

The Emergence of the Philosophy of Medicine: A Critical Encounter with Classical Philosophy of Science

Alireza Monajemi*

Abstract

The central claim of this article is that the philosophy of medicine emerged through a critical confrontation with classical philosophy of science, a confrontation that coincided with the very possibility of articulating the contemporary medical crisis. This simultaneity is not accidental; rather, it discloses the inability of classical philosophy of science to grasp the practical, clinical, and social character of medicine. The rise of the philosophy of medicine is thus presented as internally connected both to the limits of classical philosophy of science and to the formulation of the modern medical crisis. The paper first reconstructs the conceptual framework of classical philosophy of science and identifies its shortcomings in accounting for the nature of medicine. It then examines the idea of medical crisis, arguing that excessive scientification and technologization have dehumanized the clinical encounter and prompted critical reflection. The Kaplan–Pellegrino debate is analyzed as a key historical moment. Drawing on Wieland, Fleck, and Sadeghzadeh, the article develops a positive account of medicine as a distinct kind of knowledge and considers its implications. The implications of this shift include a critique of contemporary medicine and a rethinking of the relationship between science, practice, and the modern human sciences.

Keywords: classical philosophy of science; philosophy of medicine; medical crisis; classification of the sciences; practice.

* Associate Professor of Department Philosophy of Science and Technology, Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran, Monajemi@ihcs.ac.ir

Date received: 24/01/2026, Date of acceptance: 20/02/2026



Introduction

Medicine has long occupied a problematic epistemic position within the modern classification of the sciences. Unlike the natural sciences, whose theoretical foundations appear comparatively stable, medicine has persistently stood at the intersection of scientific knowledge, practical intervention, ethical judgment, and social institution. While it relies heavily on biomedical research and empirical methodologies, its core activity—clinical practice—unfolds within the physician–patient relationship and involves value judgments, uncertainty, and responsibility. This dual character has made medicine difficult to situate within the traditional tripartite division of the sciences into natural, human, and social domains.

The central claim of this article is that the philosophy of medicine emerged through a critical confrontation with classical philosophy of science, and that this confrontation coincided with the very possibility of articulating what has come to be described as the modern medical crisis. This simultaneity is not accidental. Rather, it reveals the conceptual inadequacy of classical philosophy of science in grasping the practical, clinical, and social character of medicine. The rise of the philosophy of medicine must therefore be understood as internally connected both to the limits of classical philosophy of science and to the formulation of the contemporary crisis in medicine.

Materials and Methods

This study adopts a conceptual–historical and analytical methodology. It reconstructs the conceptual framework of classical philosophy of science as it developed in logical positivism, critical rationalism, and law-centered models of scientific explanation. These traditions, despite internal differences, share a commitment to understanding science primarily as theoretical, proposition-based, and truth-oriented knowledge. The analysis then examines how medicine was interpreted within this framework, either as a branch of natural science reducible to biology and ultimately physics–chemistry, or as an applied science whose philosophical problems could be resolved within the general philosophy of science.

To evaluate these assumptions, the article engages with major figures in twentieth-century philosophy of medicine and science, including Wieland, Fleck, Pellegrino, Caplan, and Sadeghzadeh. Wieland’s distinction between theoretical and practical sciences provides a systematic critique of the reduction of practical domains to theoretical models. Fleck’s notion of thought style and the rejection of

the “Euclidean ideal” illuminates the historically situated and practice-embedded character of medical knowledge. Pellegrino’s emphasis on phronesis and the telos of healing clarifies the normative and relational dimensions of clinical medicine. Sadeghzadeh’s analytic distinction between biomedical science and clinical medicine sharpens the conceptual differentiation between theoretical research and practical judgment. The study also incorporates an analysis of the 1970s Kaplan–Pellegrino controversy as a historical moment in which the autonomy of philosophy of medicine was explicitly debated.

Discussion and Results

The analysis demonstrates that classical philosophy of science lacks the conceptual tools necessary to account for the distinctive rationality of medicine. Its focus on truth, explanation, and theoretical structure marginalizes domains whose primary orientation is toward action, decision, and responsibility.

The medical crisis of the late twentieth century—often described in terms of declining quality of care, dehumanization, and excessive technologization—exposed the limits of an exclusively scientific model of medicine. Excessive scientification and technological mediation contributed to the objectification of the patient and the reduction of illness to measurable pathology. Yet the crisis did not represent a failure of science as such. Rather, it revealed the insufficiency of a framework that treated theoretical science as the exclusive model of rationality.

The Kaplan–Pellegrino debate crystallized this issue. Caplan defended the view that philosophy of medicine lacked independent foundations and should remain subordinate to philosophy of science and bioethics. Pellegrino countered that medicine is fundamentally a moral and practical enterprise centered on the physician–patient encounter. This disagreement reflected two divergent conceptions of medicine: one as applied science, the other as a practice structured by its telos—healing—and guided by practical wisdom (phronesis).

Drawing on Wieland, the article argues that medicine belongs to the domain of practical sciences. Theoretical sciences aim at describing and explaining what is; practical sciences guide action within concrete and uncertain situations. Clinical medicine is paradigmatic in this regard: it integrates scientific knowledge, contextual judgment, and normative evaluation in order to reach decisions concerning a particular patient.

Fleck's critique of the "Euclidean ideal" further undermines the expectation that medicine should conform to a deductively structured, context-independent theoretical model. Medical knowledge develops within historically situated thought styles and institutional practices. Its variability and context-dependence are structural features rather than epistemic defects.

Sadeghzadeh's distinction between biomedical research and clinical medicine reinforces this conclusion. While biomedical sciences generate theoretical knowledge, clinical medicine organizes conditional rules of action oriented toward therapeutic goals. The criterion of validity shifts from propositional truth alone to the responsible guidance of action in singular situations.

The result of these analyses is a positive reconfiguration of medicine as a distinct kind of knowledge—practical, normative, institutional, and relational. This reconfiguration opens broader implications beyond medicine itself. It challenges the monopoly of theoretical science as the universal model of rationality and invites reconsideration of the relationship between science, practice, and the modern human sciences.

Conclusion

The emergence of the philosophy of medicine cannot be understood as a mere specialization within philosophy of science. It arose from a critical recognition that the dominant theoretical model of science was incapable of adequately accounting for the nature of medicine. This recognition coincided with the articulation of the medical crisis and enabled its philosophical formulation.

By relocating the center of analysis from abstract scientific knowledge to the clinical encounter, philosophy of medicine has made possible an immanent critique of contemporary medicine—one that does not reject science or technology, but resists their unqualified dominance. It restores attention to practical judgment, normative responsibility, and the physician–patient relationship.

More broadly, the distinction between theoretical and practical sciences, clarified through the case of medicine, invites a reconsideration of modern rationality itself. Medicine becomes a field in which knowledge and action, science and institution, and fact and value are inseparably intertwined. In this sense, philosophy of medicine serves not only as a response to the internal tensions of modern medicine, but also as a critical site for rethinking the relationship between science, practice, and the human sciences in the modern world.

Bibliography

- Caplan, A. L. (1974). *The concept of health and disease*. Addison-Wesley.
- Fleck, L. (1979). *Genesis and development of a scientific fact* (F. Bradley & T. J. Trenn, Trans.). University of Chicago Press. (Original work published 1935)
- Fleck, L. (1370). Some specific features of the medical way of thinking (S. Etemad, Trans.). *Rahyaf*, 2(1). [in Persian]
- Gadamer, H. G. (1996). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age* (J. Gaiger & N. Walker, Trans.). Stanford University Press. (Original work published 1993)
- Marcum, J. (2012). *The virtuous physician*. Springer.
- Marcum, J. A. (2008). *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*. Springer-Verlag.
- Monajemi, A. (2011). Medicine as a Paradigm?. *Philosophy of Science*, 1(1), 123-136. [in Persian]
- Monajemi, A. (2019). The Role of clinical medicine on the constitution of science of man: Birth of the clinic rereading. *Philosophy of Science*, 9(17), 139-162. [in Persian]
- Monajemi, A. (2021). On the Nature of Medicine: Necessities, Approaches, and Challenges. *Journal of Philosophical Investigations*, 15(37), 153-177.
- Munson, R. (1981). Why medicine cannot be a science. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2), 183–208.
- Osborne, T. (1998). On anti-medicine and clinical reason. In C. Jones & R. Porter (Eds.), *Reassessing Foucault: Power, medicine and the body* (pp. 24–48). Routledge.
- Pellegrino, E. D. (1979). Humanism and the physician. *Journal of Medicine and Philosophy*, 4 (1), 3–12.
- Pellegrino, E. (1979). Medicine, science, art: An old controversy revisited. *Man and Medicine*, 4(1), 43–52.
- Sadegh-Zadeh, K. (2015). *Handbook of analytic philosophy of medicine* (2nd ed.). Springer
- Schaffner, K. F. (1993). *Discovery and explanation in biology and medicine*. University of Chicago Press.
- Van Leeuwen, E., & Kimsma, G. K. (1997). Philosophy of medical practice: A discursive approach. *Theoretical Medicine*, 18, 99–112.
- Wieland, W. (1981). The philosophy of science: Its possibilities and limits. *Angewandte Chemie International Edition*, 20(8), 617–623.
- Wieland, W. (2002). The character and mission of the practical sciences, as exemplified by medicine. *Poiesis & Praxis*, 1, 123–134.

