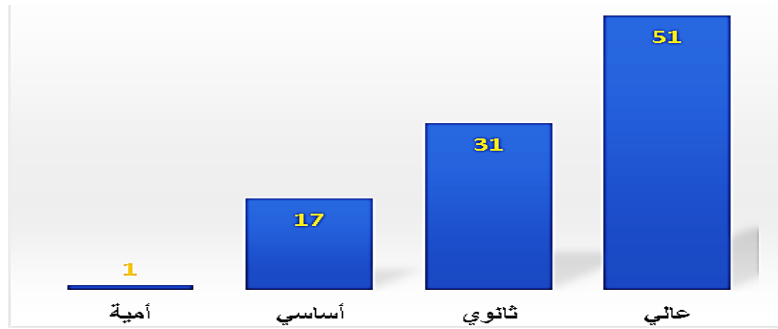
المصدر: نتائج العمل الميداني

فمتوسط عمر المصابات من العينة عند الإصابة بمرض فقر الدم يساوي 36 سنة، أي بنسبة أكبر لدى الشابات. فققر الدم يؤثر بصفة خاصة على الأطفال، والمراهقات والنساء الطوامث، والنساء في فترة الحمل والفترة التالية للولادة. ويعد السبب في ذلك إلى نقص الحديد في النظام الغذائي أو فقدان الدم الناتج عن فترات الحيض الشهرية لدى الشابات. يبدو أن تحسن المستوى التعليمي للمرأة التونسية لم يساعدها في تجنب الإصابة بفقر الدم كما سببته العنوان التالي.

ت. أثر المستوى التعليمي على مؤشر الوعي الصحي:

لمعرفة العلاقة بين مستوى التعليم والثقافة الصحية قبل الإصابة بالمرض للتوقي منه وبعد الإصابة لتجنب مضاعفاته. وقع في البداية توزيع العينة من المريضات حسب مستواهن التعليمي:

الشكل رقم 2: توزيع المريضات حسب مستواهن التعليمي



المصدر: نتائج العمل الميداني

لم يمنع المستوى التعليمي المتقدم للمرأة التونسية من تجنب الإصابة بمرض فقر الدم، فأغلبية المصابات بهذا المرض من اللاتي لهن مستوى تعليمي عالي بنسبة 51%. مما يدل على عدم وجود أي ارتباط مباشر بين متغيري المستوى التعليمي والوقاية من الإصابة بالمرض. غير أن المتعارف عليه أن التعليم المتقدم يمكن أن يؤثر على الصحة بطريقة إيجابية على سبيل المثال، ويمكن للتعليم أن يساهم في زيادة الوعي بالصحة والمعرفة بالنمط الحياتي الصحي، مثل التغذية السليمة وممارسة النشاط البدني. كما يمكن للتعليم أن يؤدي إلى

فهم أفضل للمعلومات الطبية والقدرة على البحث عن الرعاية الصحية المناسبة. غير أنّ العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية، إلى جانب العوامل الوراثية والبيئية، ونمط الحياة، والتغذية، ومستوى الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، والتوعية والثقافة الصحية، يمكن أن تؤثر في تبني أنماط حياة سليمة، بغض النظر عن المستوى التعليمي الذي يفترض أن يكون محفزاً على التثقيف الصحي. ففي حين تنعم المرأة التونسية بالتعليم والشغل والاستقلالية، فهي في نفس الوقت أسيرة أوضاع صحية هشة وحالات نفسية متأزمة، جعلت الكثيرات يفضلن التقاعد المبكر أو النسبي أو العمل نصف الوقت مقابل ثلثي الأجر للتخلص من ازدواجية المكانات والأدوار سبباً من أسباب تدهور صحتها الجسدية والنفسية.

الجدول رقم 04: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي والمعلومات حول المرض قبل الإصابة

معلوماتك عن فقر الدم قبل الإصابة * المستوى التعليمي							
النسبة %	المجموع	المستوى التعليمي					
		عالي	ثانوي	أساسي	أمية		
73	73	37	25	11	1	لا توجد لدي معلومات	معلوماتك عن فقر الدم قبل الإصابة
24	24	11	6	6	0	معلومات عامة	
3	3	3	0	0	0	معلومات طبية ودقيقة	
100	100	51	31	17	1	المجموع	

المصدر: نتائج العمل الميداني

كما هو مبين بالجدول فإنّ 73% من المريضات بمختلف مستوياتهن التعليمية ليس لديهن معلومات عن مرض فقر الدم، بالرغم من أنّ 50,68%

