

# فلسفه پزشکی

احمد رضا همتی مقدم\*

## چکیده

تاریخ تأملات فلسفی در موضوعات پزشکی پیشینه‌ای به اندازه پزشکی و فلسفه دارد. در هر عصری متفکرین منتقد هم در پزشکی و هم در فلسفه درصدد فهم سطوحی از پزشکی و عمل آن بودند که از طریق روش‌شناسی خود پزشکی بدست نمی‌آمد. در این سال‌ها (مخصوصاً در این سی سال اخیر) مباحثی مطرح شده بر این مبنا که آیا حوزه‌ای مناسب از پژوهش و تحقیق به نام فلسفه پزشکی (philosophy of medicine) وجود دارد و یا می‌تواند وجود داشته باشد؟ و اگر وجود دارد چه مباحثی را شامل می‌شود؟ و یا خود حوزه‌ای مجزا است یا شاخه‌ای از فلسفه علم است؟ ارتباط این حوزه با قلمرو تکوین یافته اخلاق پزشکی چیست؟ این سؤالات و سؤالاتی نظیر آن تا سال‌ها محور عمده مباحث پیرامون «فلسفه پزشکی» بود و اگر چه تا به امروز انجمایی در این زمینه حاصل نشده اما متفکرین مختلف هر یک با تعریفی از این رشته ساختاری را برای آن مشخص کرده‌اند. فلسفه پزشکی را می‌توان کاربردی ترین نوع فلسفه‌های مضاف دانست، چون مفاهیمی که در آن مورد بررسی قرار می‌گیرد به طور کامل تمام حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه را در بر می‌گیرد. این مقاله به بررسی تاریخ و موضوعات مهم این رشته می‌پردازد.

**واژگان کلیدی:** فلسفه پزشکی، اخلاق پزشکی، هنجارگرایی، ناهنجارگرایی،

معرفت‌شناسی پزشکی.

\*. عضو گروه اخلاق پزشکی پژوهشکده گیاهان دارویی جهاد دانشگاهی

تاریخ دریافت: ۸۵/۲/۱۸ تأیید: ۸۵/۳/۱

تاریخ تأملات فلسفی در موضوعات پزشکی پیشینه‌ای به اندازه پزشکی و فلسفه دارد. در هر عصری متفکران منتقد، هم در پزشکی و هم در فلسفه درصدد فهم سطوحی از پزشکی و عمل آن بودند که از طریق روش‌شناسی خود پزشکی به دست نمی‌آمد. در این سال‌ها (به‌ویژه در سی سال اخیر) مباحثی مطرح شده بر این مبنا که آیا حوزه‌ای مناسب از پژوهش و تحقیق به نام فلسفه پزشکی (philosophy of medicine) وجود دارد یا می‌تواند وجود داشته باشد، و اگر وجود دارد چه مباحثی را شامل می‌شود، و یا خود حوزه‌ای مجزا است یا شاخه‌ای از فلسفه علم است؟ ارتباط این حوزه با قلمرو تکوین‌یافته اخلاق پزشکی چیست؟ این پرسش‌ها و پرسش‌هایی همانند آن تا سال‌ها محور عمده مباحث مربوط به «فلسفه پزشکی» بود و اگر چه تا امروز اجماعی در این زمینه حاصل نشده، متفکران گوناگون هر یک با تعریفی از این رشته، ساختاری را برای آن مشخص کرده‌اند.

کتاب‌های بسیاری درباره گفت‌وگوی میان فلسفه و پزشکی وجود دارد، Engelhardt 1984، Temkin 1956, Engelhardt 1995. ادله مثبت و منفی برای این دیالوگ ذکر شده است (Pellegrino 1974). از دیدگاهی مثبت این واقعیت وجود دارد که فکر و ذکر پزشکی در باره انسان و مسائل ضرور مربوط به او از قبیل «حیات»، «مرگ»، «رنج» و «بیماری» به سختی می‌تواند از اذهان افراد نقاد در هر عصری جدا شود و از دیدگاه منفی، تعارض‌های آشکار در روش‌شناسی، معرفت‌شناسی و رویکردهای مشاهده‌ای، تجربی و آزمایشگاهی در پزشکی مستلزم ژرف‌اندیشی‌های تحلیلی، انتزاعی و نظری فلسفی است. اندیشه درباره ماهیت «بیماری» (disease) و «سلامت» (Health) و اخلاق متخصصان این حرفه و رابطه میان این قبیل پدیده‌ها با مکتب‌های فلسفی رایج و متداول، به‌رغم تمام جذابیت‌ها و دلزدگی‌ها، چیزی نبوده که پزشکان و فیلسوفان از آن دست بکشند؛ اما تا این اواخر، این تأملات به ندرت در بردارنده معیارهایی برای تحلیل نظام‌مند و بسامان بودند تا بتوان از طریق آن‌ها یک شاخه قانونی یا زیرشاخه‌ای از فلسفه را تعریف کرد؛ اما امروزه پزشکان و فیلسوفان، گفت‌وگویی جدی را درباره امکان وجود یا عدم وجود فلسفه پزشکی به‌صورت حوزه‌ای مشخص از پژوهش آغاز کرده‌اند.

علاقه امروزی درباره مباحث فلسفه پزشکی که انگلهارت (Engelhardt) و ارد (Erde) آن را «ظهور جدیدی از مطالعه فلسفی» نامیده‌اند، (Engelhardt, Erde, 1984) چندین خواستگاه

دارد. اول این که علاقه دوسویه‌ای در موضوعات پزشکی بین پزشکان و فیلسوفان وجود دارد. در هر عصری، پزشکانی بوده‌اند که می‌خواستند ماهیت هنری که آن‌ها می‌دهند و پدیده‌هایی را که مشاهده می‌کنند، دریابند و فیلسوفانی وجود داشتند که می‌خواستند فهم عمیق‌تری از پدیده‌های پزشکی، درباره آنچه خود پزشکی می‌توانست فراهم آورد، به دست آورند. به‌طور قطع برای رسیدن به این اهداف، به نظر می‌رسد چشم‌اندازی از فلسفه همیشه ضرورت دارد. دلیل دوم برای گرایش به مباحث فلسفه پزشکی، توجه شدیدی است که به اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی شده است. وقتی نظریه‌های پی‌درپی در حوزه اخلاق پزشکی ارائه شد، نیاز برای زمینه‌سازی اخلاق پزشکی مسجل شد؛ چیزی که ورای اصول، فضیلت‌ها، سفسطه‌ها، هرمنوتیک و نظایر آن باشد. نخستین گام در این زمینه‌سازی، صورتبندی نظریه‌ای درباره فلسفه پزشکی بود؛ نظریه‌ای که با آن بتوان نظریه‌های اخلاقی رقیب را در یک چارچوب مناسب قرار داد و برخی از تناقض‌های میان آن‌ها را حل کرد.

عامل سوم در توجه به فلسفه پزشکی، گرایش به سمت رویکردهای اگزیستانسیال، هرمنوتیک، پدیدارشناسی و پست مدرن به اخلاق و فلسفه بود؛ اما نمی‌توان از نقش فلسفه علم در پدید آمدن چنین حوزه‌ای به سادگی گذشت. به جرأت می‌توان گفت: بیشترین نقش را فلسفه علم به‌ویژه آرای «کوهن» داشته است که نیاز برای تعریف «پارادایمی» را در پزشکی پدید آورد. پیشرفت‌های روزافزون پزشکی جدید در طول قرن بیستم نیز مزید علت بود. دستاوردهای جدید دانش پزشکی در کاهش مرگ و میر شیرخواران و عوارض ناشی از بارداری و زایمان، مهندسی ژنتیک و کشف آنتی‌بیوتیک‌ها در تغییر نگرش ما شناخت بیماری‌ها و درمان آن‌ها تأثیر بسزایی داشت. در پزشکی امروز نگرش تجربه‌گرایی (empiricism) و استفاده از روش‌های آماری آزمون خطا و کارآزمایی‌های «دوسویه‌کور» (double-blind) رویکردی علمی و عینی ایجاد کرد که در پی آن، کامیابی‌های درمانی قابل قبولی به‌دست آمد؛ اما با تمام این پیشرفت‌ها هنوز تعریف جامع و کاملی از «بیماری» و «سلامت» ارائه نشده است؛ در نتیجه فیلسوف - پزشکان و فیلسوفان علاقه‌مند به این مباحث درصدد برآمدند تا حوزه‌ای را به نام فلسفه پزشکی تعریف کنند که سرانجام به سه رویکرد گوناگون به این رشته انجامید که در ادامه این مقاله به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