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌های انتقادی با فلسفه علم کلاسیک

علیرضا منجمی*

چکیده

مدعای اصلی این مقاله آن است که فلسفه پزشکی در مواجهه‌های انتقادی با فلسفه علم کلاسیک شکل گرفته است؛ مواجهه‌ای که به‌طور هم‌زمان با امکان صورت‌بندی بحران پزشکی امروز پدیدار می‌شود. این هم‌زمانی تصادفی نیست، بلکه نشان‌دهنده نابسندگی الگوی فلسفه علم کلاسیک در فهم سرشت پرکتیسی، بالینی و اجتماعی پزشکی است. این مقاله می‌کوشد برآمدن فلسفه پزشکی را در پیوندی درونی با نابسندگی فلسفه علم کلاسیک و صورت‌بندی بحران پزشکی مدرن فهم کند. بدین منظور، نخست چارچوب مفهومی فلسفه علم کلاسیک و محدودیت‌های آن در توضیح سرشت پزشکی بررسی می‌شود. با تمرکز بر ایده بحران پزشکی، نشان داده خواهد شد که چگونه علمی‌کردن و تکنولوژی‌زیزه‌کردن افراطی طبابت به انسان‌زدایی از مواجهه بالینی انجامیده و زمینه‌ساز مواجهه‌های انتقادی با این چارچوب شده است. سپس مناقشات نظری دهه ۱۹۷۰، به‌ویژه نزاع کاپلان و پلگرینو، به‌عنوان نقطه‌ای تاریخی تحلیل می‌شوند که در آن پرسش از نسبت فلسفه پزشکی و فلسفه علم به‌صورت صریح مطرح می‌شود. با اتکا به تحلیل‌های ویلاند، فلک و صادق‌زاده، صورت‌بندی ایجابی پزشکی به‌مثابه نوعی متفاوت از معرفت و برجسته‌شدن تمایز علوم نظری و علوم عملی بسط می‌یابد. در نهایت، پیامدهای این تغییر رویکرد برای نقد پزشکی معاصر و بازاندیشی در نسبت علم، عمل و علوم انسانی جدید بررسی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: فلسفه علم کلاسیک، فلسفه پزشکی، بحران پزشکی، طبقه‌بندی علوم، پرکتیس.

* دانشیار گروه فلسفه علم و تکنولوژی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران،
monajmei@ihcs.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۴، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۱



۱. مقدمه

پزشکی امروز از همان بدو پیدایش در موقعیت معرفتی مسئله‌دار قرار داشته است. برخلاف بسیاری از علوم طبیعی که جایگاهی نسبتاً تثبیت شده در نظم دانش مدرن یافته‌اند، پزشکی همواره در مرز میان حوزه‌های متفاوت دانش و عمل واقع شده است. از یک سو، پزشکی به‌طور گسترده بر علوم زیست‌پزشکی، روش‌های تجربی و الگوهای تبیینی آنها تکیه دارد و از سوی دیگر، در طبابت روزمره ناگزیر با رابطه میان پزشک و بیمار، تجربه زیسته بیماران و داورهای هنجاری سروکار دارد. همین موقعیت مرزی سبب شده است که پزشکی در طبقه‌بندی‌های کلاسیک علوم، نه به‌سادگی در ذیل علوم طبیعی جای گیرد و نه به‌تمامی در قلمرو علوم انسانی یا اجتماعی مستقر شود. این وضعیت پروبلماتیک، پزشکی را پیش از آنکه موضوعی صرفاً فنی یا علمی باشد، به مسئله‌ای فلسفی بدل کرده است.

در نیمه دوم قرن بیستم، به تدریج به‌صورت بحرانی آشکار شد که در ادبیات پزشکی و فلسفی از آن با عنوان «بحران پزشکی» یاد می‌شود. این بحران نه صرفاً به کاستی‌های علمی یا محدودیت‌های فنی پزشکی مربوط بود و نه به خطاهای فردی پزشکان یا ناکارآمدی‌های اجرایی نظام‌های سلامت فروکاسته می‌شد. آنچه بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت، ناتوانی پزشکی مدرن در پاسخ‌گویی به ابعاد انسانی و اجتماعی بیماری بود؛ ناتوانی‌ای که خود را در گسست رابطه پزشک و بیمار، غلبه نگاه تکنولوژیک به بدن، و حاشیه‌رفتن تجربه زیسته رنج‌نشان می‌داد. بدین ترتیب، بحران پزشکی نه به‌عنوان شکست علم، بلکه به‌مثابه نشانه‌ای از محدودیت چارچوب‌های مسلط در فهم سرشت پزشکی پدیدار شد.

هم‌زمان با این تحولات، محدودیت‌های فلسفه علم کلاسیک^۱ در تبیین پزشکی نیز آشکار گردید. فلسفه علم کلاسیک، با الگو گرفتن از علوم طبیعی و تمرکز بر معیارهای صدق، تبیین و پیشرفت معرفتی، پزشکی را یا به‌عنوان شاخه‌ای از علم نظری و یا به‌مثابه علم کاربردی فهم می‌کرد. در این افق، علم، اصل سامان‌دهنده درونی پزشکی تلقی می‌شد و سایر ابعاد آن، از جمله پرتکیس بالینی، داورهای هنجاری و نسبت پزشکی با جامعه، یا به کلی نادیده گرفته می‌شدند یا در حاشیه قرار می‌گرفتند. یکی دیگر از موانعی که در مسیر شکل‌گیری این رویکرد وجود داشت، غلبه افق فلسفه علم انگلو-آمریکن بود که با تمرکز و سواس‌گونه بر فیزیک به‌عنوان نمونه‌اعلای علم، سایر حوزه‌ها را بر اساس میزان شباهتشان به این الگو ارزیابی می‌کرد. در چنین افقی، پزشکی به‌لحاظ معرفت‌شناختی

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک (علیرضا منجمی) ۶۵

دانشی ثانوی، کم‌استوار و فاقد ظرفیت لازم برای تأمل فلسفی مستقل تلقی می‌شد (Osborne, 1998).

وضعیت پزشکی در طبقه‌بندی‌های متداول علوم، یعنی تمایز میان علوم طبیعی، علوم انسانی و علوم اجتماعی، وضعیتی اساساً مسئله‌دار است. پزشکی در هیچ‌یک از این طبقات به‌طور کامل جای نمی‌گیرد و همین امر آن را به موضوعی فلسفی بدل کرده است. پلگرینو این موقعیت مرزی را به‌گونه‌ای موجز چنین صورت‌بندی می‌کند: «پزشکی، انسانی‌ترین علوم، تجربی‌ترین هنرها و علمی‌ترین علوم انسانی است» (Pellegrino, 1979, p. 17). این توصیف نشان می‌دهد که پزشکی نه با الگوی علم طبیعی به‌تمامی قابل فهم است و نه با چارچوب‌های رایج علوم انسانی یا اجتماعی. به تعبیر دیگر، پزشکی هم بیش از علم است و هم کمتر از آن؛ بیش از علم است، زیرا در پراتیک بالینی خود را به نظریه‌های علمی محدود نمی‌کند و برای طبابت به عناصری فراتر از دانش نظری نیاز دارد، و کمتر از علم است، زیرا ناگزیر است در شرایط عدم قطعیت و اضطراب دست به مداخله بزند، حتی زمانی که پشتوانه نظری کامل در دسترس نیست (Van Leeuwen & Kimsma, 1997). این دوگانگی نه نشانه ضعف پزشکی، بلکه بیانگر سرشت خاص آن به‌عنوان دانشی عملی، موقعیت‌مند و معطوف به کنش است؛ دانشی که در چارچوب طبقه‌بندی‌های کلاسیک علوم به‌سختی قابل جای‌دهی است.

در این بستر، فلسفه پزشکی به‌تدریج به‌عنوان حوزه‌ای متمایز از تأمل فلسفی پدیدار شد. شکل‌گیری این حوزه را نمی‌توان صرفاً گسترش طبیعی فلسفه علم یا افزودن یک موضوع جدید به آن دانست. آنچه رخ داد، مواجهه‌ای انتقادی با خود چارچوب فلسفه علم کلاسیک بود؛ مواجهه‌ای که امکان داد پزشکی نه صرفاً به‌مثابه علم، بلکه به‌عنوان نوعی پرکتیس پیچیده، هنجاری و اجتماعی فهم شود که از داده‌های علوم زیست‌پزشکی نیز بهره می‌گیرد.

مدعای اصلی این مقاله آن است که فلسفه پزشکی در مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک شکل گرفته است؛ مواجهه‌ای که به‌طور هم‌زمان با امکان صورت‌بندی بحران پزشکی امروز پدیدار می‌شود. این هم‌زمانی تصادفی نیست، بلکه نشان‌دهنده نابسندگی الگوی فلسفه علم کلاسیک در فهم سرشت پرکتیسی، بالینی و اجتماعی پزشکی است. این مقاله می‌کوشد نشان دهد که برآمدن فلسفه پزشکی را باید در پیوندی درونی با نابسندگی فلسفه علم کلاسیک و صورت‌بندی بحران پزشکی مدرن فهمید. بدین منظور، نخست

چارچوب مفهومی فلسفه علم کلاسیک و محدودیت‌های آن در توضیح سرشت پزشکی بررسی می‌شود. سپس، با تمرکز بر ایده بحران پزشکی، نشان داده خواهد شد که چگونه علمی‌کردن و تکنولوژی‌زیزه‌کردن افراطی طبابت به انسان‌زدایی از مواجهه بالینی انجامیده و زمینه‌ساز مواجهه‌ای انتقادی با این چارچوب شده است. در گام بعد، مناقشات نظری دهه ۱۹۷۰، به‌ویژه نزاع کاپلان و پلگرینو، به‌عنوان نقطه‌ای تاریخی تحلیل می‌شوند که در آن پرسش از نسبت فلسفه پزشکی و فلسفه علم به‌صورت صریح مطرح می‌شود. پس از آن، با اتکا به تحلیل‌های ویلاند، فلک و صادق‌زاده، صورت‌بندی ایجابی پزشکی به‌مثابه نوعی متفاوت از معرفت و برجسته‌شدن تمایز علوم نظری و علوم عملی بسط می‌یابد. در نهایت، پیامدهای این تغییر رویکرد برای نقد پزشکی معاصر و بازاندیشی در نسبت علم، عمل و علوم انسانی جدید بررسی می‌شود.

