

پزشکی به مثابه یک پارادایم؟

علیرضا منجمی*

چکیده

یکی از تلاش‌هایی که در حوزه فلسفه طب صورت گرفت، تعمیم آموزه‌های فلسفه علم به حوزه پزشکی بود. در این زمینه آثار توماس کوهن بیشتر از سایر فلاسفه علم مورد عنایت قرار گرفت و تلاش شد براساس مفاهیم پارادایم، بحران پارادایمی، انقلاب پارادایمی، و وضعیت پزشکی در جهان امروز فهم شود. پزشکی امروز (بخوانیم مدرن) یک پارادایم است و این پارادایم اکنون دچار بحران شده است. دو نشانه اصلی این بحران یکم، اقبال بیماران به طب مکمل، و دوم درگرفتن بحث‌های فلسفی و اخلاقی در جامعه پزشکی هستند. به این ترتیب در این گفتار تلاش شده است با پاسخ‌گفتن به چهار پرسش اساسی وضعیت طب مدرن فهم شود. پرسش اول در مورد ماهیت خود طب است. اینکه در این عالم مدرن، طب دقیقاً چه تعریفی دارد، نقطه ورود به بحث است. پرسش دوم آن است که آیا پزشکی اساساً یک پارادایم است یا به‌طور بنیادین با معنایی که از پارادایم مراد می‌شود، ناسازگار است. به این ترتیب نشان داده می‌شود که طبابت پارادایم نیست و زیست - پزشکی به مفهوم پارادایم نزدیک‌تر است و زیست - پزشکی هم به مثابه پارادایم در بحران نیست.

کلیدواژه‌ها: پارادایم، پزشکی، فلسفه علم، طبابت، زیست - پزشکی

مقدمه

پزشکی به‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر و قابل توجه در چند سده اخیر، کمتر موضوع فلسفیدن فلاسفه علم قرار گرفته است. در آثار فلاسفه‌ای مانند پوپر، کوهن، کواین، و ... پزشکی یکسره غایب است (گیلیس، ۲۰۰۵؛ مارکوم، ۲۰۰۸). اینکه چرا پزشکی موضوع فلسفه علم قرار

* عضو هیئت علمی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی monajemi@ihcs.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۴، تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲۷

نگرفته است، مجالی دیگر می‌طلبد و موضوع گفتاری مستقل است؛ اما در این گفتار موضوع بحث، فهم رابطه فلسفه علم پزشکی است. در دهه‌های پایانی قرن بیستم فلسفه طب به عنوان شاخه‌ای فعال و پویا خود را عرضه کرد. در این حوزه طیف وسیعی از رویکردهای متفاوت از منطق صوری و فازی گرفته تا هرمنوتیکی را می‌توان یافت. یکی از تلاش‌هایی که در حوزه فلسفه طب صورت گرفت، تعمیم آموزه‌های فلسفه علم به حوزه پزشکی بود. در این زمینه آثار توماس کوهن بیشتر از دیگر فلاسفه علم مورد عنایت قرار گرفت و تلاش شد براساس مفاهیم پارادایم، بحران پارادایمی، و انقلاب پارادایمی، وضعیت پزشکی در جهان امروز فهم شود. صورت‌بندی تطبیق مفاهیم فلسفه علم کوهنی با پزشکی معمولاً به این شکل عرضه می‌شود (مارکوم، ۲۰۰۸؛ ولف، آندر پترسون، و روزنبرگ، ۱۳۸۰):