## سیر تاریخی فلسفه پزشکی

پیشینه تأملات فلسفی و پزشکی به عهد یونان بازمی‌گردد. اگر به صورت گذشته‌نگر به این‌گونه تأملات نگریسته شود، آن‌ها را می‌توان به صورت بخشی از فلسفه پزشکی بازساخت؛ اگر چه فقط در قرن نوزدهم این اصطلاح رواج یافت. دلبستگی آشکار به ادعاهای پزشکی و نقد نظریه‌های آن از همان آغاز در مجموعه قوانین بقراطی وجود دارد (Engelhardt and Schaffner, 1996). در برخی از آثار، همانند «ادراکات» (percepts) اهمیت ارتباط نظریه‌پردازی پزشکی با تجربه واقعی به چالش خوانده شده که بازتاب‌دهنده فلسفه آن دوران است. (ibid) از زمان قوانین بقراطی تا قرن نوزدهم، پزشکی رایج و غالب، آمیزه‌ای از تلاش‌های نظری و تجربی برای کشف ماهیت واقعی بیماری و درمان مناسب بود. چنین درهم‌آمیزی‌هایی را در آثار جالینوس می‌توان یافت که در آن‌ها بر اهمیت مشاهده و تجربه تأکید می‌کند. این آمیختگی‌ها را می‌توان در تلاش‌های رنه دکارت برای تعیین قوانین بنیادی متافیزیک، فیزیک و پزشکی به‌ویژه در کتاب رساله‌ای در باب انسان نیز مشاهده کرد. (King, 1978) سقراط و افلاطون اغلب پزشکی را به مثابه یک عمل فنی با ملاحظات اخلاقی می‌دانستند و افلاطون در جایی تا آن‌جا پیش رفت که پزشکی را که فیلسوف نیز بود، به خداوند تشبیه کرد. جالینوس که در هر دو مقوله پزشکی و فلسفه متبحر بود، این ارتباط را مجدانه در فعالیت شخصی خود به‌کار می‌برد. افلاطون نیز گسترش پزشکی را به حل مسائل فلسفی مربوط می‌دانست. (Jaeger, 1994).

در عهد یونان باستان، هر یک از مکاتب عمده پزشکی یعنی «روش‌گرایی»، «جزم‌گرایی» و «تجربه‌گرایی» آموزه‌های فلسفی مکاتب اصلی فلسفی یونان را مورد توجه قرار داده و با آن‌ها سازگاری یافته بودند. (King 1978) به نحو مشابهی در قرون وسطا نظریه «حیات‌گرایی» استال به فلسفه لایپ نیتز نزدیک بود و نظریات مکانیکی پزشکی به فلسفه «دکارت» و «لاماتریه» پیوند خورده بود.

لسترکینگ شرح مفصلی از چگونگی ارتباط نظام‌های فلسفی قرن ۱۷ و ۱۸ با نظریات پزشکی، به‌ویژه محتوای منطقی و متافیزیکی آن‌ها، فراهم کرده که در نوع خود بی‌نظیر است. (ibid) مناقشه نظری قرون هفدهم و هجدهم بین آن‌هایی که از شیمی به صورت اساس نظریه و عمل استفاده می‌کردند و آن‌هایی که مکانیک را پایه نظریه و عمل

می‌دانستند به لحاظ نظری و تجربی یکسان بود؛ چنان که جدل‌ها و مناقشه‌ها بر سر ماهیت و کیفیت نظام‌های پزشکی این‌گونه بود.

اغلب پزشکانی که بر تأملات نظری و به‌طور عمده غیرتجربی در پزشکی پرداخته‌اند، تأثیر عمده‌ای بر عمل پزشکی داشته‌اند. یکی از کسانی که کوشیده بود نظام‌های پزشکی را بازسازی کند، جان براون بود که توجه فیلسوفان معاصر مانند کانت و هگل را نیز به خود جلب کرده بود. (Engelhardt and Schaffner, 1996) دکتر توماس سیدنهام، دوست جان لاک در پاسخ به تلفیق غیرانتقادی تأملات نظری و نظریه‌پردازی در عمل پزشکی بسیار کوشیده و شناخت بهتری از مشاهده تجربی در پزشکی فراهم آورد و شاید بتوان گفت نخستین گرایش‌های تجربه‌گرایانه را او وارد حرفه پزشکی کرد. سیدنهام که ملهم از کار فرانسیس بیکن بود، به مجموعه‌ای از کاوش‌های عمده درباره روش در پزشکی اقدام کرد. این نوشته‌ها دلبستگی او را به جلوگیری از تحریف شدن یافته‌های بالینی به‌وسیله پیش‌فرض‌های نظری شکوفا کرد. (ibid) در همین دوره بود که آرام آرام ارزیابی‌های دقیقی به لحاظ مفهومی درباره طبقه‌بندی پزشکی و کیفیت این دانش پدید آمد.

از جمله کسانی که به این مهم اقدام ورزید، کارل فون لینهس (Carl von Linnæus) و فرانسوا بوسیر دوساوارد (Francois Boissier de Sauvages) بودند (ibid). تأملات درباره کیفیت دانش پزشکی در قرن نوزدهم با ظهور رشته بالینی آسیب‌شناختی، روش‌های آماری و تجربه کردن نظام‌مند، گام دیگری برداشت. در این دوره، برخی از دانشمندان پزشکی از دانش پزشکی پیشین استفاده کردند، و ادعاهای جدیدی را در باره کیفیت هیوات (entities) بیماری مطرح کردند. فرانسوا- ژوزف- ویکتور بروسایه (Francois- Joseph- victor Broussais) معنایی خاص برای اصطلاح «هستی‌شناسی» (ontology) ارائه، و از آن برای شناسایی تأملاتی که بیماری‌ها را هیواتی انتزاعی در نظر می‌گرفتند، استفاده کرد. این مباحثه‌های بسیار پیچیده که اشخاصی چون رودولف ویرشو (Rudolf Virchow)، آسیب‌شناس سلولی، در آن‌ها شرکت می‌کردند، شامل تحلیل‌های عوامل سبب‌شناختی به علل لازم و کافی بود. در این مباحثه‌ها بین ملاحظات فیزیولوژیک و هستی‌شناسی بیماری تمایزاتی به عمل آمد؛ حتی بین تبیین‌های فیزیولوژیک و آناتومیک بیماری و بین ملاحظات نومیالیستی و رئالیستی از هیوات بیماری نیز تمایزاتی حاصل شد. در این مباحثه‌ها، بحث بر سر این بود که آیا

«بیماری» چیزی در جهان را معین می‌کند یا اصطلاحی است که به‌طور متعارف یافته‌های معینی را تعریف می‌کند.

تغییرات در پزشکی طی قرن نوزدهم باعث ارزیابی‌های بیشتر دانش و روش پزشکی شد. در ابتدا این امر مخلوطی از فلسفه پزشکی در جایگاه فلسفه نظری تخصص یافته طبیعت و تأملات فلسفی درباره روش علمی در پزشکی بود؛ برای مثال، کتاب منطق پزشکی (medical logic) که بلین (Blane) در سال ۱۸۱۹ آن را منتشر کرد تلفیقی از ده اصل اساسی زندگی و مغالطه‌های استدلال پزشکی بود.

کتاب فلسفه پزشکی بارتلت (Bartlett) نیز از این جمله است. تا میانه قرن بیستم این نوشته‌ها بررسی پیچیده‌ای از مسائل در تحقیق، مشاهده و تجربه پزشکی را شامل می‌شد که ملاحظاتی به لحاظ مسائل استقرایی درباره دانش پزشکی در برداشت. از این مباحث، مقاله‌ها و نوشته‌های فراوانی پدید آمد که خصلت استدلال پزشکی و چارچوب تشخیص‌ها را می‌کاویدند. این نسبت تأملات فلسفی در باره موضوعات پزشکی در زمان لودویک فلک (Ludwik fleck) شکل منظم‌تری یافت. لودویک فلک متخصص مشهور باکتری‌شناسی در مدرسه پزشکی «Lwow» بود. وی در ایام تحصیل پزشکی به فلسفه نیز علاقه‌مند شد و بعد از فراغت از تحصیل، علایق خود را بین فلسفه، جامعه‌شناسی و تاریخ علم قسمت کرد. وی با مطالعه و تحقیق در سیر بیماری‌های عفونی، به‌ویژه سیفیلیس و سیر تاریخی آن از قرن پانزدهم تا قرن بیستم میلادی و نوع نگرش به آن و با توجه به کشفیات جدید در شناخت عامل بیماری، توجه خود را به بررسی و تحلیل واقعیت علمی (Scientific facts) معطوف کرد.