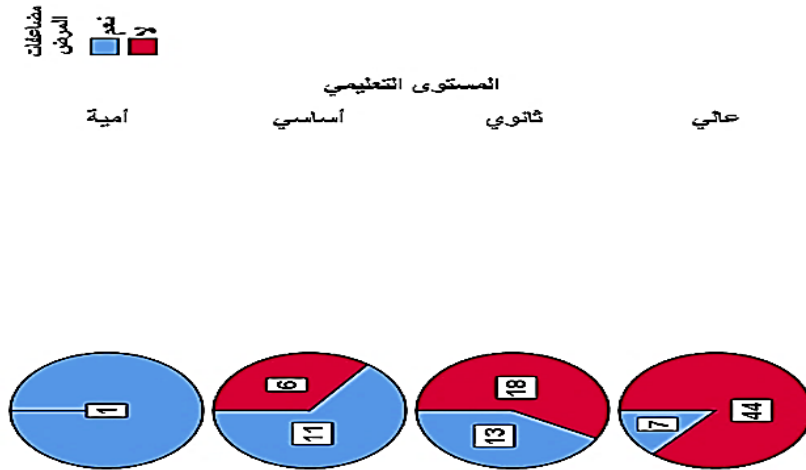
منهن يمتلكن مستوى تعليمي عالي شأنهن شأن بقية اللاناث بالعينة من مختلف المستويات التعليمية الأخرى.

أظهرت نتائج اختبار كاي تربيع أن قيمة الدلالة الإحصائية بلغت 0,258 (0,05)، وهو ما يفيد بعدم وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والمعرفة المسبقة بمرض فقر الدم لدى أفراد العينة.

ولنا أن نستنتج أن متغير المستوى التعليمي ليس له تأثير على التوقي من الإصابة بمرض فقر الدم، بما ينفي الفرضية القائمة على أن المستوى التعليمي يوفر تثقيفاً وأمناً صحياً للمرأة بما يدرأ عنها الإصابة بمرض فقر الدم. وذلك لغياب الوعي بمسألة الصحة لدى الكثير من شرائح المجتمع، لأن دور الثقافة في فهم قضايا الصحة والمرض وعلى أن استيعاب هذه الأخيرة لا يمكن أن يتم بمعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي. غير أن التعليم يلعب دوراً هاماً في الحد من مضاعفات المرض، "فأما المرضى الأقل مستوى تعليمي يكونون أكثر قلقاً وبالتالي تزداد نسبة استجابتهم للألم" (نادية، 1998، ص175). ويتأكد جلياً أن جل المريضات ليس لديهن معلومات دقيقة بمرض فقر الدم قبل إصابتهن به.

ولا يمكننا أن ننفي أن المستوى التعليمي يلعب دوراً هاماً في اكتساب المريض معرفة حول أسباب مرضه والمضاعفات التي يسببها كما يبينه الرسم البياني التالي:

الشكل رقم 3: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي والإصابة بمضاعفات المرض



المصدر: نتائج العمل الميداني

فكما هو مبين بالرسم البياني فإن المستوى التعليمي يلعب دوراً هاماً في التشخيص الصحي، فإن أغلبية المصابات بهذا المرض من اللاتي لديهن مستوى تعليمي عال بنسبة 86,27% لم يصبن بمضاعفات هذا المرض التي تصل إلى الوفاة المبكرة أحيانا والتي تتلخص في (ويب طب، 2023):

- فرط التعب: حيث يشعر المريض بالتعب لدرجة تمنعه من القيام بواجباته اليومية البسيطة، كما قد يصعب عليه اللعب أو العمل.
- مشاكل في القلب: قد يسبب فقر الدم تسارع في نبضات القلب وذلك لتعويض نقص الأكسجين في الدم، وقد يسبب فشل القلب في بعض الأحيان.
- ضرر في الأعصاب: حيث يعد فيتامين ب 12 ضروريا لعمل الأعصاب بشكل سليم.
- تغيرات في الحالة الإدراكية: حيث يؤثر النقص في فيتامين ب 12 على عمل الدماغ.
- فقر الدم المنجلي: مضاعفات طبية خطيرة قد يكون قاتلا.