«پزشکی امروز (بخوانیم مدرن) یک پارادایم است و این پارادایم اکنون دچار بحران شده است. دو نشانه اصلی این بحران یکم، اقبال بیماران به طب مکمل، و دوم درگرفتن بحث‌های فلسفی و اخلاقی در جامعه پزشکی هستند. اقبال به پزشکی مکمل یعنی مردم به جای مراجعه به پزشکان به نحله‌های دیگر طب مانند طب چینی، هومئوپاتی، و... تمایل پیدا کرده‌اند؛ چرا که اعتقاد دارند که این درمان‌ها اثربخش و کارآمد هستند. آمارهای گوناگون در کشورهایی که سرآمدان و پیشتازان طب مدرن هستند این نظر را تأیید می‌کند. آمارها در امریکا نشان می‌دهد که بین ۴۰ تا ۷۰ درصد مردم از خدمات طب مکمل استفاده می‌کنند. این آمار در استرالیا ۴۸ درصد، کانادا ۷۰ درصد و فرانسه ۷۵ درصد گزارش شده است. از سوی دیگر، در بسیاری از کشورها تعداد روزافزونی از پزشکان نگران وضعیت کنونی طب هستند و به بحث در بنیان‌های پزشکی علاقه‌مند شده‌اند. مجله‌های جدیدی در زمینه فلسفه طب و اخلاق پزشکی منتشر شده‌اند و گردهمایی‌هایی تشکیل می‌شود که در آن‌ها پزشکان درباره موضوعات فلسفی به بحث می‌پردازند.» (ولف، اندرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰؛ گلی، ۱۳۸۱)

نگارنده در سطور پیش رو تلاش خواهد کرد تا نشان دهد که این صورت‌بندی تا چه حد به امر واقع نزدیک است. به این ترتیب در این گفتار تلاش شده است با پاسخ گفتن به چهار پرسش اساسی، وضعیت طب مدرن فهم شود. پرسش اول در مورد ماهیت خود طب است. اینکه در این عالم مدرن، طب دقیقاً چه تعریفی دارد، نقطه ورود به بحث است. پرسش دوم آن است که آیا پزشکی اساساً یک پارادایم است یا به‌طور بنیادین با معنایی که از پارادایم مراد می‌شود، ناسازگار است. پس از آن دو نشانه گفته‌شده برای بحران پارادایمی در طب بررسی می‌شود تا نشان دهد که هر کدام از این نشانه‌ها چه سمت و سویی را نشانه رفته‌اند.

منظور از پزشکی در اینجا دقیقاً چیست؟

ماهیت پیچیده طب به واسطه سروکار داشتن آن با بیماران اقتضا می‌کند که طب ملغمه‌ای یا آمیزه‌ای از علوم، فنون و هنرها باشد. آنچه را امروز به تسامح پزشکی (Medicine) خوانده می‌شود، را می‌توان به یکی از این سه حوزه اطلاق کرد: کار بالینی یا طبابت (Practice)، کارآزمایی بالینی (Clinical trial)، و پژوهش پایه (Clinical trial) (ولف، آندرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰). پزشکی‌ای که ما هر روزه با آن دست‌به‌گریبانیم، همان طبابت یا کار بالینی است. به تعبیر دیگر، بیماران هر روزه برای علاج دردهایشان و مرتفع کردن مشکلاتشان به دلایل مختلف به پزشکان مراجعه می‌کنند. به این ترتیب فعالیتی که در بیمارستان‌ها و مطب پزشکان صورت می‌گیرد - و هدف آن مداوای بیماران است - را طبابت یا کار بالینی نام نهاده‌اند که به نظر می‌رسد مهم‌ترین و مرکزی‌ترین بخش طب هم همین‌جاست.