در سال ۱۹۳۶ مهم‌ترین تک‌نگار فلسفی خود را با نام تولید و گسترش واقعیت علمی به زبان آلمانی منتشر کرد. چهل سال بعد، اثر او به انگلیسی ترجمه شد و همگان با آرای او آشنا شدند. فلک به نظریه فلسفی حقیقت علاقه‌مند بود و به اعتبار این نظریه، هر نوع ملاک‌بندی مطلق یا عینی از دانش را مردود می‌شمرد. از دیدگاه او هیچ واقعیت عینی یا مطلق وجود ندارد (fleck1972).

وقتی هر شاخه‌ای از علم را به‌طور دقیق بررسی می‌کنیم، با یک روش تفکر روبه‌رو هستیم و واقعیت علمی، کارکرد نوعی نحوه تفکر (Thought-style) خاص به‌وسیله گروه

مخصوصی از دانشمندان است. فلک، این شیوه را «تفکر جمعی» (Thought- Collective) نام نهاد. این تفکر جمعی، محصول اندیشه جمعی از افراد است که مشغول تبادل آرا یا مشارکت هوشمندانه با یکدیگرند و اعضای یک مجموعه تفکر جمعی از طریق یک نحوه تفکر واحد با یکدیگر در تعامل هستند. او معتقد بود: حقیقت علمی، فقط هنگامی معنادار است که آن را یک گروه تفکر جمعی از یک نوع تفکر خاص به دست آورده باشد و در نتیجه کاملاً به هدف تحقیق وابسته است؛ پس می توان گفت: منظرهای متفاوت می توانند هم‌ارز بوده، همگی واقعیت داشته باشند (fleck 1992)؛ البته فلک به این نکته اذعان داشت که شیوه تفکر بر اساس مشاهدات، آزمایش‌ها و تجربه‌های جدید ما تغییر می‌یابد. او بر این باور بود که بیماری‌ها مربوط به طبیعت اشیا نیستند؛ بلکه با استفاده از روش تعلیمی و قراردادی به وسیله پزشکان تعریف می‌شود. تعریف یک «بیماری» اختیاری، و منحصرأً به نحوه تفکری وابسته است که با آن روش در مورد بیماری اندیشیده شده.

فلک را می‌توان نخستین فیلسوف پزشکی جدید دانست که اندیشه نسبیت مفهوم «بیماری» را کشف کرد. عقاید انقلابی او فقط هنگامی دوباره احیا شد که توماس کوهن با ارائه کتاب ساختار انقلاب‌های علمی، جامعه علمی را برای پذیرش آن آماده کرد. کوهن در مقدمه این کتاب تأثیر تفکرات فلک بر خود را متذکر شده است؛ اما اواخر دهه ۱۹۶۰ است که حوزه‌ای به نام «فلسفه پزشکی» به صورت منسجم و نظام‌مند متولد می‌شود.

همان‌طور که ذکر شد، مباحث اخلاق پزشکی و انتشار کتاب ساختار انقلاب‌های علمی فیلسوفان علاقه‌مند به پزشکی را بر آن داشت که مبادی پزشکی جدید را به چالش بخوانند. در اواخر دهه ۱۹۶۰ چند فیلسوف جوان و پزشکان علاقه‌مند به مباحث فلسفی گرد هم جمع شدند و یک مجله تخصصی با نام «فلسفه و پزشکی» را منتشر کردند. (Philosophy and medicine)، سردمداران آن‌ها ادmond پلگرینیو (Edmund Pellegrino) و تریستران انگلهارت (T. Engelhardt) بودند. آن‌ها را می‌توان مؤسسان «فلسفه پزشکی» جدید دانست. این دو در دهه ۱۹۷۰ با انتشار مجله فلسفه پزشکی ساختار منتظمی برای این رشته نوپا تعریف کردند. چند سال بعد مجله‌ای دیگر با نام فراپزشکی (Metamedicine) منتشر شد که بعدها نامش به پزشکی نظری و اخلاق پزشکی (Theoretical medicine and bioethics) تغییر یافت. در نخستین شماره‌های این مجله، پروفیسور صادق‌زاده و دکتر لیندال برخی از موضوعات

فلسفه پزشکی را برشمردند و این رشته جدید را تثبیت کردند (Gemar 1990, indahl, 1980 sadegh - zadeh). نظریه‌های اولیه در حوزه «فلسفه پزشکی» در تبیین این حوزه و ارتباط آن با فلسفه علم و فلسفه زیست‌شناسی بود و بحث‌های بیشماری درباره واژه «فلسفه پزشکی» (Philosophy of medicine) یا «فلسفه در پزشکی» (Philosophy in medicine)، و «فلسفه و پزشکی» (Philosophy and medicine) صورت گرفت؛ اما به مرور، اصطلاح «فلسفه پزشکی» جا افتاد و با تشکیل بخش‌های فلسفه و تاریخ پزشکی و فلسفه و اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های بزرگ دنیا به‌ویژه از سال ۱۹۹۱ این رشته تثبیت شد. در ابتدا عمده کار فیلسوفان پزشکی، تحلیل و تبیین مباحث اخلاقی بود؛ اما به تدریج فیلسوفان پزشکی به مفهوم پزشکی و موضوعات آن در قالب‌های معرفت‌شناسی تمایل یافتند و به تحلیل مفاهیم سلامت و بیماری، از منظر «هستی‌شناسی» (ontology) و معرفت‌شناسی (Epistemology) پرداختند. فلسفه پزشکی که به صورت رشته‌ای آکادمیک در دهه ۱۹۷۰ شکل گرفت، مدیون تلاش متفکرانی است که در سی سال اخیر در رشد و تثبیت این رشته فلسفی نقش بسزایی داشتند.

پلگرینو در سال ۱۹۷۶ با نوشتن مقاله فلسفه پزشکی: قوت‌ها و چالش‌ها که در مجله فلسفه و پزشکی چاپ شد، نخستین گام را در این عرصه برداشت. او در سی سال اخیر، مقاله‌های متعددی نوشته که در اکثر آن‌ها به دنبال معرفی و ساختارسازی برای فلسفه پزشکی بوده است. وی در مقاله‌ای که در سال ۱۹۹۸ با عنوان چیستی فلسفه پزشکی در مجله پزشکی نظری و اخلاق پزشکی منتشر شد، فلسفه پزشکی را حوزه‌ای مجزا در فلسفه و مستقل از فلسفه علم معرفی کرد. (plegrino, 1996) تریسترام انگلهارت که شاید جنجالی‌ترین فیلسوف پزشکی باشد، بیشتر هم خود را صرف اخلاق پزشکی کرده است. یکی از مهم‌ترین مقاله‌های او برای معرفی فلسفه پزشکی، در سال ۱۹۸۴ در کتاب راهنمایی برای فرهنگ علم، تکنولوژی و پزشکی که مجموعه مقالاتی در این حوزه‌ها است، منتشر شد. وی ویراستار مجله فلسفه و پزشکی نیز هست و کتاب او با نام اصول اخلاق پزشکی که در سال ۱۹۹۶ چاپ شد، یکی از مهم‌ترین کتاب‌ها در این عرصه است. واپسین کتاب او فلسفه پزشکی: ساختن چارچوبی برای این حوزه، در سال ۲۰۰۱ منتشر شده است. انگلهارت به همراه شافنر بر خلاف پلگرینو دیدگاهی گسترده را برای فلسفه



پزشکی تعریف می‌کنند. آرتور کاپلان و کنت شافنر، از دیگر فیلسوفانی هستند که در گسترش فلسفه پزشکی بیشترین نقش را داشته‌اند. اگر چه کاپلان «فلسفه پزشکی» را حوزه‌ای مستقل و مجزا تعریف نمی‌کند و آن را زیرشاخه‌ای از فلسفه علم به‌ویژه فلسفه زیست‌شناسی می‌داند، (kaplan 1990) دو مقاله مهم او در این حوزه، همیشه محل ارجاع بوده است. این دو مقاله مفاهیم سلامت، کسالت و بیماری و آیا فلسفه پزشکی وجود دارد؟ است. در سال ۱۹۸۱ جورج انگل (G.L. Engel) با پیشنهاد مدل «زیستی - روانی - اجتماعی» (Biopsychosocial model)، به گمان خود، انقلابی در معرفت پزشکی پدید آورد که تصور تغییر در پارادایم پزشکی را بر اساس تبیین کوهن در کتاب ساختار انقلاب‌های علمی، مد نظر قرار می‌داد (Engel, 1981). وی به جای مدل رایج «زیست - پزشکی» (biomedical) که فقط عوامل بیولوژیکی را در ایجاد بیماری دخیل می‌داند، مدل خود را که در آن، عوامل روان‌شناختی، بیولوژیکی و جامعه‌شناختی عوامل مهم تأثیرگذار در ایجاد بیماری‌ها هستند، پیشنهاد کرد.