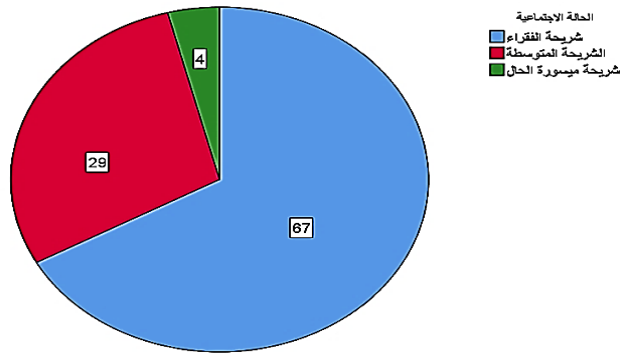
وباستخدام اختبار كاي تربيع للتحقق من العلاقة بين متغيري المستوى التعليمي والتثقيف الصحي بعد الإصابة، وجد أن مستوى الدلالة لم يتجاوز 5%، مما يشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، "لما يلعبه المستوى التعليمي في فهم لظاهرة المرض ويساعد المريض على تقبل الإرشادات والعلاج والتأقلم مع سلوكياته الجديدة وبالتالي قدرته على مشاركة الأسرة والتعاون معها في توفير احتياجاته الضرورية من خلال المرونة في التعامل التي اكتسبها من التعلم" (لطيف، 2018، ص31).

هذا وكلما انخفض المستوى التعليمي إلا وزادة نسبة الإصابة بمضاعفات مرض فقر الدم، حيث بلغ عدد المصابات بإحدى المضاعفات 76,48% لصاحبات المستوى التعليمي أساسي، وكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفع معه البحث عن معلومات صحيحة" (فاطمة، 2011، ص5).

ث. المستوى المعيشي وتأثيره على الإصابة بمرض فقر الدم ومضاعفاته:

سنتناول في هذا الجزء مدى تأثير المستوى المعيشي على الإصابة بمرض فقر الدم لدى المرأة المشتغلة وفي ماي لي توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية:

الشكل رقم4: توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: نتائج العمل الميداني

كما هو ملاحظ فإن أغلبية أفراد العينة ينتمون الى شريحة الفقراء أي الطبقة الفقيرة، بنسبة 67% من أفراد العينة بعد أن تراجع أغلبية الطبقة

الوسطى نحو الطبقة الفقيرة "تعد الطبقة الوسطى طبقة هشة وتحت تهديد عام مباشر بالفقر وخاصة إثر الأزمات الاقتصادية كجائحة كوفيد19" (جانب الله، 2020، ص101) والتي تسببت في العديد من الأزمات الاقتصادية على كل الأصعدة وعلى كل المستويات.

وعليه سنحاول معرفة العلاقة بين الحالة الاجتماعية للمريض والإصابة بمضاعفات مرض فقر الدم كما يبرزه الجدول التالي:

الجدول رقم5: توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية والإصابة بمضاعفات المرض

الحالة الاجتماعية * مضاعفات المرض					
النسبة %	Total	مضاعفات المرض			
		لا	نعم		
67	67	40	27	شريحة الفقراء	الحالة الاجتماعية
29	29	24	5	الشريحة المتوسطة	
4	4	4	0	شريحة ميسورة الحال	
100	100	68	32	المجموع	

المصدر: نتائج العمل الميداني

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أنّ المصابات بإحدى مضاعفات مرض فقر الدم بـ 84,38% ينتمون الى شريحة الفقراء في حين لم يتعرّضن إلى هذه المضاعفات المنتميات إلى طبقة ميسوري الحال إلى أية مضاعفة أو تفاقم للمرض. هذا وأصابت مضاعفات مرض فقر الدم 17,24% من النساء المنتميات إلى الطبقة الوسطى.

وباختبار كاي تربيع للعلاقة بين متغيري الحالة الاجتماعية للمرضى والإصابة بمضاعفات المرض، نلاحظ أن مستوى الدلالة بلغ 3,2% أي أقل من 5% بما يؤكد وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية ومضاعفات فقر الدم، دون الجزم بطبيعة العلاقة السببية، وهو ما يستدعي تحليلا معمّقا للعوامل الوسيطة المحتملة.

