

جامعة سيدي محمد بن عبد الله

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

ظهر المهرز - فاس



مركز دراسات الدكتوراه: الجماليات وعلوم الإنسان

تكوين الدكتوراه: آليات التفكير والديناميات النفسية والاجتماعية

تخصص: علم الاجتماع

التمثلات الاجتماعية للإيدز والهوية الموصومة

مقاربة كيفية لمسار المريض ولاستراتيجيات تديره للمرض

-مدينة مراكش نموذجاً-

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع

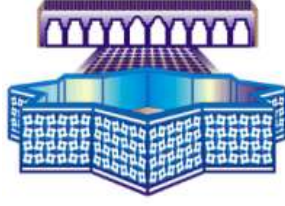
تحت إشراف الأستاذ

محمد عيايو

اسم الطالب: لعربي صلاح الدين

ر. و. ط: 2422114043

السنة الجامعية: 2016-2017



أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع

تحت عنوان:

التمثلات الاجتماعية للإيدز والهوية الموصومة

مقاربة كيفية لمسار المريض ولاستراتيجيات تديره للمرض

-مدينة مراكش نموذجا-

لجنة المناقشة

-
-
-

تحت إشراف الدكتور

محمد عبابو

من إنجاز الطالب الباحث

صلاح الدين لعربي

السنة الجامعية: 2016-2017

إهداء

إلى روح أبي الطاهرة...الخالدة في الوجدان

إلى أمي موطن الروح...الزاهدة في الأخذ، السخية في الحنان

إلى خليقة الروح...التي صار معها للحياة عنوان

إلى كل المصابين بالإيدز...الذين يعلمك الإنصات إليهم والإحساس بهم معنى الإنسان

إلى كل هؤلاء وإلى أساتذتي الأجلاء وجميع الإخوة والأصدقاء

نهدي هذا العمل المتواضع

كلمة شكر وامتنان

يسرنا أن نعترف بالجميل ونتقدم بالشكر الجزيل، إلى شخص لولاه لما كان لهذا العمل المتواضع أن ينجز، فإذا ما كان هناك حقا من رجل يستحق منا كل الثناء والشكر والعرفان، فهو بكل تأكيد الأستاذ المشرف الدكتور محمد عبابو، الذي وجدنا فيه السند المعين والمشرف الأمين والمؤطر الكريم، بسخائه المعرفي الدائم وجديته المعهودة ونقده البناء الذي ما فتئ يوجهه لنا طوال مشوارنا التكويني برحاب كلية الآداب- ظهر المهرز، وبخارجها. بفضل توجهاته النيرة ومنهجيته الخلاقة في التأطير والتكوين والتحفيز والتشجيع المستمر، خرج هذا العمل من الوجود بالقوة إلى الوجود بالفعل. شكرا لك مرة أخرى، لأنك ورطتنا خير توريث في عوالم سوسولوجيا الصحة والمرض المتزامية. وفي مغامرة البحث في موضوع مرض السيدا المحفوف بالعوائق والتحديات.

الشكر موصول إلى جميع الأساتذة أعضاء مختبر سوسولوجيا التنمية الاجتماعية، الدكاترة عبد الرحمن المالكي، عبد السلام فراعي، قيس مرزوق الورياشي، محمد شكري سلام... وباقي الأساتذة، الذين تفضلوا علينا بتقديم دروس ومحاضرات ودورات تكوينية في المنهج والنظرية السوسولوجيين، سواء بالكلية أو خارجها.

الشكر أيضا، إلى مديرية الأوبئة بالرباط، والسيد المندوب الجهوي للصحة بجهة مراكش-أسفي، الدكتور خالد الزنجري، الذي يسر علينا كثيرا صعب الولوج الإداري لميدان البحث.

الشكر الحار أيضا، إلى الصديقة الدكتورة أمينة الصلي، الأستاذة الباحثة والطبيبة الخبيرة في الصحة العمومية بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية بالرباط، لما تفضلت به من مساعدة وتشجيع ومواكبة مستمرة لإنجاز هذا العمل.

الشكر أيضا موصول إلى الدكتورة خديجة الزاهي التي أخذت بيدنا ونحن نفتني خطاها في رحاب علم الاجتماع في بداية مشوارنا السوسولوجي بجامعة القاضي عياض بمراكش، وعلى ما قدمته لنا من مساعدة لتسهيل عملية الولوج إلى ميدان البحث بمدينة مراكش.

الشكر الخالص إلى جميع العاملين بالوسط الطبي بالمستشفى الإقليمي ابن زهر والمستشفى الجهوي محمد السادس بمدينة مراكش، وعلى رأسهم الطبيبان الدكتور عجلي والدكتورة الطاسي، والممرضين سارة وعبد الرزاق موكيي، والوسطاء العلاجين رحال، وليلى، مصطفى. والشكر الحار أيضا، إلى جميع الأشخاص المصابين بالإيدز، سواء منهم الذين شاركوا معنا في إنجاز هذا البحث، أو الذين لم تسعفهم ظروفهم الصحية والاجتماعية والنفسية للمشاركة فيه.

ونغتتم الفرصة هنا، لتتقدم بالشكر الجزيل أيضا إلى جميع الأحبة والأصدقاء الذين لم يبخلوا علينا بتقديم السند المعنوي والمادي أثناء جميع مراحل إنجاز هذا البحث، ونخص بالذكر فدوى العابدي، غريبة حدوش، محجوب مشهوري، سعد الدين المزوق، توفيق قصاري، هشام خليل، عبد الله بوكرازي، خالد الخطابي، عز الدين الكاس.

1.....مقدمة

الفصل الأول

الصحة والمرض كبنائين اجتماعيين

5.....تمهيد

7.....أولا: الصحة: من الصحة كحالة جسدية إلى الصحة كحالة مجتمعية

7.....1-حول مفهوم الصحة: من الاهتمام بالمرض إلى الاهتمام بالصحة

172- الصحة العمومية والمراقبة السوسيو- سياسية للجسد

25.....ثانيا: المرض دلالاته ومراحله

251-حول مفهوم المرض

262-البعد الإيكو-بيولوجي للمرض

273-البعد السوسيو-ثقافي للمرض

294-مراحل المرض ومراحل المريض

33.....ثالثا: حدود النموذج الطبي الحيوي وصلاحيته النموذج السوسيو-أنثروبولوجي

39.....رابعا: المنظور الأنثروبولوجي للمرض

391-المرض والصحة بين تمثيل المريض وتمثل الطبيب

422-النماذج الأنثروبولوجية المفسرة للمرض

443-تمثل المرض والممارسة العلاجية

46.....خامسا: المنظور السوسيوبيولوجي للمرض

471-المرض كدور اجتماعي: من الانحراف إلى الوصم

502-علاقة طبيب-مريض

553-المرض كتجربة معيشة وسيرورة تفاوضية

584-المرض كظاهرة اجتماعية

64.....خلاصة

الفصل الثاني

المنظور السيكو-سوسولوجي لمفهوم التمثلات الاجتماعية

- 67.....مقدمة: في أهمية براديفم التمثلات الاجتماعية
- 69.....1-حول مفهوم التمثلات الاجتماعية
- 711-1 التحديد المعجمي لمفهوم التمثل
- 732-1 لمحة تاريخية حول مفهوم التمثلات الاجتماعية
- 753-1 خصائص ووظائف التمثلات الاجتماعية
- 79.....2-المنظور السيكو-سوسولوجي لمفهوم التمثلات الاجتماعية
- 821-2 مفهوم التمثلات عند سرج موسكوفيسي
- 862-2 نظرية النواة المركزية والتمثلات الاجتماعية
- 903-2 مفهوم التمثلات الاجتماعية عند دينز جودي
- 94.....خلاصة

الفصل الثالث

الوضعية السوسيو-إبيديميولوجية

للإيدز والسياسة الصحية بالمغرب

- 97.....تمهيد
- 98.....أولا : لمحة تاريخية وتعريفية حول مرض الإيدز
- 101ثانيا: الوضعية الوبائية للإيدز بالمغرب: قراءة نقدية في التقديرات الإحصائية
- 1011-التمركز الوبائي للإيدز بالمغرب
- 1021-1 التمركز المجالي للإصابة
- 1032-1 التمركز الفئوي للإصابة
- 1043-1 التمركز الجنسي والعمرى للإصابة
- 1054-1 التمركز السلوكي لانتقال العدوى

- 105-1-5 التمرکز الوبائي حسب المتغير السوسيو-تعليمي.....
- 106-2-قراءة نقدية في التقديرات الإحصائية للإيدز بالمغرب.....
- 113-ثالثا: السياسة الصحية بالمغرب واستراتيجيات محاربة الإيدز.....
- 113-1-المخطط الوطني ومفارقة المزاوجة بين المقاربة الأمنية والجنسانية في التصدي للإيدز.....
- 115-2-المخطط الاستراتيجي الوطني وتحديات محاربة الإيدز.....
- 122-رابعا: المجتمع المدني والإعلام وقضية الإيدز بالمغرب.....
- 122-1-المجتمع المدني كوسيط بين المجتمع والدولة في قضية الإيدز.....
- 126-2-وسائل الإعلام وإعادة إنتاج الإيدز وفوبيا.....
- 130-خامسا: الإسهام السوسيوولوجي المغربي حول الإيدز: من المرض إلى المريض.....
- 133-سادسا: سوسيوولوجيا الإيدز بالمغرب: نتائج دراسات ميدانية.....
- 133-1-الجنسانية والبناء السوسيو-ثقافي للإيدز.....
- 134-1-1-الجنسانية كبناء اجتماعي.....
- 134-1-2-الإيدز كمدخل للتعرف على الجنسانية، والجنسانية كمدخل لمحاربة الإيدز.....
- 136-1-3-الجنسانية اللامرئية والإيدز.....
- 137-1-4-العمل الجنسي والصحة العمومية.....
- 139-1-5-البناء الثقافي للأمراض المنقولة جنسيا.....
- 140-1-6-الإيدز كمدخل إلى التربية الجنسية.....
- 142-2-العمل الجنسي والإيدز والأمراض المنقولة جنسيا بالمغرب.....
- 144-1-2-العاملة الجنسية والعمل الجنسي: الظاهرة والخصائص.....
- 146-2-2-امتهان الجنس: الآثار النفسية والاجتماعية والصحية.....
- 147-2-3-عاملات الجنس وخطر الإصابة بالإيدز.....
- 150-3-الإيدز والدين: من التمثلات إلى الوصم.....
- 151-1-3-السيدا والانحراف وصورة الغريب.....
- 154-2-3-السجل الإيديولوجي للسيدا.....
- 156-4-الأشخاص المتعايشون مع الإيدز بالمغرب ومعضلة تقاسم وتديير سرية المرض.....

157	4-1 تقاسم المرض
159	4-2 ظروف الإصابة بالإيدز: التاريخ الطبي وجودة الحياة
162	4-3 تقاسم تجربة المرض وردود فعل المحيط
163	5-الأشخاص المتعايشون مع الإيدز بين الوصم والتمييز وانتهاك الحقوق
169	6-الأهميات والأطفال المتعايشون مع الإيدز
172	7-استراتيجيات تدير الشباب للإصابة بالإيدز
175	خلاصة

الفصل الرابع

منهج البحث وروابطه الميثودولوجية

178	تمهيد
179	أولاً- منهج البحث: من الكم إلى کیف
181	1-الإبستمولوجيا الوضعية وحدود المنهج کیفي
184	2-الإبستمولوجية التأويلية وأهمية المنهج کیفي
188	ثانياً: المنهج کیفي وحتمية التعاطف: نحو معنى مغاير للموضوعية
192	1-أهمية المنهج کیفي في دراسة تجربة الإصابة بالإيدز
194	2-المقاربة کیفية لتجربة الإيدز: نماذج منهجية لدراسات ميدانية کیفية
200	ثالثاً - من سؤال الانطلاق إلى الإشكالية
204	رابعاً: فرضيات البحث
204	1-الفرضية العامة
204	2-الفرضيات الإجرائية
205	خامساً - عينة البحث: العمق عوض التعميم
207	1-بناء عينة البحث
213	2-خصائص عينة البحث: هل يشكل المتعايشون مع الإيدز فئة متجانسة؟
217	سادساً- أدوات البحث

1-مسار المرض كأداة بحثية	217
2-الملاحظة بالمشاركة: ما الذي يجعل من الملاحظة الطريقة الأنسب لموضوع بحثنا؟	220
3-تقنية المقابلة: لماذا المقابلة الفردية وليس المقابلة الجماعية البؤرية؟	223
4-دراسة الحالة	227
خلاصة	229

الفصل الخامس

مسار البحث وأخلاقياته

-التجربة الميدانية للباحث-

تمهيد	231
1-أهمية موضوع البحث: ما الذي يجعل من الإيدز موضوعا سوسولوجيا؟	231
2-مبررات اختيارنا للموضوع	233
3-شبكة العلاقات كاستراتيجية للولوج إلى مجتمع البحث	236
4-أخلاقيات البحث وإعلان هوية ودور الباحث	240
1-4 التعاقد الأخلاقي: حماية المبحوث مسؤولية من؟	243
2-4 الموافقة الصريحة وحماية حق المبحوث في السرية	247
3-4 إعلان هوية ودور الباحث بميدان البحث	249
5-الوزرة البيضاء أو حينما يتحول الباحث إلى مبحوث	250
6-الباحث كقريب متعاطف والمبحوث كشريك متعاون: ثنائية الابتعاد والاقتراب	253
7-استراتيجية تدوين الملاحظات الميدانية	256
8-استراتيجية تحليل وتفسير البيانات الكيفية للبحث	257
خلاصة	263

الفصل السادس

المخيل الاجتماعي لإيديولوجية الإيدز

والخوف اللاعقلاني من المرض والمريض

266	تمهيد.....
266	أولاً: البناء السوسيو-ثقافي لإيديولوجية الإيدز.....
269	1-الصور الإجتماعية لمرض الإيدز.....
270	1-1 الإيدز كمرض مجهول.....
272	2-1 الإيدز وإشاعتها عزل وحرق المرضى.....
278	3-1 الإيدز وحتمية الموت المذل.....
279	4-1 الإيدز والانحراف والجنسانية الموصومة.....
282	5-1 الإيدز مسؤولية "المنحرف" والغريب.....
284	2-تمثل المريض: المصاب كمنذنب مسؤول عن إصابته.....
286	3-تمثل الوقاية: مفارقة المعرفة والممارسة.....
289	ثانياً: إيدز كمتخيل اجتماعي.....
290	1-الإيتيولوجيا السوسيو-ثقافية للإيدز.....
293	2-الإيدز والخوف اللاعقلاني من العدوى.....
302	خلاصة.....

الفصل السابع

حدث الإصابة كمنعطف بيوغرافي

في المسار الحياتي للمصاب

- تمهيد 305
- 1- حول مفهوم الحدث 305
- 2- عودة مفهوم الحدث والكتابة البيوغرافية 306
- 3- المقاربة البيوغرافية ومسار المرض 309
- 4- مفهوم المنعطف في المسار البيوغرافي 315
- 5- حدث الإصابة بالإيدز كصدمة غير متوقعة في مسار المريض 317
- 6- التشخيص الطبي وصدمة الإصابة: السياقات، الأخلاقيات، ردود الفعل 321
- 1-6 ظروف وسياق اكتشاف الإصابة 321
- 2-6 صدمة الإصابة ورد فعل المصاب 324
- 3-6 الأخلاقيات الطبية ومعضلة تدير خصوصية المصاب 332
- 4-6 الرعاية الصحية وتدير صدمة حدث الإصابة 335
- 7- الإصابة كانعطاف بيوغرافي وتشعب في مسارات المصاب 341
- 1-7 منعطفات المسار المعرفي وتغير التمثلات الاجتماعية 344
- 2-7 انعطاف المسار الأسري وتفكك الروابط الأسرية 346
- 3-7 منعطفات المسار المهني وتقوية الهشاشة السوسيواقتصادية 349
- 4-7 منعطفات المسار الروحي 351
- 5-7 منعطفات المسار الجنسي-العاطفي 353
- 6-7 منعطفات المسار العلاجي: من مركزية الطبيب إلى مركزية المصاب 355
- 8- التعددية العلاجية للإيدز: دراسة حالة 359
- 1-8 بورترية مباركة 362

365	2-8 السيرورة العلاجية للإيدز: من التعددية الإتيولوجية إلى التعددية العلاجية.....
366	1-2-8 مرحلة ما قبل حدث الإصابة.....
366	2-2-8 مرحلة حدث الإصابة.....
367	3-2-8 مرحلة ما بعد حدث الإصابة.....
368	3-8 التيبولوجيا العلاجي للإيدز.....
370	4-8 محددات التعددية العلاجية للإيدز.....
374	خلاصة.....

الفصل الثامن

استراتيجيات تدير المرض والهوية الموصومة:

الوصم كعائق أمام الاعتراف

377	مقدمة.....
378	أولاً: الوصم والهوية الاجتماعية.....
378	1-حول مفهوم الوصم.....
379	2-نظرية الوصم: المنظور التفاعلي الرمزي للهوية الاجتماعية.....
385	3-حول مفهوم الهوية.....
387	4-الهوية كبناء اجتماعي تمثلاتي.....
388	5-الاستراتيجيات الهوياتية.....
395	ثانياً: تجربة الإصابة بالإيدز والوصم الاجتماعي.....
398	1-الوصم المرتبط بالإيدز: مظاهره وحقوقه.....
400	1-1 الحقل الطبي والوصم المؤسساتي.....
405	1-2 الحقل الأسري والوصم الأخلاقي.....
406	2-الإصابة بالإيدز بين الوصم واللامرئي الاجتماعي.....
410	ثالثاً: معيقات الولوج إلى الفضاء الجمعي ورهان الاعتراف.....
418	رابعاً: استراتيجيات تدير سرية الإصابة والهوية الموصومة.....

420	1-استراتيجية السرية والتدبير الفردي للإصابة
423	2-استراتيجية التقاسم والتدبير التعاوني للإصابة
428	3-الشهادة العمومية كاستراتيجية لنزع الاعتراف: دراسة حالة
429	3-1 بورتريه نضال: مسار هش بين واقع الوصم ورهان الاعتراف
441	3-2 رهانات التصريح العلني بالإصابة ونتائجه
444	3-3 فضاءات الرعاية والحاجة إلى الاعتراف
447	خلاصة
450	خاتمة
457	البيبلوغرافيا
476	الملحق

الفصل الرابع

منهج البحث وروابطه الميثودولوجية

تمهيد

أولاً- منهج البحث: من الكم إلى الكيف.

- 1- الإستمولوجيا الوضعية وحدود المنهج الكمي
- 2- الإستمولوجيا التأويلية وأهمية المنهج الكيفي

ثانياً- المنهج الكيفي وحتمية التعاطف: نحو معنى مغاير للموضوعية.

- 1- أهمية المنهج الكيفي في دراسة تجربة الإصابة بالإيدز
- 2- المقاربة الكيفية لتجربة الإيدز: نماذج منهجية لدراسات ميدانية كيفية

ثالثاً- من سؤال الانطلاق إلى الإشكالية

رابعاً: فرضيات البحث

- 3- الفرضية العامة
- 4- الفرضيات الإجرائية

خامساً- عينة البحث: العمق عوض التعميم

- 1- خصائص عينة البحث: هل يشكل المتعايشون مع الإيدز فئة متجانسة؟
- 2- بناء عينة البحث

سادساً- أدوات البحث

- 1- مسار الحياة كأداة بحثية
- 2- الملاحظة بالمشاركة: ما الذي يجعل من الملاحظة الطريقة الأنسب لموضوع بحثنا؟
- 3- تقنية المقابلة: لماذا المقابلة الفردية وليس المقابلة الجماعية البؤرية؟
- 4- دراسة الحالة

خلاصة

"إن المشكلة التي تدرسها هي التي تملي عليك طريقة البحث التي ستستخدمها في دراستك. فأنت لا تستعمل المطرقة حينما يتطلب الأمر استعمال المنشار."

دافيد كارب²⁹⁵

تمهيد

ما الواقع الاجتماعي؟ وهل هناك واقع اجتماعي في ذاته واحد وموضوعي، خارجي ومستقل عن وعي الكائنات الاجتماعية الحاملة له، أم أن الواقع يتعدد بتعدد الذوات وباختلاف تجاربها الفردية والمشاركة؟ وبصرف النظر عما إذا كانت هذا الواقع موضوعيا أم ذاتيا، مستقلا أم تابعا، فكيف يتأتى للباحث السوسولوجي فهمه، طالما أن الفهم هو الهدف الأسمى من وراء كل ممارسة سوسولوجية؟ ووفق أية منطلقات إبستمولوجية وأطر نظرية ومناهج وأدوات بحثية تُستقرأ أو تُستنبط حقيقة الواقع الاجتماعي؟ بعبارة أخرى وفق أي رابط ميثودولوجي أو بحثي²⁹⁶، ينتظم البحث عن هذا الواقع؟ بعبارة أخرى كيف تبنى المعرفة بالموضوع السوسولوجي؟ وما موقع كل من الباحث والمبحوث في هذا البناء؟ ثم ما تأثير دينامية السلطة بين الباحث والمبحوث على مسار البحث ونتائجه؟

إن الجواب على مثل هذه الأسئلة الإشكالية، ذات الطبيعة الإبستمولوجية والميثودولوجية، لكفيل بتحديد المنهج الملائم لبناء الموضوع السوسولوجي وما يتطلبه هذا البناء من استقراء امبريقي واستنباط عقلي، وتحديد للأطر النظرية وللعدة المفاهيمية والتقنية اللازمة. فغالبا ما يكون للتصور الذي يحمله الباحث لمفهوم الواقع الاجتماعي ولموضوع بحثه وإمكاناته المعرفية والمادية والزمنية ولخلفياته الفلسفية ورهاناته الشخصية من وراء البحث، بالإضافة لطبيعة الموضوع الذي يشتغل عليه، دور مفصلي في تحديد الاختيار الميثودولوجي الذي يسلكه الباحث لمقاربة إشكاليته المدروسة؛ بحيث تنطلق البحوث الكمية، كما يرى أليكس ميشييلي²⁹⁷، من نموذج تفسيري وضعي يرى أن الواقع الاجتماعي لا يوجد سوى في حالته الملموسة والمستقلة عن كل رأي أو موقف، وينتظر أن تستطلع وتكتشف. وينظر إليه على أساس أنه ذو بنية مغلقة تتشكل من عناصر قابلة للقياس. في حين تنطلق البحوث الكيفية من رؤية مغايرة، ومن براديجم تأويلي يري

295 - David Karp A., Speaking of sadness: depression, disconnection, and the meanings of illness, Oxford university Press, 1997, p13.

296 - روابط البحث "research nexus": المقصود بها هنا التشبيك الذي يقيمه الباحث بين الإطار الإبستمولوجي والنظري والمهجي وطرق البحث في نسج واحد، يضيف التماسك والانسجام والوضوح على رؤية الباحث الميثودولوجية لبحثه، ويساعده على وضع دليل لخطة البحث يسري على جميع أجزائه، ابتداء من لحظة صياغة الأسئلة، مروراً بمراجعة الأدبيات وبناء الأدوات وجمع المعطيات، ووصولاً إلى تحليلها وعرض نتائجها. للمزيد من التفصيل حول هذا المفهوم يمكن الرجوع إلى المجلة الإلكترونية المتعددة اللغات الخاصة بالبحث الكيفي والمنشورة على الموقع الآتي:

-<http://www.Qualitative-research.net/fqs/fqs-neg.htm>. Consulté : 10-01-2013

297 Alex Mucchielli, « Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humaines », 2004.

<http://recherchequalitative.qc.ca/actes%20ARQ/texte%20Mucchielli%20actes.PDF>. Consulté : 15-02-2013.

بأنه ليس هناك واقع اجتماعي واحد وموحد، بل هناك وقائع اجتماعية متعددة ومختلفة باختلاف السياقات والجماعات والأفراد والمصالح والأزمنة والأمكنة والأمزجة.

أولا- منهج البحث: من الكم إلى الكيف

ليست هناك معرفة علمية معطاة ومباشرة، بل كل معرفة هي سيرورة بنائية وجدلية مستمرة بين الذات العارفة وموضوع المعرفة. "فلا يوجد الموضوع من دون إدراك، أي لا بد أولا من وجود إدراك كي يوجد الموضوع، وكل ما لا يدرك لا وجود له، ويعني الموضوع في البحث العلمي خلق الموضوع وابتداعه"²⁹⁸. ولكي يتمكن الباحث من الإحاطة بموضوعه السوسولوجي والنفاد إلى لامتثيته، لا بد له من التفكير انعكاسيا في ذاته المدركة وفي منهجه وفي الخلفيات الابستمولوجية المؤسسة لهذا المنهج. ومن المستويات التي ينبغي أن يطالها هذا التفكير أيضا، الممارسة الميدانية للباحث وعلاقته البحثية مع المبحوث، وأخلاقيات البحث ورهاناته. وغالبا ما يعود التشكيك في علمية السوسولوجيا، كما يذهب إلى ذلك بيار أنصار²⁹⁹، إلى عدم التمييز بين ثلاثة أبعاد في النظرية الاجتماعية، وهي على التوالي: الإبستمولوجي والنظري ثم المنهجي. فأما الإبستمولوجي، فيعني بمبادئ إنتاج المعارف، وبشروط إمكانها: ضمن أية شروط تصبح المعرفة العلمية ممكنة في ميدان الحياة الاجتماعية؟ وما هي القواعد التي تعنى بإنشاء المعطيات، والتي ترتبط بالموضوعية، وبالمسافة بين الملاحظ والملاحظ؟ وما هي مقاييس البراهين؟

وعيا منه بأهمية الذات يسعى الفكر الانعكاسي في الممارسة السوسولوجية اليوم إلى الاهتمام بالتجربة الميدانية للباحث بشكل موازي للاهتمام بسيرورة بناء الموضوع، محاولا من خلال ذلك إحياء مفهوم الذات وادماجه في السيرورة البحثية، خاصة وأن الذات لا يمكنها أن تكون دائما عائقا معرفيا، بل يمكنها أن تكون شرطا لتأسيس وتطوير المنهج والنظرية السوسولوجيين. وبالتالي عوض إقصاء الذات وتحييدها، باسم الموضوعية والحياد، في الممارسة العلمية، يسعى الفكر الانعكاسي النقدي إلى نقد الممارسة السوسولوجية من زاوية الذات وعلاقتها المتشعبة مع المنهج والنظرية والمبحوث والمؤسسة والإيديولوجية. لهذا "يشهد التفكير الانعكاسي اليوم، حضورا متزايدا في العلوم الاجتماعية في العقد الأخيرين. ويكشف هذا الحضور عن اللاتوافق الداخلي للنظريات والمناهج والتقنيات المستعملة في هذه العلوم"³⁰⁰

فالمعرفة العلمية، كما يحددها باشلار، لكي تكون علمية فهي في حاجة إلى يقين مزدوج، الأول يرتبط بيقينية وجود الواقع وخضوعه لقبضة العقل، والثاني يرتبط بيقين وجود عقل خاضع لسلطة التجربة

²⁹⁸ - عبد الله إبراهيم، البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، الطبعة الثانية، 2011، ص36.

²⁹⁹ - بيار أنصار، العلوم الاجتماعية المعاصرة، ترجمة نخلة فريفر، المركز الثقافي العربي، الطبعة الأولى، 1992، ص ص 242-243.