دو سال بعد از انتشار این مقاله، کنت شافنر در کتابی با نام تحویل‌گرایی و کل‌گرایی در پزشکی، ابعاد این مدل را بررسی و از آن دفاع کرد. اگر چه «مدل انگل» مورد نقد جدی قرار گرفته است، برخی فیلسوفان پزشکی هنوز هم از آن دفاع می‌کنند.

شافنر یکی از پرکارترین فیلسوفان پزشکی است. مهم‌ترین مقالات او، تشخیص پزشکی بر مبنای مدل: رویکردی منطقی که در سال ۱۹۸۱ در مجله سنتز منتشر شد، کارآزمایی‌های بالینی و علیت: از منظر بیزگرایی و مدخل «فلسفه پزشکی» دانشنامه فلسفی راتلج است. این مدخل را وی با همکاری انگل هارت نوشته است.

از دیگر فیلسوفانی که به حوزه فلسفه پزشکی علاقه نشان داده و مقالاتی در این زمینه نگاشته‌اند می‌توان پل تاگارد (P. Thagard) و ویلیام استمپسی (W. Stempsey) را نام برد. توگارد که حوزه فعالیتش در فلسفه علم به‌ویژه رویکرد شناختی به علم است، به شدت از مدل «زیست - پزشکی» که مدل رایج در پزشکی است دفاع می‌کند. مهم‌ترین مقاله‌های او عبارتند از مسیرهایی برای کشف زیست - پزشکی که در سال ۲۰۰۳ در مجله فلسفه علم چاپ شد و مفهوم بیماری: ساختار و تغییر که در سال ۱۹۹۶ در مجله شناخت و ارتباط منتشر شده است.

تاگارد که با ارائه رویکرد روان‌شناختی به علم از مخالفان «قیاس‌ناپذیری» (incommensurability) (مفهومی که «کوهن» و «فایرابند» بیان کرد) در فلسفه علم است، در مقاله‌ای، قیاس‌ناپذیری بین طب سوزنی و پزشکی امروز را بررسی کرده است و به خوبی بر برتری پزشکی رایج استدلال می‌کند (Thagard, 2003). هانس گنورگ گادامر هم با کتاب معمای سلامت (enigma of health) که در سال ۱۹۹۶ منتشر شد، در عرصه فلسفه پزشکی، رویکرد جدیدی را مطرح کرد.

وی در این کتاب، بر اهمیت رویکرد هرمنوتیکی در پزشکی تأکید می‌کند. در فرآیند هرمنوتیکی در پزشکی، بیمار یک ظاهر جسمانی دارد که در واقع صورت خارجی یک حقیقت نهفته و پوشیده است که برای فهم آن باید بیمار را به منزله «متن» (text) در نظر بگیریم؛ سپس به تفسیر او پردازیم. از منظر هرمنوتیکی، بیماری، بخشی از یک کل مجموعه در نظر گرفته می‌شود و ابتدا خود شخص مطالعه و فهمیده می‌شود و سپس به درمان او اقدام می‌شود. هرمنوتیک در پزشکی، یعنی نگاه کردن به بیمار از منظری بالاتر و نباید تنها در پی اصلاح کارکرد مختل ارگان‌های بدن بود بلکه باید کلیت بیمار را بهبود بخشید (Gadamer, 1996). از فیلسوفان دیگری که از پدیدارشناسی، هرمنوتیک، اگزیستانسیالیسم (خصوصاً فلسفه هایدگر و کی‌یرکگارد) در فلسفه پزشکی استفاده می‌کنند «هنریک ولف» است. وی اولین کتاب درسی را (به معنای واقعی) در حوزه پزشکی با همکاری یک روانپزشک و پزشک متخصص گوارش نوشته است. این کتاب در سال ۱۹۸۶ منتشر شد و اکثر موضوعات فلسفه پزشکی را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. این کتاب هم ملهم از اندیشه‌های فیلسوفان تحلیلی است و هم از آرای فیلسوفان قاره‌ای بصیرت‌هایی اخذ کرده است و البته رویکرد عمده آن سمت و سوی فیلسوفان قاره‌ای چون «هایدگر» و «کی‌یرکگارد» و «گادامر» را در فلسفه پزشکی دربردارد. (خوشبختانه این کتاب با عنوان درآمدی بر فلسفه طب به فارسی ترجمه شده است). در سیر تاریخی فلسفه پزشکی تنها در این سی سال اخیر است که چنین حوزه‌ای بصورت نظام‌مند و بسامان شکل یافته است و مهمترین نقش را در تثبیت آن فیلسوفانی چون «پلگرینو»، «انگلهارت»، «شافرنر» و «کاپلان» داشته‌اند که آرای آن‌ها منجر به سه دیدگاه در فلسفه پزشکی شده است و اکنون به بررسی آن‌ها می‌پردازیم.

## سه رویکرد عمده به فلسفه پزشکی

دیدگاه اول دیدگاهی است که اعتقاد به وجود حوزه‌ای مشخص و نظام‌مند بنام فلسفه پزشکی ندارد و آن را در واقع زیرشاخه‌ای از فلسفه علم می‌داند. آرتور کاپلان (A. caplan) از سردمداران این رویکرد است. او چهار معیار را برای تعریف حوزه‌ای قانونی و مجاز برای تحقیق و پژوهش تعریف می‌کند. این معیارها شامل کتاب‌های اصلی، مقالات، ژورنال‌های تخصصی و مجموعه مشخصی از مسائل است. او می‌پذیرد که در نگاه اول احتمال دارد به نظر آید این معیارها حوزه فلسفه پزشکی را در برمی‌گیرند؛ اما با تعریفی که از فلسفه پزشکی ارائه می‌کند، نشان می‌دهد که چنین معیارهایی ناکافی هستند. شواهد کاپلان ضد وجود چنین حوزه‌ای به صورت ذیل است؛ اول این که می‌گوید: هیچ اجماعی بر تعریف فلسفه پزشکی وجود ندارد؛ سپس با ارائه تعریف خودش از فلسفه پزشکی نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از معیارها آن را دربر نمی‌گیرند (kaplan1990).

۳۴۳

فلسفه پزشکی

فلسفه پزشکی

کاپلان معتقد است فلسفه پزشکی معادل با اخلاق پزشکی نیست؛ چون که اخلاق پزشکی، هنجاری (normative) است؛ در حالی که فلسفه پزشکی باید متافیزیکی و معرفت‌شناختی باشد. او همچنین یکی دانستن فلسفه پزشکی با انسان‌شناسی پزشکی یا زیبایی‌شناسی پزشکی را رد می‌کند. تعریف او از فلسفه پزشکی چنین است:

مطالعه ابعاد معرفت‌شناختی، متافیزیکی و روش‌شناختی پزشکی که شامل درمان و آزمایش، بهبودی، تشخیص و تسکین است (ibid). کاپلان استدلال می‌کند اگر این تعریف را بپذیریم، فلسفه پزشکی به مسائل اساسی در فلسفه علم خواهد پرداخت؛ بنابراین، زیرشاخه‌ای از فلسفه علم خواهد بود و نه حوزه‌ای مشخص و نظام‌مند. موضع کاپلان مشابه با موضع جرومی شافر (Jerome Shaffer) است. وی بیست و پنج سال پیش در نخستین سری از ژورنال فلسفه و پزشکی که این مباحث در امریکا آغاز شده بود، موضع خود را دقیق بیان کرد (Engelhard tandSpicher, 1975). کاپلان البته می‌پذیرد که مقاله‌های بسیاری در این حوزه منتشر شده و سازمان‌هایی با بررسی و مطالعه فلسفه پزشکی مشخص شده‌اند و حتی می‌پذیرد که ممکن است حوزه‌ای از پژوهش وجود داشته باشد؛ اما بر این باور است که چنین چیزی در حال حاضر تعریفی برایش نیست؛ زیرا کتاب‌ها و مجموعه مشخصی از مسائل وجود ندارد.