۲. نقد فلسفه علم کلاسیک: صورت‌بندی ویلاند

نقد فلسفه علم کلاسیک در نسبت با پزشکی را می‌توان در آثار ولفگانگ ویلاند (Wolfgang Wieland) به‌صورت نظام‌مند و از منظری بنیادین بازشناخت. اهمیت تحلیل ویلاند در آن است که او محدودیت‌های فلسفه علم کلاسیک را نه صرفاً در نسبت با پزشکی، بلکه در سطحی عام‌تر و به‌مثابه محدودیت‌های درونی خود مفهوم علم نظری نشان می‌دهد. از نظر ویلاند، فلسفه علم کلاسیک با تمرکز بر ساختار نظری علم، معیارهای صدق گزاره‌ها و منطق تبیین، نوع خاصی از عقلانیت را مطلق می‌سازد و آن را به الگوی عام فهم معرفت بدل می‌کند. نتیجه آن است که حوزه‌هایی از معرفت که اساساً در افق کنش، تصمیم و داوری عملی شکل می‌گیرند، یا به‌عنوان موارد حاشیه‌ای تلقی می‌شوند یا به‌نحو نادرست ذیل الگوی علم نظری بازخوانی می‌گردند. در تحلیل فلک، آنچه پزشکی را در نگاه فلسفه علم کلاسیک به دانشی مسئله‌دار بدل می‌کند، سلطه «ایده‌آل اقلیدسی» بر فهم علم است؛ ایده‌آلی که معرفت را در قالب نظامی قیاسی، شفاف و مستقل از زمینه صورت‌بندی می‌کند. از این منظر، کاستی‌های نسبت‌داده‌شده به پزشکی نه ناشی از ضعف معرفتی آن، بلکه حاصل تحمیل الگویی بیگانه از علم است که ریشه در فهم اقلیدسی از معرفت دارد. (فلک، ۱۳۰)

ویلاند با نقد این تلقی نشان می‌دهد که فلسفه علم کلاسیک از تمایز بنیادین میان علوم نظری و عملی غفلت می‌کند. علوم نظری، به‌زعم او، معطوف به توصیف و تبیین آن چیزی

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک (علیرضا منجمی) ۶۷

است که هست و اعتبار آن با معیارهایی چون صدق، انسجام نظری و تبیین‌پذیری سنجیده می‌شود. اما این الگو را نمی‌توان بی‌واسطه به حوزه‌هایی تعمیم داد که موضوع آن‌ها نه صرفاً شناخت جهان، بلکه هدایت کنش در موقعیت‌های خاص است. در این حوزه‌ها، دانش نه در قالب گزاره‌های توصیفی، بلکه در قالب قواعد عملی، داوری‌های موقعیت‌مند و تصمیم‌هایی شکل می‌گیرد که همواره با عدم قطعیت و مسئولیت همراه‌اند. فلسفه علم کلاسیک، به دلیل تمرکز انحصاری بر الگوی علم نظری، فاقد ابزار مفهومی لازم برای فهم این نوع عقلانیت است. (Wieland, 2002) تمایز میان علوم نظری و علوم عملی نه بر اساس موضوع مطالعه، بلکه بر اساس نوع عقلانیت و معیار اعتبار معرفت صورت‌بندی می‌شود. علوم نظری معطوف به توصیف و تبیین آنچه هست‌اند و محصول آن‌ها گزاره‌ها، قوانین و نظریه‌هایی است که اعتبارشان با معیارهایی چون صدق، انسجام و تبیین‌پذیری سنجیده می‌شود. در مقابل، علوم عملی ناظر به هدایت کنش در موقعیت‌های خاص‌اند و خروجی آن‌ها نه گزاره‌های توصیفی، بلکه قواعد کنش مشروط است؛ قواعدی که اعتبارشان در نسبت با تحقق غایت عمل و کارآمدی در شرایط عدم قطعیت معنا پیدا می‌کند. صادق‌زاده نشان می‌دهد که پزشکی بالینی به‌طور ساختاری در زمره علوم عملی قرار می‌گیرد، زیرا عقلانیت آن در افق تصمیم‌گیری، قضاوت بالینی و مسئولیت شکل می‌گیرد و نمی‌توان آن را به کاربرد صرف علوم نظری فروکاست. از این منظر، ناتوانی فلسفه علم کلاسیک در فهم پزشکی نه ناشی از ضعف پزشکی، بلکه حاصل نادیده‌گرفتن این تمایز بنیادین میان علوم نظری و علوم عملی است. (Sadeghzadeh, 2015)

در این چارچوب، پزشکی نمونه‌ای ممتاز از دانشی است که در افق علم عملی قرار می‌گیرد. پزشکی نه صرفاً به دنبال توصیف بدن یا تبیین فرایندهای زیستی، بلکه معطوف به تصمیم‌گیری در موقعیت‌های بالینی خاص است؛ موقعیت‌هایی که در آن‌ها دانش نظری تنها یکی از عناصر قضاوت بالینی به‌شمار می‌آید. از این رو، تلاش برای فهم پزشکی بر اساس معیارهای فلسفه علم کلاسیک، ناگزیر به بدفهمی سرشت آن می‌انجامد. آنچه در پزشکی تعیین‌کننده است، نه صدق گزاره‌ها به‌تنهایی، بلکه توانایی هدایت کنش در راستای غایت طبابت است. فلسفه علم کلاسیک، با نادیده‌گرفتن این بُعد غایت‌مند و عملی، پزشکی را به‌نحو ساختاری فروکاهش می‌دهد.

در این چارچوب انتقادی، فلسفه علم کلاسیک عامل بحران پزشکی نیست بلکه ناتوان از رؤیت و صورت‌بندی بحران است. بحران زمانی پدیدار می‌شود که پزشکی صرفاً در افق

علم نظری فهمیده و ابعاد عملی، هنجاری و انسانی آن به حاشیه رانده شوند. از این منظر، نقد فلسفه علم کلاسیک نه نقد علم به عنوان چنین، بلکه نقد انحصار یک الگوی خاص از عقلانیت در فهم معرفت است. همین نقد است که امکان می دهد پزشکی به مثابه نوعی متفاوت از معرفت دیده شود و زمینه برای برآمدن فلسفه پزشکی فراهم آید. فلسفه پزشکی دقیقاً در جایی پدیدار می شود که محدودیت های فلسفه علم کلاسیک در فهم معرفت عملی آشکار می گردد و پزشکی، به عنوان نمونه ای برجسته از چنین معرفتی، نیازمند افق فلسفی متفاوتی می شود. از این حیث، نقد ویلاند را می توان یکی از پشتوانه های فلسفی مهم برای درک هم زمانی نقد فلسفه علم کلاسیک و صورت بندی بحران پزشکی دانست.

۳. بحران پزشکی معاصر

بحران پزشکی را غالباً در بحران «کیفیت مراقبت» و «حرفه مندی» صورت بندی می کنند. بحران کیفیت مراقبت ریشه در نارضایتی بیماران دارد و ناظر به نادیده گرفته شدن ابعاد روان شناختی، وجودی و عاطفی تجربه ناخوشی بیمار است. بحران حرفه مندی ناظر به وظایف پزشک در قبال جامعه و فرد است و تلاشی است برای توجه دادن به وجه اخلاقی حرفه پزشکی. پژوهش ها علمی سازی مفرط و استفاده افراطی از تکنولوژی دو فرآیند بحران ساز در پزشکی می دانند. (مارکوم، ۱۳۹۹، ص ۱۱-۱۷)

علمی سازی پزشکی در قالب الگوی زیست پزشکی بر پزشکی رایج حکم فرماست. در این الگو بیمار به کالبدی فیزیکی فروکاسته می شود که اعضا و ارگان های او همچون اجزای یک ماشین هستند. مراقبت عاری از همدلی که صرفاً تشخیص و درمان بیماری را مدنظر دارد پیامد همین الگوست. موفقیت های اولیه پزشکی - به ویژه در کشف واکسن و آنتی بیوتیک و ریشه کنی بیماری هایی که پیش از این در همه گیری ها کشتاری وسیع می کرد - این انگاره را به وجود آورد که تمامی درمان های پزشکی گلوله های جادویی اند. اما درمان سرطان، بیماری های روماتولوژی، بیماری های روانی و بیماری های مزمن از جمله درمان هایی هستند که از سنخ گلوله های جادویی نیستند و نمی توانند بیماری ها را ریشه کن کنند.

به تدریج نقش انکارناپذیری در تشخیص و درمان بیماری ها یافت و میان پزشک و بیمار به عنوان دو عامل انسانی جدایی افکند. اکنون تکنولوژی چنان با پزشکی عجین شده است که تشخیص و درمان بیماری ها بدون حضور تکنولوژی نه برای بیمار و نه برای پزشک

تصورشدنی نیست. تکنولوژی به پزشکان امکان داد بدون توجه به تجربیات ذهنی و اطلاعات غیرعینی بیماران و بدون نیاز به ارتباط با بیماران، اطلاعات دقیقی از داخل بدن بیمار به دست آورند. آنچه در علوم انسانی سلامت به پزشکی انسان‌زدا تعبیر می‌شود حاصل تکنولوژیک‌سازی افراطی طبابت است. فروکاستن بیمار به بیماری نیز از رهگذر همین ابزارهای تکنولوژیک امکان‌پذیر می‌شود.

بحران پزشکی در تعبیر فیلسوفان پزشکی به معنای به بن‌بست رسیدن پزشکی امروز و رفتن به سمت وسوی شیوه‌های نیازموده و ناروا نیست، بلکه دعوتی است به تأمل در محدودیت‌ها و کاستی‌ها برای گشودن راه‌های نو برای حل مسائل و مشکلات سلامت به شیوه‌ای علمی و سنجیده.