³⁰⁰ - Charbrol Fanny et Girard Gabriel, « Réflexivité et postures de recherche : de l'individuel au collectif », collection sciences sociales et sida , VIH/sida se confronter aux terrains, Éditions EDK, Paris, 2010, p3.

(الواقع). "فلا وجود لعقلانية فارغة كما لا وجود لاختبارية عمياء"³⁰¹. إن المعرفة، حسب باشلار، "ليست الكم بل العلاقات القابلة إلى المراجعة والتعديل والخطأ بشكل دائم... إنها تاريخ من الأخطاء المصححة باستمرار"³⁰². هذا اليقين المزدوج هو ما يعبر عنه البراديغم التأويلي في جميع أشكاله وتلاوينه المنهجية كالتفاعلية الرمزية والبنائية التكوينية والإثنوميثودولوجية الفردانية، في نظرتة للوقائع الاجتماعية باعتبارها سيرورة بنائية تتفاعل فيها الذات العارفة وموضوع المعرفة. فحقيقة الواقع الاجتماعي لا تظهر في صيغتها الجاهزة، بل في سيرورات تشكلها المستمر من قبل الأفراد والفاعلين فيها الذين يصنعونها من خلال تفاعلاتهم اليومية مع بعضهم البعض. لذلك فإدراك هذا الواقع يقتضي أن نأخذ وجهات نظر هؤلاء الفاعلين وتمثيلاتهم ومواقفهم وتجارهم، إذا أردنا بالفعل النفاذ إلى منطقهم. "فالحقيقة العلمية التي يؤمن بها المنهج الكمي، لا وجود لها في نظر البنائية الاجتماعية، إذ تعتبرها هذه النظرية ضربا من الوهم"³⁰³. وما دام الواقع متحولا ومتعددا ونسبيا فلا يمكننا أن نمسك بمكوناته إلا عبر مقارنة تأويلية-تفهيمية، تتخذ من "التأويل مفتاحا للفهم. هذا التأويل يعد في نهاية المطاف نتيجة للتوافق بين التجربة الماضية وبنية التفكير، أي التجربة الحاضرة"³⁰⁴.

علاوة على ذلك، ليست هناك معرفة علمية بريئة ومتحررة من أي انتماء إيديولوجي أو إبستمولوجي سواء كان ذلك بشكل واعٍ أو غير واعٍ. "فأي إبستمولوجيا بوصفها نظرية من نظريات المعرفة تكون منبسطة في ثنايا أي بناء فكري"³⁰⁵. بهذا المعنى تمثل نظرية المعرفة المؤطرة لموضوع البحث ومنهجه، نسقا من المعتقدات الفلسفية، التي ترتبط بمن يمكنه أن يكون عارفا (الذات/ الباحث) وبمن يمكنه أن يكون موضوعا للمعرفة (الموضوع/المبحوث) فمن خلال هذه المعتقدات، تبنى المعرفة ويتحدد مسار البحث وأسئلته وفروضه ومفاهيمية وأبعاده ومتغيراته ونتائجه وتفسيراته وتنبؤاته، سواء ما كان موجودا في ذهن الباحث بشكل مسبق وكان على وعي به، أو ما لم يكن متوقعا وما كان لا شعوريا.³⁰⁶

³⁰¹ - Gaston Bachelard, Le rationalisme appliqué, 1^{er} édition PUF, 1949, p 3.

³⁰² - غاستون باشلار، حدس اللحظة، ترجمة رضا غرور وعبد العزيز مززم، الدار التونسية للنشر، الطبعة الأولى، 1984، ص ص 97-98.

³⁰³ - C. Berner, L'herméneutique et le problème de la vérité. Ellipses, Paris, 1997, p 89.

³⁰⁴ -Martine Arino, « Analyse qualitative, analyse quantitative et analyse sémiotique quel lien ? », 2004.

http://www.analisiqualitative.com/magma/0000/article_04.htm. consulté : 17-02-2013.

³⁰⁵ - John w. Gressewell, Research design qualitative and mixed methods approaches, Sage Publications, California, 2013, p 4.

306- يعرف غاستون باشلار الإبستمولوجيا، بكونها دراسة نقدية تحليلية لسيكولوجيا العالم، من أجل استخلاص العوائق الإبستمولوجية، سواء منها تلك التي تنتمي إلى ذات العالم نفسه أو تلك التي ترجع إلى طبيعة الموضوع العلمي وطريقته في التركيب، التي غالبا ما تخدع العالم في بحثه وتحول بينه وبين الوصول إلى حقائق موضوعية، وتتحدد مهمة الإبستمولوجي، في هذا الإطار، في الاشتغال على لا شعور الباحث من أجل اكتشاف العوائق الإبستمولوجية. يمكن الرجوع في هذا الصدد إلى المؤلفين التاليين:

- Gaston Bachelard, La formation de l'esprit scientifique contribution à une psychanalyse de la connaissance objective, Librairie philosophique Vrin, Paris, 1975.

فالممارسة البحثية السوسولوجية، في جوهرها، ممارسة اجتماعية خاضعة لمجمل الأفعال والتصرفات والأفكار والتمثلات، شأنها في ذلك شأن سائر الممارسات الاجتماعية تتأثر بمواقف الباحث والتزاماته وقيمه وتجاربه الخاصة وتصورات المسبقة للمعرفة وللواقع الاجتماعي، طالما لا يمكنه أن يختار من المواضيع، إلا ما يتصوره على نحو قبلي أنه موضوع قابل للمعرفة وبكيفية محددة. لذلك فإن التباين الحاصل بين البرادغمين المنهجيين الكمي والكيفي، لا يمكن تفسيره فقط بالتباين الحاصل على مستوى رؤية الموضوع بالنسبة لكل واحد منهما وتصوره القبلي لهذا الموضوع، بل يتمثل المعرفة ذاتها ومنهجها وأدواتها. وقد لخصت عالمة النفس الاجتماعي الكندية بيرت ماسي³⁰⁷ هذه العناصر الخلافية في كل من الموضوعية، وأدوات القياس، والغاية من البحث، وعلاقة الأحداث بالقيم.

لا نسعى هنا، إلى الخوض في الإشكال الكلاسيكي الأكثر حضورا في الأدبيات الميثودولوجية للبحث في العلوم الاجتماعية، ألا وهو التعارض القائم بين المقاربة المنهجية الكمية الوضعية، التي تنعت في العالم الأنجلوساكسوني بالمنهجية الصلبة أو الثقيلة (hard methodology)، وبين المقاربة المنهجية الكيفية الفينومينولوجية، التي تنعت بالمنهجية الخفيفة أو اللينة (Soft methodology). بقدر ما نسعى إلى إبراز الأهمية الفكرية والقيمة المعرفية التي يمكن أن يقدمها لنا المنهج الكيفي في دراسة تجربة التعايش مع مرض السيدا وعدواه. بعيدا عن مبدأ المفاضلة بين الكمي والكيفي في دراسة الأفعال ووقائع الاجتماعية، دون إغفال مبدأ التمايز القائم بين المنهجين، لأن لكل منهما صلاحيته الميثودولوجية في البحث السوسولوجي، شريطة أن يطبق وفق الكيفية والشروط التي يجب أن يطبق بها. لذلك فإن انتصارنا للمنهج الكيفي لا يعني أبدا، أننا نبخس من قيمة المقاربة الكمية، بل فقط نرى أن صلاحيتها الميثودولوجية وإمكاناتها التقنية محدودة بالنسبة لموضوع بحثنا. وعليه، فإن اعتمادنا على المقاربة الكيفية لم يكن اختيارا شخصيا، نابعا من ميل وتحيز ذاتي لهذا المنهج على حساب ذلك، بقدر ما كان حتمية ميثودولوجية أملتنا علينا طبيعة موضوعنا، وظروف إجرائه، وطبيعة إشكاليته وعينته ورهاناته.

1- الإستمولوجيا الوضعية وحدود المنهج الكمي

بإمكان الباحث الذي ينطلق من تصور وضعي أو ما بعد وضعي للواقع الاجتماعي بوصفه كيانا موضوعيا وخارجيا، ثابتا ومستقلا عن الوعي الفردي، أن يشخص هذا الواقع بمجرد تقيده الصارم بمتطلبات وبأسس المنهج الكمي – على الأقل كما يرى رواد الإستمولوجيا الوضعية وما بعد الوضعية – وما يفرضه من تحرر

- Gaston Bachelard, Le rationalisme appliqué, 1er édition, PUF, Paris, 1949.

³⁰⁷ - Pierrette Massé et Vallé Bernard, Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication, Édition Presse de l'université de Québec, Canada, 1992, pp 37-38.

تام للذات من الآراء والأحكام القيمية المسبقة ومن بناء محكم لإشكالية البحث وفروضه ومفاهيمه ومتغيراته المستقلة منها والتابعة، ومن اختيار دقيق وصياغة لأدوات البحث -التي غالبا ما تكون الاستمارة ذات الأسئلة المغلقة في البحث السوسولوجي- بشكل محكم يضمن خاصيتي الصدق والثبات في نتائج البحث. هذا فضلا على الاختيار الدقيق للعينة الملائمة الممثلة لمجتمع البحث. ليتسنى له في الأخير، تحصيل معطيات ميدانية دقيقة وموضوعية وتكميمها رياضيا وترجمتها إحصائيا إلى أرقام وجداول وبيانات، ثم تحليلها وتفسيرها وفق منطق سببي محكوم بغاية تأكيد أو نفي ما تم بناؤه، والانطلاق من أسئلة وفروض ونظريات، ومن ثم تعميم نتائج البحث على الظاهرة المدروسة في شموليتها أو في جزئيتها والتنبؤ بمستقبلها. "تتجلى الوضعية والموضوعية في المنهج الكمي في العديد من الافتراضات والمسلمات، التي مفادها أنه توجد حقيقة يمكن معرفتها وهي مستقلة عن العملية البحثية (...). وأن الفصل بين الفاعل (الباحث والموضوع (المبحوث) جزء لا بد منه لاكتشاف المعرفة (...). فالوضعية لها رؤية محددة للموضوعية وهي الرؤية المتغلغلة داخل العملية البحثية أثناء كل مراحلها، سواء كان ذلك على المستوى الشعوري أو المستوى اللاشعوري. وتفترض الإبستمولوجيا الوضعية أن الحقيقة الاجتماعية واحدة ويمكن العثور عليها من قبل الباحثين غير المتأثرين بالأحكام القيمية (...). ومن المفروض أن يكون الباحث غير متحيز وليس لديه مشاعر أو عواطف تجاه موضوع البحث. وليس له موقف سياسي أثناء بناء المعرفة وقد تسبب هذا المفهوم الخاص بالمعرفة (...). في جعل مجتمع البحث يقاومه منذ البداية، وتصاعدت هذه المقاومة إلى أن بلغت أوجها في تنامي الحقل المعرفي للبحث الكيفي".³⁰⁸

يعود مجمل ما تقوم عليه الإبستمولوجيا الوضعية ومعها المنهج الكمي، من معتقدات ومسلمات ورؤى، إلى المماثلة التاريخية التي عقدها الرواد المؤسسون لعلم الاجتماع بين العالم الاجتماعي والعالم الطبيعي، على أساس أنهما عالمان متشابهان، وبالتالي يمكن إدراك وقائعها على نحو مماثل أيضا وبنفس المنهج التجريبي الذي يقوم أساسا على الملاحظة والافتراض والتحقق. وهكذا سيطرت وجهة النظر الوضعية للحقيقة الاجتماعية على امتداد تاريخ بناء المعرفة. و"الوضعية هي الأساس الإبستمولوجي للنموذج الكمي، وذلك لما تتصف به من اعتماد موضوعي على الطريقة العلمية".³⁰⁹ وبذلك، أصبحت النماذج الرياضية كما يرى أليكس أنكيليس تؤثر على شغل السوسولوجيين وتحول انتباههم إلى مشاكل تبدو معها الرياضيات على أنها أكثر ملاءمة. "إن الاهتمام بالنماذج الرياضية يشجع إما على الانشغال المكثف بمشكلات القياس أو باللعبة المسلية التي يدعي فيها المحلل أن نموذجها ممكن التطبيق على العالم الواقعي. لقد ذهبت الفيزياء الاجتماعية

³⁰⁸ - هيس-بيير تشارلين وليفي باتريشا، البحوث الكيفية في العلوم الاجتماعية، ترجمة هناء الجوهري، المركز القومي للترجمة القاهرة، الطبعة

الثانية، 2011، ص ص 53-54.

³⁰⁹ - هيس بيير شارلين وليفي باتريشا، المرجع السابق نفسه، ص 50.

المعاصرة إلى حد الزعم بأن القوانين التي تعلق تطاير قصاص من ورق أمام الريح، قد تعلق كذلك حركات رجل هارب من الغوغاء"³¹⁰.

وفق المعنى الذي يعطى لمفهوم الموضوعية من قبل رواد الاتجاه الوضعي عامة لمسار البحث ولمنهجه العلمي، باعتبارها فصلا دائما بين الذات والموضوع، وتحررا مطلقا من القيم والعواطف التي يحملها الباحث أثناء بنائه لموضوعه واستخلاص نتائجه، تضع الإبستمولوجيا الوضعية الباحث والمبحوث: أي الطرف العارف والطرف القابل للمعرفة في مستويين مختلفين ضمن العملية البحثية، فالباحث يعد فاعلا وذاتا، بينما المبحوث مفعولا به وموضوعا. ويتم تصورهما عمليا على نحو تراتبي غير متكافئ يكرس علاقة تشيئية أو نفعية كما يسميها أوليفي شوارتز Olivier Schwartz³¹¹، يتعرض فيها المبحوث إلى السرقة: حيث يعمد عالم الاجتماع حسب تعبيره إلى هتك حميمية مبحثيه وسرقتهم اجتماعيا.

وتزداد حدة هذا الاستغلال والعلاقة البراغمية للمبحوث، حينما ينجز الباحث بحثه بطريقة نفعية خالصة وأنانية مفرطة، يخفي عبرهما هويته الحقيقية أو يلجأ إلى حيل واستراتيجيات تمس بأخلاقيات البحث للتحايل على المبحوث وخداعه واستجوابه دون أخذ الموافقة المسبقة الصريحة والموضحة منه، أو تسجيل كلامه دون إذن. غير أن هذه العلاقة البراغمية للأخلاقية لا تخص البحث الكمي وحده، بل حتى البحث الكيفي كذلك، الذي غالبا ما تفرض خصوصية أدواته البحثية، في الكثير من الأحيان، على الباحثين اللجوء إلى حيل الخداع والتحايل على المبحوثين. في حين أن العلاقة التشيئية المتعالية بين الباحث والمبحوث يمكن اعتبارها من صميم الممارسة البحثية الكمية، التي تفرض على الباحث، باسم الحياد والموضوعية، التعامل مع المبحوث كما لو كان في مرتبة أدنى منه ووظيفته الوحيدة هي اختبار صدق الفروض وتأكيد النظريات. بينما يوجد الباحث في مرتبة أعلى يملك فيها المعرفة، ويفرض عليه مبدأ الحياد الذي يؤمن به، أن يجمد عواطفه وألا يبدي أي إحساس أو تعاطف أو تفهم تجاه من يحقق معه، حتى ولو كان هذا الأخير في وضعية خاصة، كما هو الشأن بالنسبة لموضوع بحثنا، وهي وضعية المرض الذي لا يشبه أي مرض، بل مرض له من المميزات البيو- طبية والاجتماعية والنفسية والثقافية ما يجعله بالغ الأثر على الشخص المصاب به. فالإصابة بالإيدز وفيروسه غالبا ما تجعل الشخص المصاب به مثقلا بالمعاناة، ليس مع المرض فحسب، بل أيضا مع المجتمع ونظرة الآخرين. وبالتالي فحينما يجد نفسه وجها لوجه أمام الباحث الذي يسترجع معه عبر حوار المقابلة تاريخا شخصيا طالما حرص على إخفائه عن الآخرين، غالبا ما تظهر علامات التأثر والحسرة والإحساس بالذنب الذي يبقى البكاء والصمت وتأنيب الضمير من علاماته الأبرز، فكيف لنا والحالة هاته أن

310- أليكس أنكلييس، ما السوسولوجيا؟، مدخل إلى العلم والمهنة، ترجمة عيسى سمعان، منشورات وزارة الثقافة، الطبعة الأولى، دمشق،

1996، ص 79.

311- Olivier Schwartz, Le monde privé des ouvriers, PUF, Paris, 2012, p 50.

نكون موضوعيين وأن نتحكم في مشاعر تعاطفنا مع المريض؟ ألا يصبح الحياد القيمي والوجداني في مثل هاته الحالات ضربا من الوهم والاستحالة؟ ألا يمكن للموضوعية في هاته الحالة أن تتحول إلى عائق منهجي وحاجز إبستمولوجي يحجب عالم المبحوث عن الباحث، سيما إذا شعر المريض أن الباحث لا يتعاطف معه، ولا يبدي أي إحساس بمعاناته الصحية والاجتماعية والنفسية مع المرض، ولا يتفهم ظروفه المادية والمعنوية؟ ألا يحق للباحث في مثل هذا الوضع أن يبحث عن مفهوم جديد للموضوعية أو بالأحرى للعلمية. يتلاءم وخصوصية الموضوع الذي يقاربه وكذا خصوصية العينة التي يقابلها؟

2- الإبستمولوجية التأويلية وأهمية المنهج الكيفي

نظرا لمحدودية نتائج العلوم الاجتماعية مقارنة بالعلوم الطبيعية والإحصائية والرياضية التي ظلت لزمن طويل نموذجا مثاليا للبحث عن حقيقة العالم الاجتماعي، سعى الكثير من السوسيولوجيين إلى التفكير في آلية الفكك من هذا القدر، مما دفعهم إلى القيام بمجموعة من المراجعات للأفكار والآليات المنهجية التي سيطرت على هذا العلم. وبذلك تمكن علماء الاجتماع من فتح مسارات نظرية وإبستمولوجية ومنهجية وتقنية بديلة تغني بقدر ما تتجاوز، في الوقت ذاته، المسارات البحثية الوضعية المحاكية للنموذج الرياضي للعلم الطبيعي. "فالهزيمة التي لحقت العلوم الاجتماعية جراء استعارتها للعلوم الطبيعية، انقلبت رأسا على عقب، بمجرد ما استطاعت العلوم الاجتماعية أن تكون لها موضوعا خاصا وفريدا"³¹².

لقد أدت المراجعات التي عرفتها النظرية الاجتماعية إلى مجموعة من التصورات البديلة ليس على مستوى الموقف الإبستمولوجي فحسب، بل أيضا على مستوى تقنيات البحث والمنهج السوسيولوجيين، كما هو الشأن مع البدائل المنهجية التأويلية كالفيثومينولوجيا والإثنومينودولوجيا والاختيار العقلاني والتفاعلية الرمزية والبنائية التكوينية... "الأمر الذي دفع بالبعض إلى الاعتقاد بأن المناهج الوضعية والإمبريقية لا تقوى على قيادة البحوث الاجتماعية إلى شاطئ الحقيقة"³¹³.

انطلقت هذه البدائل النظرية والمنهجية التأويلية، من مسلمة أساسية مفادها أن الواقع الاجتماعي هو نتاج للسلوك الإنساني الذي يحمل في طياته مجموعة من التفسيرات والمقاصد على ضوء السياقات التاريخية والبنائية: أي أن الأفراد الذين يدخلون في شبكة من العلاقات الاجتماعية التبادلية يساهمون في بناء الواقع اجتماعيا. " لقد كتب على الإنسان أن يبني عالما ليسكنه مع الآخرين ليصبح هذا العالم بالنسبة إليه الواقع المسيطر والمحدد (...). ويتحول الكائن الإنساني الحي نفسه في جدلية بين الطبيعة والعالم المبني اجتماعيا. وفي

312 - Erving Goffman, « The interaction order », American Sociology Review, Vol. 48, No. 1, February 1983, (pp1-17), p6.

<http://jstor.org/stabel/2095141> consulté: 07/02/2015.

³¹³ - السيد الحسيني، الاتجاهات الفيثومينولوجية الحديثة في علم الاجتماع، تحليل نقدي، عالم الفكر، العدد الثاني، ديسمبر 1996، ص 75.

هذه الجدلية ذاتها ينتج الإنسان واقعا وهو بذلك ينتج نفسه".³¹⁴ والمطلوب من العلوم الاجتماعية هنا تفكيك هذا البناء التفاعلي البينداتي المبني والمبني من قبل الذات الاجتماعية. لذلك فمهمة العلوم الاجتماعية كما يراها ألفريد شوتز تتمثل في إعادة بناء البناء الذاتي للواقع كما يخبره الأفراد الفاعلين؛ إذ "يجب أن ينظر إلى العلوم الاجتماعية بوصفها بناءات للبناء الذي ينجزه الفاعلون في الحياة الاجتماعية"³¹⁵.

إن تأويل الفعل الإنساني بعيدا عن فهم النظريات الكبرى، جعل علم الاجتماع علما للدلالة الاجتماعية والأسباب الرمزية التي من خلالها يمكن فهم المرئي واللامرئي معا، في ضوء تأويل السلوك الفردي والجماعي. ولدراسة الدلالة الاجتماعية للأفعال لابد من الرجوع إلى الأفراد الذين أنتجوها في سياقات التفاعل والوضعيات الاجتماعية التي يواجهونها في حياتهم اليومية، بعيدا عن الحتمية واستنادا إلى الذاتية والفاعلية التي تتحدد من خلال موقع الأفراد كمشاركين في صناعة المعنى الاجتماعي. هكذا أصبح الفرد بما يحمله من تمثيلات ورؤى ومعانٍ ورموز وما يقوم به من أفعال وممارسات، هو وحدة التحليل الميكروسوسيولوجي للاتجاهات الفينومينولوجية التي تؤمن بأن المعنى الاجتماعي يتم خلقه أثناء عملية التفاعل، ومعنى ذلك أن الوقائع الاجتماعية تفهم بأشكال مختلفة من قبل الفاعلين الاجتماعيين مما يدفعهم إلى إضفاء معانٍ وتأويلات وتحليلات مختلفة على نفس الفعل أحيانا. ولعل هذا ما يجعل من مسألة بناء المعرفة قائمة على ضرورة اتباع أساليب وطرق وتقنيات بحثية تخول للباحث ملاحظة المبحوثين والتفاعل معهم عن قرب ووجها لوجه. ويتضمن البحث، من هذا النوع، بناء علاقات بين الباحث والمبحوثين بوصفهم مشاركين ومتعاونين في العملية البحثية. ولكن العلاقات المتبادلة بين ذوات المشاركين؛ أي الباحث والمبحوثين معا لم يكن ينظر إليها باعتبارها جزء من الممارسة التأويلية. بل باعتبارها عائقا إبستمولوجيا يحول دون بلوغ المعرفة العلمية بالواقع الاجتماعي.

وتعود أصول هذا النقد، إلى كتاب إدموند هوسرل حول أزمة العلوم الأوروبية والفينومينولوجيا الترنسندنتالية، الذي انتقد فيه المنهج التجريبي الوضعي، والذي تحول معه الواقع الاجتماعي الحقيقي المتمثل في الحياة اليومية إلى مجموعة من المقولات الرياضية المجردة والموجودة بشكل مسبق في أذهان المفكرين، وبذلك تقوت الحواجز المصطنعة بين الطبيعة كواقع من جهة، والنفس الإنسانية كدافع للفهم من جهة ثانية، مما أدى إلى تزايد هوة التباعد بين الباحث والمبحوث. لقد تناول هوسرل في هذا الكتاب التأسيسي

³¹⁴ بيتر بيرغر و توماس لوكمان ، البنية الاجتماعية للواقع، دراسة في علم اجتماع المعرفة، ترجمة أبو بكر أحمد باقادر، الأهلية للنشر والتوزيع

الأردن، الطبعة الأولى، 2000، ص 225.

³¹⁵ -Alfred Schutz , The phenomenology of the social world, North Western University Press, 1967, p 55.

نقلا عن السيد الحسيني، نحو نظرية اجتماعية نقدية، دار النهضة العربية، بيروت، 1985، 250.

أزمة المعنى في العلوم الوضعية³¹⁶، إذ يرى أن النزعة الموضوعية التي تسيطر على الثقافة الأوروبية تفهم العلم فهما ضيقا يقصي الأسئلة الحاسمة بالنسبة إلى الوجود البشري: أسئلة المعنى والغاية، الحرية والتاريخ. وهي تبرر هذا الإقصاء بأن العلم لا يمكن أن يعالج إلا ما يعطى بكيفية موضوعية ودقيقة، أي باستقلال عن كل وضعية ذاتية نسبية. ولتبيد هذا التصور، يبين هوسرل أن العلوم الوضعية الحديثة تركز، بالرغم من دقتها وموضوعيتها، على التجارب اليومية التي تعطى بكيفية ذاتية ونسبية في عالم العيش. وبذلك فإن الموضوعية تقوم على نسيان هذا العالم بصفته الأفق الذاتي النسبي للتجربة الحياتية المعاشة، والمنطلق الأساس لجميع الممارسات الاجتماعية بما فيها الممارسة العلمية. وبذلك اعتبر هوسرل أن تجاوز أزمة الموضوعية لا يمكنه أن يكون إلا عبر تصالح العلم الوضعي مع ذاتية التجربة المعاشة كما يعيشها الأفراد على مستوى حياتهم الاجتماعية.

لقد أدى التوجه التجريبي المحاكي للعلم الطبيعي إلى ظهور نزعة علمية مفرطة في النمذجة الرياضية والإحصائية للواقع، وفرض قوالب قياسية تكميمية ومقولات مسبقة على الأفعال والمعاني الاجتماعية، لم تؤدي، في غالب الأحيان، إلى فهم الواقع الاجتماعي وظواهره، بل ساهمت في اغتراب العلم الاجتماعي عن موضوعه الذي هو المجتمع، وبالتالي يصبح بعيدا عن تناول القضايا الأساسية المتصلة بصميم وجود الإنسان. ولتجاوز هذا الوضع، أوصى هوسرل علماء الاجتماع بضرورة تأمل وتحليل المسلمات الشائعة واكتشاف مضامينها المعرفية الخفية والتخلي عن المقولات الجاهزة، التي تضع العالم الاجتماعي في قوالب جامدة والعمل على العودة إلى الأشياء في ذاتها كما تظهر للوعي الفردي في الحياة اليومية.

فإذا كان المجتمع بناء اجتماعيا، ناتجا عن مجموع النشاطات الإنسانية التي مصدرها الأول والأخير هو الأفراد كما يقر بذلك حتى رواد المنظور الوضعي، فلماذا لا نعود إلى مضايفة هؤلاء الأفراد بوصفهم فاعلين اجتماعيين داخل عالمهم الاجتماعي؟ هنا نجد ألفرد شوتز يقول: "فلنهرع إذن إلى جمع وقائع هذا العالم على نحو ما تعرضه لنا خبرتنا (أو تجربتنا) العلمية على صورة يمكن الركون إليها والثقة فيها، ولنصف ونحلل هذه الوقائع ولنضعها تحت مقولات وفئات ملائمة، وندرس انتظاماتها واطراداتها في هيئتها القائمة وتطورها الذي يمكن أن ينبثق بعدئذ. وسنصل بعد كل هذا إلى نسق للعلوم الاجتماعية في وسعه أن يكشف لنا عن المبادئ الأساسية والقوانين التحليلية للعالم الاجتماعي"³¹⁷. وبذلك، فالقضية الأساسية التي تدور حولها العلوم

³¹⁶ - إدموند هوسرل، أزمة العلوم الأوروبية والفينومينولوجيا الترنسندنالية، ترجمة إسماعيل المصدق، المنظمة العربية للترجمة، الطبعة الأولى،

2008، ص 18.