اما امروزه طب فقط مریض‌دین نیست، بلکه حوزه‌هایی از پژوهش وجود دارند که با طب سروکار دارند. کاری که پزشکان در درمان بیماران انجام می‌دهند به نحوی از انحاء بر پژوهش‌هایی متکی است که به آن کارآزمایی‌های بالینی می‌گویند. این پژوهش‌ها اکثراً برای آزمودن اثربخشی دارویی یا درمانی صورت می‌گیرند و هدف نشان‌دادن آن است که این دارو در درمان فلان بیماری مؤثر است و عوارض جانبی جدی هم در انسان تولید نمی‌کند. این‌گونه تحقیقات در حال حاضر حجم قابل توجهی از تولید علم را به خود اختصاص داده‌اند و توسط کمپانی‌ها و شرکت‌های مُعظم دارویی و داروسازی حمایت مالی می‌شوند. معمولاً در این‌گونه پژوهش‌ها بیمارانی که به بیماری مشخصی مبتلا هستند به دو گروه تقسیم می‌شوند. دسته‌ای از بیماران، دارویی که قرار است اثربخشی آن سنجیده شود، دریافت می‌کنند و برای گروه دیگر دارونما (یعنی ماده‌ای که شبیه داروست ولی ماده مؤثره ندارد) تجویز می‌شود. به این شکل اگر قرار باشد دارو واقعاً بر بیماری مؤثر باشد باید دسته اول به درمان پاسخ دهند، در صورتی که گروه دوم تغییر محسوسی را تجربه نکنند.^۲

اینکه این بیماری مشخص با چه مکانیسمی ایجاد می‌شود، چگونه دارویی برای مقابله با آن باید تولید شود و با چه روش‌هایی باید میزان اثربخشی دارو را سنجید، حوزه دیگری در پژوهش را نیاز دارد که مستلزم تحقیقات پایه‌ای‌تر است. این حوزه، تحقیقات زیست - پزشکی^۳ نامیده می‌شود که بیشتر به زیست‌شناسی نزدیک است و کار آن شناختن چگونگی کارکرد بدن و بالأخص سلول‌ها و فرایندهای مولکولی و کشف مکانیسم بیماری‌هاست، برای همین تعجبی ندارد که اکثر تحقیقات در این حوزه بر روی جاندارانی

به جز انسان (از تک سلولی گرفته تا میمون) صورت گرفته و نتایج آن به انسان تعمیم داده می شود. این حوزه از آن جهت زیست - پزشکی خوانده می شود که قرار است یافته های حاصل از آن نهایتاً به درمان بیماری ها کمک کند. به این ترتیب پزشکی امروز شامل یک طیف گسترده است که یک سوی آن مداوای بیماران است که کاملاً مبتنی بر عمل (Practice) است و سوی دیگر علوم زیست - پزشکی است که به حوزه پژوهش های بنیادین در زیست شناسی نزدیک تر است. به بیان بسیار ساده طبابت با بیماران سروکار دارد و زیست - پزشکی با موش ها!

حال که به اجمال تعریفی از پزشکی و حوزه های آن به دست داده شد، باید به موضوع ابتدای بحث بازگشت (خوانش کوهنی از پزشکی) و مشخص کرد که پزشکی مطمح نظر در آن صورت بندی کدام یک از این سه حوزه است. مشخص کردن این مطلب از آنجا اهمیت دارد که این سه حوزه تفاوت های آشکاری با هم دارند و معادل گرفتن یکی از آن سه به جای همه طب باعث سوء تعبیر و کج فهمی می شود.

با توجه به نشانه هایی که از بحران پارادایمی شامل اقبال بیماران به طب مکمل و عنایت پزشکان بالینی و درمانگران به مباحث فلسفی است، به نظر می رسد که منظور از پارادایم بیشتر حوزه طبابت است؛ چرا که موضوع در سطح رابطه پزشکان و بیماران است. بنابراین اگر بخواهیم مجدداً مسئله را صورت بندی کنیم به این شکل درمی آید که طبابت (بخوانیم درمان بیماران) دچار بحران شده است؛ چرا که بیماران به درمان های جایگزین و طب مکمل روی آورده اند و پزشکان بالینی و درمانگران به مباحث فلسفی علاقه نشان می دهند. به این ترتیب دو حوزه پژوهش های زیست - پزشکی و کارآزمایی های بالینی در این خوانش از طب، غایب هستند.