۴. مناقشه کاپلان-پلگرینو و پرسش از استقلال فلسفه پزشکی

نابستگی فلسفه علم کلاسیک در فهم پزشکی، در دهه ۱۹۷۰ به صورت مناقشه صریحی درباره جایگاه فلسفه پزشکی بروز یافت. پرسش محوری این مناقشه آن بود که آیا فلسفه پزشکی صرفاً زیرمجموعه‌ای از فلسفه علم است یا حوزه‌ای مستقل با مسائل و روش‌شناسی خاص خود. این پرسش، برخلاف ظاهر طبقه‌بندی‌محورش، به مسئله بنیادی‌تری بازمی‌گشت: آیا پزشکی را می‌توان به‌درستی در افق علم نظری فهمید، یا آنکه با نوعی متفاوت از معرفت سروکار داریم؟

در یک سوی این مناقشه، آرتور کاپلان (Arthur L. Caplan) قرار داشت که با تأکید بر وابستگی ساختاری پزشکی به علوم طبیعی، بر این باور بود که فلسفه پزشکی فاقد مسائل بنیادین مستقل است. از نظر کاپلان، پزشکی را باید اساساً به‌مثابه زیست‌شناسی کاربردی فهمید و از این رو، مسائل فلسفی آن یا به تحلیل‌های معرفت‌شناختی و روش‌شناختی فلسفه علم بازمی‌گردند یا در قلمرو اخلاق پزشکی جای می‌گیرند. در این چارچوب، فلسفه پزشکی ضرورتی به‌عنوان حوزه‌ای مستقل ندارد، زیرا هر آنچه در پزشکی از حیث فلسفی اهمیت دارد، یا با معیارهای فلسفه علم قابل تحلیل است یا با اصول اخلاقی قابل ارزیابی. این موضع، به‌روشنی در امتداد افق فلسفه علم کلاسیک قرار دارد؛ افقی که علم نظری را اصل سامان‌دهنده معرفت می‌داند و سایر حوزه‌ها را بر حسب نسبتشان با آن می‌سنجد.

در سوی دیگر این مناقشه، ادmond پلگرینو (Edmund D. Pellegrino) با نقد این تلقی فروکاهنده نشان داد که پزشکی را نمی‌توان صرفاً به‌عنوان کاربرد علم نظری فهمید. به نظر

پلگرینو، پزشکی پیش از آنکه فعالیتی معرفت‌جویانه باشد، پرکتیسی بالینی و هنجاری است که در متن رابطه پزشک و بیمار شکل می‌گیرد. موضوع پزشکی نه صرفاً بدن به‌مثابه ابژه‌ای طبیعی، بلکه شخص بیمار به‌مثابه فاعلی رنج‌مند است و تصمیم‌گیری پزشکی همواره در شرایط عدم قطعیت، مسئولیت اخلاقی و داوری موقعیت‌مند صورت می‌گیرد. از این رو، تلاش برای تحلیل پزشکی صرفاً با معیارهای فلسفه علم، ناتوان از توضیح عناصر بنیادین آن است.

اهمیت این مناقشه در آن است که اختلاف کاپلان و پلگرینو صرفاً بر سر استقلال یک زیرشاخه فلسفی نبود، بلکه دو تلقی متفاوت از سرشت پزشکی را نمایندگی می‌کرد. در تلقی نخست، پزشکی در نهایت به علم نظری فروکاسته می‌شود و بحران‌های آن به‌صورت مسائل فنی یا اخلاقی جداگانه تحلیل می‌گردند. در تلقی دوم، پزشکی به‌مثابه پرکتیسی متمایز فهم می‌شود که در آن دانش علمی تنها یکی از منابع قضاوت بالینی است و نه اصل سامان‌دهنده آن. بدین ترتیب، آنچه پلگرینو به نقد می‌کشد، نه علم به‌عنوان چنین، بلکه انحصار الگوی علم نظری در فهم پزشکی است.

نکته تعیین‌کننده آن است که این مناقشه نظری به‌طور هم‌زمان با صورت‌بندی آن چیزی پدیدار شد که بعدها «بحران پزشکی» نام گرفت. گسست در رابطه پزشک و بیمار، غلبه نگاه تکنولوژیک به بدن و حاشیه‌رفتن تجربه زیسته بیماری، همگی نشان می‌دادند که تلقی علم‌محور از پزشکی با بن‌بست‌هایی جدی مواجه شده است. از این منظر، مناقشه کاپلان-پلگرینو را می‌توان لحظه‌ای دانست که در آن نقد فلسفه علم کلاسیک و امکان‌پذیر شدن فلسفه پزشکی به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهند. فلسفه پزشکی دقیقاً در دل این مواجهه انتقادی و در پاسخ به این وضعیت بحرانی برمی‌آید.

۵. استدلال‌های فیلسوفان پزشکی علیه «پزشکی به‌مثابه علم»

در میان تعابیر^۲ مختلف از پزشکی به‌مثابه علم دو تعبیر از سایرین متداول‌تر است یکی پزشکی به‌مثابه شاخه‌ای از علوم طبیعی و دیگری پزشکی به‌مثابه علم کاربردی است. در ادامه استدلال‌های که فیلسوفان پزشکی علیه این دو انگاره اقامه کرده‌اند را به اجمال مرور می‌شود.

۱.۵ پزشکی به مثابه شاخه‌ای از علوم طبیعی

در این صورت‌بندی پزشکی علمی فروکاستنی (reducible) به زیست‌شناسی و نهایتاً به فیزیک-شیمی است. این نوع فروکاست که از نوع رشته‌ای است به این دلایل مردود است: تفاوت در ساختار نظریه، تفاوت در نوع دانش و تفاوت در اصول تنظیم‌کننده.

ساختار نظریه در علوم فیزیکی، همچون مکانیک نیوتنی، ترمودینامیک کلاسیک و نظریه الکترومغناطیسی ماکسول، بر الگوی ایدئال اقلیدسی استوار است که شامل دسته بزرگی از آموزه‌هاست که خود ذیل چند اصل موضوعه محدود صورت‌بندی شده‌اند. برعکس در پزشکی نظریه‌ها فاقد چنین شمول وسیعی هستند - به‌استثنای رمزهای ژنتیکی - و نه بر اساس اصول موضوعه، بلکه بر اساس استدلال بر پایه مثال‌ها (exemplar reasoning) بنا شده‌اند. (Schaffner, 1993) تفاوت دوم در نوع دانش آن‌هاست. دانش علوم طبیعی توصیفی است، مثلاً «همه سلول‌ها واجد هسته هستند»، درحالی‌که دانش پزشکی بالینی الزاماً تجویزی است. برای مثال، در برخورد با بیمار مبتلا به سکت قلبی این اقدامات را انجام دهید.^۳ (Sadegh-Zadeh, 2015, pp. 789-806) تفاوت سوم تفاوت در اصول تنظیم‌کننده و اهداف متفاوت این دو رشته است. هدف علم نسبتاً مشخص است، و آن عبارت است از به دست آوردن دانش و درک جهان و چیزهایی که در آن قرار دارد. اما هدف پزشکی ارتقای سلامت مردم و بازگرداندن آن به هنگام بیماری است. این هدف به اندازه‌ای مهم است که تمام فعالیت‌های درون آن را قوام می‌بخشد. (Munson, 1981) نمی‌توان منکر این شد که پژوهشگران حوزه پزشکی دست به پژوهش‌های علمی می‌زنند، اما تنها زمانی این پژوهش‌ها را می‌توان مرتبط با پزشکی دانست که به‌نوعی به درمان بیماری‌ها و ارتقای سلامت مدد رسانند.

۲.۵ پزشکی به مثابه علم کاربردی

در این صورت‌بندی پزشکی به مثابه علم کاربردی (applied science) و نه علم محض فهم می‌شود. به بیان دیگر، پزشکی علمی کاربردی است، چون از دانش و روش علمی بهره می‌گیرد و آن‌ها را در تشخیص و درمان بیماری‌ها به کار می‌بندد. (Sadegh-Zadeh, 2015, pp. 763-786) در اینجا بر پایه دو استدلال نشان داده خواهد شد که این مدعا وثاقت ندارد. مانسون نشان می‌دهد که استفاده از روش علمی به‌خودی‌خود به یک فعالیت ماهیت علمی نمی‌بخشد. مثلاً اگر یک آرایشگر به تجاربی دست بزند، مشاهده کند و به نتیجه‌گیری‌هایی

کلی در باب آرایشگری دست یابد، بعید است آن را در زمره رشته‌های علمی بیاوریم. به همین سیاق، پزشکی از روش‌های علمی بهره می‌گیرد و این برای آنکه بگوییم پزشکی علمی (scientific) است کافی است، اما برای آنکه بگوییم پزشکی یک علم است کفایت نمی‌کند. دوم آنکه پزشکی نه تنها از علوم طبیعی بلکه از سایر رشته‌ها مانند ریاضی، روانشناسی، جامعه‌شناسی، علوم مهندسی هم بهره می‌گیرد، پس اگر پزشکی علوم طبیعی کاربردی باشد، به همین سیاق پزشکی، ریاضیات کاربردی، روانشناسی کاربردی، جامعه‌شناسی کاربردی و قس علیهذا هم هست. اگر این قابل قبول نیست، پس مدعای پزشکی علم طبیعی کاربردی است هم و جاهت ندارد. از سوی دیگر، فیزیک و شیمی هم ریاضیات را به کار می‌گیرند، پس آیا درست است که آن‌ها را ریاضی کاربردی بخوانیم؟ این نتیجه‌گیری موثق نیست. (Munson, 1981)

دستاورد مهم فیلسوفان پزشکی سه حوزه متمایز در پزشکی است که با هم هم‌پوشانی دارند: نخست پژوهش‌های علوم پایه یا علوم زیست پزشکی است که دانش لازم برای فهم ساختار و کارکرد ارگان‌های بدن را فراهم می‌کند؛ دوم پژوهش‌های بالینی است که دانش بیماری‌ها را در دسترس قرار می‌دهد؛ و سوم طبابت (تشخیص و درمان بیماری‌ها) است که در مرکز پزشکی قرار دارد و دو حوزه دیگر بر مدار آن می‌چرخند.