³¹⁷ - Alfred Schutz and Thomas Luckmann, Structure of the life-world, Volume 1, Northwestern University Press, 1993, p 15.

نقلا عن السيد الحسيني، نحو نظرية اجتماعية نقدية، المرجع السابق نفسه، ص 254.

الاجتماعية، حسب شوتز، تتمثل في تطوير منهج شامل من خلاله يمكن معالجة المعاني الذاتية للأفعال الاجتماعية بطريقة موضوعية، ويجب أن تظل الأنساق الفكرية السائدة في العلوم الاجتماعية متسقة مع هدفها الأساسي، وهو فهم الأنساق الفكرية السائدة بين الناس خلال حياتهم اليومية، وذلك بهدف تحقيق فهم أعمق وأشمل للواقع الاجتماعي.

لهذا، فخلافا للمنظور الوضعي وما بعد الوضعي، الذي يرى بأن الواقع يوجد خارج الذوات الاجتماعية، يذهب التأويليون إلى أن الواقع الاجتماعي هو واقع علائقي دائم التشكل عبر مختلف النشاطات والتفاعلات الاجتماعية التي يخوضها الفاعلون الاجتماعيون في سياق اجتماعي محدد مكانيا وزمنيا بشكل شخصي وذاتي. على هذا الأساس لا ينبغي على الباحث أن يكون ملتزما بالحياد وموضوعيا، بل ينبغي أن يكون مساهما إيجابيا إلى جانب المبحوثين في بناء المعرفة السوسولوجية بدينامية الأفعال الاجتماعية. لأن المعرفة الكيفية هي ثمرة لتشكيلة من النظريات الثرية، التي تبحث في كل من له خاصية الاجتماعي أي أبعاد اجتماعية، كالتأويلية والفينومينولوجيا والإثنوميثودولوجيا والنسوية وما بعد الحداثية، وما بعد البنيوية، والنقدية والتفكيكية. ويعتبر البحث الكيفي حقا متفردا من حقول المعرفة المثيرة للاهتمام؛ لأنه يتميز بمنظورات مختلفة ومتكاملة ابستمولوجيا، ويعيد تناول أسئلة قديمة بأسلوب تركيبى وخلفيات متعددة، كما يطرح أسئلة جديدة ويبعد نظريات ومقاربات تعيد النظر، من حين لآخر، في منظوراتنا للواقع الاجتماعي وما يجري فيه من تفاعلات.

فخلافا لما هي عليه علاقة الباحث عن حقيقة الواقع الاجتماعي بموضوع هذه الحقيقة (المبحوث) القائمة على الهرمية والتدرج وأفضلية الأول على الثاني كما يرى المنظور الوضعي، يجب أن تقوم هذه العلاقة على أساس التبادل التفاعلي، الذي ينبنى من خلال الألفة والتعاطف بين الباحث والمبحوث، كما يدعو إلى ذلك أنصار التوجه التأويلي. و"يعد البحث الكيفي مجالا فسيحا تتداخل فيه العديد من الحقول العلمية والنظريات والمناهج والتقنيات في عملية بناء المعرفة. ونظرا لما تتسم به عملية بناء المعرفة من طبيعة كلية، فإن البحث الكيفي يكون بحثا فريدا حقا سواء من حيث المحتوى، أو بؤرة الاهتمام أو الشكل، وحينما نقول إن براعة البحث الكيفي تتضمن اتجاها فكريا كليا، فإننا نعني أن ممارسة البحث الكيفي ممارسة انعكاسية (أي نقدية) وخاضعة للتطور والتعديل أثناء العمل، وأنها تنتهي إلى إنتاج معرفة تحكمها الاعتبارات الثقافية وتتشابك بالأفكار النظرية من خلال تفاعل مستمر بين النظرية وطرق البحث من ناحية، وبين الباحث والمبحوث من ناحية أخرى. وعلى هذا الأساس تتعين الإشارة على وجه الخصوص إلى أن البحث الكيفي يختلف عن نماذج البحث التي تركز على خلق المعرفة باستعمال نهج محدود وخاضع للأحداث"³¹⁸.

³¹⁸ - هيس-بيبر شارلين وليفي باتريشا، نفس المرجع السابق نفسه، ص 38.

وعليه، فإن البحث الكيفي ليس مجرد مفهوم عام أو مجرد مجموعة من الأساليب السهلة الاستعمال، بل هو مهارة عقلية إبداعية دقيقة جدا لا تكتسب نظريا، بل عبر الممارسة الميدانية والاحتكاك المباشر مع المبحوثين والمادة البحثية. إذن فما هو هذا الأسلوب الجديد الذي يقدمه لنا المنهج الكيفي للتفكير في الواقع الاجتماعي وظواهره؟ وما الذي يجعل منه منهجا ملائما لموضوع بحثنا؟ وما هي إمكاناته المعرفية وصلاحياته المنهجية لدراسة تجربة الإصابة بالسيدا؟ ثم كيف لهذا المنهج أن يساعدنا على فهم وتفسير استراتيجيات مقاومة الوصم الاجتماعي ومعايشة المرض من قبل المصابين؟

ثانيا: المنهج الكيفي وحتمية التعاطف: نحو معنى مغاير للموضوعية

إذا كانت الموضوعية في التقليد الإبستمولوجي الوضعي، تعني الفصل التام بين الذات العارفة وموضوع المعرفة، وما يقتضيه هذا الفصل من حياد وتجرد من قيم الذات ومشاعرها وأفكارها المسبقة، فإنها (الموضوعية) تتخذ دلالة خاصة في التقليد الإبستمولوجي التأويلي الذي لم تعد فيه الذاتية عائقا موضوعياً، بل شرطا لا غنى عنه لتوليد المعرفة الخاصة بالواقع الاجتماعي كما يتمظهر في سلوكيات وممارسات وتمثلات الذوات الاجتماعية. ولا يمكن النفاذ إلى هذا الواقع بمختلف مظهراته دون الدخول في علاقات تفاعلية بين الباحث والمبحوث قوامها التواصل والحوار وجها لوجه والإنصات والتفهم والألفة والتعاطف؛ إذ "لا يحصر المنهج الكيفي الموضوعية في جوانبها الإجرائية، بل يوقعها ضمن رؤية فكرية أعمق، ترى أن الموضوعية كمفهوم ليست سوى تعبير عن توافق اجتماعي، أي أن ما ننعته بأنه موضوعي، هو مجرد اتفاق مع ما نعتبره كذلك في سياق معين"³¹⁹. وعليه يمكن للموضوعية أن تتغير بتغير السياقات التي تجري فيها وتغير التوافقات المحددة لها.

وإذا كانت الموضوعية تتوقف على جودة أداة البحث (العينة، الاستبيان، المقياس...)، فقد سبق لمجموعة من علماء الاجتماع، أن أكدوا على عدم حيادية أدوات البحث. ومن بينهم نجد بيير بورديو³²⁰ الذي يرى أن أدوات البحث لا تعبر عن الواقع أو الظواهر الاجتماعية، بل يمكن أن تقوم بإنتاجها. فإذا كان البعض يعتبر أن صحيفة الاستبيان أو عملية استطلاع الآراء، تقنية محايدة، لا تعبر سوى عن آراء المبحوثين ومواقفهم، فإن البعض يرى عكس ذلك، إذ يعتبر أنها تنتج أفكارا قد تكون غير موجودة في الواقع اليومي. على هذا الأساس، فالقياس سواء كان كميا أو نوعيا ليس منفصلا عن ذاتية الباحث وعن مصلحته. لأنه لا يوجد في فراغ، بل هو جزء من البحث وسيروورته. ويعد القياس حسب غاستون باشلار نتاجا لعملية التفكير: " فكل قياس يبني على

³¹⁹ - Pierrette Massé et Vallé Bernard, Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication, op. cit., p 37.

³²⁰ - Bourdieu Pierre, « L'opinion publique n'existe pas », Les temps modernes, N 31., Janvier, 1973, pp 292 -309.

تفكير، بمعنى يجب أن نفكر قبل أن نقيس لأن نقيس قبل أن نفكر.³²¹ ومن هذا المنطلق تبدو عملية تحييد القيم في رؤية الباحث والمبحوث أيضا للأحداث والممارسات والأفعال، والحكم عليها والتعبير عنها عملية في غاية الصعوبة إن لم نقل مستحيلة.

فبدل الموضوعية التي تعني الحياد، ينهض المنهج الكيفي المستند إلى المنظور التأويلي التفهيمي والنقدي، على معنى آخر للموضوعية تعبر عنه ساندر هاردينج بالموضوعية القوية "strong objectivity"، والتي تعني تلك الوسيلة التي تحث الباحثين على تطبيق الموضوعية كانعكاسية وتأمل نقدي مستمرين على امتداد العملية البحثية. والمقصود بالانعكاسية هنا، ذلك التساؤل المستمر على موقع الباحث وماله من علاقات قوة داخل العملية البحثية برمتها. فالموضوعية كما ترى هاردينج لم تطبق تاريخيا إلا كتبرير من الباحث لطريقة اختياره وبنائه للموضوع وانتقائه لأدوات ومنهج ومعطيات البحث. ولم تطبق لتبرير الأسباب الحقيقية التي كانت وراء هذه الاختيارات. ف"باستعمال الموضوعية القوية لا يستطيع الباحث أثناء كل مراحل بحثه أن يتخلص من تأثير النزعة الذاتية (الانفعالات والميولات السياسية والمواقف الفكرية) على البحث الذي يقوم به. علينا إذن أن نعتزف بهذه الذاتية وأن نبديها للعيان وأن نتعامل معها تعاملًا نقديًا (انعكاسيًا)."³²²

إن الفصل بين الانفعالي والعقلي لم يعد فصلا مرغوبا فيه لأنه أمر غير ممكن التحقق من جهة، ولكونه يشكل حواجزا غالبا ما تحجب حقيقة الموضوع من جهة ثانية. لذلك يمكن للعلاقات العاطفية أن تكون مصدرا خصبا وضروريا للحصول على بيانات جيدة وغنية، تسمح للباحث أن يصغي إلى أولئك الذين كتمت أصواتهم وحجبت معاناتهم وحكم عليهم بأنهم مختلفون من طرف النظام الاجتماعي السائد الذي ساهم في تهميشهم. ويعد هنا المنظور النسوي³²³، الذي يتبناه كثير من علماء وعالمات الاجتماع، خير مثال على الانطلاق من رؤيتهم وقيمهم وتوجهاتهم السياسية والأخلاقية لتناول القضايا السوسولوجية الخاصة بوضعيات النساء في المجتمع.

321- Gaston Bachelard, La formation de l'esprit scientifique contribution à une psychanalyse de la connaissance objective, Librairie philosophique Vrin, Paris, 1975. p 214.

³²² - Sandra Herding, « Rethinking standpoint epistemology: what is strong objectivity », The Centennial Review, vol. 36, No. 3, 1992, pp 437-470. <https://www.jstor.org/stable/23739232> Consulté : 13/02/2013.

³²³ - يشير المنظور النسوي إلى مجموع النظريات الفكرية المتقدمة للهيمنة الذكورية والمتبينة لمقاربة النوع الاجتماعي كمدخل لمعالجة اهتمامات النساء وخبراتهم الحياتية، وذلك عبر تفكيك التحيز الذكوري للمعرفة التي استبعدت المرأة لزمنا طويلا من المساهمة في بنائها سواء كوضوع لها أو كذات فاعلة في سيرة المعرفة. ويستند هذا الاتجاه الفكري على خلفية إبستمولوجية، ترى أن معرفة المجموعات الاجتماعية المكونة للمجتمع تتم من داخله. ومعنى ذلك أن معرفة المجتمع تبقى رهينة بمعرفة مواقع ومكانة الجماعات والفئات، المكونة له، في هرمية السلطة الاجتماعية والرمزية، خصوصا وأن هذه المواقع الاجتماعية وما يرتبط بها من أدوار، تبقى هي المحدد الأبرز للخبرات والتمثيلات الموجهة للتفاعلات اليومية ومن ثمة لحقيقة العالم الاجتماعي المبني. وبذلك تتعين الإحاطة بالرؤية الخاصة التي تكونها كل جماعة حول مكانتها ودورها وهويتها الاجتماعية. ويركز أصحاب الاتجاه النسوي بشكل أساس على المكانة أو الوضعية التي تحتلها المرأة داخل النسيج الاجتماعي الذي ينهض على النظام الباطريكي القائم على الجنس والنوع الاجتماعي.

في سياق الحديث عن الصعوبات التي تطرحها عملية أجراً الموضوعية بوصفها حيادا وفصلا، يرى عالم الاجتماع جوزيف دياز Joseph Diaz الذي استمد ثقافته من التراث الوضعي-الكمي، أن الحياد يبقى أمرا مستحيلا في البحث السوسيولوجي بقدر استحالة القطع مع الذاتية وما يرتبط بها من تعاطف وتفهم وأحاسيس وأفكار. لقد خرج بهذه الخلاصة لما كان بصدد إجراء بحثه الميداني بأحد المستوصفات التي تباع البلازما (مصل الدم) الموجود بمنطقة لاس فيغاس ستريب بالولايات المتحدة الأمريكية وفي ذلك يقول: "... في هذه الدراسة أوافق على الأخذ بالفكرة الما-بعد حدثية التي تقول إن المؤلف لا يمكنه أبدا أن يكون موضوعيا بحق (...). ولا بالإمكان أن تكون الأوصاف، أو الأحداث أو الأفراد أو الأماكن صادقة تماما، أو واقعية على نحو صحيح (...). وبدلا من أن أنجي نفسي (كمؤلف) عن هذه الدراسة، وأدعي أن مسلماتي وتفسيراتي للأحداث معينة صحيحة ولا يمكن تفنيدها وذلك كما يفعل المرء في كتابة بحث إثنوغرافي تقليدي، بدلا من ذلك سوف أجعل حضوري في هذه الدراسة صريحا وسوف أتجاوب مع الأحداث وأستدعي العواطف والأفكار بدلا من محاولة تعريف حادث أو موقف معين. وعلى الرغم من الضمانات التي يقدمها عالم الاجتماع للمبحوث عبر إخفاء اسمه بشكل مطلق وعدم كشف هويته بأي شكل من الأشكال أمام العموم، فإن المبحوث لا ينخرط بسرعة وتلقائية في عملية التفاعل والبوح للباحث، لاعتبارات ذاتية وموضوعية هو من يكون على دراية بها. هذا إذا لم يفرض بشكل مطلق المشاركة في البحث، أو المشاركة ثم الانسحاب، أو المشاركة الباردة التي غالبا ما تكون فيها إجاباته مقتضبة وقصيرة جدا. ومعنى ذلك أن شرط إخفاء الاسم ليس كافيا لإقناع المبحوث بالانخراط الفعال في عملية البحث، وبالتالي الحصول على معلومات ذات مصداقية"³²⁴.

فالصعوبات التي تطرح على مستوى التقابل وجها لوجه أمام المبحوث، على المستوى الاجتماعي والجنسي والثقافي ومكان إجراء البحث وزمانه وموضوعه، تجعل الباحث يوجد في وضع يصعب فيه عليه، في أغلب الأحيان، إلغاء المسافة المعرفية والسيكو-سوسيولوجية الفاصلة بينه وبين المبحوثين. يمكن للمسافة الثقافية الفاصلة بينهما أن تكون مصدر رغبة وتساؤل عن غاية ما يبحث فيه. ويمكن للمستجوب أن يكشف ما يرغب المحقق في سماعه فيدلي بخطاب يناسب المقام كما يمكن له أن يضطلع بدور، ليحاول قدر استطاعته أن يظهر بالمظهر الحسن أي أن يعرض للمحقق أفضل صورة عن نفسه.

وتتمثل أبرز هذه الصعوبات أولا، في تملص العديد من المبحوثين من المشاركة في إجراء البحث أو المشاركة غير الفعالة، خاصة عندما يتعلق الأمر بالبحث في موضوع يشكل طابو اجتماعي مثل السيدا أو المواضيع التي ترتبط بالممارسات غير القانونية كالفساد والغش والسرقعة والدعارة. وهنا يرى سيرج بوغام أنه: "إذا ما كانت نسب التملص كثيرة من طرف المبحوثين وجب على عالم الاجتماع أن يأخذ بعين الاعتبار هذا

³²⁴- Joseph Diaz, « Blood money: life, death and plasma on the Las Vegas strip », electronic journal of sociology, No. 4, 1999.

<http://www.sociology.org/content/V01004.002/daiz.html>. consulté :19-02-2014

التملص وأن يحاول تأويله بوصفه جزءا مكونا للتحقيق"³²⁵. أما ثاني تلك الصعوبات فيتمثل في مصداقية المعلومات المجمعة.

قد ينسى علماء الاجتماع الذين يلجؤون إلى الأقوال المصرح بها في سياق علاقة التحقيق، أن يحللوا الواقع التفاعلي الذي تم فيه البحث ويعتقدون بسذاجة في موضوعية المعطيات المستقاة، مثلهم مثل الإحصائيين الذين يمكن أحيانا أن يثقوا ثقة عمياء في المعطيات التي يستخدمون دون التساؤل عن الشروط الخاصة بإنتاجها. "إن عدم معرفة علماء الاجتماع عادة بتجارب الناس الذين يدرسونهم يؤدي بهم دائما إلى اعتماد ما يقولونه لهم بغية معرفة الأشياء من الداخل، لكن ما يقوله الناس ليس قابلا بالضرورة للاستخدام على صيغته التي ورد بها (...). لا يمكن أخذ روايتهم مأخذ التصديق الساذج. نحن نضمن للأشخاص الذين نستجوب، مثلا، سرية لا تضمن لهم أبداً بصفة مؤكدة في الحياة الاعتيادية، لا يمكن لذلك إلا أن يؤدي إلى رواية الحدث بالقوة وبطرق مختلفة عما كان يمكن أن نلاحظه لو كنا شهودا عليه"³²⁶. ولما كانت جودة ومصداقية المعطيات المجمعة تتوقف على قدرة المستجوب على التعبير بصدق عما خبره من تجارب وما عاشه من أحداث وما مر به من وضعيات، فإن دور عالم الاجتماع هنا يكون حاسما في قدرته هو الآخر على توفير الظروف الممكنة لهذا التعبير، ومن بين التحديات الأبرز التي تطرح أمامه هي الحصول على ثقة المبحوث التي تتوقف بدورها على مدى إحساسه بتعاطف الباحث معه وتفهمه لوضعه. لذا، ف"على المحقق اتخاذ وضعية متفهمة إزاء المبحوث، بالاستماع المنتبه حتى وإن بدا له ما يقال حينها غير ذي أهمية، عليه أن يكون كما لو كان بصدد اكتشاف عالم غريب عنه. وأن يظهر لمخاطبه اهتماما بكل ما يمكن أن يخبره به حتى بتلك المعلومات التي تبدو لأول وهلة غير مفيدة. فإذا كان انشغال عالم الاجتماع بالاعتدال والتباعد، يجب أن يظل مستمرا، فليس عليه بالمقابل أن يكون بعيدا عن الشخص المستجوب وباردا وغير عابئ به وخاصة عندما يعبر هذا الأخير عن تجارب مؤلمة من ماضيه أو من حياته اليومية"³²⁷. غير أنه لا ينبغي اختزال التفهم المتعاطف مع المبحوث كما يشير إلى ذلك، بيير بورديو³²⁸، في مجرد حالة نفسية تعاطفية، بل يرتبط بحنكة المحقق وقدرته على طمأننة المستجوب فيما يهم علاقة التحقيق ذاتها، ومدى عبر استطرادات ملائمة وأسئلة مناسبة لوجوده الاجتماعي (وجود المبحوث) وتجاربه المعيشة وبوسائل التعبير عن هذه التجارب.

يمكن للباحث أن يوجد في وضعية المهيمن، بسبب أصله أو جنسه أو وسطه، يمارس من خلالها سلطة وعنفا رمزيا على مبحوثيه. كما يمكن أن يوجد في وضعية المهيمن عليه إذا تعلق الأمر باستجواب أفراد من

³²⁵ - Serge Paugam, La pratique de la sociologie, PUF, Paris, 2008, p 118.

³²⁶ - Howard Becker, Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales, La Découverte, Paris, 2002, p 43.

³²⁷ - Ibid, p 122.

³²⁸ - Pierre Bourdieu, La misère du monde, édition Seuil, Paris, 1993, p 919.

طبقة برجوازية. مما قد يسبب له (الباحث) الشعور بنوع من الضيق. وعليه، فكيف يمكن لدينامية السلطة بين الباحث والمبحوث أن تؤثر على توجيه مسار البحث والتحكم في نتائجه؟ وكيف للباحث أن يحقق مع عينة من مرضى غالبية فئاتها تعاني الحرمان والوصم والهشاشة والألم، ويؤسس لعلاقات ثقة وألفة ضامنة للبوح والشهادة الصادقة حول المعاناة مع المرض والمجتمع، دون إظهار أية شفقة أو تعاطف اتجاههم؟ هل يستطيع الباحث أن يبقى بمنأى تام عن التعاطف مع التجارب الأليمة التي يعيشها الأشخاص المتعايشون مع مرض الإيدز وفيروسه؟ كيف له أن يصل إلى مرضى يحرصون أشد الحرص على التواري عن الأنظار والعيش في وضعيات لا مرئية؟ وإذا توفق ووصل إليهم عن طريق وساطة المؤسسة العلاجية أو الجمعوية، فكيف له أن يقنعهم ويكسب ثقتهم ويحفزهم على الانخراط الفعال في البحث والإدلاء بشهادتهم وخبراتهم المعيشة، دون وساطة التعاطف والتفهم؟ وهل من استراتيجية ميثودولوجية ممكنة للنفوذ إلى عالمهم اللامرئي؟

1- أهمية المنهج الكيفي في دراسة تجربة الإصابة بالإيدز

ما عسى السوسيوولوجي بوصفه طبيبا اجتماعيا، أن يقول لنا عن تجربة الإصابة بالإيدز؟ وما السبيل الذي يتعين عليه سلكه لكي يرقى بخطابه المعرفي، إلى مراتب تميزه عن باقي أصناف المعرفة المنتجة بصدد الصحة والمرض من لدن الطبيب والأنثروبولوجي والسيكولوجي والإعلامي ورجل الدين؟

حينما نتحدث عن الإيدز، فإننا نتحدث عن وباء يكتسح العالم بأسره، وأن هذا الوباء يعد حدثا تاريخيا وسوسيو-طبيا خاصا ودالا بل مميزا للقرن العشرين، لأنه لا يشبه أي من الأوبئة والأمراض السابقة التي مرت بها الإنسانية (كالطاعون، والجذري والجذام...) ولا الحالية التي تمر بها (السل، الملاريا، السرطان...)، خاصة وأن المرض الذي يتسبب فيه هذا الوباء له عواقب مدمرة للجسم الفردي والاجتماعي، ويتسبب للمريض في أن يعيش في آخر مساره المرضي مرحلة "الميت الحي"؛ أي يفرض عليه أن يعيش المرض كتجربة مفتوحة على الموت يعايش من خلالها الموت والحياة معا وبشكل متزامن. وفي ظل غياب دواء للشفاء النهائي منه تشهد الوفيات التي يتسبب فيها تزايدا مستمرا، بقدر انتشاره الوبائي المرتفع والمركز اجتماعيا من جهة أولى، في صفوف الفئات الاجتماعية الهشة، ومن جهة ثانية، المركز مجاليا وجغرافيا في بعض المناطق والدول من العالم دون أخرى خاصة منها الدول الإفريقية جنوب الصحراء التي تفقد سنويا عددا لا يستهان به من أفرادها، مما يضر باقتصاداتها وتماسك بنياتها الصحية والاجتماعية ويهدد ثروة رساميلها البشرية والصحية.

ولنا أن نتصور، بعيدا عما لهذا المرض من خطورة في سرعة انتشار عدواه، وفي ارتفاع معدلات الوفيات المرتبطة به، أن هناك ما يجعله متفردا عن غيره من الأوبئة والأمراض السابقة والحالية، وهو دلالاته الاجتماعية التي تجعل منه مرضا ذو معنى اجتماعي وثقافي خاص جدا، نظرا لدلالاته الاجتماعية التي تحيل على الطابوهات (كالجنس والخطيئة والعار واللعنة...)، التي يحمل المجتمع عبرها المصاب مسؤولية إصابته

ويصمه بوصمة العار ويعاقبه في غالب الأحيان بالعزل والإقصاء والتمييز. وإن كانت حدة هذا الوصم تختلف باختلاف الثقافات والطبقات والنوع الاجتماعي، فإن تأثير المرض لا يقتصر على حدود الإضرار بالجسد البيولوجي للمريض بل يضر أيضا بجسده الاجتماعي، إذ يؤثر في بنية الأسرة ككل ويخلخل شبكة العلاقات ويقلب الأدوار ويفكك الروابط الاجتماعية في غالب الأحيان، سواء منها القريبة التي تربط المصاب بمحيطه الاجتماعي القريب (الأسرة، الأصدقاء، الجيران..) أو البعيدة التي تربطه بمحيطه الاجتماعي البعيد (المؤسسات، العمل، الشارع...): حيث تنعكس الأدوار فيصبح المصاب المسن بذلك في حاجة للرعاية من قبل الشاب. وذلك الذي كان يصم المرضى بسبب إصابتهم بالإيدز، يصبح، في لحظة وبشكل غير متوقع، موضوعا للوصم بدوره.

مهما حاولنا أن نتصور حجم ما يخلفه هذا الداء من تحولات ومعاناة صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية وأخلاقية على الشخص المصاب به ومحيطه، لن ننفذ إلى عمق ما يمر به المصابون من تجارب أليمة. لأن ما يظهر لنا من هذه التجارب وما يستطيع المصابون إظهاره للباحثين بشهادتهم عن تجربة حدث الإصابة وما ينجم عنها، ليس سوى الجزء الظاهر من الجبل الجليدي المغمور في حميمية المصاب وعزلته وخوفه من الفضيحة والموت بنوعيه البيولوجي والاجتماعي، أما ما دون ذلك فقد يكون أخطر وأقسى.