دیدگاه دوم، حوزه گسترده‌ای از موضوعات و مباحث را دربرمی‌گیرد. انگلهارت و ارد و شافنر از موافقان این دیدگاه هستند؛ البته تعریفی که آن‌ها ارائه می‌دهند، چندان تفاوتی با تعریف کاپلان نمی‌کند؛ اما حوزه گسترده‌ای از پژوهش را به صورت شاخصی برای فلسفه پزشکی مشخص می‌کنند. تعریف انگلهارت و شافنر چنین است:

فلسفه پزشکی دربرگیرنده آن مباحثی در معرفت‌شناسی، ارزش‌شناسی، منطق، روش‌شناسی و متافیزیک است که یا به وسیله دانش پزشکی ایجاد می‌شوند یا به آن مربوطند (Engelhardt and Schaffner, 1996).

با توجه به این تعریف، آن‌ها بحث‌های مربوط به مدل در پزشکی، مفاهیم سلامت و بیماری، منطق تشخیص و تحقیقات بالینی، هوش مصنوعی، علیت و نظایر آن را موضوعات این رشته می‌دانند؛ البته انگلهارت و موافقانش، منابع بسیاری را که در کشورهای گوناگون درباره فلسفه پزشکی بوده، آورده‌اند تا طیف گسترده‌ای از موضوعات فلسفه پزشکی را نشان دهند. پلگرینو معتقد است که تعریف انگلهارت، ارد (Erde) و شافنر فصل مشترک‌هایی را بین پزشکی و علوم فیزیکی و اجتماعی دربرمی‌گیرد، و بسیاری از مباحثی که آن‌ها مطرح می‌کنند، در واقع جزئی از فلسفه علم یا فلسفه بیولوژی یا زیرشاخه‌های فلسفه یعنی متافیزیک، معرفت‌شناسی و ارزش‌شناسی است (ibid). او اعتقاد دارد که این مباحث در واقع «فلسفه در پزشکی» (Philosophy in medicine) یا «فلسفه و پزشکی» (Philosophy and medicine) است. بر مبنای دیدگاه پلگرینو بررسی و مطالعه «تیین»، «استدلال»، «احتمال» و آرای فلسفی گوناگون در پزشکی، فلسفه پزشکی (Philosophy of medicine) نیست؛ بلکه «فلسفه در پزشکی» است.

دیدگاه سوم که همان دیدگاه ادموند پلگرینو است، فلسفه پزشکی را رویکردی فلسفی و انتقادی به موضوعات پزشکی یعنی محتوا، روش، مفاهیم و مفروضات مربوط و مختص به دانش پزشکی می‌داند. با این تعریف، فلسفه پزشکی، باید به ضرورت متفاوت از روش‌های مرسوم در دانش پزشکی یعنی مشاهده بالینی و داوری بالینی باشد (plegrino, 1996).

وی اعتقاد دارد که هدف و خواسته فلسفه پزشکی با مقصود و هدف خود پزشکی متفاوت است. موضوع دانش پزشکی، شناخت و درمان بیماری‌ها است؛ اما فلسفه پزشکی، موضوعش خود علم پزشکی است. در واقع درصدد شناخت فلسفی پزشکی است. از

دیدگاه پلگرینو فلسفه پزشکی می‌خواهد چستی علم پزشکی را نشان دهد؛ یعنی همان کاری که پزشکان «بقراطی» در توضیح ماهیت پزشکی انجام داده بودند (ibid). متفکران بسیاری در جست‌وجوی یافتن چستی پزشکی بوده‌اند؛ برای مثال، لاین-انترالگو (Lain-Entralgo) که یکی از مشهورترین شارحان پزشکی بقراطی است، میان پرمغزترین آثار طب بقراطی این هدف را نشان داده است (Lain-Entralgo, 1975). لسترکینگ (Lesterking) هم که کتاب فلسفه پزشکی: اوایل قرن هجدهم را نوشته، در انتهای کتاب می‌نویسد:

چون در این کتاب نتوانستم مشخص کنم که علم پزشکی چیست، از نوشتن کتاب تاریخ و فلسفه پزشکی در قرن نوزدهم منصرف شدم (king, 1978).

اگر دیدگاه «پلگرینو» را مدنظر قرار دهیم می‌توان گفت «فلسفه پزشکی» همان ارتباطی را با فلسفه دارد که فلسفه تاریخ، فلسفه هنر، فلسفه قانون، فلسفه ادبیات و ... با آن دارند. در هر کدام از این فلسفه‌های مضاف، تأملات فلسفی و انتقادی در جست‌وجوی چیزی ورای محتوای این رشته‌ها هستند. فلسفه هر رشته‌ای، جست‌وجویی برای یافتن واقعیت چیزهایی است که به‌وسیله آن رشته مطالعه قرار می‌شود. پلگرینو می‌نویسد:

بدون تعریف دقیق علم پزشکی، تعریف روشن و دقیقی از فلسفه پزشکی غیرممکن است. در سال‌های اخیر، بحث و جدل‌های بسیاری درباره تعریف فلسفه پزشکی درگرفته است. برخی آن را چیزی بیش از فلسفه علم نمی‌دانند که به دانش پزشکی می‌پردازد؛ یعنی همان فلسفه علم است که فقط در زمینه مسائل مربوط به پزشکی بحث می‌کند؛ البته اگر پزشکی را صرفاً علوم پایه پزشکی یعنی کالبدشناسی، بیوشیمی و فیزیولوژی بدانیم، فلسفه پزشکی در واقع فلسفه علم است؛ اما اگر پزشکی را دربرگیرنده فعالیت‌هایی بدانیم که ورای جست‌وجوی صرف در معرفت علمی است، فلسفه پزشکی هویتی مجزا و تفکیک شده از فلسفه علم می‌یابد (plegrino, 1986).

البته این پرسش که آیا پزشکی چیزی بیش از علم محض است، پاسخش به یک معنا پدیدارشناختی است؛ اما از طرف دیگر، فلسفه پزشکی نیز باید به چنین پرسشی پاسخ دهد. آشکار است که بخشی از پزشکی بر علوم فیزیولوژی، آسیب‌شناسی، میکروبیولوژی، روان‌شناسی، ژنتیک و داروسازی تکیه دارد. این علوم پدیده‌های قابل مشاهده فیزیکی، شیمیایی و زیست‌شناسی را از طریق روش علمی، برای کارکرد درست یا درست کار نکردن اندام‌های بدن انسان، بررسی می‌کنند.

پلگرینو بر این اعتقاد است که هدف و غایت این علوم پایه، جست‌وجوی حقیقت و

یافتن واقعیاتی درباره کارایی‌ها و عدم کارایی‌های بدن انسان است؛ اما پزشکی، نه تنها فراتر از یافتن حقیقت علمی صرف است، بلکه جست و جویی برای یافتن حقیقت سلامت و درمان انسان‌ها است که به واسطه عمل بالینی مشخص می‌شود (ibid).

دیدگاه سوم بر این اعتقاد است که علم پزشکی در مواجهه بالینی یا در ایجاد سلامت عمومی تشکل و وجود می‌یابد و این امر زمانی محقق می‌شود که دانش علوم پایه پزشکی را برای هدف خاص یعنی درمان، مهار کردن، بهبودی، یا پیشگیری از بیماری در افراد یا در جوامع انسانی به کار گیرد؛ بنابراین، پزشکی، فقط به واسطه اهداف و غایت‌های علمی شکل نمی‌یابد؛ بلکه از معرفت علمی برای هدف خاص خود استفاده می‌کند که همان بهبودی، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها و ترغیب سلامت است؛ پس فلسفه پزشکی همان موضوعات پزشکی و سلامت عمومی را از منظر خاص خودش بررسی می‌کند و درصدد فهمیدن ماهیت برخورد بالینی بین شخص بیمار و پزشک است؛ برای مثال، در این دیدگاه اگر از «علیت» (Causality) بحث می‌شود، تأکید روی علیت در ناخوشی و بیماری است.

در واقع پدیده‌هایی (ناخوشی و بیماری) که مختص علم پزشکی است و به نحو مشابهی مطالعه «بیزگرایی» (Baysianism) وقتی که کاربرد آن در تصمیم‌گیری پزشکی باشد، مسأله‌ای برای فلسفه علم پزشکی است؛ بنابراین، اگر بپذیریم که حوزه‌ای نظام‌مند و مشخص به نام فلسفه پزشکی وجود دارد که به‌طور قطع وجود دارد دو دیدگاه عمده آن را تعریف کرده‌اند. دیدگاه اول موضوعات بسیاری را در این حوزه قرار می‌دهد (هم علوم پایه پزشکی و هم پزشکی درمانی) و بیشتر رویکرد تحلیلی و فلسفه علمی دارد و دیدگاه دوم فلسفه پزشکی را مختص موضوعات حوزه پزشکی می‌داند و تمام اشکال تأملات فلسفی را چه تحلیلی و چه قاره‌ای در آن دخیل می‌کند.