۶. صورت‌بندی ایجابی: پزشکی به مثابه نوع متفاوتی از دانش

نقد فلسفه علم کلاسیک و مناقشات نظری پیرامون جایگاه فلسفه پزشکی، صرفاً واجد بُعدی سلبی نیستند، بلکه به تدریج افق مفهومی تازه‌ای را برای فهم سرشت پزشکی می‌گشایند. اگر پزشکی را نتوان به درستی ذیل الگوی علم نظری یا علم کاربردی صورت‌بندی کرد، این امر نه به دلیل نقص یا نابالغ بودن پزشکی، بلکه به سبب تفاوت بنیادی نوع عقلانیت و معرفتی است که این حوزه بر آن استوار است. در این افق، مسئله اصلی دیگر این نیست که پزشکی تا چه حد با معیارهای علم نظری انطباق دارد، بلکه این است که با چه نوع دانشی سروکار داریم و معیار اعتبار آن چگونه باید فهمیده شود.

یکی از مهم‌ترین چارچوب‌هایی که در پرتو برآمدن فلسفه پزشکی برای فهم مناسب و روایی پزشکی برجسته شد، بازگشت به مفاهیمی است که اساساً در افق فلسفه علم کلاسیک جای نمی‌گرفتند. اولین تمهید است که پزشکی یا طبابت نوعی عمل‌ورزی (practice) است که غایت (telos) آن درمان و مراقبت از بیماران است و این هدف از

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک (علیرضا منجمی) ۷۳

رهگذر قضاوت بالینی انجام می‌شود که از سنخ فرونسیس (phronesis) است. از این رو مفاهیمی چون تلوس، پرکتیس، فرونسیس، نه عناصر حاشیه‌ای، بلکه مؤلفه‌های درونی عقلانیت پزشکی‌اند. پزشکی، برخلاف علوم نظری، نه صرفاً به توصیف یا تبیین آنچه هست، بلکه به هدایت کنش در راستای غایتی معین معطوف است؛ غایتی که در حفظ یا بازیابی سلامت بیمار معنا می‌یابد. از این رو، تلوس در پزشکی نقشی ساختاری ایفا می‌کند و بدون ارجاع به آن، فهم تصمیم‌ها و مداخلات بالینی ناممکن می‌شود. به‌همین ترتیب، فرونسیس یا خرد عملی، به‌عنوان توانایی داوری در موقعیت‌های یگانه و پیچیده، جایگاهی محوری در پزشکی دارد؛ جایگاهی که نمی‌توان آن را با ارجاع به قواعد نظری یا الگوریتم‌های علمی جایگزین کرد. قضاوت بالینی نیز نه کاربرد مکانیکی دانش علمی، بلکه فرایندی تفسیری و مسئولانه است که در آن دانش نظری، تجربه عملی و درک وضعیت خاص بیمار درهم می‌آمیزند.

برجسته‌شدن این مفاهیم نشان می‌دهد که پزشکی در افقی عمل می‌کند که فلسفه علم کلاسیک اساساً برای فهم آن صورتبندی نشده است؛ افقی که در آن، عقلانیت نه با صدق گزاره‌ها، بلکه با امکان داوری درست، تصمیم مسئولانه و جهت‌گیری غایت‌مند سنجیده می‌شود. از این منظر، فلسفه پزشکی با احیای این مفاهیم، نه به گذشته بازمی‌گردد و نه از علم فاصله می‌گیرد، بلکه محدودیت‌های چارچوب فلسفه علم کلاسیک را آشکار می‌سازد و امکان فهمی غنی‌تر از عقلانیت پزشکی را فراهم می‌آورد.

پلگرینو با تأکید بر مفهوم فرونسیس نشان می‌دهد که عقلانیت پزشکی را نمی‌توان در افق معرفت نظری صورت‌بندی کرد. تصمیم‌گیری پزشکی همواره در موقعیت‌هایی رخ می‌دهد که با عدم قطعیت، یگانگی وضعیت بیمار و مسئولیت اخلاقی همراه‌اند و در آن‌ها قواعد کلی علمی یا اخلاقی کفایت نمی‌کنند. در این شرایط، آنچه کنش پزشکی را ممکن می‌سازد، خرد عملی یا فرونسیس است؛ یعنی توانایی داوری موقعیت‌مند درباره آنچه در این وضعیت خاص، برای این بیمار خاص، و در راستای غایت طبابت باید انجام شود. از این منظر، فرونسیس نه فضیلتی افزوده بر دانش پزشکی، بلکه مؤلفه‌ای ساختاری در خود پرکتیس پزشکی است و برجسته‌شدن آن نشان می‌دهد که پزشکی در افقی عمل می‌کند که فلسفه علم کلاسیک اساساً برای فهم آن طراحی نشده است.

نقطه عزیمت این بازصورت‌بندی را می‌توان در تحلیل‌های لوودویک فلک (Ludwik Fleck) بازشناخت. فلک با بررسی شکل‌گیری مفاهیم پزشکی نشان می‌دهد که

دانش پزشکی نه محصول مشاهده‌ای خستی و نه نتیجه استنتاج نظری صرف است، بلکه در چارچوب آنچه او «سبک فکری» می‌نامد، قوام می‌یابد. در پزشکی، آنچه به‌عنوان بیماری، نشانه یا تشخیص شناخته می‌شود، در بستر عمل‌روزی (پرکتیس) جمعی، نهادی و زمینه‌مند معنا پیدا می‌کند. از این رو، دانش پزشکی از آغاز با عمل، قضاوت و زمینه‌های اجتماعی درهم تنیده است. تحلیل فلک نشان می‌دهد که عدم قطعیت، تغییرپذیری و وابستگی به زمینه در پزشکی نه نشانه ضعف معرفتی، بلکه ویژگی ساختاری دانشی است که با وضعیت‌های یگانه و تصمیم‌گیری‌های موقعیت‌مند سروکار دارد. (Fleck, 1979)

این درهم‌تنیدگی دانش و عمل، پزشکی را از الگوی علم نظری متمایز می‌سازد. در علم نظری، هدف اصلی تولید گزاره‌های صادق و تبیین‌های کلی است، حال آنکه در پزشکی، دانش همواره در افق کنش و مداخله معنا پیدا می‌کند. تشخیص پزشکی نه کشف صرف یک واقعیت طبیعی، بلکه صورت‌بندی یک وضعیت بالینی در افق امکان عمل است. از این منظر، معیار اعتبار دانش پزشکی را نمی‌توان صرفاً با ارجاع به صدق نظری تعیین کرد، بلکه باید آن را در نسبت با توانایی هدایت کنش در موقعیت‌های خاص سنجید. (Gadamer, 1996)

این تمایز بنیادین در آثار ویلاندا به صورت فلسفی و عام‌تر صورت‌بندی می‌شود. ویلاندا با نقد فلسفه علم کلاسیک نشان می‌دهد که این سنت، با تمرکز انحصاری بر الگوی علم نظری، نوع خاصی از عقلانیت را به معیار عام فهم معرفت بدل ساخته است. در حالی که دانش نظری معطوف به توصیف و تبیین پدیده‌هاست، دانش عملی ناظر به هدایت کنش در موقعیت‌هایی است که همواره با عدم قطعیت، مسئولیت و داوری همراه‌اند. فلسفه علم کلاسیک، به دلیل غفلت از این تمایز، ابزار مفهومی لازم برای تحلیل حوزه‌هایی را که در افق کنش شکل می‌گیرند، در اختیار ندارد.

پزشکی، در این چارچوب، نمونه‌ای برجسته از دانش عملی است. در پزشکی، دانش نظری تنها یکی از منابع قضاوت بالینی است و نه اصل سامان‌دهنده آن. تصمیم‌گیری پزشکی همواره مستلزم تلفیق دانش علمی، درک وضعیت خاص بیمار، و داوری‌های هنجاری است؛ امری که نمی‌توان آن را به کاربست مکانیکی قوانین کلی فروکاست. از این رو، تلاش برای فهم پزشکی بر اساس معیارهای فلسفه علم کلاسیک ناگزیر به بدفهمی سرشت آن می‌انجامد. نقد ویلاندا نشان می‌دهد که مسئله اصلی نه ناکارآمدی علم، بلکه انحصار یک الگوی خاص از عقلانیت در فهم دانش است.

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک (علیرضا منجمی) ۷۵

صورت‌بندی مفهومی دقیق‌تر این تلقی از پزشکی را می‌توان در آثار کاظم صادق‌زاده مشاهده کرد. صادق‌زاده با تمایز بنیادین میان زیست‌پزشکی به‌مثابه مجموعه علوم نظری و پزشکی بالینی به‌مثابه هسته پرکنیس، نشان می‌دهد که بسیاری از ابهام‌ها درباره چستی پزشکی ناشی از خلط این دو سطح بوده است. زیست‌پزشکی، هرچند نقشی اساسی در تأمین مبانی نظری پزشکی دارد، با پزشکی بالینی یکی نیست. پزشکی بالینی نه به تولید گزاره‌های توصیفی، بلکه به سامان‌دهی قواعد کنش مشروط معطوف است؛ قواعدی که همواره در افق تحقق غایت طبابت معنا پیدا می‌کنند. بر این اساس، صادق‌زاده پزشکی را به‌مثابه نوعی علم عملی صورت‌بندی می‌کند؛ دانشی که معیار اعتبار آن نه صدق نظری، بلکه کارآمدی عملی در مواجهه با وضعیت‌های بالینی خاص است. این کارآمدی، البته، به معنای کاربست صرف ابزارها یا پروتکل‌ها نیست، بلکه ناظر به توانایی قضاوت بالینی در پیوند دادن دانش نظری، وضعیت یگانه بیمار و اهداف هنجاری پزشکی است. از این منظر، پزشکی هرچند با ارزش‌ها و تجربه انسانی سروکار دارد، به علوم انسانی فروکاسته نمی‌شود، زیرا هنجارمندی آن نه تفسیری صرف، بلکه معطوف به تصمیم و مداخله است.