آیا طبابت یک پارادایم است؟

پرسش دوم که بسیار حیاتی است، تدقیق درباره پارادایم بودن طب است. براساس ایده کوهن، پارادایم اصطلاح جامعی است که همه مقبولات کارگزاران یک رشته علمی را دربرمی گیرد و چهارچوبی را فراهم می سازد که دانشمندان برای حل مسائل علمی در آن محدوده پژوهش کنند. کوهن تعبیر پارادایم را از بررسی موشکافانه خود در تاریخ فیزیک، شیمی و اخترشناسی اخذ کرد (اکاشا، ۱۳۸۷؛ کوهن، ۱۹۷۰). به این ترتیب پارادایم به تعبیر کوهن چهارچوبی است که به پژوهش ها در یک رشته، نظم و نسق می دهد. (مقدم حیدری، ۱۳۸۵)

به این ترتیب برای اینکه مشخص شود طبابت به چه میزان به تعبیر پارادایم نزدیک است باید دو چیز را نشان داد: اول آنکه آیا طبابت چهارچوبی برای پژوهش فراهم می‌کند یا اساساً پژوهش محور است. دوم آنکه طبابت به چه میزان به علومی که تعبیر پارادایم از آن اخذ شده است؛ مانند فیزیک و شیمی نزدیک است. طبابت براساس تعریفی که در بالا ارائه شد؛ یک پارادایم نیست. بر این اساس دلایل خود را بر دو پایه استوار خواهم کرد. یکی اینکه اساساً طبابت پژوهش نیست و هدف دیگری دارد که به تفصیل به آن پرداخته خواهد شد. دوم اینکه پزشکی (از این به بعد هر جا سخن از پزشکی یا طب به میان آمد، مراد طبابت است) با علومی مانند فیزیک و شیمی بسیار متفاوت است و از این رو با مفهوم پارادایم که از این رشته‌ها گرفته شده است، چندان سازگار نیست.

طبابت فعالیتی برای بهبود است، یعنی اعاده سلامت به وقت ناخوشی و تلاش برای نگهداشت و ارتقای آن به وقت سلامت. بدین ترتیب نگاه پزشکی، محتوا و روش‌های آن را در جهت مشخصی شکل می‌دهد که آن مراقبت از بیمار است. بنابراین پزشکی به واسطه هدف و مقصود عملی‌ای که واجد آن است از دیگر رشته‌ها که به عنوان امر اولیه‌شان فاقد چنین هدفی هستند، متمایز می‌شود. از این رو طبابت، فعالیت علمی بدین معنا که فیزیک یا شیمی فعالیت‌های علمی هستند، نیست، لذا شناخت قوانین کلی هدف طب نیست؛ بلکه طب معطوف به اعمالی است برای بهبود بیماران. (پلگرینو، ۱۳۸۳)

از سوی دیگر، اصالت عمل در پزشکی یکی از ویژگی‌های بنیادین طبابت است و طب سراسر کاربست یافته‌ها و پژوهش‌های علمی نیست. گادامر در کتاب *ارجمند معمایی سلامت (The enigma of health)* نقش جوهری عمل در طب را برجسته می‌کند. علم پزشکی محض (زیست - پزشکی) به خودی خود برای کاربست عملی دانشش کارآمد نیست چرا که انواع و اصناف امور مانند ملاحظات، ارزیابی‌ها، ترجیحات و حتی علایق شخصی در طبابت دخیل هستند. این تمایز و شکاف میان نظر و عمل در طب به خوبی نمایان است. چیزی که به هنر طبابت معروف است و از جنس عمل است، وظیفه احیای امری طبیعی را برعهده دارد و این همان هنر درمانگری است. عبارت حاذق شاید به ندرت برای حرفه دیگری به جز طب به کار گرفته شود و این امر حکایت از آن دارد که تشخیص و تدبیر بجا در پزشکی نه به علم پزشک؛ بلکه به هنر او مربوط است.