يمكن الجزم بأن الفقر والمرض هما من التحديات الرئيسية التي تواجهها البشرية في جميع أنحاء العالم "إذ يعاني الفقراء العبء الأكبر للمرض" (ويكزوريك، 2010، ص1). بما يعني وجود علاقة جدلية ترابطية بين الفقر والمرض، حيث يؤثر كل منهما على الآخر، يعني أن زيادة المرض وانتشار الأمراض يزيد من وطأة الفقر، في حين أن الفقر يؤثر على قدرة الأفراد على الحصول على الرعاية الصحية اللازمة وتلبية احتياجاتهم تفاديا للمضاعفات التي تتطلب نفقات إضافية. فإذا ما كان، المستوى الطبقي المتوسط للمريض يؤثر على توافر الحد الأدنى للظروف الصحية...بالإضافة إلى قدر كاف من الرعاية الصحية (Folta, 1966, P58) "هذا فضلا عن انتماء المريض إلى فئة هشة، وهو ما يستدعي رعاية ودعمًا إضافيًا مثل "اللين، التعاطف، الطيبة، والصبر في التعامل معه، للتخفيف عن معاناة المرض التي تسببها الأمراض والفقر. (Loodts& Immaculada, 2019)"

ج. تأثير طبيعة النشاط المهني على الإصابة بمضاعفات فقر الدم:

ولمعرفة ما إذا كان النشاط المهني سببا في الإصابة بأحد مضاعفات المرض، وقع توزيع العينة حسب النشاط المهني والإصابة بمضاعفات المرض كما يلي:

الجدول رقم6: توزيع المرضى حسب المهنة والإصابة بالمضاعفات

نوعية النشاط	نعم (مضاعفات)	لا (مضاعفات)	المجموع	النسبة%
عاملة	25	23	48	48
إطار متوسط	6	31	37	37
إطار	1	8	9	9
إطار سامي	0	6	6	6
المجموع	32	68	100	100

المصدر: نتائج العمل الميداني

يشير الجدول إلى أن النسبة المرتفعة في صفوف المصابات بمضاعفات المرض من العاملات، بنسبة 78,13%، وكلما انتقلنا إلى صنف أعلى في

النشاط المهني إلا وقلّت الإصابة بمضاعفات هذا المرض لدى المرأة المشتغلة. قد يؤدي العمل في ظروف غير صحية أو غير آمنة إلى زيادة احتمالية الإصابة بمضاعفات المرض خاصة العمل في بيئات مغلقة أو غير مناسبة، أو التعرض للإجهاد النفسي أو الجسدي المفرط.

أظهرت نتائج اختبار كاي تربيع أن مستوى الدلالة لم يتجاوز 0,05، مما يشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيري نوعية النشاط المهني ومضاعفات مرض فقر الدم. وبناء على ذلك، يتم قبول الفرضية التي تفيد بوجود ارتباط بين طبيعة النشاط المهني واحتمالية التعرض لمضاعفات المرض لدى النساء محلّ الدراسة، دون الجزم بوجود علاقة سببية مباشرة.

تواجه المرأة النشيطة/المشتغلة التونسية على اختلاف الحالة المدنية التي عليها مع وجود أطفال من عدمه تحدياً يومياً في توزيع وقتها على الوجه الأمثل، إذ يختلط وقت الشغل خارج البيت بوقت القيام بالشؤون المنزلية والعناية بالأبناء. لقد أفقد اختلال المعادلة الزمنية توازن المرأة التونسية المعاصرة وقلّص فرصة اهتمامها بوضعها النفسي والصحي، فهي من ناحية تتصهر في رعاية أسرتها والمحافظة على حياتها الزوجية ومن ناحية أخرى تتفانى في أداء واجباتها المهنية.

قد يكون هذا الوضع المختل سببا في شعورها بالإحباط الذي يغذي فيها نزعة جلد الذات وتجاهلها. إننا لم نعثر من بين العناصر المستجوبة على أنثى واحدة تمارس نشاطا رياضيا جماعيا أو فرديا، إضافة إلى ذلك سجلنا أنّ غالبية المستجوبات يتجنبن التنقل سيرا على الأقدام ويحبذن التنقل بوسيلة نقل خاصة أو عمومية وتكون أعمالهن عادة ذات طابع يدوي وكثيراً ما تتطلب قدر كبير من الطاقة. ومن الواضح أن التوصية المتعلقة بسياسة النشاط البدني ليست ذات أهمية بالنسبة لهذه الشرائح من السكان.

ح. العلاج البديل:

يلتجئ المرضى إلى العلاج البديل الذي نعني به في هذه الدراسة تلك العلاجات التي مردّها إلى التصورات العصرية للعلاج والتي تعتمد بالأساس على الأعشاب التي استخدمها الناس في مقاومة بعض الأمراض ومن بينها فقر الدم.