ليس لنا أن نتصور، طالما أن هذا الوباء هو واقع حقيقي وتجربة معيشة، إنه متلازمة نقص المناعة البشري المسبب لداء فقدان المناعة المكتسب، الذي لا يوجد أي فرد بمنجاة منه، كما لا يوجد أي علاج نهائي له؛ إذ تبقى الوقاية هي علاجه الاستباقي عبر الوعي بأنماط انتقاله وتجنبها. غير أن الوعي الصحي بمخاطر انتقال هذه العدوى، ليس متاحا دائما للجميع، خاصة وأن الفئات الأكثر عرضة للإصابة هي الفئات الهشة والمفتاحية الأكثر عرضة لمخاطر الإصابة بهذا الداء كالشباب، وعاملات الجنس، والمهاجرين، والنساء الحوامل، ومستعملي المخدرات عبر الحقن، والسجناء، وسائقي الشاحنات، والعمال الموسميون، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.... مما يطرح تحديات كبرى أمام تفعيل المقاربة الوقائية الفعالة للحد من انتشار العدوى. ولعل هذا ما يدفعنا إلى التساؤل حدود ما يمكن معرفته عن تجربة الإصابة بعدوى الإيدز، وعن كلفتها الصحية والاجتماعية وكيفية معاشتها ومقاومة الوصم والتمييز المرتبط بها، إذا اكتفينا فقط باعتماد المقاربة الوضعية وتقنيات المنهج الكمي في بناء معرفتنا بهذه التجربة؟

2- المقاربة الكيفية لتجربة الإيدز: نماذج منهجية لدراسات ميدانية كيفية

أجرى دانييل وايت وباتريك وست سنة 1999³²⁹، دراسة للمقارنة بين البحث المسحي في مقابل كفاءة المقابلات المتعمقة في دراسة السلوك الجنسي للذكور "العاديين" ومفاهيم هؤلاء الذكور عن الجنس. ونظرا لأن هذين الباحثين من المتخصصين في علم الاجتماع الطبي، فقد كانا مشغولين بالطريقة المثلى التي بها نستطيع جمع المعلومات عن السلوك الجنسي في ظل ظروف انتشار مرض الإيدز. وقد اشتملت دراستهما على 58 رجل من ذوي الممارسات "الطبيعية" في جلاسجو. ونهاية السنة الأولى أجريا عليهم مسحا اجتماعيا، وفي نهاية السنة التالية أجريا معهم مقابلات معمقة وقد توصلا إلى نتيجة مفادها أن البيانات المستمدة من المقابلة المتعمقة (الكيفية) وفرت قدرا من الصدق أكبر مما وفره البحث المسحي (الكمي). وتوضح هذه النتيجة التي وصلا إليها قضيتين مهمتين:

القضية الأولى: أنه يوجد، على المستوى المادي، قدر كبير من المعرفة التي يمكننا تحصيلها عن طريق البحث الكيفي على بعض الموضوعات المهمة، كموضوع السلوك الجنسي عند الإنسان، وموضوع السلوك المحفوف بالخطر، كما تزودنا هذه المعلومات بمستوى من العمق والوصف التفصيلي الذي يعد أمرا حيويا لتوسيع قاعدة معرفتنا.

القضية الثانية: أن مسألة الصدق التي أبانت عنها المعطيات المجمع بالمنهج الكيفي، تفوق نظيرتها الكمية، ومعنى ذلك أن الباحث بإمكانه أن يتوصل إلى نتائج تتصف بدرجات عالية من الصدق والدقة، إذا ما حرص على بناء أدواته الكيفية بشكل محكم، وأجرى بحثه مع المبحوثين بطريقة جيدة.

وعن أهمية المقابلة المتعمقة في جمع المعطيات، باعتبارها الطريقة المثلى للباحثين الذين يعتمدون المنهج الكيفي، قام مارك دافيز سنة 2001³³⁰ بدراسة حول حكايات التبرير التي يقصها الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال على سلوكياتهم الجنسية المحفوفة بالخطر. وقد أجرى دافيز ستة عشر مقابلة معمقة مع الرجال المثليين، وكان بعضهم مصابا بالإيدز والبعض الآخر غير مصاب به. وقد قادته هذه المقابلات إلى اكتشاف وفهم الطرق التي كان الأشخاص المبحوثون يفهمون ويفسرون بها مخاطر الإيدز في علاقتها بالسياق

³²⁹ - D. Wight and P. West, « Poor recall, misunderstandings and embarrassment: interpreting discrepancies in young men's reported heterosexual behavior », Journal Culture, Health and Sexuality, Jan-Mar, Vo. 1, No. 1, 1999. pp. 55-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12295115> . consulté : 16/06/2015.

³³⁰ - Mark Davis, « HIV prevention rationalities and serostatus in the risk narratives of gay men », sexualities, Vo. 5, No. 3, 2002, pp. 281-299. <http://www.journals.sagepub.com/doi/pdf/10> Consulté: 16/06/2015.

الاجتماعي. فهذا النوع من البحث يعد مكملاً لفهمنا للسلوك الجنسي، وما ينطوي عليه من مخاطر، وللطريقة التي بها تساعد على حماية الناس من الإصابة بهذا المرض.

وقد خلص إلى أنه من أجل خلق تعليم وقائي فعال، وبرامج للتدخل، ورسائل ثقافية تتجاوب مع ظروف الأشخاص المعرضين للخطر، لابد أن نفهم حقيقة عملية اتخاذ القرار عند هؤلاء الأشخاص. وهذا الفهم لا يمكن أن نتوصل إليه دون إجراء بحوث كيفية. ففي الوقت الذي يدلنا فيه الباحثون الكميون على الجماعات التي يزداد احتمال انخراطها في سلوكيات جنسية معينة، فإنه ليس بوسع هذه الطرق الكمية أن تطلعنا على أسباب ذلك. ولماذا يستمر الأفراد المثليون في سلوك جنسي محفوف بالمخاطر؟ وما الذي يدفعهم إلى ذلك؟ وما هي الضغوط التي يواجهونها؟ وكيف يشرح هؤلاء الأفراد السياقات التي يتخذون فيها قراراتهم الجنسية وكيف يبررونها؟ ويرى مارك دافيز أنه لن تتأتى الإجابة عن كل هذه الأسئلة دون الاعتماد على طرق البحث الكيفي.

عند التفكير في تاريخ البحث في مرض الإيدز، يتبين أن الاهتمام ظل منصبا مع بداية ظهور المرض إبان الثمانينات، على الأبحاث الطبية التي كان يجريها الأطباء بمختبراتهم العملية، قصد الوصول إلى سبب المرض آنذاك وفيما بعد إلى العلاج. وإذا كانوا فعلا قد أفلحوا في الوصول إلى متلازمة العوز المناعي كسبب في مرض الإيدز، فإنهم لم يتوصلوا إلى حدود اللحظة إلى علاج نهائي للمرض. وأمام ضرورة الاعتماد على المقاربة الوقائية كحل مؤقت للحد من انتشار الوباء، أصبح لزاما الانفتاح على العلوم الاجتماعية والاعتماد على نتائجها في فهم واقع مرض الإيدز ومعرفة كيفية مواجهتها عبر البرامج والتدخلات الوقائية الفعالة. ومن بين ما ساهمت به هذه العلوم الاجتماعية هو كشفها عن أمر أساسي وهو أن التواصل والتفاوض بين طرفي العلاقة الجنسية يعد عنصرا حاسما، بالإضافة إلى عناصر أخرى، في الممارسات الجنسية المحفوفة بالخطر.

ولتوضيح هذه النقطة، يبين البحث الذي أجراه كيلي وآخرون سنة 2004³³¹ عن طريق المقابلة المعمقة، حول العلاقة بين النوع الاجتماعي وقابلية التعرض للإصابة بالإيدز بين بعض الذكور والإناث من جماعات الغجر في كل من بلغاريا والمجر، أن أغلب برامج التعليم تقوم على افتراض أن طرفي العلاقة الجنسية، إنما هما فردان يتصرفان على نحو رشيد ويتحدثان بحرية وصراحة عن قضاياهما ومشاغلهما وما إلى ذلك. في حين أن واقع الممارسات الجنسية بين هذين الطرفين تبين عكس ذلك. بحيث إن الأدوار القائمة على النوع الاجتماعي تؤثر بشكل كبير على التواصل والتفاوض بين الأفراد في مجال العلاقات الحميمة بطرق مختلفة وكثيرة تعيق إمكانية التواصل "الصريح والعقلاني" الذي نتخيله عند صياغة وتنفيذ البرامج الوقائية. وقبل أن يقرر كيلي وزملاؤه استعمال طريقة المقابلة المعمقة في دراسة هذه الجماعة، التي تعد أكبر أقلية عرقية في

³³¹ - J. A. Kelly and others, « Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study », AIDS Care : psychological and socio-medical aspects of AIDS/HIV, Vo. 16, No. 2, 2004, pp 231-245. <http://www.tandfonline.com/dio/abs/10.1080/095401241000164107> Consulté : 20/06/2015.

وسط وشرق أوروبا، كما أنها تتسم ببعض السلوكات الجنسية التي تنطوي على خطورة كبيرة . لم يكونوا يعرفون إلا القليل عن السياق السوسيو-ثقافي الذي كان يمارس فيه السلوك الجنسي. ولكن بعد إجراء 42 مقابلة متعمقة اكتشف الباحثون قدرا كبيرا من المعرفة عن المعايير الجنسية داخل هذه الجماعة. مثال ذلك: أن الخيانة التي تصدر عن الرجال أمر شائع، في حين اتضح أن النساء لا يكنّ نشيطات جنسيا إلا مع أزواجهن. مثل هذا النوع من معلومات الوصف المكثف، تتيح للباحث معرفة وفهم كيف يفكر الرجال والنساء في هذه المعايير وكيف يتعاملون معها. كما تتيح للفاعلين المتدخلين في مجال محاربة الإيدز، بلورة برامج تعليمية فعالة ومبنية على النوع الاجتماعي موجهة لهذه المجموعة السكانية ذات السلوك المحفوف بالخطر.

يستطيع البحث الكيفي أن يضيف أفكارا عميقة جديدة ومهمة إلى أسئلة البحث القديمة، التي لم تكن تعالج قبل ذلك إلا بالطرق الكمية فقط؛ فعلى امتداد فترة طويلة من الزمن دل البحث على أن الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (خاصة الجنس المحفوف بالخطر) والأفراد الذين يتعاطون المخدرات (خاصة عن طريق الحقن)، يكونون معرضين لخطر العدوى بفيروس الإيدز. ولكن ماذا عن الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ويتعاطون المخدرات في نفس الآن معا؟ في هذه الحالة تعزى معدلات انتقال عدوى المرض إلى الممارسات الجنسية. ومع ذلك فإن العلاقة بين الممارسات الجنسية وتعاطي المخدرات لم تحظ بالقدر المناسب من الفحص الدقيق.

ولفهم العلاقة المعقدة بين الممارسات المحفوفة بالمخاطر بين الرجال الذين يزاجون بين الجنس المثلي وتعاطي المخدرات، قام كلاتس وسودران³³² سنة 2000، بإجراء بحث إثنوغرافي يتعلق بالصحة العامة حول هذه المجموعة السكانية. وتعتبر هذه المجموعة بالذات عصبية الوصول إليها لتحقيق أهداف التدخل، نظرا لأنه لا يعرف إلى القليل عن هويتهم وعن محل إقامتهم. وقد كانت الطريقة الأساسية التي استخدمها كلاتس وسودران، هي طريقة الملاحظة بالمشاركة، حتى يتمكننا من الحصول على معرفة مباشرة عن الممارسات والمعتقدات الخاصة بهذه المجموعة، وعن سلوكياتها، وعن الأسس المنطقية لتلك السلوكات. وقد كان استعمال الملاحظة بالمشاركة كطريق لفهم السلوكات المحفوفة بالخطر، مكملا لعملية فك الاشتباك (أي إزالة الالتباس والتعقيد) بين العوامل المختلفة المسؤولة عن التعرض لعدوى الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا. ويقدم لنا هذا البحث الكيفي نموذجا عن الكيفية التي ساهم بها البحث الإثنوغرافي في البحث في صفوف مثل هذه المجموعات التي يصعب الوصول إليها. وفي هذا السياق يقول كلاتس وسودران: "إن البحث الإثنوغرافي ليس طريقة مفردة (أي مقصورة على أداة بحث واحدة)، بل هو مجموعة من الأدوات البحثية الموجهة لدراسة الظواهر الاجتماعية داخل البيئات الطبيعية التي توجد بها. وذلك من خلال التفاعل مع المبحوثين باستعمال

³³²- M.Clatts and J. Sotheran, « Challenges in research on drug and sexual risk practices of men who have sex with men : applications of ethnography in HIV epidemiology and prevention », AIDS and behavior, Vo. 4, No. 2, 2000, pp 169-180.

لغاتهم داخل بيئاتهم. وعلى المستوى النظري العام، يختلف هذا التراث البحثي "الطبيعي" عن النماذج التجريبية المستعملة في البحث المختبري والعيادي، والتي تفرض، مثلا، أن جميع التأثيرات البيئية "معروفة" ومن الممكن تثبيتها لكي يتسنى "عزل" التأثيرات التي تحدثها البيئة المادية والاجتماعية في الأفراد المبحوثين، ومن ثم يولي أهمية منهجية لملاحظة المجموعة السكانية التي يدرسها وهي داخل بيئتها الطبيعية. وهذا التوجه المنهجي مستمد من المسلمة التي تقول إن الظواهر السلوكية مترابطة بطرق معقدة يمكن اختزالها دائما إلى مجموعة بسيطة من العلاقات القابلة للعزل عن طريق إجراء التجارب عليها"³³³.

يتبين من خلال هذه المقارنة بين التجارب الكمية والبحث الإثنوغرافي الكيفي، أن البحث الكيفي ضروري لدراسة الكثير من الظواهر الاجتماعية، خاصة منها تلك التي يستعصي الوصول إلى أفرادها أو تلك التي تحتاج إلى مقارنة متعددة التخصصات. وقد كان البحث الكيفي- الإثنوغرافي أمرا محوريا لابد منه في بناء معرفة عن هذه المجموعة، وفهم الممارسات والأفكار والمبررات التي تدفع إلى تعاطي المخدرات بين الرجال الذين ينخرطون، إلى جانب ذلك، في ممارسة الجنسية المثلية، وفهم العلاقة بين هذه الممارسات وبين القابلية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري.

هكذا، استطاع البحث الإثنوغرافي الذي أجراه كلاتس وسودران، أن يزودنا بقدر كبير من المعلومات المهمة والتي لم تكن معروفة من قبل هذه المجموعة السكانية. وهذا النوع من المعلومات التي جمعها هذان الباحثان تشهد بقوة البحث الكيفي. إذ أتاح لهما بحثهما التمييز بين فئات عامة من السلوك يشيع بين الناس الاعتقاد بأنها فئة واحدة من فئات السلوك. وقد ختم كلاتس وسودران دراستهما ببيان مدى أهمية البيانات الكيفية الوصفية، عند التفكير في استحداث أشكال فعالة من الوقاية والخدمات التدخلية الناجمة الموجهة إلى المجموعات السكانية.

ففي الوقت الذي ساعدنا فيه البحث الكمي على الإحاطة بالمجموعات السكانية والفئات الاجتماعية والعمرية والجنسية الأكثر عرضة لهذا الداء، لعب البحث الكيفي دورا حيويا في تحصيل المعرفة عن الفئات اللامرئية والأفراد الذين لا تقع أعيننا عليهم والذين أثار عليهم الإيدز بقدر تأثيره على المصابين به. ونقصد هنا مقدمي الرعاية للمرضى؛ فهذا المرض فريد من نوعه، إذ يؤثر بشكل كبير على شخصية المصاب به وعلى روابطه الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية التي ينتمي إليها. ولعل أكبر تجلٍ لهذا التأثير الذي يخلفه الإيدز هو الوصم الاجتماعي الذي يطال الأشخاص المصابين به وأسرهم، نظرا للمعاني السوسيو-ثقافية التي تضيف اجتماعيا على الإيدز. ويعد هذا الوصم من وجهة نظر العلوم الاجتماعية إشكالا حقيقيا يماثل في حدته إشكال المرض في حد ذاته. ويكشف هذا المرض موقفا فريدا من نوعه فيما يخص تقديم الرعاية للمصابين به؛ ففي

³³³ - Ibid, p170.

الوقت الذي يكون فيه المرضى في حاجة دائمة للرعاية عند الإصابة بمرض طويل الأمد، فإن هذا المرض وما يتفرد به من سمات اجتماعية وجسمية خاصة يكشف عن حالة خاصة من تقديم الرعاية التي يتعين اكتشافها.

ولتحقق من ذلك ميدانيا، قررت برميلا دكروز³³⁴ سنة 2004 أن تجري بحثا كيفيا عن خبرة الأسرة بتقديم الرعاية للمصابين بالإيدز وفيروسه في الهند. وقد قامت بإجراء مقابلات متعمقة في جلسات متعددة، وأجرت ملاحظات إثنوغرافية مع 19 من أعضاء الأسر ممن كانوا يقدمون الرعاية أو ممن كانوا يتلقونها. وحصلت دكروز على مبعوثها من خلال العينة العمدية، وقد خلصت إلى أن الأخلاقيات المتبعة في البحث لها تأثير بالغ على سيرورة البحث، خاصة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإيدز والقضايا المتصلة بالسرية العلاجية والخصوصية التي يواجهها الباحث خلال عملية اختياره للمبعوثين المشاركين. وبفضل التزامها بمبادئ الأخلاقية، وذلك عن طريق استعمالها للموافقة الصريحة وبناءها للألفة، استطاعت إنجاز بحثها الذي كان بالنسبة لها بمثابة تحدٍ حقيقي.

لقد بين هذا البحث، أن الباحث إذا ما أخذ المدى العمري للأشخاص المتعايشين مع هذا الداء بعين الاعتبار، سيكتشف أن عملية تقديم الرعاية لهؤلاء المصابين تؤدي في الغالب إلى انقلاب الأدوار الاجتماعية؛ إذ نجد في الكثير من الأحيان أن الذي يقدم الرعاية للشخص المصاب، هو والده الكبير السن أو أبنائه صغار السن. علاوة على ذلك، بيت هذه الباحثة أن تقديم الرعاية لفرد مصاب بالإيدز أثقل وطأة من تقديم الرعاية للمصابين بأمراض أخرى بسبب طول الفترة الزمنية التي يعيشها "الميت الحي"، ولأن هذا المرض يستهدف أساسا الشباب المراهقين ممن يكونون منتجين اقتصاديا ونشيطين جنسيا، وبسبب المعاني الثقافية المرتبطة بهذا المرض. ولعل هذا ما كشف عنه المنهج الفينومينولوجي المعتمد في هذا البحث؛ إذ سعت من خلاله دكروز إلى فهم الخبرة الشخصية والمعاني الذاتية لتجربة المرض. فعندما كانت تجري المقابلات داخل بيت المبعوث كانت تقوم كذلك بتسجيل الملاحظات الإثنوغرافية لفهم "سياق الموقف" الذي يتم فيه تقديم الرعاية. ومن خلال قيامها بالجمع بين المقابلة المعمقة، وإجراء الملاحظات، واستعمال الاتجاه الفينومينولوجي، حصلت على قدر كبير من البيانات الكيفية التي صنفتها وفقا لموضوعاتها الأساسية، بعد قيامها بعملية من عمليات "الغوص في أعماق البيانات". والنتيجة هي نجاحها في الوصول إلى فهم أكبر لعملية تقديم الرعاية للشخص المصاب بالإيدز، وللطرق المختلفة التي بمقتضاها يخبر الناس دور مقدم الرعاية مع إدخال السياق الاجتماعي لهذا المرض في الحساب.

³³⁴ - P. D'Cruz, «The family context of care. In HIV/ AIDS: a study from Mumbai, India », The Qualitative Report, vo. 9, No. 3, 2004, pp 413-

434. www.nsuworks.nova.edu/tqr/vol9/iss3/3/ Consulté : 08/08/2015.

بناءً على نتائج هذه الدراسات الكيفية، يمكن القول أن قوة البحث الكيفي تكمن في كشفه عن لامرئية الإيدز. غير أن ذلك لا ينبغي أن يسقطنا في إنكار أهمية البحث الكمي في هذا المجال، وما يلعبه من أدوار في تشخيص الوضعية الإيدزولوجية للعدوى وتتبعها سنويا على المستوى العالمي. فوحده البحث الكمي بمقدوره أن يدلنا على معدلات الإصابة بالمرض ومعدلات انتشاره بالفئات الاجتماعية والعمرية والجنسية الأكثر عرضة لمخاطر للإصابة به، وبالممارسات المحفوفة بالخطر الأكثر نقلا للعدوى كالممارسات الجنسية والمخدرات المحقونة، لهذا، فبمقدور البحث الكمي في هذا المجال أن يجيب عن أسئلة من قبيل: من هم الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بعدوى الإيدز؟ وما هي الممارسات الأكثر نقلا للعدوى؟ وما هو معدل انتشار المرض بالمجتمع؟ وكم عدد الأشخاص المصابين به؟ وما سنهم وجنسهم وطبقتهم ومهنتهم؟ وما هو معدل الوفيات التي يتسبب فيها هذا المرض؟

لكن وعلى الرغم من أهمية هذه المعلومات التي لا يتأتى بلوغها دون الاعتماد على البحث الكمي، فإن هذا الأخير لا يمكنه أن يجيبنا عن أسئلة من قبيل: لماذا ينخرط بعض الأشخاص في سلوكات محفوفة بالخطر كالممارسات الجنسية مثلا بشكل غير محمي مع العلم أنهم على دراية مسبقة بإمكانية تعرضهم للإصابة بعدوى الإيدز؟ ولماذا يتعرض الأشخاص المتعاشون مع هذا الداء للوصم والتمييز من قبل من لهم معرفة علمية بالمرض كأطباء والممرضين والعاملين بالوسط الطبي؟ كيف لنا أن نفهم تعرض الأشخاص المتعاشين مع هذا الداء إلى الإقصاء والعزل والوصم والتمييز من قبل الأقارب، كأفراد الأسرة والأصدقاء، في الوقت الذي يحظى به غيرهم من المتعاشين مع أمراض مزمنة ومعدية أخرى كالسرطان والالتهاب الكبدي والسل... بالتعاطف والتضامن الاجتماعيين؟ وما الذي يجعل من مرض الإيدز فوبيا اجتماعية مترسخة في المخيال الاجتماعي؟ وكيف يتحول الشخص المصاب من شخص واصم قبل حدث الإصابة إلى شخص موصوم بعدها؟ كيف يعيش المصاب تجربة إصابته بالإيدز؟ ثم كيف يخبر هذه التجربة ويدبرها؟ وما طبيعة الاستراتيجيات التعايشية التي ينهجها المصابون للتعايش مع هذا الداء، وأيضا لمقاومة الوصم وتدير السر الطبي وتقاسمه مع الغير بالوسط الأسري والمهني والجمعي والاجتماعي؟ وما هي الصور والأشكال التي يتخذها السلوك الجنسي عن هؤلاء الأشخاص؟ وكيف تتأثر جودة حياتهم الجنسية والعاطفية والمهنية والاجتماعية جراء الإصابة؟ ثم كيف يخبر الآخرين من الناس ممن يقدمون الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية تجربة الشخص المصاب؟

تبقى هذه الأسئلة مجرد جزء من القضايا والأبعاد التي لا يمكن النفاذ إليها، دون الاستعانة بالمقاربة الكيفية، بالإضافة إلى المقاربة الكمية، ودون الاستعانة بالمنهج التفهيمي التأويلي، بالإضافة إلى المنهج التفسيري الذي يطمح إلى البحث عن العلاقات الثابتة بين الوقائع الاجتماعية والأحداث (الأسباب) المسببة لها. ولعل أهم ما يزيد من أهمية المنهج الكيفي في مجال تجربة مرض الإيدز هو كون هذه الأخيرة تكاد تكون تجربة سرية

يصعب الوصول إلى الأشخاص المصابين بها، وبالتالي فإن المراهنة على البعد الكمي تبقى شبه مستحيلة، نظرا لعدم رغبة الكثير من المصابين الإفصاح عن تجربتهم لغير الطبيب والعاملين بالوسط الطبي، خوفا من الانكشاف والفضيحة والعار، هذا من جهة. ومن جهة أخرى، فإن الطبيب وأيضا مقدمي الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والفاعلين الاجتماعيين ممن لهم علاقة مباشرة بالأشخاص المتعايشين، ليس لهم الحق في إخبار الباحث بهوية هؤلاء الأشخاص وإحالاته عليهم دون أخذ موافقتهم. حماية للسر الطبي ولحقهم في السرية. لهذا، وجدنا أنفسنا أمام ضرورة اعتماد المنهج الكيفي كضرورة ميثودولوجية فرضت نفسها علينا فرضا شديدا، نظرا لصعوبة الوصول إلى الأشخاص المتعايشين مع الإيدز وفيروسه؛ إذ ظلت مسألة الإلتقاء بالمصاب وإقناعه بالمشاركة في البحث تحديا ميدانيا حقيقيا مطروحا علينا وبشكل يومي على طول فترة تواجدها بميدان البحث، وذلك بسبب الخوف والصمت الذي يحيط بالمرض، وأيضا بسبب السرية المضروبة عليه من قبل الأطباء والمرضى وذويهم.

ثالثا - من سؤال الانطلاق إلى الإشكالية

لماذا يتعرض الشخص المصاب بالإيدز وفيروسه، للوصم الاجتماعي من طرف المجتمع بفئاته المتعلمة وغير المتعلمة، بينما يحظى في مقابل ذلك المريض المصاب بأمراض أخرى (مزمنة، حادة، عابرة)، بشتى أنواع التعاطف والمواساة والتضامن الاجتماعي. وكيف يمكن فهم وتفسير الخوف المبالغ فيه من الإيدز؟

لقد لازمنا، هذا السؤال طوال مرحلة التفكير في اختيار الاشتغال على هذا الموضوع؛ فمنذ اللحظة التي عايشنا فيها العديد من القصص الأليمة لأشخاص مصابين بهذا الداء، عبر الإنصات لبوحهم وهم يدلون بشهاداتهم لنا كباحثين عن تجربتهم مع المرض والوصم، في إطار البحث الوطني حول "السيدا وحقوق الإنسان" الذي شاركنا في إنجازه³³⁵، (منذ هذه اللحظة) ونحن منشغلون بهذا السؤال، الذي كان مدخلا

³³⁵ - لقد شاركنا في هذه الدراسة بصفتنا عضوا بفريق الصحة والمجتمع التابع لمختبر سوسولوجيا التنمية الاجتماعية (LASDES) بكلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهرز فاس، رفقة السوسولوجي المغربي محمد عبايو الذي كان مسؤولا عن البحث وكتابة التقرير النهائي للدراسة. وقد ساهم في هذه الدراسة باحثون آخرون بالجمعية المغربية لمحاربة السيدا. وقد أنجزت هذه الدراسة بطلب من الجمعية (ALCS) و صندوق الحقوق الإنسانية الدولية (FDHM) سنتي 2010 و 2011 بالمدن المغربية الكبرى كالبيضاء ومراكش وأكادير والرباط وطنجة، مع عينة من الأشخاص المتعايشين مع مرض السيدا و VIH مكونة من 133 شخص تم استجوابهم عبر تقنيتي المقابلة والاستمارة.