اگر بخواهیم دقیق‌تر بیان کنیم، دیدگاه اول تمام موضوعات دیدگاه دوم را شامل می‌شود؛ اما برعکس آن صادق نیست؛ بنابراین، مطالعه «مفهوم سلامت و بیماری»، «علیت در پزشکی»، «رابطه ذهن و جسم و تأثیر آن بر سلامت و بیماری»، «منطق تشخیص در پزشکی»، «تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی در پزشکی»، «رابطه بین پزشک و بیمار» از جمله موضوعات مشترک بین این دو دیدگاه است.

## نگاه متافیزیکی به پزشکی

مهم‌ترین موضوع فلسفه پزشکی بحث سلامت و بیماری است که در مباحث متافیزیکی پزشکی به آن پرداخته می‌شود. عبارت «متافیزیک بهداشت- درمان» عبارت قابل فهم و مأنوسی نیست. در حقیقت هم این‌گونه است؛ چون میان کسانی که از این حوزه دفاع می‌کنند نیز مفهوم سراسری ندارد. متافیزیک این‌جا بدین معنا است که چه چیزی به واقع وجود دارد و ماهیت واقعی اشیا چیست؛ یعنی به بحث هستی‌شناختی می‌پردازد. به‌طور معمول فیلسوفانی که در حوزه فلسفه پزشکی فعالیت دارند، متافیزیک بهداشت - درمان را مباحثی درباره کیفیت مفاهیم پایه در پزشکی، پرستاری و دیگر رشته‌های سلامت می‌دانند. تعدادی از این مفاهیم کم و بیش ویژگی این رشته هستند؛ اما برخی دیگر بخشی از معنانشناسی عمومی فرهنگ رایج به شمار می‌آیند؛ مانند مرگ و شخصیت. برخی از پرسش‌های هستی‌شناختی (متافیزیک) در پزشکی عبارتند از آیا بیماری، «ناخوشی» و «سلامت» اشکالی از طبیعت هستند و ما باید آن‌ها را کشف و درمان یا بهبود بخشیم یا این مفاهیم کارکردهایی از ارزش‌های اجتماعی و مصنوع انسان هستند؟ آیا انسان فقط یک ارگانیسم بیولوژیک است یا چیزی بیش از این است؟ ماهیت مرگ چیست؟ رابطه بین ذهن و جسم و تأثیر آن بر سلامت و بیماری چگونه است؟ مفهوم علیت (البته برخی مباحث مربوط به علیت) معرفت‌شناختی است؟ و انواع طبیعی (Natural kind) قطعاً رئالیست بودن یا ضد رئالیست بودن افراد در طرز تلقی آن‌ها از این مفاهیم تأثیرگذار است.

فردی که معتقد است مفاهیمی چون بیماری و سلامت مستقل از اذهان ما در عالم خارج وجود دارند با فردی که اعتقاد دارد این مفاهیم قراردادهایی بیش نیستند، نگرش درمانی کاملاً متفاوتی خواهد داشت. ظهور تکنولوژی و پیشرفت‌های تصویربرداری مانند CT اسکن، سونوگرافی و لاپاراسکوپی، به سلامت و بیماری، شیئیت بخشیده است. امروزه به نظر می‌رسد که بیماری‌ها موجوداتی واقعی در جهان هستند که می‌توان آن‌ها را مشاهده، پیدا، دستکاری و رفع‌شان کرد.

در گذشته، پزشکان رئالیست و معتقد به طبایع چهارگانه بودند؛ آن‌ها معتقد بودند که هر بیماری سازکار نهفته‌ای دارد. به مرور با انقلاب علمی در قرن نوزدهم، رئالیست‌های پزشکی کوشیدند موضع رئالیستی خود را با پژوهش‌های آزمایشگاهی و آناتومی همراه

کنند و نکته مهم این است که پزشکان در طول زمان در سطح هستی‌شناسی موضع رئالیستی خود را کماکان حفظ کرده‌اند؛ اما تفاوت آن‌ها بیشتر در سطح معرفت‌شناسی است. در موضع معرفت‌شناختی است که در حال حاضر دیدگاه تجربه‌گرایی در پزشکی بر عقل‌گرایی غلبه کرده؛ اما با ظهور فلسفه پزشکی، سخن از ماهیت سلامت، بیماری و ناخوشی بحث اصلی در این حوزه شده است. حال پرسش این است که رابطه منطقی میان سلامت و بیماری چگونه است. آیا سلامت و بیماری منطقاً متضاد یا متناقضند؟ آیا سلامت یعنی نبود بیماری و برعکس؟ اگر غیرنقادانه به موضوع بنگریم، به نظر می‌رسد سلامت چیزی بیش از فقدان بیماری یا ناخوشی نیست؛ اما ادله محکمی برای مورد سؤال قرار دادن درستی این دیدگاه که سلامت و بیماری، مفاهیمی متضاد و بیماری و ناخوشی مترادفند، وجود دارد.

حتی اگر هیچ بیماری خاصی وجود نداشته باشد، هنوز می‌توان گفت که شخص سلامت بیشتری در مقایسه با دیگران دارد؛ برای مثال، ورزشکاران حرفه‌ای احتمالاً سلامت جسمانی بهتری در مقایسه با استادان فلسفه دارند؛ حتی اگر هیچ یک در زمان مقایسه، بیماری خاصی نداشته باشند. به نظر می‌رسد نبود بیماری یا ناخوشی شرط لازم سلامتند؛ اما شرط کافی برای تعریف سلامت نیستند. اگر سلامت و بیماری مفاهیم منطقاً متناقض بودند، تعبیرهایی همچون «به حداکثر رساندن سلامت» یا «بهداشت روانی مثبت» بی‌معنا می‌شدند. این اندیشه که درجات نسبی سلامت می‌تواند حتی در فقدان بیماری یا کسالت وجود داشته باشند، معنادار و منسجم به نظر می‌رسد (Caplan, 1991).

این واقعیت که فرد می‌تواند فعال باشد و احساس سلامت کند در حالی که به بیماری مبتلا است، در واقع به این نکته اشاره دارد که مفاهیم «ناخوشی» و «بیماری» به حالات یا شرایط گوناگونی بستگی دارند. احساس «ناخوشی» عین بیماری نیست. ممکن است کسی کسالت داشته باشد؛ ولی بیمار نباشد و ممکن است کسی «ناخوش» باشد ولی بیمار نباشد و ممکن است بیمار باشد ولی احساس «ناخوشی» نکند (ibid). توافق در مورد حالتی از روان و بدن که بیماری شمرده می‌شوند، به‌طور قطع بین طبقات اجتماعی و فرهنگ‌های مختلف آسان‌تر است تا این که توافقی گروهی در مورد این که چه چیزهایی سلامت به‌شمار می‌روند، به‌دست آید.

رابطه منطقی میان سلامت و بیماری رابطه تناقض نیست. نقیض منطقی «بیماری»،



«نابیماری» و نقیض منطقی «سلامت»، «ناسلامت» است. «سلامت» و «بیماری» می‌توانند به صورت مفاهیمی موازی وجود داشته باشند نه این که بر اساس دیگری تعریف شوند. برای اسناد سلامت به فرد خاصی، افزون بر نبودن بیماری، مقادیر یا حالات دیگری هم ممکن است لازم باشند. تعاریف گوناگونی از منظرهای متفاوت برای «سلامت» ارائه شده است. برخی چون «کریستوفر بورس» معتقدند که سلامت و بیماری را می‌توان بدون ارجاع به ارزش‌های اخلاقی یا هنجارهای فلسفه اخلاق تعریف کرد. بورس، به مفهوم زیست‌شناختی «سلامت» علاقه‌مند است و بیان می‌کند فرد به شرطی سالم است که بدن او با چنان کفایتی کار کند که دست‌کم در سطح کفایت کارکردهایی که گونه‌ی مربوطه او نوعاً دارند، باشد و هنگامی بیمار است که کارکرد بدن او پایین‌تر از سطح کارکردی باشد که آن گونه نوعاً دارند. بدین ترتیب، بیماری، خروج از آن چارچوب طرحی است که مختص آن گونه است (Boorse, 1977). بورس مدعی است که هر چند افراد یا گروه‌های مختلف درباره کاربرد خاص تعریف بیماری اختلاف نظر داشته باشند، امکان یافتن یک تعریف عینی و فارغ از ارزش‌ها برای بیماری متفی نمی‌شود (ibid). به‌طور دقیق‌تر این دیدگاه نوعی رویکرد تکاملی به پزشکی است.