هذا وأكدّ جلّ المريضات أنّهنّ يستخدمن العلاجات البديلة كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم 07: استعمال العلاج البديل

المستوى التعليمي * العلاجات التقليدية				
المجموع	العلاجات التقليدية			
	لا	نعم		
1	0	1	أمية	المستوى التعليمي
17	0	17	أساسي	
31	0	31	ثانوي	
51	4	47	عالي	
100	4	96	المجموع	

المصدر: العمل الميداني

أكّدت 96% من العينة استعمالهن للعلاجات البديلة، كما أكّدن أنّ هذه العلاجات ورثتها جيلا بعد جيل وكانت علاجا فعّالا للأطفال عند إصابتهن بفقر الدم. وتتمثّل هذه العلاجات في بعض الأعشاب التي تحتوي على نسب عالية من الحديد.

وبإجراء اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي واستعمال العلاجات التقليدية، وجد أنّ قيمة مستوى الدلالة بلغت 0,261، مما يشير إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين. وبهذا تدحض الفرضية القائلة بأنّ التصورات العصرية للعلاج تتأثر بالمستوى التعليمي، وأنّ المستوى التعليمي وحده يوجه التصورات الاجتماعية نحو اعتماد الطب الحديث فقط.

إنّ النساء الحاصلات على تعليم عال لم يلجأن إلى استخدام العلاجات التقليدية. وعند سؤالهن عن أسباب هذا الاختيار، أفدن بأنّ الخوف من

المضاعفات الصحية المحتملة الناتجة عن خلط أو تناول بعض الأعشاب كان الدافع الرئيسي وراء قرارهن. كما أكدّ على التزامهن التام بتعليمات الأطباء وتفضيلهن اتباع الأساليب العلاجية المبنية على الأدلة العلمية، مما يعكس وعيا صحياً متقدماً واستجابة أكبر للتوجيهات الطبية الرسمية.

هذه النتيجة تبرز تأثير المستوى التعليمي في تشكيل الوعي الصحي واتخاذ القرارات العلاجية، حيث يبدو أن التعليم العالي يعزز الثقة في الطب الحديث ويقلل من الاعتماد على الممارسات التقليدية غير المؤكدة علمياً .

الاستنتاجات والتوصيات :

شهدت المرأة التونسية المشغلة خلال السنوات الأخيرة تحولا واضحا في نمط عيشها نتيجة لتغير البنية الاقتصادية والاجتماعية وتسارع في وتيرة الضغوط المهنية والعائلية. وانعكس هذا التحول سلبا على توازنها اليومي، ساعم في ارتفاع مستويات الإرهاق الجسدي والنفسي لديها مارفع نسبة التوتر لديها. بالإضافة إلى انخراطها ضمن عادات غذائية سريعة تؤثر على الصحة العامة كمؤثر على تراجع الاهتمام بصحتها الوقائية. وأسهمت هذه العوامل إلى تسجيل وضعيات صحية حرجية في صفوف النساء، من أهمها الإصابة بالأنيميا (فقر الدم) التي تعكس هشاشة الوضع الصحي لديهن رغم تطور التعليم واتساع مشاركتهن في سوق الشغل.

ووفقا لما وقع التوصل إليه من نتائج، تظهر الحاجة الى تدخلات متعددة المستويات للحد من سلبيات هذا التحول. إذ يتطلب الأمر تعزيزا لبرامج الصحة الوقائية تدعم التوازن بين الحياة المهنية والأسرية. ومن جهة أخرى، تحتاج مؤسسات العمل إلى احتضان أنشطة وبرامج توعوية قصد تحسين ظروف العمل بما يساعد على الرفاه الجسدي والنفسي وبالتالي تحقيق الأمن الإنساني .

كما يبقى دور المجتمع والأسرة أساسيا في إعادة توزيع الأدوار للتخفيف عن الأعباء اليومية للمرأة. في حين تمثل الممارسات الفردية مثل الالتزام بنظام غذائي متزن وصحي والقيام بالفحوصات الدورية كخطوات ضرورية للوقاية من الأنيميا (فقر الدم) خاصة والأمراض المزمنة عامة.

خاتمة:

رغم تعدد الدراسات التي اهتمت بمرض فقر الدّم الناتج عن عوامل بيولوجية وفيزيولوجية وربما وراثية، فإن دراسات علم اجتماع الصحة التي تتناول بطريقة كلية العوامل المؤثرة في صحة الأفراد والمجتمعات، لا يمكنها أن تحل محل الدراسات الطبية، المؤهلة الوحيدة لدرس أعراض الأمراض والكشف عن جميع الروابط بينها وبين مسبباتها، إضافة إلى وضع طرق ووسائل لعلاجها .