وقد أتاحت لنا هذه التجربة فرصة تعرفنا من خلالها عن قرب على واقع وتجارب الأشخاص المصابين بالإيدز. فعبر المقابلات التي كنا نجريها مع الفئات المصابة (شباب، نساء، رجال، مثليون، ممتنات الجنس، متزوجون، أرامل، مطلقون...) غالبا ما كانت الهشاشة الاجتماعية والصحية هي قاسمها المشترك الذي كنا نعاين تكراره في جل الحكايات التي أدلوا بها لنا، والتي عشناها معهم بحمولاتها التي يمتزج فيها ألم المرض بالأمل في الحياة، والبكاء بالبوح. لقد عشناها بنوع من التعاطف الذي لم نستطع كباحثين رغم ما بذلناه من جهد ذهني وحذر منهجي، لكي نكون موضوعيين دون أن نتوقف في ذلك. ربما لأن الباحث كذات عارفة حينما يوجد أمام المريض كموضوع للمعرفة - خاصة وأن المرض الذي نعنيه هنا يعد غالبا في نظر المريض رديفا للسرية وللموت والوصم واللاشفاء- يصبح للموضوعية معنى آخر قريب من الذاتية دون أن يكون له معنى ذاتيا يفقده شرط العلمية، معنى تعجز بموجبه الذات على تشييء موضوعها وتجميد أحاسيسها ومقاومة مشاعر التعاطف والبيئذائية، التي لا تعد في الكثير من المواضيع

موجهها للتفكير في بناء موضوع البحث، وفي انتقاء عدته البيبليوغرافية والميثودولوجية والمفاهيمية الملائمة. وبعد اطلعنا على ما تستدعيه الضرورة العلمية من هذه العدة، بدا لنا أن البحث في إشكالية الإيدز والوصم الاجتماعي قد نالت حظا وافرا من الاجتهادات العلمية في حقول العلوم الاجتماعية لاسيما السوسيولوجية والأنثروبولوجية منها، في العالمين الفرنكوفوني والأنكلوساكسوني. في الوقت الذي مازالت فيه مقارنة هاته العلوم لقضايا الصحة والمرض بصفة عامة، ولقضايا الإيدز وباقي الأمراض المزمنة بشكل خاص، تعاني من النقص الشديد في التراكم العلمي للأبحاث والدراسات في المغرب إسوة بغيره من الدول العربية.

سعيا منا للمساهمة - إلى جانب ثلة من الباحثين السوسيولوجيين المغاربة الذين مهدوا لنا الطريق - في تغطية، ولو جزء ضئيل، الفراغ المعرفي الحاصل، وإحداث تراكم سوسيولوجي حول قضايا الصحة والمرض، ووعيا منا بأهمية هذا التراكم، قررنا خوض هذه المغامرة، ونحن نعلم، منذ البداية، أنها لن تكون سهلة، سيما وأننا نريد مقابلة عينة سوسيولوجية لامرئية، تصعب مقابلتها، ميزتها الأبرز التواري عن الأنظار وإنكار الإصابة خوفا من الوصم الاجتماعي. ونحن نفكر في كيفية بناء موضوع بحثنا هذا، بما يسمح له من جهة، بقابلية الأجراء الميدانية، ومن جهة ثانية، بتقديم إضافته النوعية للبحث السوسيولوجي، التي تعد غايتنا الأسمى من ورائه، بدا لنا أن سؤال الانطلاق، يحتاج إلى إعادة صياغة، حتى يتسنى لنا بلوغ ما نسعى إليه من أهداف.

فالتساؤل عن الأسباب التي تجعل الشخص المصاب بالإيدز وفيروسه عرضة للوصم، على خلاف غيره من المرضى المتعاشين مع أمراض أخرى كما هو وارد في الصيغة أعلاه، هو تساؤل من جهة أولى، عن الخوف الاجتماعي من الإيدز ومن المصاب به، وذلك على ضوء مفهوم دور المريض والتمثلات والرهانات والقيم الاجتماعية المرتبطة به، التي تفرض عادة التقبل الاجتماعي للمريض والتعاطف معه في محنة المرض. فضلا عن مسؤولية الإصابة بالمرض؛ إذ يتمثل مرض اجتماعيا على أنه ليس نتاجا لسلوك المريض الخاص، بل هو نتاج إما لأسباب خارجية أو داخلية مستقلة عن إرادته الشخصية، لكن في حالة المصاب بالإيدز، يصبح العكس صحيحا، حين يحمل المجتمع مسؤولية الإصابة بالمرض للمريض نفسه لكي يشرعن الممارسات الوصمية والتمييزية تجاهه. ومن جهة ثانية، هو تساؤل عن الأسباب الكامنة وراء هذا التباين، الذي يتجاوز

عائقا، بل شرطا لبناء المعرفة والنفاذ إلى منطقتها اللامرئي. لقد لعبت هذه التجربة دورا حاسما في اختيارنا لهذا الموضوع كإشكالية لأطروحتنا السوسيولوجية هاته.

وقد حرر التقرير النهائي لهذه الدراسة من طرف الدكتور محمد عبابو شهر يوليو من سنة 2014، تحت عنوان:

- Mohammed Ababou, *Persistence des discriminations et des violations des droits humains: le cas des personnes vivant avec le VIH au Maroc (PVVIH)*, op. cit.

الحدود التفسيرية لمفهوم دور المريض كما قدمه تالكوت بارسنوز، ومن ثم تساؤل عن المحددات السوسيو-ثقافية والجنسانية والأخلاقية لهذا التباين القائم في المخيال الجمعي بين الإصابة بمرض الإيدز بوصفه حدثا جسديا واجتماعيا "غير عادي"، وبين الإصابة بباقي الأمراض بوصفها أحداثا "عادية"، رغم حدثها التي قد تفوق، في بعضها، حدة الإيدز سواء على مستوى التسبب في الموت أو على مستوى الألم والمعاناة الذين قد تسببها للمريض.

إن اتخاذ سؤال الانطلاق هذا، بصيغته الاستفهامية المقارنة، إشكالية مركزية لموضوع بحثنا، يتطلب من الناحية الميثودولوجية، إجراء دراسة مقارنة لعينة تتكون من فئتين على الأقل، الأولى تشمل مرضى الإيدز والثانية تشمل أشخاصا مصابين بأمراض مزمنة ومعديّة أخرى. من أجل المقارنة بين الأسباب التي تؤدي إلى ممارسة الوصم والتمييز في حق الأشخاص المتعاشين مع الإيدز، وبين الأسباب التي تؤدي إلى التعاطف والتضامن مع الأشخاص المصابين بغير الإيدز. غير أنه لم تكن هاته هي الصيغة المنهجية الوحيدة لفهم منطوق الوصم الاجتماعي الذي يطال هؤلاء الأشخاص فقد بدا لنا أنه من الممكن أيضا، مساءلة المسار المرضي للشخص المتعاش مع مرض الإيدز وفيروسه، وذلك عبر البحث في تجربته الشخصية مع المرض ومحاولة استخلاص خبراته وما يرتبط بها من استراتيجيات تكيفية لمواجهة ما يتعرض له من إذلال ووصم وتمييز وانتهاك للحقوق الإنسانية. وذلك عبر الإنصات لشهادات أشخاص خبروا المرض وعاشوه. تبعا للإمكان المنهجي الثاني الذي وقع عليه اختيارنا، أصبح لزاما علينا تعديل سؤال الانطلاق، ليشمل بالإضافة إلى مفهوم الوصم والتمييز وتجربة الإصابة والتمثلات الاجتماعية، مفهوم مسار المرض وهوية المريض واستراتيجيات تدير المرض. ليصبح السؤال الإشكالي العام لبحثنا يتخذ الصيغة الاستفهامية الآتية: كيف يخبر الأشخاص المتعاشون مع مرض السيدا وعدواه، عبر مسارهم المرضي، تجربة الإصابة وما يرتبط بها من وصم وتمييز وتمثلات واستراتيجيات تكيفية؟

يبدو من خلال هذا السؤال الإشكالي أن الوصم الاجتماعي الذي يطال الأشخاص المتعاشين مع هذا الداء، واقع قائم الذات، وبالتالي لم يعد ممكنا التساؤل عن مدى ملازمة الوصم للإيدز؟ وهل جميع الأشخاص المصابين يتعرضون للوصم أم أن الوصم يطال البعض دون الغير؟، طالما أن الوصم قد ولد مع الإيدز، نظرا لارتباط هذا المرض إبان اكتشافه لأول مرة في بداية الثمانينات، بفئة المثليين ومستعملي المخدرات عبر الحقن بولاية تكساس بالولايات المتحدة الأمريكية. ومنذ ذلك الحين والوصم إلى جانب التمييز واللامساواة الجنسية يشكل عائقا كبيرا أمام محاربة الانتشار الوبائي لعدوى للإيدز. ولا يكاد مجتمع يخلو من ظاهرة الوصم، وإن كانت حدته ومجالاته ومحدداته السوسيو-ثقافية تختلف من مجتمع لآخر في الدرجة فقط وليس في النوع. فالوصم لم يعد مجرد ظاهرة كونية فقط، بل أصبح وباء عالميا معمما، لا يقل خطورة عن وباء السيدا نفسه، نظرا لحجم التبعات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والحقوقية الناجمة عنه. وقد

سبق لمدير البرنامج الدولي لمحاربة السيدا لمنظمة الصحة العالمية سنة 1987 جونتان مان³³⁶، أن قسم المسار التاريخي لظهور مرض السيدا إلى ثلاث مراحل كبرى، محددا الأولى في وباء فيروس HIV، والثانية في وباء الإيدز، والثالثة في مرحلة وباء الوصم والتمييز والإنكار، معتبرا أن وباء الوصم يوازي في خطورته على الصحة العمومية خطورة مرض الإيدز نفسه.

لقد غدا من الواضح اليوم، أن محاربة الإيدز تتوقف، إلى حد كبير، على التصدي للوصم الاجتماعي الملازم له، بوصفه عائقا بنيويا يغذي شتى أشكال التمييز التي تطال المصابين، ويشرعن التمثلات السائدة اجتماعيا حولها والممارسات الإقصائية التي تنتهك فيها حقوق الأشخاص المتعايشين مع المرض، في الحياة الخاصة كما في الحياة العامة، في المنزل ومن طرف أفراد الأسرة كما في المستشفى ومن طرف مقدمي الرعاية الصحية. فضلا عن ذلك، يبقى الخوف من التعرض للوصم، أكبر عائق يحول دون إقدام العديد من المصابين على اللجوء إلى الرعاية الصحية ومتابعة العلاج بشكل منتظم وطلب الدعم والمساعدة والمشورة الطبية في القضايا المتصلة بالإيدز. كما يحول دون إقبال الأشخاص غير المصابين خاصة من ذوي السلوكات المحفوفة بالخطر (عاملات الجنس، الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، مستعملو المخدرات عن طريق الحقن، المهاجرون، السجناء، المتحولون جنسيا...) على القيام بالكشف المبكر لفيروس HIV عبر إجراء تحليل الدم.

ورغم الجهود الدولية المكثفة في مجال محاربة الإيدز، وعلى الرغم من اكتشاف العلاج الثلاثي المضاد للفيروسات القهقرية المعروف بـ"ARV" سنة 1996، والتطورات التي شهدتها البحث الطبي في المجال العلاجي للسيدا في السنوات الأخيرة، فإن الوصم والتمييز الناتج عنه مازال واقعا محايثا للإيدز، كما أن التمثلات الاجتماعية المصاحبة لهذا الداء وللأشخاص المصابين، مازالت راکدة ولم تواكب هذه التطورات العلاجية، التي تحول بمقتضاها مرض الإيدز من مرض قاتل ولا أمل للشفاء منه، إلى مرض مزمن يمكن للمصاب أن يتعايش معه بكيفية عادية كما يتعايش مع باقي الأمراض المزمنة، ويمكنه أيضا أن يزاول نشاطاته المهنية والجنسية المحمية بكيفية عادية، كما يمكن لأمد الحياة عنده أن يساوي أمد شخص غير مصاب، إذا ما اتبع التحاليل والعلاجات بكيفية منتظمة ومستمرة. لذا، فالسؤال الذي يطرح بهذا الصدد، هو لماذا تقاوم التمثلات الاجتماعية السائدة حول الإيدز والشخص المصاب هذا التغيير، رغم تحول هذا المرض من حقل الأمراض القاتلة إلى حقل الأمراض المزمنة؟ وإذا كان الوصم المرتبط بالإيدز حقيقة قائمة الذات، وعائقا بنيويا أمام إنجاح جهود الوقاية والحد من الانتشار الوبائي للفيروس، وعائقا نفسيا واجتماعيا، من جهة، أمام ولوج الأشخاص المصابين للعلاج، والقضاء، والخدمات العمومية والخاصة، ومن جهة ثانية، أمام ولوج الأشخاص غير المصابين أيضا إلى التشخيص المبكر، فما الذي يجعل منه واقعا محايثا للإيدز؟ ومن أين يستمد قهره؟

³³⁶ - Man Jonathan, Statement at an informal briefing on aids to the 42nd session of the United Nations general assembly, New York, 20 october, 1987.

وكيف يعيد إنتاج ذاته ويحافظ على استدامته؟ وفي ظل الارتباط البنوي بين تجربة الإصابة وتجربة الوصم الاجتماعي، كيف يخبر الشخص المصاب إذن هاتين التجريبتين عبر مساره الحياتي؟ وما هي الآثار التي تخلفهما على هويته وجوده حياته النفسية والجنسية ومسارته الحياتية الأسرية والمهنية والعلاجية والاجتماعية والحقوقية؟ ووفق أية استراتيجيات كيفية يدبرهما؟ وما المعنى الذي يمنحه لهما قبل وأثناء وبعد حدث الإصابة؟

رابعاً: فرضيات البحث

إن اكتشاف الإصابة بالإيدز وبفيروسه من قبل الأشخاص المصابين، ليس فعلاً ذاتياً حراً وعقلانياً، يكتشف بشكل قصدي وطوعي من خلال الكشف المبكر عن الإصابة أو عدم الإصابة بالفيروس. كما أن التعرف الفعلي على مرض الإيدز لا يتم إلا بعد تجربة الإصابة، التي تعد منعطفاً كبيراً يغير مسارات المتعاشين وهويتهم وتمثلاتهم للإيدز وللمصاب بها وللوقاية ولذواتهم وللمجتمع والمستقبل ولثنائية الموت والحياة بصفة عامة. ويحتّم عليهم التعايش مع تجربة المرض ومقاومة الوصم الاجتماعي، الناتج عن التمثلات السائدة اجتماعياً -حول المرض بوصفه عاراً ولعنةً وابتلاءً، وحول المريض بوصفه منحرفاً ومسؤولاً عن إصابته- بنهجهم لاستراتيجيات فردية وجماعية قصدية، غايتها تطبيع الإصابة بالمرض.

1- الفرضية العامة

نفترض أن الإصابة بالإيدز وبفيروسه هي حدث اجتماعي ومنعطف بيوغرافي حاد في المسار الحياتي للشخص المصاب، وإعلان عن بداية مسارات جديدة وتبعثر وانسداد أفق مسارات قديمة، وهو في الوقت ذاته، تعديل للهوية الاجتماعية للمصاب الذي يعد فاعلاً في تجربته المرضية، بما يسلكه من استراتيجيات تعايشية لتدبير الإصابة ولمقاومة الوصم الاجتماعي.

2- الفرضيات الإجرائية

- الفرضية الإجرائية الأولى: نفترض أن ما كان يحمله المصابون قبل إصابتهم من تمثلات وممارسات ومعارف عن مرض الإيدز، هي بناءات سوسيو-ثقافية أكثر منها طبية-إكلينيكية.
- الفرضية الإجرائية الثانية: نفترض أن فعل اكتشاف الشخص لإصابته بالإيدز أو بفيروسه، هو فعل عرضي ومنعطف بيوغرافي في المسار الحياتي للمصاب.
- الفرضية الإجرائية الثالثة: نفترض أن ما يتعرض له الشخص المصاب بالإيدز أو بفيروسه، من وصم وتمييز وانتهاك للحقوق، يحوله إلى فاعل في مسار المرض يطور استراتيجيات فردية وجماعية قصدية، لتدبير المرض وتطبيعها.

خامسا - عينة البحث: العمق عوض التعميم

أمام استحالة إجراء المسح الشامل على مجتمع البحث واستجواب جميع أفرادها، أصبحت البحوث الميدانية المعاصرة تعتمد على فكرة العينة، كتقنية من تقنيات البحث التي تسهل على الباحث إجراء بحثه، شريطة أن يختارها بطرق علمية تضمن تمثيلية مجتمع البحث في شموليته، عبر إتاحة الفرصة لكل فرد أو وحدة بحثية بأن تستجوب، وبكيفية متساوية، مع باقي أفراد ووحدات البحث. غير أن مسألة التمثيلية لا تكتسي مشروعيتها العلمية إلا في البحوث الميدانية الإحصائية المعتمدة على المنهج الكمي. في حين يصبح لسؤال التمثيلية وللعينة وطريقة اختيار أفرادها أو وحداتها معنى مغايرا في المقاربة الكيفية، التي لا يكون الباحث فيها، بالضرورة، محكوما بهاجس التكميم والتعميم لنتائج بحثه، بقدر ما يكون مسكونا بهاجس العمق، فدافعه الأساس هو الوصول إلى أكبر قدر من المعلومات النوعية التي يصعب الوصول إليها باعتماد المقاربة الكمية، والتعمق في دراسة حالات معينة ومحدودة بشكل يخول له النفاذ إلى جوهرها اللامرئي وجوانبها الملتبسة.

فحينما يكون الباحث أمام تجربة البحث عن موضوع لامرئي ومخجل اجتماعيا في نظر المجتمع، يجد نفسه أمام استحالة اعتماد عينة عشوائية تضمن تمثيلية مجتمع البحث. وهذا ما واجهته عالمة الاجتماع الأمريكية المعاصرة شارلين هيس-بيير³³⁷ لما كانت بصدد مقابلة عينتها من الجنس مثلين التي لا تختلف في خصوصيتها الاجتماعية عن عينة المصايين بالإيدز، وتقول في هذا الصدد: إن "الباحث في حالة استعمال العينات العمدية، قد لا يكون مهتما بأن تكون العينة ممثلة للجمهور الكبير، كما أنه، في الواقع، قد لا يكون لديه فكرة عن هذا الجمهور الكبير من يكون. مثال ذلك، أنني لما كنت مهتمة بصياغة أحكام عامة عن اضطرابات الأكل بين الطلبة الجامعيين المثليين، فقد كان من الصعوبة البالغة علي أن أحصل على قائمة شاملة تضم أسماء جميع الطلاب المثليين لكي أنتقي منهم العينة المطلوبة، وذلك بسبب الخلافات التي تدور حول موضوع الخوف المرضي من المثلية، وموضوع حماية الهوية الشخصية للفرد"³³⁸

³³⁷ - تعد شارلين هيس-بيير واحدة من الوجوه السوسولوجية المعاصرة المطورة للمنهج الكيفي، والمدافعة عن صلاحيته الميثودولوجية في مقارنة أوضاع الفئات المقهورة اجتماعيا كالنساء والمثليين. وقد اهتمت كثيرا بتطوير المنهج السوسولوجي المعتمد على طرق البحث المختلط الذي يجمع بين الطرق الكمية والكيفية في نفس الآن. كما عملت على ابتكار تقنيات البحث النوعي المعتمدة على الوسائل التكنولوجية ومواقع التواصل الاجتماعي التي تسميها بالطرق الناشئة "Les méthodes émergentes". وتعد بيير مناظلة مؤثرة في صفوف الحركة النسوية بأمريكا، وهي حاليا أستاذة علم الاجتماع ومديرة برنامج الدراسات النسوية والمرأة في كلية بوسطن. وقد عملت على البحث في المحددات السوسيو-ثقافية لصورة الجسد النسوي، ولها العديد من الإسهامات السوسولوجية حول صورة جسد المرأة وعبادة النحافة والعادات الغذائية والحركة النسوية والعدالة الاجتماعية. ككتاب هل "أنا نحيفة بما يكفي حتى الآن؟"، وكتاب "عبادة النحافة وتسويق الهوية"، الصادر سنة 1996 بأكسفورد، وقد تم اختياره كأفضل كتاب أكاديمي في العلوم الاجتماعية بالسنة التي صدر فيها من طرف مجلة العلوم الاجتماعية ببوسطن. بالإضافة إلى العديد من الكتب ككتاب "الطرق الناشئة في البحث الاجتماعي" وكتاب "تطبيق البحث الكيفي"، وكتاب "تطبيق البحث النسائي"، وكتاب "البحث الكيفي في الميدان الصحي".

³³⁸ - نفس المرجع السابق، ص 138.

وتضيف شارلين هيس-بيبر في نفس السياق: "يضع منطق البحث الكيفي الفهم العميق في المحل الأول من اهتمامه، حيث يعتمد في عمله عادة على استخدام العينات الصغيرة، والهدف من ذلك أن يدقق النظر في "عملية" ما أو يقف على "المعاني" التي يضيفها الأفراد على وضعهم الاجتماعي المعين، فهو لا يسعى بالضرورة إلى صياغة تعميمات. فنحن لا نقصد من دراستنا لاتجاهات النساء إزاء صور أجسادهن أن نصوغ أحكاما عامة وشاملة عن عدد النساء اللاتي يعانين من مشكلة تتعلق بصور أجسادهن، بل لفهم كيف تشعر النساء بالبدانة، مثلا، في ثقافة تفضل النحافة".³³⁹ لهذا، فغالبا ما يكون اختيار عينة البحث مشروطا بموضوع البحث نفسه، بالإضافة إلى منهجه وأهدافه وإمكانات الباحث المادية والزمنية والعلائقية، وبصعوبات البحث الميدانية وبطبيعة الفئات المستجوبة. "فكثيرا ما يهتم الباحثون الكيفيون باختيار العينات العمدية أو الحكمية. ويتوقف اختيار نمط العينة العمدية على أساس المشكلة المحددة التي يتناولها البحث، كما يتحدد في ضوء الموارد المتاحة للبحث"³⁴⁰.

ومادنا نروم من وراء موضوعنا البحث في المسار المرضي للأشخاص المتعاشين مع الإيدز وفيروسه، وفي ظل لامرئية هؤلاء الأشخاص وعدم رغبتهم في تقاسم تجربتهم المرضية مع الغير في غالب الأحيان، بالإضافة إلى حرصهم الشديد على إنكار الإصابة وإخفائها والعيش في سرية تامة ما أمكن، فقد واجنا صعوبة كبيرة في الوصول إليهم بطريقة مباشرة. لذا كان لزاما علينا البحث عن سبل غير مباشرة تقودنا إلى الالتقاء بهم، وبعدها تعذر علينا توظيف وساطة جمعية محاربة السيدا بمراكش، لجأنا إلى إمكانية ثانية، وهي وساطة مصلحة الأمراض التعفننية بالمدينة ذاتها، بكل من المستشفى الإقليمي ابن زهر (المأمونية) والمركز الجامعي الاستشفائي محمد السادس.

وأمام ضرورة الاستعانة بوساطة المؤسسة العلاجية، للوصول إلى عينتنا، التي يتسم وضعها الاجتماعي والنفسي بالخصوصية والحساسية المفرطة من الفضيحة، وجدنا أنفسنا أمام عائق إبستمولوجي ومفارقة ميثودولوجية ومأزق أخلاقي يمس إلى حد ما بإيتيقا البحث وبسرية المرضى: وهو ما السبيل للوصول إلى عينة سرية وخفية؟ وكيف للمرضين والأطباء، أن يدلوننا عليها، وهم مطالبون، في نفس الآن، بحكم قانون المهنة والأخلاقيات المنظمة للممارسة الطبية، بحماية السر الطبي وخصوصية المريض، الذي له كامل الحق في عدم إفشاء مرضه من طرف الغير؟

³³⁹ - هيس-بيبر شارلين وليفي باتريشا، نفس المرجع السابق، ص 138.

³⁴⁰ - J. Patton, Qualitative research and evaluation methods, Thousand Oaks, Ca, Sage, 3rd ed, 2002, p 242.

1- بناء عينة البحث

نظرا لارتكاز بحثنا على المنهج الكيفي، وعلى المقاربة البيوغرافية التفهيمية لتجربة المرض ومسارات المريض الحياتية، وأخذا بعين الاعتبار متغير الزمن في مفهوم مسار المرض، وجدنا أنفسنا أمام ضرورة اختيار العينة العمدية أو القصدية³⁴¹، التي لم نكن نستجوب فيها، على نحو عشوائي، كل من نصادفه أمامنا من المرضى المترددن بشكل يومي على مستشفى النهار بمصلحة الأمراض التعفننية، سواء لتلقي العلاج والرعاية أو لإجراء التحاليل عن تطور وضعيتهم المصلية، أو الوافدين الجدد لإجراء تحليل الدم لتأكيد إصابتهم من عدمها بالفيروس، أو المصابين الذين يرقدون بغرف المرضى، بل وضعنا بعض المتغيرات النوعية الأساسية في بناء عينتنا، بما ينسجم مع أهداف وإشكالية البحث وفرضياته ومنهجه، ومن بين هذه المتغيرات:

✓ متغير مدة الإصابة: أي تاريخ اكتشاف المصاب لإصابته ومدة معاشته للمرض أو للفيروس، وهنا لابد من التمييز بين تاريخ الإصابة وبين تاريخ اكتشاف الإصابة؛ بحيث إن الشخص قد يكون حاملا للفيروس دون أن تظهر عليه أعراض الإصابة، ودون أن يكون على علم بوضعيته المصلية، في حين أن تاريخ اكتشاف الإصابة يرتبط بحتمية مرور المصاب بحدث الإصابة كمحطة مفصلية في بيوغرافيته ومساره الحياتي. وما يعيننا هنا هو تاريخ اكتشاف المصاب لإصابته. وقد ميزنا في هذا المتغير الزمني بين ثلاث فئات، الفئة الأولى حديثة العهد باكتشاف الإصابة ولم يمضِ على علمها بذلك سنة واحدة، والفئة الثانية، مضى على معاشتها للمرض ما بين سنة وثلاث سنوات. بينما حددنا الفئة الثالثة في المصابين الذين مضى على تعایشهم مع الإصابة أكثر من ثلاث سنوات والذين وصلوا إلى مرحلة مرض الإيدز. ويمكن التمييز بمقتضى هذا المتغير بين فئتين، فئة متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري وفئة متعايشة مع مرض الإيدز.

³⁴¹ - تنقسم العينة العمدية أو القصدية وتسمى أيضا بالعينة الحكمية (Judgment Sample)، حسب أنسلم ستراوس وسي جلاسر، إلى نوعين:

- العينة النظرية "The Theoretica Sample"، التي غالبا ما تستخدم في المنهج الكيفي القائم على النظرية المؤسسة أو القاعدية "Grounded Theory" التي تبدأ من الصفر بدون الاعتماد على أطر نظرية ونتائج علمية سابقة، لكي تؤسس نظرية جديدة من صميم الواقع وعبر استقراء أو استنباط معطياته. واختيار العينة النظرية معناه تلك العملية التي يتم بمقتضاها جمع البيانات بهدف تأييد النظرية التي بواسطتها يقوم المحلل في الوقت ذاته بجمع بياناته، وتحليلها، كما يقرر، أثناء إجراء عملية التحليل، ما هي البيانات التي سيقوم بجمعها فيما بعد، وأين يمكنه أن يجدها حتى يبلور النظرية، وهي تتشكل أثناء سيرورة البحث بطريقة تدريجية.

-عينة الملاءمة (Convenience Sample)، وهي العينة التي تفرضها شروط البحث الميدانية وإكراهاته، التي تفرض على الباحث أن يقبل بالأفراد الموجودين أمامه نظرا لغياب البديل. ويمكن الرجوع في هذا الصدد إلى مؤلفهما.