طب را هم از آن جهت که در پی حفظ یا اعاده سلامت یا تعادل حیاتی است و هم از آن حیث که متکفل مداوای بیماران دردمند است، می‌توان از علوم دیگر افتراق داد. گرچه

سلامت هدف غایی فعالیت پزشکی یا طبابت است، اما سلامت مفهوم برساخته پزشکان نیست. سلامت امری نیست که بتوان آن را در قالب پزشکی تعریف کرد، بلکه ناخوشی موضوعی است اجتماعی، روانی و اخلاقی و به همین دلیل علوم طبیعی از تعریف سلامت قاصر است. (گادامر، ۱۹۹۶)

این جوهری بودن عمل در پزشکی وقتی به خوبی نمایان می شود که حوزه‌هایی از علم به قصد پژوهش به وادی آن گام می نهند. واژه Clinical trial که کارآزمایی بالینی را برابر آن نهاده‌اند، به خوبی نمایانگر این امر است. نکته‌ای که در بادی امر توجه فرد را به خود معطوف می کند، نشستن واژه trial به جای research است. قاعدتاً پژوهش‌هایی که بر بالین بر روی بیماران صورت می گیرد، باید پژوهش‌های بالینی یا Clinical research نامیده شود، پس چرا اینجا از trial استفاده شده است. یکی از معانی این واژه دادرسی است و به نظر می رسد یافتن پاسخ در کاویدن همین معناست. انگار که تعیین اثربخشی یک دارو بر روی بیماران نه با روش‌های دقیق علمی و آماری (پوزیتیویستی)، بلکه بر پایه نوعی قضاوت بنا شده است. مانند یک دادگاه که ادله‌ای له و علیه دارو ارائه می شود و هیئت منصفه (ژوری) باید قضاوت کنند که آیا دارو مؤثر واقع شده است یا نه. به این شکل روشن می شود که در اینجا روش‌های علمی مرسوم چگونه سازگار با عمل شده‌اند و راه‌حل‌های مألوف خود را به کناری نهاده‌اند. به عبارت دیگر فهم این نکته در طبابت بسیار مهم است که طبابت نه چیزی را می سازد (make) و نه چیزی را تولید می کند (produce) بلکه به بهبود بیماری یا ناخوشی یاری می رساند. به این شکل فهم یک بیماری به معنای دانستن سیر و چگونگی تدبیر آن است و نه تسلط بر طبیعت به شکلی که بتوان با مداخلات (intervention) بیماری را مرتفع کرد (گادامر، ۱۹۹۵). بنابراین به طور خلاصه از آنجا که طبابت پژوهش نیست و بیماران اعیان پژوهشی نیستند، طبابت از این حیث در قالب تعریف پارادایم نمی گنجد.

دومین مسئله‌ای که درباره آن بحث خواهد شد، اشاره به تفاوت‌های پزشکی با علومی مانند فیزیک و شیمی است که تعریف پارادایم از آن‌ها اخذ شده است. ساختار نظریه در علومی مانند فیزیک و شیمی بر پایه ایده‌آل اقلیدسی بنا شده است. یک نظام قیاسی شامل دسته بزرگی از موقعیت‌ها و شرایط است که همگی در زیر چند اصل موضوعه محدود گرد آمده‌اند. مکانیک نیوتونی یا ترمودینامیک کلاسیک مثال‌هایی از این دست هستند. برعکس در طب، چنین قوانین کلی و متقنی یکسره غایب هستند. این از آن جهت است که شناخت در طب با شناخت در علوم طبیعی به کلی متفاوت است. عالم طبیعی در جست‌وجوی

پدیده‌های نمونه و عادی است، در حالی که پزشک با پدیده‌های غیرنمونه و غیرعادی سروکار دارد. طبعاً در این راه با تنوع گسترده و عظیم این پدیده‌ها مواجه می‌شود که جدا از تعددشان، فاقد مرزهای روشنی هستند و به‌علاوه پر از حالت‌های گذرا و برزخی‌اند.