از منظر تکاملی، همه موجودات محصول سیر طولانی تکامل هستند و چون جسم و روان ما در پاسخ به گذشته تکاملی ما شکل گرفته‌اند، سلامت عبارت از تطابق با طرح طبیعی خویش چنان که انتخاب طبیعی اقتضا کند (Caplan, 1991). قائلان به این نظریه معتقدند که تولید مثل و بقا اهداف مهم تکاملند. حال یک ویژگی یا رفتاری خاص اگر برای رسیدن به این اهداف، مثبت باشد در دسته سلامت قرار می‌گیرد و اگر منفی باشد، بیماری است. به‌طور کلی می‌توان گفت: دو دیدگاه در نظریه مربوط به سلامت مورد توجه است: اردوگاه اول «هنجار ناگرایان» (non normativists) هستند که مدافعان نگاه تکاملی به سلامت و حامیان نگاه «آماری» در این دسته هستند. «هنجارناگرایان» معتقدند: بیماری را می‌توان بدون ارجاع به ارزش‌ها و با توجه به ارزیابی تجربی کارکردهای بدن تعریف کرد (ibid and Boorse, 1999). کریستوفر بورس که «هنجارناگرا» و از حامیان رویکرد تکاملی است، یکی دانستن «سلامت» با «بهنجاری آماری» را چندان خشنود کننده نمی‌داند. او می‌گوید:

این از اصول موضوعه سنتی علم پزشکی به‌شمار می‌رود که سلامت عبارت است از فقدان بیماری. بیماری چیست؟ هر آنچه که با سلامت سازگار نباشد. اگر اصل موضوع مضمونی داشته باشد، در این صورت به سؤال پیشین می‌توان پاسخ بهتری داد. من گمان می‌کنم اساسی‌ترین مسأله فلسفه پزشکی این است که با تحلیل مستقل از بیماری یا سلامت این «استدلال دور» را باطل کند (Boorse, 1977).

به‌طور معمول تعریف سلامت و بیماری که در متون پزشکی به‌کار می‌رود، بیشتر رویکرد آماری دارد. از این دیدگاه، بیماری چیزی است که غیرطبیعی باشد و سلامت امری طبیعی است. طبیعی و غیرطبیعی بودن نیز به طبیعی آماری اشاره دارند. برخی بر این دیدگاه اشکال گرفته‌اند که آیا هر چیز نامعمولی باید بیماری دانسته شود؛ برای مثال، کسی که به‌طور غیرمعمول بلند است یا هوشی بالاتر از افراد عادی دارد، صرفاً به این دلیل که غیرطبیعی است یا انحراف از هنجار دارد، بیمار است (Caplan, 1991). این اشکال، اشکال صائبی است. در واقع این واقعیت وجود دارد که برخی انحراف‌های معیاری امتیازاتی به فرد می‌دهد و البته درست است که غیرطبیعی است؛ اما به نظر نمی‌رسد فی‌نفسه بیماری باشد. اردوگاه دوم «هنجارگرایان» (Normativists) هستند. آن‌ها معتقدند که سلامت و بیماری مفاهیمی ذاتاً مسبوق به ارزشند و تصمیم درباره حالات بدن یا روان، مستلزم آن است که چه چیزی مطلوب یا نامطلوب، مفید یا بی‌فایده، خوب یا بد است. اگر ارزش‌ها آن چیزهایی که مستلزم خوبی و بدی، درست و نادرست هستند، نقش تعیین‌کننده در تبیین مفاهیم (سلامت و بیماری) داشته باشند، آن‌گاه به نظر می‌رسد بیماری‌ها مقولاتی هستند که انسان‌ها آن‌ها را تعریف کرده‌اند و امری اعتباری هستند. در این صورت، سیاست و ایدئولوژی هر کشوری نیز در تعیین این تعاریف دخالت خواهد داشت؛ البته اگر ارزش‌ها ماحصل نیروهای اجتماعی نگریسته شود؛ مانند همجنس‌بازی یا اعتیاد و تعریف آن‌ها به صورت ناهنجاری اجتماعی یا بیماری.

از دیدگاه «هنجارگرایان»، گوهر مفهوم بیماری متضمن این است که در شخص چه چیزی به خطا رفته است؛ برای مثال فردی که دچار سکته قلبی شده، به‌دلیل از دست دادن ظرفیت‌ها، شروع درد و خطر برای حیات است که بیمار تلقی می‌شود، نه انحراف از کارکرد معمول؛ یعنی بدی‌هایی که همراه با سکته قلبی است، آن را بیماری به‌شمار می‌آورد. هنجارگرایان استدلال می‌کنند که هر چقدر هم واقعیات وصفی را در مورد بدن یا

کارکردهای یک سلول یا دستگاه خاصی بدانیم، ممکن نیست تصمیم بگیریم که آیا حالات خاصی نمایانگر سلامت یا بیماری‌اند، مگر آن که ارزش‌هایی مبنا قرار گیرند؛ به‌طور مثال در متون درسی قدیم، نامی از بیماری «drapetomania» آمده است که دال بر تمایل و سواسی برده برای فرار از صاحبش بود؛ اما امروزه این بیماری معنا ندارد.

هنجارگرایان، پیش‌داوری‌های ارزشی و فرهنگی را در تعیین سلامت و بیماری در پزشکی دخیل می‌دانند؛ اما برخی استدلال کرده‌اند که رویکرد هنجاری به تحلیل بیماری می‌انجامد که بیماری متکی به تمایل اعضای جامعه باشد که امور خاصی را بد به‌شمارند (ibid)؛ برای مثال، کسانی که فشار خون بالا دارند؛ ممکن است هیچ از دست دادن ظرفیتی را احساس نکنند و طبق نظر هنجارگرایان بیمار نباشند؛ اما پزشکان ناهنجارگرا به دلیل آن که عملکرد فیزیولوژیک بدن درست کار نمی‌کند می‌توانند بگویند بیماری وجود دارد.

از سوی دیگر نزاع میان رئالیست‌ها یا ضد رئالیست‌ها این‌جا برجسته است. چون برخی می‌گویند پذیرش دیدگاه هنجارگرایان عینیت مفاهیم بیماری و سلامت را مورد سؤال قرار می‌دهد؛ اما اگر کسی موافق این امر باشد که ارزش‌ها قابل استدلال عینی و عقلانی هستند، آن‌گاه عینیت مفاهیم سلامت و بیماری مورد سؤال قرار نمی‌گیرد. به‌طور کلی اگر پزشکی و دیگر شاخه‌های بهداشتی و درمانی از تعاریف سلامت و بیماری‌ای استفاده نکنند که بی‌ابهام باشند، این خطر جدی وجود دارد که هم ارائه‌کنندگان بهداشت و درمان و هم بیماران، درباره اهداف، غایات، انتظارات و امیدواری‌هایی که در پزشکی می‌بینند، مردد باشند. اهمیت این مباحث به حدی است که تمام شوون اقتصادی، سیاسی و فرهنگی هر کشوری را دربرمی‌گیرد. هر نوع نگاه به سلامت و بیماری بودجه‌های تخصیص داده شده برای بهداشت و درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مباحث تأملات صرف فلسفی نیست؛ بلکه پیامدهای گرانباری در هر جامعه خواهد داشت.

### معرفت‌شناسی پزشکی

معرفت‌شناسان می‌کوشند تا شرحی دقیق از آنچه «معرفت» (Knowledge) نامیده می‌شود، ارائه دهند و رابطه آن را با مفاهیمی مانند باور، صدق، توجیه و شاهد ترسیم کنند. معرفت‌شناسان همچنین به دانستن چگونگی ایجاد معرفت علاقه‌مند هستند و این‌که چه روابطی بین شخص و ساختارهای اجتماعی برای وجود معرفت و رشد آن نیاز است.

برخی معرفت‌شناسان کنونی نیز این علاقه را در ساختار معرفت و پیش‌فرض‌های اجتماعی آن می‌جویند. تمام این مشغولیات معرفت‌شناختی را می‌توان برای معرفت بهداشت-درمان، نظریه‌ها، اعمال و شهودهای آن به‌کار برد، برای مثال چه معیارهایی وجود دارد تا به شناخت مفهوم پزشکی برسیم؟ یا چگونه ادعاهای ارائه شده برای موثر بودن درمان را می‌توان ارزیابی کرد؟ آیا پزشکی علم است یا هنر؟ خصوصیات معرفت پزشکی دربارهٔ درمان و بیماری چیست؟ دو بحث معرفت‌شناختی پزشکی یعنی «منطق تشخیص، پیش‌آگهی و ارزیابی درمان» و «چگونگی رابطه بین پزشک و بیمار» در دو دیدگاه غالب فلسفهٔ پزشکی مشترک است.