- See Glaser and Anslim Strauss, The Discovery of Grounded Theory, strategy for qualitative research, Chicago, Aldine,1967.

ويسمي النوع الثاني، من العينات حسب جون كلود كومبيسي J.C. Combessie، بالتعيان في نفس المكان (Échantillonnage sur place). نقلا عن المالكي عبد الرحمن ومحمد عبابو: "عالم الاجتماع أمام المرض المزمن، دروس تجربة ميدانية. مجلة آفاق سوسولوجية، مختبر سوسولوجيا التنمية الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس، العدد الأول 2011. ص:104.

✓ متغير الجنس والسن: حرصنا على أن تشمل عينتنا الأشخاص المصابين من الذكور والإناث والمتحولين جنسيا من الشباب وغير الشباب أيضا، نظرا لكون متغيري الجنس والسن محدداً أساسيان في انتشار العدوى بالإيدز.

✓ متغير الحالة العائلية: تتألف عينتنا من ثلاث فئات، فئة العازبين وفئة المتزوجين وفئة الذين سبق لهم المرور بتجربة الزواج (المطلقين والأرامل). ويعود مبرر اختيار متغير الحالة العائلية إلى وعينا المسبق بالأثر الكبير الذي تحدثه الإصابة بالإيدز على شبكة الروابط الاجتماعية، وعلى الأدوار الاجتماعية، وعلى البناء الاجتماعي والقيمي لمؤسسة الأسرة.

✓ متغير السلوك المحفوف بالخطر³⁴²: نظرا لكون الإيدز تنتشر في صفوف الفئات السكانية الأساسية بكثرة كعاملات الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والسجناء، ومستعملي المخدرات عبر الحقن، والمهاجرين مقارنة بباقي الفئات الأخرى، فقد عملنا، قدر المستطاع، على الانفتاح على هاته الفئات. نظرا لأهميتها في فهم مسار المرض في علاقته بالانحراف والعمل والسلوك المحفوف بالخطر والوقاية والولوجية لفضاءات العلاج والرعاية. غير أن صعوبة الوصول إلى هاته الفئات، جعلتنا نقتصر فيها على بعض مهنات الجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال فقط.

✓ متغير المجال الجغرافي: تتسم نسبة الإصابة بالتوزيع اللامتكافئ لها على المستوى الوطني، سواء على المستوى الجهوي، أو على مستوى الوسطين الحضري والقروي اللذين تسجل بهما نسب متفاوتة بشكل كبير، إذ بلغت خلال الفترة ما بين 2009-2013 نسبة 79% بالوسط الحضري و21% بنظيره القروي³⁴³. وتبعاً لهذا التباين المجالي تبقى للمتغير المجالي أهمية كبرى في إدراك كيفية تمثل المصاب لإصابته وتقاسمه للمرض مع المحيط وولوجه للعلاج والرعاية. لذلك أخذنا هذا المتغير بعين الاعتبار، فاخترنا أشخاصاً مصابين من الوسط القروي وآخرين من الوسط شبه الحضري، بالإضافة إلى مصابين يقطنون بالوسط الحضري وهم الأكثرية ضمن عينة البحث.

³⁴² - حذرت منظمة الصحة العالمية في التقرير السنوي لسنة 2014، عن الوضع الوبائي للسيدا في العالم، من العجز الحاصل في تزويد المجموعات الرئيسية بما يكفي من الخدمات لعلاج فيروس العوز المناعي البشري، والمتمثلة في الرجال الذين يمارسون الجنس مع أمثالهم نزل السجون ومتعاطو المخدرات عن طريق الحقن والعاملون في مجال الجنس والمتحولون جنسياً. معتبرة أن هذا العجز يهدد بتقويض التقدم المحرز في مجال محاربة السيدا وجهود الوقاية. وهؤلاء الناس هم الأكثر عرضة لمخاطر الإصابة ونقلها في حالة ما أصيبوا بها. كما أنهم الأقل احتمالاً في الولوج إلى خدمات التشخيص والعلاج والوقاية. ولا يحسب لهم حساب في العديد من البلدان خاصة بمنطقة إفريقيا جنوب الصحراء ومنطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط وآسيا وشرق أوروبا.

- ONUSIDA, Rapport mondial su l'épidémie mondiale de sida, 2013, op. cit.

³⁴³ - Ministère de la santé DELM/DMT, Service des MST-SIDA, Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Maroc, Fin Octobre 2013, op. cit.

وقد تم اختيارنا لعينة البحث من المتعايشين مع الداء، اعتماداً على وسيلتين: تتمثل الأولى في الاعتماد على ملفات المرضى الذين يرقدون بغرف المرضى والذين يتابعون العلاج والرعاية بمصلحتي الأمراض التعفننية بالمستشفيات المذكورين أعلاه. إذ سجلنا، بمساعدة الممرض الرئيس المكلف بتوزيع مواعيد الزيارة الطبية على المصابين، لائحة تشمل عدداً كبيراً ممن تتوفر فيه المتغيرات الأساسية التي وضعناها لاختيار عينتنا من الأشخاص المتعايشين، والذين يمكن استجوابهم، في حالة ما لم يُبدوا أي اعتراض على ذلك. وقد تم تكوين هذه اللائحة من خلال المواعيد الطبية الموزعة على المصابين داخل أجل زمني محدد في ثلاثة أشهر، وهو تاريخ الموعد الذي يمنح في الغالب، لجل المصابين، لمقابلة الطبيب أو التزود بالأدوية أو تتبع تطور الحالة المصلية (l'état sérologique) للمصاب بإجراء التحاليل حول نسبة خلايا الدم البيضاء (CD4) وحول الحمولة الفيروسية في الدم (la charge virale). ويبلغ عدد المواعيد الطبية الموزعة عليهم ما بين 15 و25 موعد في اليوم³⁴⁴. بينما تتمثل الثانية في الاعتماد على مساعدة الطبيب والممرض والوسيط العلاجي، الذين عملوا على إخبار المصاب بوجودنا، وبعد أخذ موافقته يرسلونه إلينا فور الانتهاء من خدمته، لنشرع معه في إجراء المقابلة.

وتتوزع عينة بحثنا بصفة عامة على فئتين رئيسيتين، تتكون الفئة الأولى من فئة الأشخاص المتعايشين مع مرض الإيدز وفيروسه، وتشمل هذه الفئة بدورها مجموعة من الفئات الفرعية كفئة النساء والشباب وعاملات الجنس ومثلي الجنس، والمتعايشين الحديث العهد بالإصابة ومتوسطي مدة الإصابة، والمصابين لمدة طويلة، والقرويين، والحضرين، والعازبين والمتزوجين والمطلقين والمزملين. بينما تتكون الفئة الثانية من الفاعلين الطبيين (الأطباء والممرضون) والجمعويين (الوسطاء العلاجيون التابعون لجمعية محاربة السيدا)، في مجال تقديم الرعاية الصحية للأشخاص المتعايشين مع هذا الداء، بمصلحة الأمراض التعفننية بمستشفى "ابن زهر" والمركز الاستشفائي الجامعي "محمد السادس" بمراكش. تضم الفئة الأولى 54 شخصاً متعايشاً مع الداء، في حين تشمل الثانية أربعة أطباء وأربعة ممرضين، ووسيطين علاجيين تابعين لجمعية محاربة السيدا (ALCS). فلماذا اخترنا هذا العدد بالضبط، وليس أكثر أو أقل؟

³⁴⁴ - الملاحظة التي أثارت انتباهنا في هذا الإطار، هي عدم احترام العديد من المصابين لمواعيدهم الطبية في أوقاتها المحددة، سواء منهم الذين يتابعون بمصلحة الأمراض التعفننية بمستشفى "ابن زهر" أو بالمركز الاستشفائي الجامعي "محمد السادس". مما دفعنا إلى إضافة سؤال الولوجية إلى فضاء العلاج والصعوبات التي تعيق المرضى، إلى قائمة الأسئلة المدرجة في دليل المقابلة، الذي خضع لمجموعة من التعديلات حسب المستجدات التي كان تفرضها ملاحظتنا لمجال البحث والمقابلات التي أجريناها مع عينة البحث.

وعن المبررات المنهجية التي كانت وراء اختيار هذا العدد، بالنسبة للفئة الرئيسة الأولى، يمكن إرجاعها إلى ثلاثة مبررات أساسية أولها التشبع النظري³⁴⁵، الذي كان سببا موضوعيا دفعنا إلى التوقف عند هذا الحد. فحينما كنا نصل إلى مرحلة نلمس فيها تكرار نفس المعطيات مع نفس الفئة الفرعية كنا نقرر التوقف والانتقال إلى البحث مع فئة فرعية أخرى من الفئات الفرعية التي كان، إلى حد ما، عدد أفرادها متاحا لنا مقارنة مع باقي الفئات الفرعية الأخرى. "لذلك فالتشبع النظري يبدو شيئا من الصعب بلوغه بسهولة وذلك عكس ما يتبادر إلى الذهن لأول وهلة. ولكن وبالمقابل ما أن يتم بلوغه حتى يوفر قاعدة صلبة جدا للتعميم، وهكذا فإن التشبع الموصل إلى التعميم يؤدي بالنسبة للمقاربة البيوغرافية إلى نفس المهمة تماما التي تؤديها تمثيلية العينة بالنسبة للأبحاث المنجزة اعتمادا على تقنية الاستمارة."³⁴⁶

وقد ساعدنا المخبرون المتواجدون بميدان البحث في الوصول إلى بعض الحالات التي يصعب الوصول إليها، رغم أننا لم نشعر بوصولنا معها إلى مرحلة التشبع الكافي. وهنا يكون دور هؤلاء المخبرين أساسيا بالنسبة للباحث لبلوغ مرحلة التشبع على الرغم من صعوبة الحديث عن وجود تشبع مثالي وكاف يصله الباحث، لأن الباحث كما يوضح ذلك دانييل بيرتو³⁴⁷ "لا يمكنه الاطمئنان أو التأكد من بلوغ مستوى من "التشبع" إلا بقدر ما يكون قد تمكن عن وعي وتبصر من إيجاد العدد الكافي من المخبرين المتنوعين إلى أقصى حد ممكن (...). إن التشبع هو سيرورة لا تتم فقط على مستوى الملاحظة ولكن على مستوى التمثل الذي يكونه ويبنيه فريق البحث شيئا فشيئا عن موضوع الدراسة."³⁴⁷

ويتمثل السبب الثاني، في صعوبة الوصول إلى الفئات الفرعية المستعصية كفتي المثليين وممتهنات الجنس، وبالتالي تم الاكتفاء بما استطعنا الوصول إليه، على الرغم من كوننا لم نحس بتحقيق التشبع النظري، كما هو الحال بالنسبة للفئات الفرعية الأخرى، نظرا لأهمية هاته الفئة، إذ تعد مدخلا مهما ومفتاحيا لفهم تجربة الإصابة والوصم والوقاية والولوجية في علاقتها بالسلوك المحفوف بالخطر. أما السبب الثالث، فيتمثل في عدم تجانس الفئات الفرعية المشكلة للفئة الرئيسة الأولى، التي إذا كانت توحدنا تجربة

³⁴⁵ - يشير مفهوم التشبع النظري (La saturation théorique) حسب ميشيل أجار (Michael Agar)، إلى اللحظة التي يجد فيها الباحث نفسه أمام تكرار نفس النتائج بالنسبة للمجموعة أو الفئة التي يبحث فيها من أفراد عينة البحث، وأن المعطيات المجمعة لم تعد تضيف شيئا إلى علم الباحث. حينها يكون الباحث قد وصل إلى مرحلة كفاية البيانات المجمعة بخصوص هذه المجموعة من المحوئين. يمكن الرجوع في ذلك، إلى مؤلفه:

- Michael Agar, *The professional stranger: an informal introduction to ethnography*, 2nd ed, New York, Academic Press, 1996.

³⁴⁶ - دانييل بيرتو، المقاربة البيوغرافية، صلاحيتها الميثودولوجية وإمكاناتها، ترجمة عبد الرحمن المالكي، تكوين ماستر التنمية والتغير الاجتماعي، مسلك علم الاجتماع، كلية الآداب، ظهر المهرز فاس، 2008، ص 3.

- Daniel Bertaux, « L'approche biographique, sa validité méthodologique, ses potentialités », in *Cahiers internationaux de sociologie*, Numéro 69, 1980.

³⁴⁷ - المرجع السابق نفسه، ص 2.

التعايش مع الإصابة، فإن متغيرات عديدة أخرى كانت تفرقها، كمتغير أقدمية اكتشاف حدث الإصابة والسن والجنس والحالة العائلية والوسط والسلوك المحفوف بالخطر.

أما بالنسبة للفئة الرئيسة الثانية، المكونة من الأطباء والمرضى والوسطاء، فقد استجبنا جل العاملين بالمصلحة، الذين وافقوا على مشاركتهم معنا في البحث. ولتوضيح توزيع عينتنا حسب متغيراتها الكيفية، الخاصة بالفئة الرئيسة الأولى، نقدم الجداول الآتية

الجدول رقم (1): توزيع عينة البحث حسب متغيري الجنس ومدة التعايش مع الإصابة

المجموع	مدة طويلا	مدة متوسط	مدة قصيرة	مدة التعايش مع الإصابة
				الجنس
18	5	6	7	ذكر
30	9	11	10	أنثى
6	1	3	2	مثلي
54	15	20	19	المجموع

إن ما تستوجب الضرورة المنهجية الإشارة إليه هنا، هو أن متغير مدة التعايش مع المرض، لا نقصد بها لحظة الإصابة وإنما لحظة اكتشاف المصاب لإصابته، وقد احتسبناها ابتداء من اللحظة التي تلقى فيها المصاب خبر إصابته.

الجدول رقم (2): توزيع عينة البحث حسب متغيري الحالة العائلية ووسط الإقامة

المجموع	حضري	شبه حضري	قرو	الوسط
				الحالة العائلية
28	17	6	5	عازب(ة)
17	7	4	6	متزوج(ة)
9	8	1	00	مطلق(ة) أو أرمل(ة)
54	32	11	11	المجموع

نظرا للبس الذي يلف مفهوم الشباب كفئة عمرية واجتماعية³⁴⁸ متحولة ونسبية، والذي واجهناه في مقابلتنا لأفراد عينة البحث، تجنبنا الاعتماد على هذا المتغير في تصنيف عينة البحث، على الرغم من كون أغلب أفرادها يتراوح سنهم ما بين 22 و45³⁴⁹، إلا أن معيار السن غير كافٍ لتحديد مفهوم الشباب تحديدا علميا، بل لابد من متغيرات أخرى كالعامل والاستقلالية عن الأسرة والحالة العائلية... غير أن هاته المتغيرات وجدناها متناقضة أحيانا مع متغير السن: فهناك حالات من المستجوبين عازبين وبعضهم عاطل عن العمل أو مازال يتابع دراسته ويقطن مع أسرته، والبعض الآخر متزوج وسنه فعلا لم يتجاوز السن الذي وضعناه كحد أقصى لمرحلة الشباب وهو 45 سنة. في حين نجد بالمقابل حالات مناقضة عند البعض الآخر، إذ رغم كونهم تجاوزوا سقف 45 سنة، إلا أنهم ما زالوا غير متزوجين، وبدون عمل قار، والمتزوجون منهم، يعتمدون أحيانا على أسرهم ويقطنون معهم وهم غير مستقلين عنهم. ولعل هذا ما يدفعنا إلى طرح السؤال الآتي: هل يتخذ مفهوم الشباب دلالة خاصة عند الإصابة بمرض مخجل ومزمن يفقد بسببه المصاب العديد من حقوقه كالحق في العمل والزواج والسفر والكرامة؟

³⁴⁸ - يري بيير بورديو (Pierre Bourdieu)، أن مفهوم الشباب لا يشير إلى فئة عمرية واجتماعية محددة ومستقلة بذاتها عن باقي الفئات الاجتماعية الأخرى، وإنما هو مجرد كلمة (La jeunesse n'est qu'un mot) لأن الحدود بين الفئات العمرية هي حدود مصطنعة واعتباطية، فنحن لا نعرف أين ينتهي الشباب لتبدأ الشيخوخة، مثلما لا نقدر أين ينتهي الفقر ليبدأ الثراء. ومعنى ذلك حسب بورديو أن الفئات العمرية هي نتاجات اجتماعية بالضرورة، تتطور عبر التاريخ وتتخذ أشكالا وصورا خاصة حسب المعايير والقيم والأدوار الاجتماعية. وأن الشباب والشيخوخة ليسا مجرد معطيات بيولوجية، بل هما بناءان اجتماعيان، كما أن العلاقة بين العمر البيولوجي (L'âge biologique) والعمر الاجتماعي (l'âge sociale) هي علاقة بالغة التعقيد. ولفهم العلاقة بين الأجيال لابد من الرجوع حسب بيير بورديو إلى رهانات وخاصيات الحقل (Le champ) الذي تنتهي إليه هاته الفئات.

- Pierre Bourdieu, Questions de sociologie, Editions de Minuit, 2002, PP : 143-154.

³⁴⁹ - رفعت المندوبية السامية للتخطيط المغربية، في تقديمها لنتائج بحثها الوطني حول الشباب، سنة 2012، سن الشباب إلى 45 سنة كحد أقصى و18 سنة كحد أدنى. معللة ذلك بمجموعة من الأسباب في مقدمتها عدم وجود تحديد موحد في العالم من طرف الدراسات والأبحاث الدولية والأكاديمية، التي تحدده تارة في 15-25 وتارة أخرى ما بين 15-30 ومرة أخرى ما بين 18-29. وبالنسبة إلى المبرر الموضوعي الذي دفعها إلى ذلك بالنسبة للشباب المغربي هو التحول الديموغرافي الذي شهدته الساكنة المغربية وارتفاع أمد الحياة المتوقع عندها، الذي ارتفع من 47 سنة عام 1962، إلى 74.8 سنة 2010. بالإضافة إلى دوافع أخرى حددتها في تغير أنماط الاستهلاك والقيم والسلوكيات الاجتماعية... وتوسع الفئة العمرية التي تبلغ من العمر 44 سنة التي انتقلت من 35.7 بالمائة سنة 1982، إلى 43.6 بالمائة من مجموع الساكنة سنة 2010.

- Haut Commissariat Au Plan, L'enquête nationale sur les jeunes, Royaume de Maroc, juin 2012.

الجدول رقم(3): توزيع عينة البحث حسب متغيري الجنس وامتهان الممارسة الجنسية

المجموع	مثلي	أنثى	ذكر	الجنس امتهان الجنس
45	4	23	18	غير ممتهن
9	2	7	0	ممتهن
54	6	30	18	المجموع

تجدر الإشارة هنا، إلى ثلاث ملاحظات أساسية: تتمثل الأولى، في أن تصنيف الأشخاص المصابين بين امتهان وعدم امتهان الجنس، أتى بناء على اعترافهم لنا بذلك، ومن لم يصرح لنا بكيفية مباشرة، لم ندرجه ضمن فئة من يمتنون العمل الجنسي، بالرغم من توفرنا أحيانا على معلومات عن بعض الحالات التي صرحت للوسيط العلاجي بامتهانها للجنس، ولم ترغب في التصريح لنا بذلك. بينما تتمثل الثانية فتمثل في كون امتهان الجنس، لم تعترف به فقط النساء، بل، أيضا، بعض الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والمتحولون جنسيا. وتتمثل الملاحظة الثالثة، في كون تعدد الشركاء الجنسيين قبل الزواج أو بعده أو خارجه، لم ندرجه في خانة امتهان الجنس، رغم تصريح بعض الذكور والمتحولين برابطهم علاقات جنسية مع شركائهم، دون أن يكون دافعهم إلى ذلك هو امتهان الجنس أو تقديم الخدمة الجنسية مقابل الأجر. ولابد من الإقرار هنا أن دراسة هذه الفئة تطرح العديد من الصعوبات كما بينت ذلك بعض الدراسات التي توصلت إلى: "وجود العديد من العوائق أمام دراسة الوقاية من الإيدز بميدان العمل الجنسي: عوائق قانونية وثقافية وأخلاقية ودينية واقتصادية وسوسيو-طبية"³⁵⁰.

2- خصائص عينة البحث: هل يشكل المتعايشون مع الإيدز فئة متجانسة؟

تتميز عينة المبحوثين المشاركين في هذا البحث، بالاختلاف والتنوع واللاتجانس من جهة، والتشابه والتداخل والانسجام من جهة ثانية، من حيث خصائصهم الديموغرافية والسوسيو-اقتصادية والصحية؛ إذ يصعب الحديث عن نموذج خالص ومثالي لوضعية المرضى المتعايشين مع مرض الإيدز وفيروسه، بل هناك نماذج متعددة من المتعايشين، تختلف باختلاف سنهم، وجنسهم، وانتمائهم المجالي، ووسط إقامتهم، وحالتهم الاجتماعية، ومدة إصابتهم ودرجتها، ودرجة تقاسمهم لسرهم المرضى مع الغير، وحياتهم الجنسية، وطريقة تعايشهم مع الإصابة...، وتبعا للتباين الذي يسم تركيبة عينتنا يمكن الحديث عن وجود فئات عديدة داخل

³⁵⁰ - Fondation Scelles, La prostitution face au sida, Éditions Erès, Toulouse, 2001, p10.

فئة الأشخاص المتعايشين مع هذا الداء. وبالتالي لا ينبغي الحديث عن هؤلاء الأشخاص بصيغة الجمع، بل لابد من مراعاة خاصيتي التمايز واللاتجانس التي تسم وضعيتهم المرضية ومساهم الحياتي. هذا علاوة، على أنه لا ينبغي للإصابة بهذا الداء، بوصفها قاسما مشتركا بين جميع المصابين، أن تخفي عنا درجات التباين والتعدد ومستويات اللاتجانس التي تكتنف فئات المتعايشين مع مرض الإيدز وفيروسه بالمغرب.

قبل التطرق إلى اللاتجانس الذي يسم عينتنا، لابد من الوقوف أولا على الخصائص الموحدة للمتعايشين مع هذا الداء. فمن خلال تحليلنا المقارن للبطاقة الشخصية للمتعايشين المشاركين في هذا البحث، تبين لنا أن هناك مجموعة من القواسم العامة شبه المشتركة التي توحدهم وتضفي التشابه والانسجام عليهم. وفي مقدمتها نجد الهشاشة التي تبقى الخاصة الأبرز المميزة لوضعهم السوسيو-اقتصادي الهش؛ بحيث إن أزيد من ثلثي المبحوثين (54/41) لا يتوفرون على عمل قار، أو دخل شهري يؤمن لهم الاستقلالية المادية والمعنوية عن الأسرة والمجتمع، أو سكن خاص، أو وسيلة تنقل شخصية... وبالإضافة إلى الهشاشة، يبقى متغير السن، هو الآخر، من بين الخصائص الشبه موحدة بينهم؛ بحيث إن جل المبحوثين (54/43)، يتراوح سنهم ما بين 19 و45 سنة. كما أن غالبيتهم من الشباب والنساء اللواتي بلغت نسبتهن الإجمالية ثلاثون حالة. وبذلك يمكننا طرح السؤال الآتي: إلى أي حد يمكن اعتبار الإيدز مرضا شبابيا ونسائيا بامتياز؟ فضلا عن ذلك، يبقى الخوف من الوصم والتعرض إلى التمييز الهاجس المرعب الذي يخيف جل المصابين، مهما اختلف سنهم وجنسهم ووضعهم السوسيو-اقتصادي. كما تبقى مسألة تفكك الروابط الاجتماعية وتقلصها من بين الخصائص المشتركة أيضا عند جميع المصابين.

غير أن هذه القواسم العامة التي تجعل من الإيدز مرض الفقراء والنساء والشباب بدرجة أولى، تبقى بمثابة الغطاء الذي يحجب اللاتجانس الذي يعد هو الآخر السمة الأبرز لفئات المتعايشين مع هذا الداء. ويمكن الكشف عن هذا اللاتجانس في المستويات التباينية الآتية:

• المستوى المجالي: تكتسي الإصابة بالإيدز دلالة خاصة عند المصابين المنحدرين من المجال القروي الذين يجدون صعوبة مضاعفة في تدبير إصابتهم وتقاسمها مع الغير، مقارنة مع الذين يقطنون بالوسط الحضري.

• المستوى التعليمي: يكشف المستوى الدراسي للمبحوثين عن وجود تباين على مستوى مساهم التعليمي. وبذلك يمكن التمييز بين أربع فئات: الفئة الأولى أمية ولم يسبق لها التسجيل بالتعليم المدرسي النظامي (17 مصاب من أصل 54). الفئة الثانية ذات مستوى تعليمي منخفض (20 مصاب من أصل 54) لم يتجاوز فيه المبحوثون مرحلة التعليم الابتدائي. في حين تمتلك الفئة الثالثة مستوى تعليمي متوسط (13

مصباح من أصل 54) يتراوح بين مرحلتي التعليم الثانوي الإعدادي والتأهيلي. بينما تمتلك الفئة الرابعة، مستوى دراسي جامعي، وهي الفئة التي تمثل الأقلية مقارنة مع باقي الفئات السابقة (4 مصابين من أصل 54).

• المستوى المرضي: ينقسم المبحوثون المشاركون في هذا البحث إلى فئتين رئيسيتين على مستوى درجة المرض ومرحلة الإصابة: تتمثل الفئة الأولى في الأشخاص المصابين بداء نقص المناعة البشري، وهم الأغلبية (54/50). في حين تتمثل الفئة الثانية في الأشخاص الذين وصلوا إلى المرحلة الأخيرة من تطور الداء، وهي مرحلة مرض فقدان المناعة المكتسب. ويتسم وضع الفئة الثانية بالتعقيد نظرا لظهور الأعراض التي تطرح صعوبة كبيرة على مستوى التعايش مع المرض وتدييره وإخفائه عن الغير.

• المستوى السلوكي الجنسي: من خلال الممارسات السلوكية الجنسية للمبحوثين قبل وبعد مرحلة الإصابة، يمكن تقسيمهم إلى ثلاث فئات رئيسية: تتمثل الأولى، في فئة ذات سلوك جنسي محفوف بالخطر العالي وغير الآمن، نظرا لامتهانها للجنس أو مزاجتها أحيانا بين امتهان الجنس والتعاطي للمخدرات والمشروبات الكحولية، أو ممارستها للجنس غير الآمن دون أن تتخذ من النشاط الجنسي مهنة. وتشمل هذه الفئة الذكور والإناث والمثليجنسيين. وتتمثل الفئة الثانية، في الأشخاص ذوي السلوك الجنسي المحفوف بالخطر المنخفض، وتشمل هذه الفئة بالخصوص الشباب غير المتزوجين والمطلقين والأرامل. بينما تتمثل الفئة الثالثة، في الأشخاص ذوي السلوك الجنسي الآمن.