اساس تفکر پزشکی یافتن نظم برای این پدیده‌های بی‌نظم است. از این‌روست که مماثلت (Analogy) نقش بسیار مهمی در شکل‌دادن این نوع شناخت در پزشکی بازی می‌کند (فلک، ۱۳۷۵). موضوع تفکر پزشکی، بیماری است، ولی بیماری حالت پایداری نیست، فرایندی است دائماً در حال تغییر که منشأ زمانی خاص سیری معین و افول دارد، بنابراین شناخت در پزشکی شامل درکی پویا و موقت است. از سوی دیگر، مماثلت موجود در طب راه را بر هرگونه نظریه کلی در مورد بیماری‌ها می‌بندد. بنابراین نه نظریه طبایع چهارگانه، نه درک کارکردی امراض (پاتوفیزیولوژیک) هرگز نمی‌توانند همه قلمرو عظیم پدیده‌های بیمارگون را پوشش دهند (فلک، ۱۳۷۵؛ شافنر، ۱۳۸۳).

اما نکته‌ای که باید مطمئن نظر قرار گیرد این است که به‌رغم آنکه طبابت به تمام دلایل بالا از تعریف پارادایم می‌گریزد، زیست-پزشکی نزدیکی بیشتری با مفهوم پارادایم دارد. همان‌طور که گفته شد وظیفه تبیین بیماری‌ها بر عهده زیست-پزشکی است و او در این امر از پژوهش‌هایی که بر پایه فرایندهای مولکولی است بهره می‌گیرد (شافنر، ۱۳۸۳). اما این امری مختص به طب است؛ در حالی که در فیزیک و شیمی تبیین به گونه دیگری است. برعکس فیزیک که در آن قوانینی کلی (مانند قوانین نیوتن) وجود دارد و همه چیز را می‌توان با آن شرح داد، در طب چنین جامعیتی وجود ندارد (شافنر، ۱۹۸۰؛ مانسون، ۱۹۸۱). مثلاً تئوری عامل میکروبی برای دسته‌ای از بیماری‌ها صادق است (بیماری‌های عفونی)، در صورتی که برای سایر بیماری‌ها مانند مادرزادی یا سرطان‌ها کاربردی ندارد. به‌نظر می‌رسد در حال حاضر پارادایم زیست-پزشکی، آمیزه‌ای از پارادایم‌های موضعی است که هرکدام می‌توانند دسته‌ای از بیماری‌ها را توصیف کنند، بدون آنکه یک پارادایم واحد آن را رهبری و هدایت کند (گیلیس، ۲۰۰۵).

این ویژگی ترکیبی در پارادایم پزشکی در مقابل پارادایم ساده‌تری مانند فیزیک، سبب شده است تکامل و تطور علم طب در سیروریت تاریخی‌اش یکسره با فیزیک متفاوت باشد و نظریه کوهن در این مورد نتواند به‌طور کامل جوابگو باشد. در نظریه کوهن، وقتی علم متعارف دچار بحران می‌شود، پارادایمی جدید جای پارادایم قدیمی را می‌گیرد و به‌اصطلاح تغییر (شیفت) پارادایم رخ می‌دهد، در حالی که در طب، می‌توان بسیاری از تغییرات مهم و کلیدی را