لقد أثبتت المسوح الطبية الميدانية انتشار مرض فقر الدّم بكل أصنافه بين أطفال ونساء تونس وفي العالم بأسره كما بينته إحصاءات منظمة الصحة العالمية. أمام هذه الظاهرة المرضية ذات الانعكاسات السلبية التي تتهدد أكثر من نصف المجتمع بين أطفال ونساء، والتي قد تؤثر على أجنة وأحداث المستقبل، فلا يمكن لعلم الاجتماع أن يتغاضى عن مثل هذه الظاهرة دون محاولة لفهم الأسباب المختلفة التي تساعد على انتشارها في مجتمع قطع أشواطاً هامة في تغيير ظروف معيشته نحو الأفضل. لقد اندثرت كثير من الأوبئة الاجتماعية الفتاكة بتضافر مختلف الجهود، إلا أن مرض الأنيميا لم يندثر رغم النقلة الثقافية التي عاشها المجتمع التونسي الحديث، أخرجته من البداوة إلى التمدن، بل أصبح يمثل معضلة صحية عمومية. فكأنما تعليم المرأة وانفتاحها الثقافي على العالم الخارجي وخروجها للعمل وتحمل المسؤولية خارج الأسرة، أثرت عكسا على أمنها الصحيّ الفردي.

إن لم تتمكن هذه الدراسة من إثبات وجود علاقة عضوية بين مرض فقر الدّم ونمط العيش الحديث، فإنها تمكنت من كشف عديد الجوانب الأخرى التي تجمع بين الإصابة بمضاعفات هذا المرض وبعض الخصائص السوسيوديموغرافية.



قائمة المراجع:

- بالحاج لطيف، طارق. (2018). دراسة ديموغرافية لمرضى السكري، رسالة ماجستير كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتونس
- بالحاج لطيف، طارق. (2022). التفاوت الجهوي في التنمية: قطاع الصحة نموذجاً، أطروحة دكتوراه في علم السكان، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتونس
- جاب الله، سفيان وآخرون. (2022). في تدبير أزمة كوفيد19 في تونس: سياسات الدولة والفئات الأكثر تضرراً، كراسات المنتدى عدد4، المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، تونس.
- عاطف خليل، نجلاء. (2007). في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد السيد عمر، نادية. (1998). علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر
- مساني، فاطمة. (2011). المستوى التعليمي و تأثيره على الثقافة الصحية للمريض في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية لعينة من المرضى بمستشفى بني مسوس، مجلة دراسات اجتماعية الجزائر.
- المعهد الوطني للإحصاء. (2023). تطور عدد المشتغلين حسب الجنس .
<https://www.ins.tn/ar/statistiques/152#>
- المعهد الوطني للإحصاء. (2017). المسح الوطني حول الانفاق والاستهلاك ومستوى عيش الاسر لسنة 2015.
- منظمة الصحة العالمية. (2023). المواضيع الطبية: مرض فقر الدم
<https://www.emro.who.int/ar/health-topics/>
- منظمة الصحة العالمية. (2023). فقر الدم،
https://www.who.int/ar/health-topics/anaemia#tab=tab_1
- منظمة الصحة العالمية. (2023).
<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>
- ويب طب. (2023). فقر الدم،
<https://www.webteb.com/circulatorysystem/diseases/%D9%81%D9%82%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D8%AF%D9%85>

- ويكزوريك هيدرماري (2010). حقوق الإنسان والصحة، منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، القاهرة.
- يونسى، عيسى، شينار سامية، عماري عايشة. (2021). العينة واسس المعاينة في البحوث الاجتماعية، مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد 7، العدد 2، جامعة احمد زيانة غليزان، الجزائر.

باللغة الأجنبية:

- Folta and Deck, A Sociological. (1966) Framework for Patient Care. John Wiley and Sons, Inc. New York
- L'Institut national de la statistique et des études économiques française. (2016). <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1946>
- Loodts Patrick et Immaculada Ariza. (2019), La vie de Florence Nightingale, Médecins de la Grande Guerre, https://www.1914-1918.be/soigner_florence_nightingale.php
- OMS. (2024). <https://data.who.int/fr/indicators/i/8D58801>
- Unescwa. (2022). <https://www.unescwa.org/sd-glossary/human-security>
- vulgaris-medical. (2008) Anémie (généralités) <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/anemie/>