• المستوى التشخيصي: إن ضعف ثقافة التشخيص المبكر عند جل المصابين، تجعل من طريقة اكتشافهم لإصابتهم مسألة عرضية تغيب عنها القصدية مما يجعل من اكتشاف الإصابة فعلا غير عقلائي طالما يرتبط بالصدفة واللاتوقع. غير أنه يمكن التمييز بينهم في ذلك بين أربع فئات رئيسية: تتمثل الأولى، في المصابين الذين لم يكتشفوا إصابتهم إلا بعد ظهور الأعراض، وهي الفئة التي تشكل الأغلبية. ثم الفئة الثانية، التي اكتشفت إصابتها بعدما أصيب أحد أفراد الأسرة الذي كان في الغالب سببا مباشرا وراء إجراء المبحوث للتشخيص الطبي عن الفيروس. في حين تتمثل الفئة الثالثة في التي اكتشفت إصابتها عن طريق التبرع بالدم، أو تتبع حالة الحمل، أو إجراء عملية جراحية. وتتمثل الفئة الرابعة في التي اكتشفت إصابتها بشكل قصدي عن طريق المشاركة في حمالات الكشف المبكر للمراكز الطبية المتنقلة أو بالمراكز الصحية أو الجمعية أو بمختبرات التحاليل الخاصة، وتبقى هذه الفئة هي الأقل مقارنة بالفئات السابقة (حالتين).

• مستوى انتقال العدوى: عندما كنا نسأل المصابين المشاركين معنا في هذا البحث عن الكيفية التي انتقل بها إليهم الفيروس، كنا نلاحظ بأن هذا السؤال يسبب لهم الإحراج والشعور بالخجل. وكنا نتلقى أجوبة متباينة يمكن التمييز فيها بين ثلاث فئات: الفئة الأولى، تجهل سبب إصابتها وتشكل أزيد من ثلث المصابين، والفئة الثانية انتقل لها الفيروس عن طريق الدم، بينما الفئة الثالثة انتقل إليها عن طريق الجنس غير الآمن. وتبقى الفئة الأخيرة حسب تصريحات المبحوثين هي الأقل مقارنة مع الفئتين السابقتين، مما يدفعنا إلى طرح

السؤال التالي: إلى أي حد يمكن القول إن رغبة المصاب في إبعاد شبيهة الانحراف الجنسي عنه، هي السبب الذي جعل النمط الجنسي لانتقال الفيروس يأتي بعد نمط انتقاله عبر الدم في شهادة المبحوثين؟³⁵¹

• المستوى التعايشي: من خلال البيانات الميدانية الخاصة بالأشخاص المشاركين معنا في هذا البحث، يمكن التمييز، على مستوى التعايش مع المرض، بين ثلاث فئات رئيسية: تتمثل الفئة الأولى، في رفض الإصابة وعدم التعايش معها، خاصة بالنسبة للمصابين الحديث العهد بالإصابة. وتتمثل الفئة الثانية، في التآرجح المستمر بين رفض الإصابة أحيانا وبين قبولها والتعايش معها أحيانا أخرى. بينما تتمثل الفئة الأخيرة، في الاستسلام للإصابة وقبولها والتعايش معها بشكل عادي.

• المستوى الأسري: يمكن التمييز في هذا المستوى بين فئتين رئيسيتين: الفئة الأولى تعيش الإصابة بالإيدز بشكل ثنائي أو جماعي داخل الأسرة، نظرا لإصابة بعض أفراد الأسرة أو جلهم أحيانا. بينما تعيش الفئة الثانية المرض بشكل منفرد داخل الأسرة، نظرا لعدم إصابة باقي أفراد الأسرة أو لعدم علمهم بذلك أحيانا.

• المستوى العلانقي: على الرغم من كون الإصابة بالإيدز هي بمثابة إعلان عن بداية تفكك شبكة الروابط الاجتماعية التي تربط المصاب بمحيطه الأسري والاجتماعي والمهني، فإن ذلك لم يمنع العديد من المصابين من تقاسم إصابتهم مع الغير. وهنا يمكن التمييز بين ثلاث فئات: الفئة الأولى، لا تتقاسم إصابتها مع المحيط الأسري بشكل مطلق، والفئة الثانية تتقاسم إصابتها بشكل محدود مع الغير القريب (وتشكل هذه الفئة الأغلبية في صفوف المبحوثين). في حين أن الفئة الثالثة، تتقاسم إصابتها مع الغير القريب (أفراد الأسرة) بشكل علني وصریح، وأحيانا حتى مع العموم (وتشكل هذه الفئة أقلية في صفوف المبحوثين).

• المستوى الوصفي: إذا كان التعرض للوصم والخوف منه، يبقى بمثابة القاسم المشترك بين جميع المبحوثين، فإن درجة حدته تختلف باختلاف المصابين. وبذلك يمكن التمييز ضمن هذا المستوى بين فئتين رئيسيتين: تتمثل الفئة الأولى، في المصابين الذين يعيشون الوصم المركب المؤسس على الهوية الجنسية والاجتماعية من جهة، وعلى المرض من جهة ثانية، خاصة فئة النساء ومثلي الجنس. بينما تتمثل الفئة الثانية، في الأشخاص الذين يعيشون الوصم المؤسس على المرض فقط.

• المستوى العلاجي: تكتسي مسألة التتبع العلاجي للمصابين المشاركين في هذا البحث دلالة خاصة، تكشف عن عدم انتظام المسار العلاجي عند بعضهم؛ بحيث على الرغم من أهمية الحرص على تناول العلاج الثلاثي بشكل منتظم وصارم، فإن بعض المبحوثين يجدون صعوبة في الالتزام بالمواعيد الطبية وفي تتبع العلاج المنتظم، نظرا للتعقيد الذي يسم الولوج إلى الخدمات الصحية، أو لعدم قدرتهم على تناول الدواء وتحمل

³⁵¹ تؤكد جميع التقديرات الإحصائية للمنظمات الدولية والوطنية بالمغرب، على أن العلاقات الجنسية غير المحمية الغيرية والمثلية، هي النمط الأكثر نقلا لفيروس الإيدز. يمكن الرجوع إلى الفصل الثالث الخاص بالوضعية الوبائية والسوسيولوجية للإيدز بالمغرب، للإطلاع على هذه التقديرات الإحصائية.

مضاعفاته الجانبية، أو بسبب بعد المركز الطبي عن مدتهم، أو بسبب الفقر وعدم التوفر على مصاريف التنقل والمبيت، أو نظرا لصعوبة التغيب عن العمل...، وبذلك يمكن التمييز على المستوى العلاجي بين فئتين رئيسيتين: تتمثل أولاهما في فئة ذات مسار علاجي منتظم، بينما تتمثل ثانيهما في فئة ذات مسار علاجي غير منتظم.

سادسا- أدوات البحث

انسجاما مع الرابط البحثي الذي يقوم عليه بحثنا، ومراعاة لطبيعة موضوعنا وخصوصية عينته، وجدنا أنفسنا أمام حتمية ميثودولوجية، فرضت علينا ضرورة اختيار أدوات بحثية وتقنيات تحليلية دون غيرها لجمع وتحليل المعطيات. " فالمشكلة التي تدرسها هي التي تملي عليك طريقة البحث التي سوف تستخدمها في دراستك. فأنت لا تستعمل المطرقة حينما يتطلب الأمر استعمال المنشار."³⁵²

1- مسار المرض كأداة بحثية

يعد مسار المرض أداة تحليلية لفهم البناء الاجتماعي والتفاوضي لمعنى الإصابة واستراتيجيات تديرها والتعايش معها من طرف المصاب. كما يعد مفهوما مفتاحيا لتفهم تجربة الإصابة وما يرتبط بها من خبرات وصراعات تفاوضية يخوضها المصاب مع مختلف الفاعلين المتدخلين في تشيد معالم هذه التجربة ومعناها كالطبيب ومقدمي الرعاية الصحية والمتدخلين الجمعيين والأسرة. وتكمن أهمية هذا المفهوم في كونه أداة بحثية فعالة تتيح للباحث مقارنة تجربة المرض بتجاوز الحدود الفيزيولوجية والباثولوجية للمرض، والتركيز على الجوانب البيوغرافية والتفاوضية والاجتماعية والسيكولوجية المرتبطة بحدث الإصابة بالمرض بوصفه حدثا اجتماعيا مركبا لا ينحصر مفعول نتائجه في حدود التأثير على جسد المريض، بل يمتد ليشمل هويته وتمثلاته وروابطه الاجتماعية ومساراته الحياتية ومحيطه ومختلف الفاعلين المشاركين في تدير المرض.

يرتبط مفهوم المسار بمجموعة من المفاهيم³⁵³ التي تشاركه الانتماء إلى نفس الحقل السيمينطقي كمفهوم مسار الحياة ودورة الحياة والسيرة الذاتية وتاريخ الحياة وحكايا الحياة...، وتتأطر هذه المفاهيم معرفيا في

³⁵² - David A. Karp, speaking of sadness : depression, disconnection, and the meanings of illness, Oxford university Press, 1997, p13.

³⁵³ - لقد وجدنا صعوبة في ترجمة بعض هذه المفاهيم إلى اللغة العربية. لأنها تتخذ في اللغة الفرنسية دلالات متداخلة ومعانٍ تقريبية. ومن بينها:

- parcours de vie
- cycle de vie
- trajectoire
- carrière
- itinéraire
- histoire de vie
- récit de vie

العلوم الاجتماعية والإنسانية ضمن المنهج البيوغرافي الذي يتأسس على خلفية معرفية وإبستمولوجية توليفية ومتعددة الأبعاد؛ فعلى المستوى المعرفي يكسر المنهج البيوغرافي الحدود المعرفية بين العلوم الإنسانية وينظر للإنسان، بوصفه وحدة كلية غير قابلة للتجزئة الذي يعيق عملية الفهم أكثر مما يخدمها. وبالتالي يصبح من المفيد استثمار نتائج ومقاربات مختلف العلوم التي تتخذ من الذات الإنسانية موضوعاً لها. أما على المستوى الإبستمولوجي، فمن خلال المقاربة البيوغرافية يتم تقليص بل إلغاء التعارض -الذي غدا اليوم من كلاسيكيات العلوم الاجتماعية- بين الفرد من جهة والمجتمع من جهة ثانية؛ أي بين النظريات الماكرو-سوسيولوجية التي تعطي الأولوية لجمعية البنيات والمؤسسات والظواهر على حرية الفرد واختياراته العقلانية، وبين النظريات والميكرو-سوسيولوجية التي تعطي الأسبقية للجزئي على الكلي وللفاعل على جمعية البنية. وعن أهمية هذا المنهج يرى جون كلود باسرون³⁵⁴، أن المنهج البيوغرافي قادر على تقديم ضمانات للاستدلال والعقلنة السوسيولوجية ذات صلاحية منهجية ومصداقية معرفية، كما هو الشأن بالنسبة لباقي الأدوات والتقنيات المتبعة في مجال جمع ومعالجة البيانات البحثية. فعبر المراقبة والتوجيه الميثودولوجي لهذا المنهج يمكن ضمان مصداقية نتائجه. وذلك من خلال الاستحضار الدائم للتعارض بين إطارين نظريين: يتمثل أولهما في المؤسسة البيوغرافية المستمدة من التقليد السوسيولوجي الدوركايمي، بينما يتمثل الثاني في المصير البيوغرافي للفرد كحصيلة للتفاعل بين الفردي والجمعية.

ويعد مسار المرض عند ستراوس أداة تحليلية مهمة لمقاربة مسألة تدير المرض وفهمها سوسيولوجياً. لأنه "يساعد على تفادي أحكام الفاعلين في قطاع الصحة عن مرضاهم بكونهم غير ملتزمين بالعلاج فقط انطلاقاً من منظورهم الطبي. وبالموازاة مع ذلك فإن هذا المفهوم يعمق ويدقق البحث (الملاحظة، السمع، المقابلة) مع الأطر الطبية ومن ثم يكشف لنا بشكل أفضل مختلف آرائهم. كما أن هذا المفهوم يعتبر طريقة لتحليل متدرج للعدد الكبير والمتنوع من الأحداث التي تلعب دوراً - على الأقل فيما يخص الأمراض المزمنة الحديثة- كلما حاول المريض أو أسرته أو الفاعلين في قطاع الصحة مراقبة أو مواجهة هذه الأمراض"³⁵⁵.

وتكمن أهمية مفهوم المسار في مرونته وقابليته للتوظيف في مقاربة الآثار التي يحدثها المرض على حياة المرضى ومحيطهم الاجتماعي ومساراتهم الحياتية. وخاصة لما يتعلق الأمر بالأمراض المزمنة الطويلة الأمد

- biographie
- autobiographie

³⁵⁴ - Jean-Claude Passeron, « Biographies, Flux, itinéraires, trajectoires, revue française de sociologie », Éditions Du CNRS, volume 31, numéro 1, Janvier-Mars 1990, PP.3-22 : www.persee.fr/doc/rfsoc-0035-2969_1990_num_31_1_1077 . consulté : 16/03/2015

³⁵⁵ - Anselm Strauss, la trame de la négociation, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Éditions L'harmattan, Paris, 1991. In :

نقلاً عن محمد عبابو، سوسيولوجية الصحة، مقاربات نظرية، طباعة سييام، فاس، الطبعة الأولى 2015، ص 66.

وغير القابلة للشفاء النهائي كما هو الحال مع مرض الإيدز وفيروسه: إذ يبقى أداة تحليلية فعالة ليس لدراسة علاقة المريض بالمؤسسة الطبية فقط، بل أيضا في مقارنة بيوغرافية المريض ودراسة النتائج الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي يتسبب فيها حدث الإصابة على هويته وتمثلاته وروابطه الاجتماعية وجودة حياته ومساراته المهنية والأسرية والروحية والصحية والجنسية...، وأيضا دراسة الاستراتيجيات التكيفية التي ينهجها المصاب لتدبير مرضه وحياته من جديد. سيما وأن الإصابة بهذا الفيروس، تحول حياة جل المصابين إلى موت معيش بشكل مستمر، كما تصبح المداومة على العلاج المنتظم والتتبع الطبي المستمر ضرورة ملازمة لمسار المريض وشرطا لا غنى عنه لتجنب تطور مضاعفات الإصابة والموت.

سنحاول مقارنة المسار المرضي للشخص المصاب بالإيدز وبفيروسه، من خلال مفهوم مسار المريض، باعتباره مسارا حاويا لمسارات المصاب الأسرية والعلاجية والمهنية والجنسية والروحية والحقوقية. وذلك عبر مقارنة التجربة المرضية للمريض وما تخلفه هاته التجربة الكبرى واللامتوقعة، من آثار نفسية واجتماعية واقتصادية على حياة المصاب بأهم الفضايات الاجتماعية، كالفضاء الأسري والطبي والمهني والجمعي. وذلك على ضوء تقسيم هذا المسار إلى ثلاث مراحل كبرى، تتمثل الأولى في ما قبل حدث الإصابة، وستتيح لنا هذه المرحلة التعرف على معارف وتمثلات وأيضا ممارسات المصاب وسلوكاته في العلاقة بالمرض قبل اكتشاف إصابته: أي البحث في بيوغرافية المصاب حينما كان شخصا "عاديا" غير مصاب أو يجهل إصابته³⁵⁶، عبر حثه على استبطان ماضيه خلال هاته المرحلة. بينما تتمثل الثانية، في حدث الإصابة ذاته بوصفه حدثا سوسيو- طبيا مفصليا وغير متوقع. وسنساؤل في هذه المرحلة ردود أفعال المصاب وكيفية تقبله لخبر الإصابة وتدييره و شروط وسياقات الإعلان عنها من طرف الأطباء والمرضى. بينما تتمثل المرحلة الثالثة، في ما بعد حدث الإصابة، سنركز اهتمامنا في هذه المرحلة على البحث في استراتيجيات التكيف مع المرض وتدييره، وتدبير العلاج والعلاقة بالأسرة والأصدقاء والأطباء والجمعية ومكان العمل. وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق لعلاقة حدث الإصابة بهوية المصاب، وللاستراتيجيات هذا الأخير لمواجهة المرض، برصد تحولاته الهوياتية عبر مساره المرضي.

ومراعاة لهذه المراحل الثلاث (ما قبل الإصابة، أثناء تلقي خبر الإصابة، بعد الإصابة). حرصنا على أن تشمل عينة المبحوثين المشاركين في هذا البحث، ثلاث فئات من المصابين: تمثل الفئة الأولى المصابين الذين لهم مسار طويل مع المرض. في حين تمثل الفئة الثانية المصابين الذين لهم مسار متوسط مع المرض. بينما تمثل الفئة الثالثة المصابين الحديث العهد بإصابتهم. حتى تتسنى لنا مقارنة المسار المرضي للمصابين على

³⁵⁶ تعتبر فئة الأشخاص الحاملين لفيروس الإيدز الذين يجهلون إصابتهم، فئة ذات سلوكيات محفوفة بالخطر، خاصة حينما لا تتخذ الاحتياطات الوقائية في علاقاتها بالغير، ويتمثل مكنم خطورتها السلوكية في جهلها بحملها للفيروس. وتقدر نسبتها بالمغرب حسب الإحصائيات الرسمية الأخيرة لسنة 2015 لمديرية محاربة الأوبئة ب 65 بالمائة، أي ما يقارب ثلثي المصابين.

ضوء المتغير الزمني المتمثل في مدة الإصابة بالمرض التي حددناها بتاريخ اكتشاف المصاب لإصابته. وذلك من خلال المقارنة بين المراحل الكبرى لمسار المريض، باعتبار هذه المراحل فئات تحليلية تساعد الباحث على المقارنة بين وضعية الشخص قبل وبعد الإصابة، قبل مرحلة التكفل الطبي وبعدها، وأيضاً قبل الاستفادة من الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية وبعدها. فعبر هذه المقارنات سنتمكن من استخلاص الثابت والمتحول في المسار المرضي للمصاب، عبر رصد التغيرات التي تطرأ على حياة المريض وهويته وتمثلاته وروابطه ومساراته الحياتية (المهنية والأسرية والدراسية والعلاجية والجنسية والروحية والحقوقية...).

2- الملاحظة بالمشاركة: ما الذي يجعل من الملاحظة الطريقة الأنسب لموضوع بحثنا؟

تعد الملاحظة من التقنيات العلمية المهمة في البحث السوسولوجي، إذ تتيح للباحث النفاذ إلى جوهر موضوعه والتحقق من فرضياته بشكل جيد، كما تمكنه من الإحاطة بما لا تستطيع أدوات البحث الأخرى الإفصاح عنه، كالاستمارة والمقابلة مثلاً، التي تجعل الباحث لا يقضي إلا مدة وجيزة مع المبحوث، بالإضافة إلى كون هذا الأخير لأسباب أو أخرى قد لا يفصح بمجرد اللقاء الأول عن خبرته للباحث. بينما عن طريق الملاحظة بالمشاركة للمبحوثين في الميدان الطبيعي الذي يحيون فيه، وليس المصطنع الذي يعد لهم سلفاً، يستطيع الملاحظ أن يتجاوز مشاهدة الصور والأشكال، لمعاينة مختلف أشكال التفاعلات بوحدة البحث والحركات واللغة والهندام وطريقة تقديم الذات أمام الغير، والانفعالات كالتلعثم والخجل والمجاملة والتظاهر بالحب والاهتمام والانطواء والاكنتاب والتشاؤم والغضب والشعور بالفرح أو التقزز...، وبذلك يتحول الملاحظ بوصفه فاعلاً مركزياً في عملية الملاحظة إلى أداة قياس.

و"تعتبر الملاحظة والمشاهدة أحياناً أداتين مهمتين لوسيلة المقابلة، لأنه من خلال المقابلة يمكن مشاهدة المبحوث وتصرفاته، ويمكن ملاحظة ردود أفعاله على الأسئلة المطروحة عليه؛ فمشاهدة الباحث للمبحوث وهو يبكي أثناء المقابلة مع حالة من الحالات الانحرافية، تمكنه من خلال الملاحظة من إثبات أن هذا البكاء ليس صادقاً على سبيل المثال، ولكنه لاستدرار عطف الباحث نتيجة الحيل الدفاعية للمبحوث، ومحاولته التأثير على الباحث من خلال التذاكي وتمييع الموضوع. كذلك فإن مشاهدة المتسولين وهم في ثياب رثة وبالية، قد لا تعكس بالضرورة حقيقة الفقر والحرمان الذي يعيشونه، إذا ما أخضعوا للملاحظة التي قد تظهر عكس ما توحي به ثيابهم. إذن، فالملاحظة والمشاهدة العلمية ليست عابرة ولا تتم بالصدفة، بل هي عميلة مقصودة تحدث وفق خطة وتتطلب انتباهاً ووعياً وتتابعاً وتنطلق من موضوع محدد لتحقيق أهداف محددة"³⁵⁷.

³⁵⁷ - عبد الغني عماد ، علم الاجتماع والبحث العلمي، دار الطليعة، بيروت، الطبعة الأولى، 2016، ص90.

إن اختيارنا لتقنية الملاحظة نابع أولاً، من إيماننا بنجاحتها وصلاحيتها الميثودولوجية، رغم ما تطرحه من صعوبات على مستوى الصياغة والتنفيذ الميداني والتسجيل والتحليل، ولعل هذا واحد من الأسباب التي تفسر عدم الإقبال الكثير عليها من طرف الباحثين في ميدان العلوم الاجتماعية. ثانياً، من رغبتنا في المعاينة المباشرة لواقع الأشخاص المتعايشين مع مرض السيدا وعدواه، بالمستشفى كوسط تفاعلي بين مختلف الفاعلين فيه من أطباء وممرضين ومرضى ووسطاء علاجين ومرافقين للمرضى...، بهدف الوقوف كشاهد مباشر على ديناميات التفاعل التي تتخلل العلاقات البيئذاتية بين مختلف مكونات وحدة الملاحظة. وقد كان الشخص المصاب في علاقاته بمقدمي الرعاية الصحية مركزاً لملاحظتنا، لأنه هو جوهر اهتمامنا؛ إذ كان هو البؤرة المركزية التي عاينا من خلالها علاقات مختلف الفاعلين به، سواء على مستوى طرق التواصل أو تقديم الرعاية أو الاستشارة الطبية أو العلاج أو الاستجابة لحاجياته وهمومه النفسية والاجتماعية وقلقه عن حالته الصحية والمهنية والأسرية.

إن إشكالية البحث، بالإضافة إلى أهدافه وخصوصية عينته كما أشرنا إلى ذلك سابقاً، هي التي كانت وراء اختيارنا لهاته الأداة. فما دام بحثنا يسائل الواقع الاجتماعي للأشخاص المصابين وتجربتهم مع المرض والوصم والعلاج، ومع مقدمي الرعاية الصحية، واستراتيجيات تكيفهم مع واقع الإصابة، فإن اعتماد تقنية الملاحظة كان في غاية الأهمية؛ إذ مكنتنا فعلاً من رصد ديناميات التفاعلات الحاصلة بمجتمع البحث، سواء على مستوى علاقة المصابين ببعضهم البعض، أو على مستوى علاقتهم بذويهم ومقدمي الرعاية الصحية. وهي التفاعلات التي لم يكن بالإمكان الوصول إليها دون الدخول في مشاركة مجتمع البحث والتفاعل معه وجهاً لوجه، مما شكل بالنسبة لنا فرصة لا تعوز، خصوصاً وأن عينتنا هي عينة لامرئية يصعب الوصول إليها دون وساطة المؤسسة العلاجية أو الجمعية.

فبدل اعتماد دور الملاحظ الخالص³⁵⁸ أو المشارك بوصفه ملاحظاً³⁵⁹، أو المشارك مشاركة تامة³⁶⁰، اعتمدنا نمط الملاحظ كمشارك³⁶¹، وقد تطلب منا هذا الدور على امتداد فترات الملاحظة بذل مجهود كبير

³⁵⁸ - الملاحظ الخالص (The complete observer): يقتضي دور الملاحظ الخالص أن تظل هوية الباحث مستترة لأفراد البحث، وأن يقوم بإجراء ملاحظاته عن مجتمع البحث باستعمال وسائل مخبأة للرصد والتسجيل (ككاميرا فيديو، التسجيل الصوتي...) أو بالاختفاء وراء مرآة ذات اتجاه واحد تسمح له برؤية الموجودين خلفها دون أن يستطيعوا رؤيته، أو الاختباء وراء ستار حتى يتجنب أن يكتشفه أحد.

³⁵⁹ - المشارك كملاحظ (The Participant-as-observer): يتطلب من الباحث الذي يريد إجراء الملاحظة، أن يشارك مشاركة تامة في أنشطة الجماعة بموقع البحث مع إظهار هويته الحقيقية لمجتمع البحث.

³⁶⁰ - المشارك الخالص (The Complete participant): الذي يشارك مشاركة كلية لمجتمع البحث في مختلف أنشطته مع إخفاء هويته وتسجيل ملاحظاته بشكل سري.

³⁶¹ - الملاحظ كمشارك (The Observer-as-Participant): يطلب من الباحث هنا أن يكشف عن هويته في موقع البحث إلا أن المدى الذي يبلغه في الاشتراك الفعال مع أعضاء مجتمع البحث يكون محدوداً.

للحفاظ على الثقة والحميمية والألفة مع المبحوثين بموقع البحث، وحتى خارجه أحيانا، بلعب دور المساعد الاجتماعي والنفسي الذي ينصت لهموم المصابين ويرشدهم بمساعدة مقدمي الرعاية الصحية إلى طرق العلاج ويجيب عن أسئلة تـؤرقهم ويقدم الدعم النفسي والمادي أحيانا للحالات التي تعبر عن حاجتها إلى بعض المال لشراء بعض الأدوية أو لاقتناء تذكرة العودة خصوصا للذين يأتون من مناطق بعيدة ويضطرون إلى المبيت بمراكش.

لقد خولت لنا الملاحظة بالمشاركة، الكشف عن بعض الجوانب اللامرئية للواقع الاجتماعي لهؤلاء الأشخاص انطلاقا من وجهة نظرهم، بوصفهم شركاء في البحث وليس مجرد مبحوثين. وهو الأمر الذي أكد لنا لماذا تبقى الملاحظة التقنية الأكثر أهمية في البحث الكيفي الموصى بها من طرف العديد من علماء الاجتماع والأنثروبولوجيين كإرفن غوفمان وأسكار لويس ومالينوفسكي وغليفورد غيريتز...، فقد ساعدتنا كثيرا في استكشاف العديد من جوانب البحث ووقائعه الميدانية، التي ربما كانت ستبقى محجوبة عنا وعن شركائنا في البحث الذين يخضعون لملاحظتنا. فلولا الملاحظة، لما كان لنا أن نكون شاهد عيان من نوع خاص عما يجري بمحيط البحث، ولما استطعنا النفاذ إلى حكايات هؤلاء الأشخاص المصابين والتعرف على خبراتهم مع المرض والوصم واستراتيجياتهم في تـديـير إصابتهم.

وتأكيدا لدور الملاحظة في البحث السوسولوجي، يرى إرفن غوفمان في مقدمة كتابه المعنون بـ"مستشفيات الأمراض العقلية"، أن وصوله إلى فهم العوالم التي كان يعيشها مبحوثوه، كان بفضل انغماسه في عالمهم. فحينما كان يريد دراسة العالم الاجتماعي لنزلاء إحدى المصحات العقلية، كتب قائلا: "كان هـدفـي المباشـر من قيامي بالعمل الميداني في مستشفى سانت إليزابث أن أحاول الإحاطة بالعالم الاجتماعي لتزيل هذه المستشفى، وبالصورة التي يعايش بها هذا النزيل ذلك العالم... وقد تكون لدي اعتقاد في هذا الوقت، ولا

تعود هاته الطوبولوجية لأنماط الملاحظة إلى عالم الاجتماع الأمريكي ر.ل. جولد (Gold.R.L) سنة 1958 في كتابه "أدوار في الملاحظة السوسولوجية الميدانية". وقد رتب هاته الأدوار من الأعلى إلى الأسفل حسب الترتيب الآتي:

- المشارك الخالص
- المشارك كملاحظ
- الملاحظ كمشارك
- الملاحظ الخالص

- R. L. Gold, Roles in sociological field observation, Social Forces, 1958, pp213-217.