یافت که این ویژگی انقلاب پارادایم کوهنی را ندارند، اما باعث تغییرات عمده‌ای در طب شده‌اند. مثال بسیار شاخص چنین تغییری را می‌توان در بیماری زخم معده (Peptic ulcer) دید. در آن زمان تئوری غالب در مورد نحوه ایجاد زخم معده، افزایش تولید اسید معده بود. به این ترتیب افزایش تولید اسید معده باعث آسیب به مخاط معده و ایجاد زخم می‌شد و درمان پیشنهادی برای رفع این مشکل داروهایی بود که اسید معده را خنثی می‌کنند، مانند شربت آلومینیوم که فکر می‌کنم همه با آن به‌نحوی آشنا هستند! این نوع داروها علائم را تخفیف می‌دادند؛ اما باعث ریشه‌کنی زخم معده نمی‌شدند. در آن زمان تصور می‌شد که در اسید معده هیچ باکتری‌ای قابلیت رشد ندارد. در سال ۱۹۷۹ دو دانشمند استرالیایی در ترشحات معده نوعی باکتری یافتند که بعداً هلیکوباکتر پیلوری نام گذاشته شد. تئوری جدید بر پایه این یافته بنا گردید و آن اینکه علت ایجاد زخم معده، عفونت به این باکتری است. این باعث شد که درمان زخم معده دگرگون شود و برای درمان آن آنتی‌بیوتیک تجویز گردد. اما به‌هر شکل این درمان همراه با داروهای کاهنده اسید معده که مربوط به تئوری قبلی بود، بهترین نتیجه درمانی را به‌دنبال داشت (گیلیس، ۲۰۰۵). به‌عبارت دیگر با اینکه در تئوری ایجاد این بیماری دگرگونی‌هایی صورت گرفته بود، تعریف بیماری زخم معده کماکان بدون تغییر باقی مانده بود و مجموعه‌ای از درمان‌های برگرفته از دو تئوری به‌کار گرفته شد. این خود مجدداً تأثیر عمل را در چگونگی پذیرش یا رد یک نظریه در زیست-پزشکی به‌خوبی نشان می‌دهد. به‌این ترتیب با وجود آنکه زیست-پزشکی را می‌توان به‌مثابه یک پارادایم کوهنی در نظر گرفت، ارتباط آن با طبابت سبب شده است که تمایزات اساسی با فیزیک و شیمی داشته باشد.

آیا اقبال به طب مکمل نشانه بحران پارادایمی است

ریچارد داوکینز که یک زیست‌شناس تکاملی است درباره طب مکمل می‌گوید (داوکینز، ۲۰۰۳):

«طب مکمل مجموعه‌ای از اقدامات درمانی است که یا قابلیت سنجش ندارند یا از آن سر باز می‌زنند یا نشان دادن اثربخشی آن‌ها در آزمایش‌های مختلف با شکست مواجه شده است. اگر اقدامی درمانی بتواند از کارآزمایی‌های بالینی سربلند بیرون آید خود طب است، نه طب مکمل و جایگزین.»

روایت داوکینز تمام دلایلی را که نگارنده بنا دارد در باب طب مکمل بیان کند، یکجا جمع کرده است. اولاً طب مکمل مجموعه‌ای از درمان‌هاست و نه چیز بیشتر. ثانیاً طب مکمل باید اثربخشی خود را از رهگذر کارآزمایی‌های بالینی نشان دهد و از آن‌رو که معمولاً

در اثبات اثربخشی خود ناتوان است، طب مکمل خوانده می‌شود. از منظر طبابت، چون هدف مداوای بیماران است، هر فعالیتی که بتواند کمکی به بهبود بیماران کند، پذیرفته است، بدین ترتیب بسیاری از شیوه‌های درمانی طب مکمل بدون چون و چرا در طبابت امروز به کار گرفته می‌شوند، درحالی که زیست - پزشکی همان‌طور که گفته شد، این امر را برنمی‌تابد.

طب مکمل از آن حیث که به شکل تمام و کمال نوعی طبابت است و سروکاری با پژوهش ندارد، صرفاً وقف مداوای بیماران است. این که طب‌های مکمل می‌توانند بالقوه به صورت پارادایم‌های رقیب درآیند، بسته به این است که پروژه‌های پژوهشی و متودولوژی مختص به خود را داشته باشند، چیزی که حتی خود نیز ادعای آن را ندارند. نشانه این امر آنکه طب مکمل در مقام اثبات اثربخشی، خود را در معرض داوری پارادایم زیست - پزشکی قرار می‌دهد و یکسره به قواعد آن سر می‌نهد. مثلاً وقتی حجامت یا طب سوزنی می‌خواهد اثربخشی خود را اثبات کند، به کارآزمایی‌های بالینی به شکل تمام و کمال آن تن می‌دهد و تلاش می‌کند به این شکل نشان دهد که مؤثر هستند. به‌عنوان مثال نگاه کنید به مطالعه بررسی اثر درمانی حجامت در بیماران با کبد چرب غیر الکلی که در قالب یک کارآزمایی بالینی تمام‌عیار ظاهر شده است. این یک نمونه از خروار است! به هر رو طب مکمل اصلاً و ابداً در قامت پارادایم رقیب برای پارادایم زیست - پزشکی مطرح نیست.