تحقیقات دربارهٔ منطق تشخیص و پیش‌آگهی از سال ۱۹۵۰ آغاز شد و پل میل (Paul Meehl) آن را گسترش داد. او استدلال کرد که پیش‌آگهی به‌وسیله مدل‌های ساده آماری می‌تواند از پیش‌آگهی‌های به‌عمل آمده به‌وسیله متخصصان بالینی دقیق‌تر باشد (Meehl, 1954).

در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ استنتاج براساس رویکرد بیز (Bayesian) مورد توجه قرار گرفت. لدلی و لاستد (Ledley and Lusted) در مقاله تأثیرگذارشان در سال ۱۹۵۹، از رویکرد بیزی در استدلال پزشکی دفاع کردند. در این رویکرد از نظریه بیز برای تجدیدنظر در احتمالات اولیه در پرتو پیامدهای آزمون‌های بالینی استفاده می‌شود. (Ledley and Lusted, 1959)

اگر این رویکرد به حوزه‌های محدود تحقیق منحصر شود، حتی بهتر از متخصصان بالینی با تجربه عمل می‌کند. اما در حوزه‌های پیچیده‌تر به مقادیر بیشتری از داده‌ها نیاز دارد که برای بسیاری از نتایج آزمون‌ها این اطلاعات در دسترس نیست.

آلوان فینشتین (Alvan Feinstein) در دهه ۱۹۷۰ رویکرد منطق شاخه‌ای (Branching logics) را مطرح کرد. در این رویکرد، درخت‌های شاخه‌دار می‌توانند گزاره‌های احتمال گراهای درون خودشان داشته باشند که موضوع استنتاج «بیزی» قرار بگیرد. این نوع ساختار با نگرش کمی سود و زیان موضوع جدی تحلیل تصمیم‌گیری‌های بالینی پزشکی است (Shaffner, 1982)؛ اما ای‌گوری و جی‌کاسیر (A. Gorry and J. Kassirer) به حوزه در حال رشد هوش مصنوعی برای رویکردی انعطاف‌پذیرتر توجه نشان دادند. آن‌ها در واقع به دنبال نظم دقیق ارائه اطلاعات تجربی دربارهٔ احتمالات شرطی معین بودند (ibid). در اوایل دهه ۱۹۸۰ کار در زمینه‌های هوش مصنوعی در پزشکی و تفسیر فلسفی آن شکوفا و

دستاوردهایی حاصل شد که اکنون تحت عنوان کلی تر «انفورماتیک پزشکی» دنبال می‌شود. این تحقیقات فراسوی استدلال تشخیصی، توجه خود را به بررسی امکانات یک زبان واحد پزشکی و نظام‌های یکپارچه شده اطلاعات پزشکی معطوف کرده است. با تمام پیشرفت‌های به عمل آمده در منطق تشخیص پزشکی در حال حاضر اجماعی مبنی بر رویکرد واحدی برای فرایند تشخیص پزشکی وجود ندارد. رویکردهای جدیدتر، شامل نظام اتصال‌گرا (Connectivist system)، «استدلال مبتنی بر مورد» (Case-base system) و منطق فازی است.

بحث رابطه بین پزشک و بیمار نیز یکی از مباحث معرفت‌شناسی پزشکی است؛ اگرچه در حوزه اخلاق پزشکی نیز مورد بحث قرار می‌گیرد. دانشمندان علوم پزشکی به صورت اجتناب ناپذیری اعمال خود را تحت تأثیر جهان‌بینی‌هایشان انجام می‌دهند. پزشکان نیز که داده‌های آن‌ها را استفاده می‌کنند، فهم خود از علم را به روش‌هایی وابسته به جهان‌بینی شکل یا ساختار می‌دهند. هنگامی که اطلاعات به بیماران منتقل می‌شود، فهم بیماران نیز ممکن است اطلاعات را در معرض تغییرات دیگری قرار دهد. این‌جا بحث ارزش‌ها و باورهای پزشک و بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد. با توجه به این که آن‌ها ادراکات متفاوتی دارند، تصمیم‌گیری آن‌ها دربارهٔ بهترین درمان متفاوت خواهد بود.

به‌طور کلی می‌توان گفت: معرفت‌شناسی پزشکی به مباحثی مربوط می‌شود که به توجیه ادعاهای نیل به معرفت پزشکی می‌پردازد. در همین حوزه است که مقایسهٔ عینی میان نظریات رقیب در پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد. بحث قیاس‌ناپذیری (incommensurability) میان طب سوزنی یا هومیوپاتی با پزشکی رایج، مثالی از آن است و بحث بر سر علمی بودن یا نبودن آن‌ها خود بحثی داغ را در این حوزه از فلسفهٔ پزشکی تشکیل داده است (Thagard, 2003).

فلسفهٔ پزشکی اکنون جایگاه خود را یافته، و تأملات فلسفی در پزشکی را نظامی بسامان داده است. مقالات متعدد و کتاب‌هایی که در چند سال اخیر منتشر شده، روزهای درخشانی را برای این حوزه دربرخواهد داشت.

## منابع و مأخذ

1. Boorse C, *Health as a theoretical concept*, Philosophy of Science, 44: 542-73, 1977.
2. ———, *On the distinction between Disease and illness*, In *meaning and medicine*, Linderman J and Linderman M (ed), New York, Rootledge, 16-27, 1999.
3. Caplan AL. *Does the philosophy of medicine exist? Theor. Med.*; 13: 67-77, 1990.
4. ———, *Concept of Health, illness and disease in Medical ethics*. RM veatch(ed), Tons Bartlett. Pvb, 25-75, 1991.
5. Engel G. L, *The clinical application of biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry*, 137: 5, 1980
6. Engelhardt HT and Spicher SF eds, *Round table discussion, Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences, Philosophy and Medicine I* Dordrecht Holland: D. Reidel Publishers, 215-219, 1996.
7. Engelhardt HT and Erde E, *Philosophy of medicine, in A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*, ed. Durbin, PT. New York, Free Press, 364-461 and 675-677, 1984.
8. Engelhardt HT, Wildes KWm, *Philosophy of medicine, Encyclopedia of Bioethics* 2d ed, Reich WT. New York, MacMillan Publishing Company, Vol. 3: 1680-1684, 1995.
9. Engelhardt HT and Schaffner KF, *Philosophy of medicine*, in *Encyclopedia of Philosophy* London, Routledge and Kegan Paul, 1996.
10. Fleck L. *Genesis and Development of Scientific Fact*. Chicago, University of Chicago Press, 1979.
11. Fleck L. *founder of the philosophy of modern medicine*, The *canc. J.* 5: 6: 403-503, 1992.
12. Gadamer HG, Geiger J, Walker N. *The Enigma of health: The Art of healing in a scientific age*, Stanford University. Press, 1996.
13. Jaeger W. *Paidea, The Ideals of Greek Culture* Vol. III, trans Highet G. New York, Oxford University Press, 3-45 Temkin O. 1956 "On the Inter- relationship of the history and philosophy of medicine, *Bull. History of Med*, 30: 241-251, 1994.
14. King L. *The Philosophy of Medicine: The Early Eighteenth Century*. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1978.
15. Lain- Entralgo P. *Quaestiones Hippocraticae: Disputatae Tres in La Collection Hippocratique et Son Role Dans L' Histoire de la Medicine*. Colloque de Strasbourg, Leiden, E. J. Brill, 23-27, 1975.

۳۵۴

پیش

سال یازدهم / بهار و تابستان ۱۳۸۵

16. Ledley RS. and Lusted LB. *Reasoning Foundations of Medical Diagnosis*, *Science*, 130: 9-21, 1959.
17. Pellegrino ED. *Medicine and philosophy: some notes on the flirtations of Minerva and Aesculapius*, *Annual Oration of the Society for Health and Human Values*. Philadelphia: Society for Health and Human Values, 1974, 1973.
18. Pellegrino, ED, *What the philosophy of medicine is*. *Theor Med*, 19: 315-336, 1996.
19. \_\_\_\_\_, *Philosophy of medicine towards a definition*. *The Journal of Medicine and philosophy*. 11: 9-16, 1986.
20. Sadegh- Zadeh K. *Toward metamedicine*, (Editorial), *Metamedicine*, 1: 3-10, 1980.
21. Thagard, P. & Zhu, *Acupuncture, incommensurability, and conceptual change*. In G. M. Sinatra & P.R. Pintrich (Eds), *Intentional conceptual change*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 79-102, J. (2003).
22. Shaffner KF. *Modeling Medical Diagnosis: Logical and Computer Approaches*, *Synthese*; 47: 163-99, 1982.