۷. برآمدن فلسفه پزشکی

با این تغییر رویکرد نسبت به پزشکی و فاصله‌گرفتن از چارچوب فلسفه علم کلاسیک، مسائلی جدید امکان طرح پیدا کردند و افق پرسش‌ها دگرگون شد. هنگامی که پزشکی صرفاً به‌مثابه کاربرد علم نظری فهم می‌شود، پرسش‌ها عمدتاً به اعتبار معرفت علمی، روش‌شناسی پژوهش و تبیین‌های زیست‌پزشکی محدود می‌مانند. اما با نقد این تلقی و برجسته‌شدن سرشت عملی، هنجاری و نهادی پزشکی، چستی پزشکی، خود به مسئله‌ای فلسفی بدل می‌شود. از این منظر، سرشت پزشکی دیگر در نسبت انحصاری با علم تعریف نمی‌شود، بلکه در پیوند با غایت طبابت، مواجهه بالینی و ساختارهای اجتماعی‌ای فهم می‌شود که پزشکی در آن‌ها عمل می‌کند.

در این افق تازه است که بحران پزشکی نیز معنایی متفاوت می‌یابد و در ناتوانی یک چارچوب مفهومی در فهم پزشکی صورت‌بندی می‌شود. این بحران به‌طور خاص در مواجهه بالینی (clinical encounter) آشکار می‌گردد؛ جایی که پزشکی با وضعیت‌های یگانه، عدم قطعیت و مسئولیت اخلاقی مواجه است و تصمیم‌گیری نمی‌تواند صرفاً بر اساس قواعد کلی علمی صورت گیرد. از همین‌رو، استدلال بالینی و قضاوت پزشکی به مسائل

مرکزی فلسفه پزشکی بدل می‌شوند. پرسش از این‌که چگونه پزشک از داده‌های علمی، تجربه بالینی و فهم وضعیت خاص بیمار به یک تصمیم عملی می‌رسد، نشان می‌دهد که عقلانیت پزشکی را باید در افق علوم عملی و خرد عملی (فرونسیس) می‌توان فهمید، نه در چارچوب فلسفه علم کلاسیک که معیار اصلی آن صدق گزاره‌هاست.

گسترش این رویکرد، افق فلسفه پزشکی را از سطح رابطه پزشک و بیمار فراتر می‌برد و نسبت پزشکی با جامعه را نیز به مسئله‌ای بنیادین تبدیل می‌کند. پزشکی همواره درون نهادها، سیاست‌ها و سازوکارهای قدرت عمل می‌کند و از این رو، مفاهیمی چون زیست‌سیاست و طبی‌سازی به کانون تأملات فلسفی راه می‌یابند. سلامت، بیماری، تشخیص و درمان دیگر صرفاً مقولات فنی یا زیستی تلقی نمی‌شوند، بلکه به‌عنوان سازه‌هایی فهم می‌شوند که در پیوند میان دانش پزشکی، زیست‌جهان اجتماعی و نهادها شکل می‌گیرند. بدین ترتیب، فلسفه پزشکی با برجسته‌کردن این مسائل نشان می‌دهد که تغییر رویکرد نسبت به پزشکی نه به افزودن چند مسئله پراکنده، بلکه به بازسازی کل میدان پرسش‌ها انجامیده است؛ میدانی که در آن، سرشت پزشکی، بحران، قضاوت بالینی و نسبت پزشکی با قدرت و جامعه به‌صورت درهم‌تنیده و در چارچوبی فراتر از فلسفه علم کلاسیک قابل فهم می‌شوند. همه این مسائل نشان می‌دهد که فلسفه پزشکی پروژه‌ای کاملاً متمایز از فلسفه علم کلاسیک است.

تحلیل‌های فیلسوفان پزشکی، در نهایت، به فهمی تازه از پزشکی انجامید که نمی‌توان آن را صرفاً اصلاحی درون چارچوب‌های پیشین دانست، بلکه باید آن را به‌منزله برآمدن سامانی متفاوت فهم کرد. در این سامان جدید، پزشکی دیگر نه به‌عنوان دانشی نظری یا کاربردی مشتق از علوم طبیعی، بلکه به‌مثابه پرکتیسی مداخله‌گر و معطوف به عمل صورت‌بندی می‌شود. غایت پزشکی در این افق، نه تولید گزاره‌های صادق درباره جهان، بلکه مداخله در وضعیت بیماری و رنج انسانی است. از همین رو، معیار اعتبار دانش پزشکی از صدق نظری به کارآمدی عملی جابه‌جا می‌شود و پزشکی در افقی تعریف می‌گردد که بدون ارجاع به کنش بالینی و تصمیم‌گیری عملی، قابل فهم نیست.

این سامان تازه، پزشکی را به‌طور ساختاری با هنجارها و ارزش‌ها درهم‌تنیده می‌فهمد. مفاهیمی چون سلامت، بیماری، بهبود و مراقبت در این چارچوب نه داده‌هایی ختنی، بلکه مقولاتی ذاتاً ارزش‌بار تلقی می‌شوند. در نتیجه، پزشکی دیگر نمی‌تواند مدعی بی‌طرفی هنجاری باشد، بلکه به‌عنوان پرکتیسی شناخته می‌شود که داوری‌های ارزشی در آن نقشی

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک (علیرضا منجمی) ۷۷

درونی و اجتناب‌ناپذیر دارند. اینکه چه چیزی بیماری محسوب می‌شود، چه زمانی مداخله موجه است و کدام مسیر درمانی قابل قبول تلقی می‌شود، همگی در متن این سامان جدید به‌عنوان پرسش‌هایی بنیادی و نه حاشیه‌ای در نظر گرفته می‌شوند.

در این فهم تازه، پزشکی همچنین به‌عنوان دانشی مستقل از بسترهای اجتماعی و نهادی تلقی نمی‌شود. برعکس، پزشکی به‌مثابه بخشی از سامان اجتماعی زندگی انسانی درک می‌شود که هم در تولید دانش و هم در اعمال آن، به نهادهایی چون بیمارستان، نظام‌های بهداشتی، سیاست‌های سلامت و مناسبات قدرت وابسته است. از این منظر، پزشکی نه مجموعه‌ای از نظریه‌ها یا یافته‌ها، بلکه شبکه‌ای از پراتیک‌ها، نهادها و تصمیم‌هاست که در بسترهای تاریخی و اجتماعی خاصی معنا می‌یابد. این درهم‌تنیدگی نهادی، یکی از عناصر سازنده سامان جدید پزشکی به‌شمار می‌آید.

یکی دیگر از ویژگی‌های این سامان، فهم متفاوت از پویایی تاریخی پزشکی است. برخلاف علوم نظری که اغلب در قالب پارادایم‌های نسبتاً باثبات صورت‌بندی می‌شوند، پزشکی در این چارچوب به‌عنوان حوزه‌ای شناخته می‌شود که با تکرار رویه‌ها، هم‌زیستی رویکردهای مختلف و وضعیت‌های بحرانی مداوم پیش می‌رود. تاریخ پزشکی در این افق، نه تاریخ انقلاب‌های علمی کلاسیک، بلکه تاریخ سازگاری‌ها، اصلاحات تدریجی و پاسخ به وضعیت‌های متغیر بالینی است. از این رو، الگوهای رایج تاریخ علم برای توصیف این سامان جدید کفایت ندارند.

در نهایت، این سامان تازه، رابطه پزشک و بیمار را به‌عنوان کانون پزشکی بازمی‌شناسد. مواجهه بالینی در این افق نه حاشیه‌ای بر دانش پزشکی، بلکه صحنه‌ای است که در آن دانش، قضاوت، اعتماد و تجربه زیسته بیماری به‌طور هم‌زمان شکل می‌گیرند. تصمیم‌گیری بالینی، اقتدار حرفه‌ای پزشک و مشارکت بیمار همگی در متن این رابطه معنا می‌یابند و بدون توجه به آن، پزشکی به‌عنوان پرکتیس فرو می‌پاشد. افزون بر این، دانش پزشکی در این سامان همواره با پیامدهای فوری و حیاتی برای زندگی انسان‌ها پیوند دارد و از این رو، پزشکی به‌طور ساختاری واجد بُعدی اخلاقی و عملی تلقی می‌شود. مجموع این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که تحلیل‌های فلسفه پزشکی به برآمدن سامانی انجامیده‌اند که منطق درونی آن با منطق علوم نظری تفاوتی بنیادین دارد و همین تفاوت، جایگاه مستقل و انتقادی فلسفه پزشکی را توضیح‌پذیر می‌سازد.

۸. پیامدهایی خارج از حوزه فلسفه پزشکی

۱.۸ بازاندیشی در سرشت علوم انسانی جدید

فهم پزشکی به مثابه نوعی متفاوت از دانش، پیامدهایی فراتر از بازتعریف جایگاه یک رشته خاص در طبقه بندی علوم دارد. این تلقی، به طور بنیادین افق بازاندیشی در سرشت علوم انسانی جدید را نیز می گشاید. اگر پزشکی را نه ذیل الگوی علم نظری و نه به عنوان شاخه ای از علوم انسانی تفسیری، بلکه به مثابه دانشی عملی، هنجاری و موقعیت مند بفهمیم، آنگاه پزشکی به الگویی معرفتی بدل می شود که می تواند درک ما از نسبت دانش، عمل و نهاد را در حوزه های دیگر نیز دگرگون سازد.