نقلا عن الموقع الإلكتروني التالي الخاص بالبحث الكيفي: www.qualres.org تمت زيارته يوم: 2014/09/13

غير أن ما تستوجب الإشارة إليه هنا هو أن الحدود بين هذه الأشكال من الملاحظة ليست واضحة ومطلقة، بل متداخلة ونسبية. وهو ما لاحظناه لما كنا بصدد ممارسة دور الملاحظ المشارك، بدا لنا أنه أحيانا نتحرك صعودا ونزولا بممارسة الأنماط الأخرى من الملاحظة المشار إليها أعلاه، وذلك بحسب الوضعيات التفاعلية التي كنا نتواجد بها.

أزال أو من به، بأن جماعة من الأشخاص-كالسجناء أو البدائيين أو البحارة أو المرضى- يطورون حياة تخصصهم وحدهم بحيث تبدو في نظرك حياة ذات معنى، ومعقولة وسوية بمجرد أن تتوثق صلتك بها، كما أنني اعتقدت ولا أزال أعتقد أن من الطرق الجيدة للتعرف على أي من هذه العوالم أن يسلم المرء نفسه - في صحبة هؤلاء الأعضاء- للسلسلة الرتيبة للأحداث التافهة التي يتعرضون لها".³⁶²

3- تقنية المقابلة: لماذا المقابلة الفردية وليس المقابلة الجماعية البؤرية؟

أمام تعذر الإحاطة بجميع المعطيات التي كنا نتطلع إليها، عبر الاعتماد على تقنية الملاحظة، لأن ليست كل الأشياء تلاحظ بالمشاركة العفوية أو بالعين المجردة، وجدنا أنفسنا أمام ضرورة اختيار تقنية المقابلة المعمقة، للدخول في جلسات حوارية مباشرة مع المصابين، وفي أماكن معزولة ومنفردة. خصوصا وأن بحثنا يروم الإحاطة بالمسار الحياتي للمصاب. فالنبش في ذكريات المريض وماضيه، واستخراج المعرفة المكتومة في الصدور، لا يمكنه أن يتأتى إلا عبر تأسيس علاقة حوارية-بحثية من نوع خاص. يختلف فيها الحوار عن صيغه المألوفة، التي يكون فيها عبارة عن أخذ وعطاء (إرسال واستقبال) وتبادل لفظي أو رمزي للكلام والمعنى، بشكل متساوٍ بين طرفين، ليتخذ شكلا خاصا من التفاعل بين أطراف الحوار (الباحث والمبحوث). فعبر هذا النوع من العلاقة، استطعنا التفاعل مع مبحوثينا بوصفهم شركاء في البحث، كما أن نجاح هذه العلاقة توقف على رابط الثقة بيننا وبين المبحوث، وعلى والانخراط الإيجابي والفعال لهذا الأخير في عملية الاستجواب، التي تطلبت منا أيضا أن ننصت ونسأل شركاءنا بكيفية مفكر فيها قبليا.

تعد تقنية المقابلة، الأداة البحثية الأكثر أهلية لهاته الشروط؛" فالمقابلة المتعمقة، والتي تسمى كذلك المقابلة المكثفة، هي إحدى الطرق الشائعة الاستعمال بين الباحثين الكيفيين في جمع البيانات، وتتخذ المقابلة المتعمقة الأفراد كمنطلق للعملية البحثية، كما تفترض أن لدى الأفراد معرفة متفردة ومهمة بالعالم الاجتماعي يمكن التحقق منها من خلال التواصل الشفوي، أي التحوار مع المبحوثين(..) وتستخدم المقابلات الكيفية للحصول على البيانات الاستكشافية والوصفية والتفسيرية التي يمكن استخدامها في توليد النظرية. ويمكن أن تستخدم هاته التقنية في البحث لوحدها أو صحبة طرق أخرى من البحث كالمسح الاجتماعي أو جماعات المناقشة المركزة أو البحث الإثنوغرافي".³⁶³

وتعتبر المقابلة في الدراسات الميدانية الوسيلة الأساسية التي تمكن الباحث من الوصول إلى الحقائق التي يبحث عنها، والتي لا يمكن تحصيلها دون النزول إلى الميدان وملاقة المبحوث والاطلاع على أحواله المختلفة والعوامل والقوى التي تؤثر في حياته. غير أن أهمية المقابلة في البحث الكيفي لا تنحصر في تزويد الباحث

³⁶² - Erving Gouffman, Essays on the social situation of mental patients and other inmates, Garden city, NY, Doubleday, 1961. pp9-10.

³⁶³ - هيس- بيبر شارلين وليفي باتريشا، نفس المرجع السابق، ص 211.

بالمعلومات الأساسية حول موضوعه، بل تكمن أيضا في خلق نوع خاص من الحوار مع المبحوث الذي يصبح بفضل المقابلة شريكا في البحث وذاتا فاعلة في خلق المعنى الذي يسعى الباحث إلى بنائه، وليس مجرد موضوع للتجريب تنتهي صلاحيته بانتهاء عملية الاستجواب. وبفضلها أيضا تتاح له فرصة التعبير بكيفية مباشرة وحية عن خبراته المعاشة وبصوته الخاص. كما تتيح للباحث في نفس الآن الاقتراب من الأصوات المقصية. لهذا، فالمقابلة تفيد الباحث إلى حد كبير في الاقتراب من الأصوات المقموعة. ومن ثم الوصول إلى المعرفة المقهورة. فمجتمع المهمشين، كمرضى السيدا والنساء والغرباء وأطفال الشوارع والمثليين والفقراء...، تكون لديهم خبرات محجوبة ومعارف مقموعة ومستبعدة عن إدراكنا للحقيقة الاجتماعية. واختيار إجراء المقابلات معهم هو أحد الطرق التي تؤدي إلى الاقتراب من بعض هذه المعلومات، ومن ثم رفع الحجاب عن واقعهم اللامرئي.

تماشيا مع أهداف بحثنا، وانسجاما مع خصوصية عينتنا، المكونة من فئتين رئيسيتين؛ فئة المتعاشين مع مرض الإيدز وعدواه، وفئة مقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية. فقد اخترنا الاعتماد على تقنية المقابلة نصف الموجهة، مع الفئة الرئيسة الأولى. وترجع مبررات هذا الاختيار أولا، إلى الوضع السوسيو-اقتصادي الهش والأمية التي تميز غالبية هاته الفئات، ثانيا، إلى كوننا نبتغي البحث في موضوع محدد وهو مساءلة خبرة المريض مع الوصم والإصابة، وذلك على ضوء مساره المرضي. ثالثا، كون هذا النوع من المقابلات النصف موجهة يشجع استعماله في الأبحاث السوسيوولوجية والأنثروبولوجية، فضلا عن كونه مفتوح للإجابات وغير مقنن بعدد كبير من الاختيارات والأجوبة المسبقة كما هو الشأن بالنسبة للاستمارة أو الاستبيان. كما أنه يتميز عن المقابلة المفتوحة، بتميم الباحث للدليل³⁶⁴ المسبق للأسئلة الكبرى ولبعض الاستنارات المحفزة للمبحوث للإجابة على أسئلة الباحث والتوسع فيها. وتسمى بالنصف موجهة، لأن نظام طرح الأسئلة قد لا يتبع المسار المسبق الذي أعده الباحث، وأن دور هذا الأخير وجهده يكون منصبا بالأساس على توجيه المبحوث إلى التعبير عن مكنون خبراته الشخصية وتصورات في إطار الأهداف المرسومة للبحث، وإذا ما بدا للباحث أن المبحوث خرج عن الموضوع أو وجد صعوبة في التعبير عن خبرته، يتدخل لكي يمدده بالوسائل التعبيرية الميسرة للكشف عن المعنى.

غير أنه من بين الملاحظات التي تستدعي الإشارة إليها هنا، هي أن دليل المقابلة كان في بعض الأحيان يتحول إلى عائق معرفي، يعيق عملية التواصل بين الباحث والمبحوث، ويحول دون الإنصات إلى خبرة المبحوث في ذاتها وكما يفهمها ويريد أن يرومها عن نفسه. خصوصا وأنا كنا نضطر إلى اتباع طريقة خطية وميكانيكية في نظام طرح الأسئلة، مع بعض الحالات ذات الطبع الشخصي الصامت والمنغلق، والتي لا تتكلم كثيرا أو تجد صعوبة في التعبير، أو مع أولئك الذين يخلون أو لا يرغبون في البوح بأسرارهم وتفصيل حميميتهم الخاصة، بسبب الخوف من التعرض للوصم والتمييز. وقد طرح دليل المقابلة نفسه كعائق منهجي، على مستوى تداخل

³⁶⁴ - أنظر دليل المقابلة نصف الموجهة الخاصة بعينة الأشخاص المتعاشين مع الإيدز وفيروسه، بملحق البحث.

أسئلته؛ بحيث كان المبحوث يجيب إما بطريقة غير مباشرة أو بطريقة مباشرة وقبل أن يطرح عليه السؤال من قبل الباحث، نظرا للتداخل والتدرج القائم بين أسئلة دليل المقابلة. وهذا الوضع كان يضطرنا إلى طرح أسئلة بصيغ غير صيغها الأصلية الواردة بها في هذا الدليل. وهنا وجدنا أنفسنا، في الكثير من الأحيان، مطالبين بأن نكون مرنين أكثر بما يسمح لنا بالتفاعل البينداتي التبادلي والخلاق بيننا وبين المبحوث. سيما وأن كل مبحوث تقريبا هو حالة خاصة وعالم متفرد بذاته يحتاج إلى طريقة تفاعل خاصة تبدد خوفه، واستراتيجية تواصلية تلائم تفرد وانتظاراته وتكسب ثقته وتطمئنه للبحوث والتعبير. وقد كنا في بعض الأحيان نجد أنفسنا أمام وضع تفاعلي مع المبحوث، لا يجري فيه مقابلة تحقيقية مقيدة بدليل مسبق، وإنما يجري مقابلة علاجية يتحول فيها الباحث إلى مبحوث معالج أو طبيب، مطالب بالإنصات للمريض والتفاعل مع همومه وانشغالاته والإحساس به ومواساته والرفع من معنوياته النفسية وتقديم السند والاستشارة له وهو يسأله مثلا، عن دواء معين أو طبيب معين أو مساعدة ما أو عن المرض وعلاجه والوقاية منه. وعليه، فكون دليل المقابلة ينظم الحوار بين الباحث والمبحوث ويؤطر شهادة المبحوث ليتكلم في صلب موضوع البحث وأسئلته، لا يعفيه من إمكانية تحوله إلى عائق ابستمولوجي يكبل الحوار ويسقطه في ميكانيكية رتيبة.

هكذا كانت مقابلاتنا مع المبحوثين منفتحة، إذ لم نكن نطرح الأسئلة عليهم فقط، بل كنا نتحاور معهم وننصت لهم ونبدي تعاطفنا معهم وتحمسنا لرواية حكاياتهم للتعرف على مساهمهم وتجربتهم المرضية. فبفضل هذا التعاطف المتفهم والعلاقة التعاونية مع المبحوث، استطعنا كسب ثقة جل المبحوثين الذين تشجعوا لرواية حكايتهم مع المرض، مما مكنا من الظفر بثروة من البيانات، التي ما كان لنا أن نبلغها لولا اجتهادنا لتعديل علاقتنا بالمبحوث وكيفية إجراء المقابلة معه. فبدل أن نفاجئ مريضا متطوعا للمشاركة معنا بأسئلة لم تكن في حسبانته ولم يأت لكي يجيب عنها، بل أتى لغرض طرح أسئلته على الطبيب والممرض والوسيط العلاجي، كنا نحاول الإنصات إليه أولا ونهينئه سيكولوجيا للمشاركة معنا والإدلاء بشهادته بعد طمأنته على السرية المطلقة لشهادته وتعريفه بموضوع مقابلتنا، وإبراز أهمية شهادته في الإجابة عن أسئلتنا ومن ثمة فهم واقع الأشخاص المصابين وما يعانونه من وصم وتمييز وانتهاك للحقوق بالمغرب. وكنا نتدرج معهم في طرح الأسئلة من البسيط إلى المعقد خاصة حينما يتعلق الأمر بالأسئلة المرتبطة بحياتهم الجنسية والحميمية الخاصة، مع إبدائنا للاحترام التام لكل ما يحكونه. ومع تقدمنا في عملية التفاعل البينداتي مع المبحوث، كان هذا الأخير يجد ذاته في رواية حكايته وتزداد حماسه ورغبته في قول كل ما يحس به ويتمثله. وكثيرا ما كان المبحوثون لحظة إنهاء المقابلة معهم وشكرهم على تعاونهم، يقدمون لنا تحية شكر على الفرصة التي أتحناها لهم لرواية حكايتهم والإنصات لها، كما كانوا يعبرون لنا في الكثير من الأحيان عن شعورهم بالراحة وعن تغير رؤيتهم لذواتهم وللمرض والوقاية والعلاج.

غير أنه، من بين العراقيل التي واجهتنا أثناء فترة مقابلة المبحوث، هو عسر إيجاد المكان الذي سيحتضن مقابلتنا لفئة اجتماعية يصعب مقابلتها. فالسرية المضروبة على المرض من طرف المرضى كانت تمنع جهم من الإفصاح عن مرضهم للغير باستثناء العاملين بالوسط الطبي الذين يشرفون على حالتهم الصحية. وبالتالي كنا مطالبين بالقيام بجهدين عسرين، يتمثل الأول في الحصول على مكان آمن يحفظ سرية المبحوث، ويتمثل الثاني في إقناع المبحوث بالمشاركة والتعاون معنا عبر الإدلاء بشهادته. فكان الكثير من المبحوثين يفضلون مقابلتي خارج مصلحة الأمراض التعفنفة أو حتى خارج المستشفى، وكنت أتفهم تخوفهم وأستجيب لرغبتهم؛ بحيث أجريت خمس عشرة مقابلة البعض منها خارج المستشفى، وتسع مقابلات داخل المستشفى، لكن خارج فضاء مصلحة الأمراض التعفنفة التي يرقد بها المرضى ويتلقون العلاج والرعاية الصحية؛ إذ كنت أقابلهم بمرآب السيارات وداخل سيارتي أو بالجانب الخلفي لمصلحة طب النساء والولادة، أو تحت الأشجار وبجانب رصيف حديقة المستشفى، أو بمكتب الممرضة التي تشرف على تتبع العلاجات وتوزيع الأدوية على المرضى، أو بمكتب الوسيط العلاجي الذي يوجد في مصلحة طب النساء والولادة. وكنا نلمس تخوف المبحوثين وعدم شعورهم بالارتياح حينما كنا نقابلهم داخل مصلحة الأمراض التعفنفة. نظرا لعدم انفرادنا بهم طوال المقابلة، إذ كنا نفاجأ من حين لآخر بدخول العاملين بالوسط الطبي علينا ومعهم أحيانا مرضى آخرين، مما كان يعكر أجواء المقابلة ويغذي تردد المبحوث وخوفه من أن يسمعه أحد. لذلك، وحرصا منا على ضمان مقابلة جيدة وسرية مع المبحوثين، غيرنا مكان المقابلة؛ إذ أصبحنا نقابلهم خارج مصلحة الأمراض التعفنفة، وخارج المؤسسة الصحية أحيانا، بعد التنسيق معهم حول وقت ومكان يناسبهم بالدرجة الأولى. هكذا وجدنا أنفسنا مطالبين بالتكيف مع كل حالة حسب ظروفها وتحديد لقاء يؤمن سرية المقابلة ويحفز المبحوث على التعاون معنا. وبما أن فضاء المؤسسة الصحية لا يوفر شروط حفظ السرية للمبحوثين، فإن المقهى كان وجهتنا والفضاء الذي احتضن إنصاتنا لفصول العديد من حكاياتهم.

مما لا شك فيه، أن اعتماد المقابلة الجماعية أو الجماعة البؤرية، سيكون مفيدا لبحثنا أكثر؛ بحيث إن مقابلة جماعة من الأشخاص المتعايشين مع هذا الداء، وجها لوجه وفي نفس الآن، ستيح للباحث الخروج ببيانات غنية وذات اتجاهات بارزة. ويتوقف ذلك من جهة، على سوسيو-جرافية المتحاورين الذين ينبغي أن يكونوا متباينين في السن والجنس والوضع الاجتماعي والاقتصادي والمجالي والحالة الصحية ومدة التعايش. ومن جهة ثانية على دينامية تنشيط وتدير الحوار وتحفيز جميع المتحاورين على المشاركة. لكن الخوف من الوصم وأخلاقيات السر الطبي للمتعايشين، كانت بمثابة العائق المنهجي الذي حال دون تطبيق تقنية المقابلة الجماعية البؤرية. مما حتم علينا تغيير طبيعة أداة البحث حتى تتناسب مع خصوصية العينة وأخلاقيات البحث. فكانت المقابلة الفردية المعمقة، هي الأداة التي يمكنها أن تفي بالغرض وتعوض المقابلة الجماعية البؤرية. وهنا كانت العينة بالإضافة إلى شروط إجراء البحث ومكانه هي المحدد الحاسم في اختيار أدواته.

وبخصوص الفئة الثانية من مقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية للمصابين (أطباء، ممرضون، وسطاء علاجيون، متدخلون ميدانيون...)، فقد اخترنا اعتماد تقنية المقابلة المفتوحة أو الحرة التي كنا نعرف فيها المستجوب بموضوع بحثنا وأهدافه وإشكاليته العامة ومحاوره عبر تقديم مركز ودقيق، وبعدها نمح الكلمة للمستجوب لتقديم تصوره الخاص والإجابة عن محاور المقابلة الآتية:

- المحور الأول: التمثيلات والممارسات الاجتماعية حول الإيدز
- المحور الثاني: الأشخاص المصابون وحقوق الإنسان
- المحور الثالث: السياسة الصحية واستراتيجيات محاربة الإيدز في المغرب.

4- دراسة الحالة

ليس هناك اتفاق بين رواد العلوم الاجتماعية وعلماء المناهج، على تحديد موحد لدراسة الحالة. فهناك من يعتبرها منهجا وهناك من يعتبرها استراتيجية بحث، بينما يعتبرها البعض الآخر براديفما.³⁶⁵ ونعني بها هنا -كما نوظفها في بحثنا هذا- منهجا من مناهج البحث السوسيولوجي، يساعد الباحث على جمع البيانات، ودراستها، بحيث يمكن رسم صورة كلية لوحدة معينة في علاقاتها المتنوعة وأوضاعها المختلفة. ويعرفها عالم الاجتماع المصري عبد الباسط محمد محسن، بكونها "منهج يتجه إلى جمع البيانات المتعلقة بأية وحدة سواء كانت فردا أو نظاما اجتماعيا أو مجتمعيا محليا أو مجتمعا عاما. ويقوم على أساس التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة، أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها، وذلك قصد الوصول إلى تعميمات متعلقة بالوحدة المدروسة وبغيرها من الوحدات المشابهة لها"³⁶⁶.

تطرح دراسة الحالة مشكلتي التعميم والتمثيلية بالنسبة لمجتمع البحث؛ فحينما يتم اختيار وحدة معينة سواء كانت فردا أو مجموعة محدودة من الأفراد أو مؤسسة أو حيا... لا يكون ذلك بهدف اتخاذ هاته الحالة ممثلة لمجتمع البحث، طالما أن الخاصية الأبرز لهذا الأخير هي التعدد والاختلاف. ومن ثمة لا يمكن أن تحوي حالة واحدة جميع تعقيداته وتميزاته. هكذا فإن النتائج التي يتوصل إليها الباحث يصعب تعميمها بمنطق البحث الكمي على مجتمع البحث في شموليته؛ فغالبا ما تفيد دراسة الحالة الباحث في التعمق في حالة معينة وفهمها من الداخل عبر دراستها دراسة معمقة وتفصيلية تقربه من المعنى المستبطن.

يعد فريدريك لوبلي أول من استعمل هذه الطريقة في البحث الاجتماعي، في بحثه عن العمال الأوروبيين وذلك كطريقة مساعدة للطريقة الإحصائية التي كانت عماد بحثه. وكان وليم هيلي بعد دراسة إحصائية لألف

³⁶⁵ Latzko Guillaume, L'étude de cas en sociologie des sciences et des techniques, CIRST, université de Montréal, 2009, p4.

³⁶⁶ - عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، دار المعارف، القاهرة، مصر، الطبعة السادسة، 1977، ص ص233-234.

حالة عن موضوع الإجرام والجنوح، قد انتهى إلى أن الإحصاء وحده لا يفصح تماما عن مضمون الحالة والدوافع الأساسية للإجرام. لذلك اعتمد دراسة الحالة أساسا لدراساته عن إجرام الكبار و جنوح الأحداث. كذلك يعتبر توماس وزنانيكي من الرواد في هذا المجال، في بحثهما الشهير عن الفلاح البولوني والمهاجر إلى أوروبا وأمريكا، حيث اعتمدا على مصادر مختلفة، كالرسائل وتاريخ الحياة أو السجلات...، وتتميز دراسة الحالة عن غيرها من الأساليب والتقنيات، أن الباحث قد يشعر أحيانا أن الدراسة الشاملة لا تفيد في فهم ظاهرة محددة، نبتت في تربة اجتماعية معينة وفي ظروف خاصة. لذلك يعتمد إلى دراسة هذه الحالة على انفراد لا لتفادي دراسة المجتمع بكيته، بل لفهم ظاهرة ما قد تشكل الشذوذ عن القاعدة أو الشذوذ الذي يثبت بصحته القاعدة.³⁶⁷

قد تشوب منهج دراسة الحالة بعض العيوب المتمثلة أساسا في محدودية تعميم نتائجه على مجتمع البحث المدروس، نظرا لاختلاف كل حالة عن غيرها من الحالات. غير أن مزاياها العديدة المتمثلة في الإحاطة الشاملة بكل جوانب الحالة المدروسة بوصفها نموذجا مفتاحيا لفهم وتفكيك بعض جوانب إشكالية البحث، وكذا بناء تصور مفصل عن جزء من مجتمع البحث، جعل منها منهجا مهما ساعدنا في بناء علاقة خاصة مع المبحوث بوصفه شريكا متعاوننا وفاعلا مركزيا في بناء المعنى الذي نصبو إليه. وبفضله استطعنا أن نتبع حكايا الحياة للحالات المدروسة، وأن نقف على الكثير من التفاصيل التي لم يكن بإمكاننا بلوغها لولا اعتمادنا على هذا المنهج الذي يبقى الأنسب لدراسة المسار الحياتي والمرضي والعلاجي والممي والدراسي للشخص المتعايش مع السيدا.

ولعل أهم ما يجعل من هذا المنهج منهجا ملائما لموضوع بحثنا، هو التعددية المنهجية التي وظف في إطارها؛ بحيث أتى كأداة تكميلية لإغناء النتائج التي قادتنا إليها باقي الأدوات البحثية الأخرى (الملاحظة، المقابلة الفردية المعمقة، تحليل الخطاب). بالإضافة إلى دوره التكميلي هذا، فقد لعب دورا آخر لا يقل أهمية عن سابقه، وهو الدور التفصيلي الذي مكنا من تعميق النظر في الكثير من العموميات التي لم نتمكن من التفصيل فيها عبر باقي الأدوات البحثية الأخرى. غير أن ما تنبغي الإشارة إليه هنا، هو أن الحالات التي اعتمدها كأمثلة لا تعد نموذجا تمثيلا لمجتمع البحث الذي يبقى فيه كل شخص مصاب حالة خاصة وفريدة، رغم ما قد يوجد بين مساره ومسار باقي المصابين من تشابه على مستوى التعرض لتجربة الوصم والتمييز واستراتيجيات مقاومتها والتعايش مع المرض.

³⁶⁷ - عبد الغني عماد ، المرجع السابق نفسه، ص 134.

خلاصة

أمام التعقيد الذي يسم الموضوع السوسولوجي، وجدنا أنفسنا أمام ضرورة التفكير ليس فقط في بناء موضوع وإشكالية البحث، بل أيضا التفكير في بناء منهجية تسمح لنا بالنفوذ إلى موضوع أكثر تعقيدا وتسيجا بقانون اللامساس واللاقتراب واللاكلام (الطابو) والموت والوصم والجنسانية والهشاشة. فمساءلة موضوع التجربة المرضية كما يعيشها ويفهمها المريض عبر مساره الحياتي، واستخلاص المعاني التي يضيفها المصاب والمجتمع على داء فقدان المناعة البشري وعلى المصاب به، وتحليل ما ينجم عن حدث الإصابة من تمثلات وردود فعل وممارسات واستراتيجيات، تطلب منا التسلح بمنهجية مفكر فيها وملائمة لموضوع البحث ولطبيعة إشكاليته وخصوصية عينته. مع الحرص أولا، على أن تكون منهجيتنا بمثابة تصور للطريقة التي ينبغي إتباعها في بناء وإعادة بناء موضوعنا عبر مختلف مراحل البحث. وثانيا، أن تكون منسجمة مع الروابط الميثودولوجية والروح الإبستمولوجية لمنهجنا البحثي من جهة أولى، ومفيدة في استكشاف الواقع المدروس واستخلاص المعاني من الممارسات والتمثلات والحكايات وديناميات التفاعل التي تجري بميدان البحث من جهة ثانية. فمنهجية البحث هي ذلك الجسر الذي يجمع النظرية والطريقة معا ويسمح للأطر النظرية أن تسيّر بجوار أدوات البحث. إنها مرشد الباحث في وضع خطة البحث وتنفيذها بداية من سؤال الانطلاق وانتهاء بالتحليل والعرض. هكذا، لعبت المنهجية التي اتبعناها دور الموجه الاستراتيجي والمرن لنا عبر جميع محطات مسارنا البحثي وخطواته. ونظرا لخصوصية موضوعنا وصعوبة الولوج إلى عينته بالإضافة إلى طبيعة إشكاليته ورهاناته، وجدنا أنفسنا مطالبين بالبحث في مسارات المصابين بالإيدز، مما حتم علينا تبني منهج كفي مؤسس على المقاربة البيوغرافية وعلى خلفية إبستمولوجية تأويلية.

ولعل أهم ما يجعل من المنهج الكيفي منجها فعلا وغنيا هو طبيعته التركيبية والانعكاسية التي تسمح للباحث التفاعل مع موضوعه عبر مختلف مراحل بحثه، ابتداء من اختيار الموضوع وانتهاء بتقديم التقرير النهائي للبحث. وهو ما يساعد توليد المعرفة السوسولوجية الوصفية والتفسيرية والتعليلية التي لها قدرة عالية على تطوير الواقع الاجتماعي. إذن، فكيف يخبر المصاب تجربة الإصابة بالسيدا عبر مساراته الحياتية؟ وما تأثير حدث الإصابة على بيوغرافيته وعلى علاقاته بالذات والغير والزمن والمرض والصحة والعلاج؟ ووفق أي استراتيجيات تعايشية يدبر إصابته وهويته الموصومة؟