نخستین پیامد این تلقی آن است که علوم انسانی جدید را نمی توان صرفاً بر اساس تقابل کلاسیک میان تبیین علمی و فهم تفسیری صورت بندی کرد. همان گونه که در پزشکی بالینی مشاهده می شود، بسیاری از اشکال معرفت انسانی نه به دنبال کشف قوانین کلی اند و نه به تفسیر معنا به مثابه غایت نهایی بسنده می کنند، بلکه در افق کنش، تصمیم و مداخله شکل می گیرند. در این چارچوب، علوم انسانی جدید بیش از آنکه امتداد علوم طبیعی یا شاخه ای از هرمنوتیک باشند، به حوزه هایی بدل می شوند که در آنها دانش همواره با مسئولیت عملی و داوری هنجاری پیوند خورده است.

فوکو در تولد پزشکی بالینی نشان می دهد که پزشکی مدرن یکی از نخستین میدان هایی بوده است که در آن نوعی عقلانیت عملی نهادمند شکل گرفته است. در این عقلانیت، دانش نه به صورت نظریه های کلی، بلکه در قالب الگوهای تصمیم گیری، قضاوت های موردی و قواعد کنش نهادمحور سامان می یابد. بر این اساس، می توان استدلال کرد که برخی از رشته های علوم انسانی جدید (علوم اجتماعی)، به ویژه آن هایی که با مداخله در وضعیت های انسانی سروکار دارند، نه بر الگوی علوم طبیعی، بلکه بر الگوی پزشکی بالینی استوار شده اند. از این منظر، پزشکی صرفاً یکی از مصادیق علوم انسانی نیست، بلکه یکی از منابع تاریخی و معرفتی شکل گیری آنها به شمار می آید (منجمی، ۱۳۹۸).

پیامد مهم دیگر این تلقی آن است که نسبت علم با حوزه هایی چون پزشکی و علوم انسانی از نو تعریف می شود. اگر علم در پزشکی نقشی بیرونی ایفا می کند و یکی از منابع قضاوت عملی است، آنگاه می توان انتظار داشت که در سایر حوزه های عملی نیز علم جایگاهی مشابه داشته باشد. این امر به معنای تضعیف علم یا نفی دستاوردهای آن نیست،

بلکه مستلزم بازاندیشی در انحصار الگوی علم نظری به‌عنوان معیار عام عقلانیت است. در این افق، علم یکی از منابع معرفت است، نه اصل سامان‌دهنده یگانه آن. در نهایت، فهم پزشکی به‌مثابه معرفتی عملی و نهادی، امکان نقدهای دقیق‌تری از وضعیت معاصر علوم انسانی فراهم می‌آورد. همان‌گونه که بحران پزشکی مدرن نشان داد، فروکاست پرکتیس‌های انسانی به مدل‌های صرفاً علمی یا تکنولوژیک، به گسست میان دانش و تجربه زیسته می‌انجامد. علوم انسانی نیز، در صورتی که صرفاً در افق تبیین علمی یا تفسیر نظری باقی بمانند، با خطر مشابهی مواجه خواهند شد. از این رو، پزشکی نه تنها موضوعی برای تأمل فلسفی، بلکه میدان آزمایشی مهمی برای بازاندیشی در سرشت عقلانیت عملی در جهان مدرن است.

۲.۸ بازاندیشی در رابطه نظر و عمل و برجسته‌شدن تمایز علوم نظری و علوم

عملی

دومین پیامد مهم فهم پزشکی به‌مثابه نوعی متفاوت از دانش، بازاندیشی در رابطه نظر و عمل و برجسته‌شدن تمایز میان علوم نظری و علوم عملی است. در چارچوب فلسفه علم کلاسیک، این تمایز یا نادیده گرفته می‌شود یا به‌نحوی تقلیل‌گرایانه صورت‌بندی می‌گردد؛ به‌گونه‌ای که عمل، در نهایت، به‌عنوان کاربست دانش نظری فهم می‌شود. در این افق، علوم عملی فاقد استقلال معرفتی‌اند و اعتبار آن‌ها از نسبتشان با علم نظری اخذ می‌شود. تحلیل‌های فلسفی ارائه‌شده در فلسفه پزشکی نشان می‌دهند که این تلقی نه تنها در فهم پزشکی نابسنده است، بلکه به‌نحوی بنیادین سبب بدفهمی رابطه نظر و عمل می‌شود.

ویلاند از همین نقطه کانونی نقد خود را آغاز می‌کند. از نظر او، هر تصمیم پزشکی همواره در وضعیتی خاص و منفرد رخ می‌دهد، اما پزشکی باید بتواند تصمیم خود را مستدل و موجه کند، از این رو پزشک نیازمند پیوند دائمی امر جزئی و کلی است، که با وساطت قوه حکم (قضاوت) انجام می‌شود^۴. بدین منظور او تمایزی میان علوم نظری و عملی می‌افکند. در حالی که در علوم نظری مفاهیم توصیفی هستند، مفاهیم علوم عملی همچون پزشکی «هنجاری-دئونتیک» (normative-deontic) هستند. این چارچوب‌های هنجاری-دئونتیک هستند که به مداخله‌های پزشک مشروعیت می‌بخشند. (Wieland, 2002) وی نشان می‌دهد فلسفه علم کلاسیک با بدل ساختن الگوی علم نظری به معیار عام عقلانیت، علم عملی را یا به سطحی ثانوی فروکاسته یا به‌نحو نادرست در چارچوب نظری

بازخوانی کرده است. از نظر او، علوم نظری و علوم عملی نه به لحاظ درجه، بلکه به لحاظ نوع عقلانیت از یکدیگر متمایزند. علم نظری معطوف به توصیف و تبیین آن چیزی است که هست و اعتبار آن با معیار صدق گزاره‌ها سنجیده می‌شود، در حالی که علم عملی ناظر به هدایت کنش در موقعیت‌های خاص است و اعتبار آن در نسبت با تصمیم، مسئولیت و غایت عمل معنا پیدا می‌کند. از این منظر، عمل نه مرحله‌ای پسینی نسبت به نظر، بلکه افقی مستقل برای شکل‌گیری معرفت است.

برجسته‌شدن تمایز علوم نظری و علوم عملی، رابطه نظر و عمل را به نحوی بنیادین بازتعریف می‌کند. نظر و عمل نه در رابطه سلسله‌مراتبی، بلکه در نسبتی تعاملی و درهم‌تنیده قرار می‌گیرند. دانش نظری می‌تواند منابع مهمی برای قضاوت عملی فراهم آورد، اما قادر نیست جایگزین آن شود. در پزشکی، این امر به وضوح قابل مشاهده است: تصمیم بالینی همواره مستلزم تلفیق دانش نظری، تشخیص وضعیت خاص بیمار و داوری هنجاری است. این تلفیق را نمی‌توان به الگوریتمی نظری فروکاست، بی‌آنکه سرشت عمل پزشکی مخدوش شود. (Sadeghzadeh, 2015)

از این منظر، فلسفه پزشکی نه تنها به بازاندیشی در سرشت پزشکی می‌انجامد، بلکه افق گسترده‌تری برای فهم علوم عملی می‌گشاید. برجسته‌شدن تمایز علوم نظری و علوم عملی نشان می‌دهد که الگوی علم نظری نمی‌تواند معیار عام عقلانیت باشد و حوزه‌هایی که در افق کنش، تصمیم و مسئولیت شکل می‌گیرند، نیازمند صورت‌بندی فلسفی متفاوتی‌اند. پزشکی، در این میان، نقشی نمونه‌وار ایفا می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه می‌توان از محدودیت‌های فلسفه علم کلاسیک فراتر رفت، بی‌آنکه به نفی علم یا فروکاست معرفت عملی به نسبی‌گرایی تن داد.

۹. نتیجه‌گیری

آنچه فلسفه پزشکی را به چارچوبی مناسب برای نقد پزشکی معاصر بدل ساخت، جابه‌جایی کانون تحلیل از معرفت علمی انتزاعی به مواجهه بالینی بود. با قرارگرفتن رابطه پزشک و بیمار در مرکز تأمل فلسفی، پزشکی نه صرفاً به مثابه عرصه کاربرد نظریه‌های علمی، بلکه به عنوان پراتیکی انسانی، هنجاری و نهادی فهم شد. این تغییر افق امکان طرح پرسش‌هایی را فراهم آورد که در چارچوب فلسفه علم کلاسیک یا اساساً نامرئی بودند یا به حاشیه رانده می‌شدند؛ پرسش‌هایی درباره نحوه تصمیم‌گیری در شرایط عدم قطعیت،

مسئولیت اخلاقی پزشک و جایگاه تجربه زیسته بیمار در فرایند تشخیص و درمان. از این منظر، فلسفه پزشکی توانست نقدی درون‌زاد از پزشکی امروز صورت‌بندی کند؛ نقدی که نه از بیرون علم، بلکه از دل عمل پزشکی برمی‌خیزد.

در بستر چنین فهمی است که پدیده‌هایی چون انسان‌زدایی، علمی‌کردن افراطی و تکنولوژی‌شدن طبابت به‌عنوان مسائل محوری پزشکی مدرن برجسته می‌شوند. هنگامی که مواجهه بالینی به حاشیه رانده می‌شود و پزشکی عمدتاً در افق داده‌های زیستی، شاخص‌های قابل اندازه‌گیری و مداخلات تکنولوژیک سامان می‌یابد، بیمار به تدریج به ابژه‌ای برای مدیریت، کنترل و بهینه‌سازی تبدیل می‌شود. فلسفه پزشکی با تمرکز بر این پیامدها نشان می‌دهد که مسئله اصلی نه حضور علم و فناوری در پزشکی، بلکه غلبه بی‌چون‌وچرای آن‌ها و حذف افق انسانی طبابت است. از این رو، نقد پزشکی معاصر در چارچوب فلسفه پزشکی به معنای نفی علم یا فناوری نیست، بلکه تلاشی برای بازگرداندن مواجهه بالینی و عقلانیت عملی به کانون طبابت است؛ تلاشی که راه را برای جمع‌بندی نهایی نسبت فلسفه پزشکی و فلسفه علم کلاسیک هموار می‌سازد.

دو پیامدی که از فهم پزشکی به‌مثابه نوعی متفاوت از معرفت به‌دست می‌آیند، در نهایت به یک افق مشترک اشاره دارند: ضرورت بازاندیشی در الگوی مسلط عقلانیت در جهان مدرن. از یک‌سو، برجسته‌شدن سرشت عملی، نهادی و موقعیت‌مند پزشکی نشان می‌دهد که علوم انسانی جدید را نمی‌توان صرفاً بر اساس تقابل سنتی میان تبیین علمی و فهم تفسیری صورت‌بندی کرد. از سوی دیگر، تمایزگذاری میان علوم نظری و علوم عملی، آن‌گونه که در نقدهای فلسفی ویلانند و تحلیل‌های درون‌پزشکی صادق‌زاده برجسته می‌شود، نشان می‌دهد که الگوی علم نظری نمی‌تواند معیار عام عقلانیت باشد. در هر دو سطح، مسئله نه نفی علم، بلکه محدودکردن داعیه انحصاری آن در تعریف معرفت است. پزشکی، به‌مثابه دانشی که در افق کنش، تصمیم و مسئولیت سامان می‌یابد، الگویی فراهم می‌آورد که در آن نسبت نظر و عمل به‌گونه‌ای غیرتقلیل‌گرایانه فهم می‌شود و امکان بازصورت‌بندی علوم انسانی به‌عنوان حوزه‌هایی عملی، هنجاری و نهادمند فراهم می‌آید. بدین ترتیب، فلسفه پزشکی نه تنها پاسخی به بحران درونی پزشکی، بلکه نقطه‌ای کانونی برای بازاندیشی در سرشت عقلانیت مدرن و نسبت آن با علم، عمل و انسان به شمار می‌آید.

بدین ترتیب، پیامد اصلی صورت‌بندی ارائه‌شده آن است که فلسفه پزشکی را باید نه صرفاً شاخه‌ای تخصصی، بلکه یکی از نقاط کانونی بازانديشي در نسبت علم، عمل و انسان در دوران معاصر دانست. در این افق، پزشکی نقشی ایجابی در فهم علوم انسانی جدید ایفا می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه می‌توان از محدودیت‌های فلسفه علم کلاسیک فراتر رفت، بی‌آنکه به نفی علم یا نسبی‌گرایی معرفتی فروغلتید.

با آنکه قائل به تفاوت بنیادین مسائل فلسفه پزشکی از فلسفه علم هستیم اما گفتگوی آن دو را بسیار مفید و لازم می‌دانم. از آنجا یکی از بخش‌های جدی در پزشکی امروز، علوم زیست‌پزشکی هستند فیلسوفان علم باید به جد با این حوزه بپردازند. نمونه‌های از آن را می‌توان در بحران تکرارپذیری (replication crisis) و نقدهای جدی بر پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence-Based-Medicine) دانست که دستاوردهای قابل توجهی برای حوزه فلسفه پزشکی به همراه داشته است. از سوی دیگر گفتگوی فلسفه پزشکی و فلسفه تکنولوژی هم یکی از نیازهای مبرم است زیرا بخش بسیار بزرگی از مداخلات پزشکی (تشخیص، درمانی، پیشگیری و توان‌بخشی) با وساطت تکنولوژی انجام می‌شود. از این رو یکی از پرسش‌های پیش رو نحوه تعامل فلسفه پزشکی با فلسفه علم و فلسفه تکنولوژی، بده و بستان‌ها مفهومی و چارچوب‌های نظری و یافتن همپوشانی‌هاست.

پی‌نوشت‌ها

۱. در این مقاله، اصطلاح «فلسفه علم کلاسیک» یا به تعبیر دیگر فلسفه علم عام به یک مکتب واحد یا دوره‌ای صرفاً تاریخی اطلاق نمی‌شود، بلکه ناظر به افقی مفهومی است که در آن علم اساساً به‌مثابه دانشی نظری، گزاره‌محور و معطوف به کشف حقیقت فهم می‌شود. در این افق، مکاتبی چون پوزیتیویسم منطقی و تجربه‌گرایی منطقی، عقل‌گرایی انتقادی پوپری و مدل‌های تبیینی قانون‌محور، با وجود اختلاف‌های درونی، در چند پیش‌فرض بنیادین مشترک‌اند: تقدم معرفت نظری بر عمل، سنجش عقلانیت علمی بر اساس صدق، آزمون‌پذیری یا تبیین‌پذیری گزاره‌ها، و فهم عمل به‌عنوان کاربرد یا پیامد ثانوی دانش نظری. پزشکی در چارچوب این رویکردها یا به‌عنوان شاخه‌ای از علوم طبیعی تلقی می‌شود یا به‌مثابه علمی کاربردی که مسائل آن نهایتاً باید با معیارهای فلسفه علم تحلیل شوند. نقدی که در این مقاله مطرح می‌شود، متوجه همین افق مشترک است؛ افقی که با مطلق‌سازی الگوی علوم نظری، ناتوان از فهم سرشت پراتیکی، هنجاری و رابطه‌محور پزشکی است و می‌توان آن را جریان غالب در فلسفه علم در آن برهه زمانی دانست. از این رو، زمینه‌ساز مواجهه انتقادی فلسفه پزشکی با فلسفه علم کلاسیک می‌شود. توجه داشته باشید در برآمدن فلسفه پزشکی گفتگو با

برآمدن فلسفه پزشکی: مواجهه‌ای انتقادی با فلسفه علم کلاسیک (علیرضا منجمی) ۸۳

رویکردهای دیگر در فلسفه علم که در جریان اصلی نبودند و به جنبه‌های عمل‌ورزانه (پراگماتیک) علم توجه ویژه داشتند صورت نگرفت.

۲. در باب تفاوت concept و conception باید به این نکته اشاره کنم که مفهوم (concept) را می‌توان تعریف (definition) آورد که بیشتر لغتنامه‌ای است، در صورتی که تعبیر (conception) فهمی است که از آن مفهوم می‌توان به دست داد، که به تبع متنوع و گوناگون است. برای مطالعه بیشتر در این باره، این کتاب را مطالعه کنید:

Williamson, T. (2020). *Philosophical Method: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.

۳. بخش دیگری از مدعای «پزشکی جزء علوم طبیعی است» به این موضوع برمی‌گردد که بیماری‌ها و نمایش به‌عنوان شرایط لازم و کافی مرتبط با تعریف و کاربرد آن‌ها در نظر گرفته می‌شوند، درحالی‌که بیماری‌ها موضوعاتی مستقل از ذهن انسان و ارزش‌های او نیستند (Schaffner, 1993, pp. 44-60). آن‌ها برساخت‌هایی فریضه‌خواه (deontic) هستند و راهنمای عمل پزشک در برخورد با بیماران و از این رهگذر قواعدی در اختیار پزشکان و سایر مراقبین سلامت می‌گذارند تا بر اساس آن‌ها در محیط بالینی اقدام کنند. این قواعد و ارزیابی آن‌ها امری نیست که در جهان خارج وجود داشته باشد تا بتوان آن‌ها را مانند علوم طبیعی با پژوهش به دست آورد، بلکه باید به روش‌های دیگری آن‌ها را به دست آورد (Sadegh-Zadeh, 2013, pp. 763-86).

۴. ویلاند در اینجا بیشتر به تعبیر کانتی متعهد است.

کتاب‌نامه

فلک، ل. (۱۳۷۰). نکاتی درباره برخی از مشخصات شیوه تفکر پزشکی (ش. اعتماد، مترجم). رهیافت، (۱)۲.

منجمی، علیرضا. (۱۳۹۸). ایتنای علوم انسانی بر پزشکی بالینی: خوانشی نو از تولد کلینیک. فلسفه علم، ۹ (۱۷)، ۱۳۹-۱۶۲.

منجمی، علیرضا. (۱۴۰۰). تأمل در سرشت پزشکی: ضرورت‌ها، رویکردها و چالش‌ها. مجله پژوهش‌های فلسفی، ۱۵ (۳۷)، ۱۵۳-۱۷۷.

Caplan, A. L. (1974). *The concept of health and disease*. Addison-Wesley.

Fleck, L. (1979). *Genesis and development of a scientific fact* (F. Bradley & T. J. Trenn, Trans.). University of Chicago Press. (Original work published 1935)

Gadamer, H. G. (1996). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age* (J. Gaiger & N. Walker, Trans.). Stanford University Press. (Original work published 1993)

Marcum, J. (2012). *The virtuous physician*. Springer.

- Marcum, J. A. (2008). *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*. Springer-Verlag.
- Monajemi, A. (2021). On the Nature of Medicine: Necessities, Approaches, and Challenges. *Journal of Philosophical Investigations*, 15(37), 153-177.
- Munson, R. (1981). Why medicine cannot be a science. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2), 183-208.
- Osborne, T. (1998). On anti-medicine and clinical reason. In C. Jones & R. Porter (Eds.), *Reassessing Foucault: Power, medicine and the body* (pp. 24-48). Routledge.
- Pellegrino, E. D. (1979). Humanism and the physician. *Journal of Medicine and Philosophy*, 4 (1), 3-12.
- Pellegrino, E. (1979). Medicine, science, art: An old controversy revisited. *Man and Medicine*, 4(1), 43-52.
- Sadegh-Zadeh, K. (2015). *Handbook of analytic philosophy of medicine* (2nd ed.). Springer
- Schaffner, K. F. (1993). *Discovery and explanation in biology and medicine*. University of Chicago Press.
- Van Leeuwen, E., & Kimsma, G. K. (1997). Philosophy of medical practice: A discursive approach. *Theoretical Medicine*, 18, 99-112.
- Wieland, W. (1981). The philosophy of science: Its possibilities and limits. *Angewandte Chemie International Edition*, 20(8), 617-623.
- Wieland, W. (2002). The character and mission of the practical sciences, as exemplified by medicine. *Poiesis & Praxis*, 1, 123-134.