این امکان وجود دارد که اگر نحوه عملکرد و اثربخشی طب مکمل، پارادایم زیست - پزشکی را مورد پرسش قرار دهد، با انباشته شدن این موارد نامتعارف پارادایم تضعیف شود، مثلاً چگونه فروکردن یک سوزن کوچک در آرنج می‌تواند سبب بی‌حسی قسمت بزرگی از بدن شود یا چگونه با فشار دادن قسمتی از انگشتان دست، سردرد برطرف می‌گردد؛ اما نشانه‌ای از چنین وضعیتی موجود نیست. این بیماران هستند که به طب مکمل رو آورده‌اند نه پژوهشگران، انگار که بیماران زودتر از پژوهشگران ناسازه‌های پارادایم را کشف کرده‌اند. صفت مکمل بودن خود گویای آن است که این طب به شکل انضمامی نگریسته می‌شود و به‌عنوان کمک‌رسان طب مدرن وارد عرصه‌های درمانی شده است، نه به‌عنوان پارادایم رقیب، به بیان دیگر، طب مدرن کاستی‌هایی دارد، اما این کاستی‌ها نه به‌واسطه دانش زیست - پزشکی بلکه در حوزه طبابت وجود دارد و که اگر پژوهش‌های زیست - پزشکی کامل شوند، مسلماً به تمام این کاستی‌ها پاسخ خواهند داد. (گلی، ۱۳۸۱)

به‌عنوان پایان این بخش دو نقل قول در مورد طب سنتی آورده می‌شود که می‌تواند ردپای مطالبی را که گفته شد به‌روشنی نشان دهد:

«طب سنتی جایگاه خاص خودش را دارد؛ اما برای اینکه از علمی بودن مطالب آن مطمئن شویم و سلامت مردم را با حرف‌های غیرعلمی به خطر نیندازیم، دانشکده طب سنتی تشکیل شده است که هر ادعای مرتبط با طب سنتی را بعد از کارآزمایی بالینی و مطمئن شدن از علمی بودن آن معرفی می‌کند.»^۴

«طب سنتی مبنای خاص خودش را دارد و در مواردی می‌تواند در کنار طب نوین امروز و مکمل آن باشد، اما ما نمی‌توانیم دستاوردهای عظیم طب نوین را که بر مبنای اصول علمی و کارآزمایی بالینی است نفی کنیم. توصیه‌های طب سنتی نیز باید بر مبنای علمی و بعد از کارآزمایی بالینی علمی مورد استفاده قرار گیرد. اگر ابن سینا یا رازی هم امروز زنده بودند، حتماً از دستاوردهای عظیم علم پزشکی امروز و تجهیزات دقیق تشخیصی، آزمایشگاهی و درمانی امروز استفاده می‌کردند و دانش خود را به روز می‌کردند.»^۵

درگرفتن بحث‌های فلسفی میان پزشکان ناشی از چیست؟

درگرفتن مباحث اخلاقی میان پزشکان و درمانگران را از دو منظر می‌توان بررسی کرد. یکی اینکه به واسطه پیشرفت‌های پزشکی امکاناتی در اختیار پزشکان قرار گرفته است که تا پیش از آن ممکن نبود. همین امکانات پرسش‌های اخلاقی و فلسفی را درباره استفاده یا عدم استفاده از آن‌ها پیش کشیده است. از سوی دیگر، کارآزمایی‌های بالینی که بیماران را به موضوعات یا اعیان پژوهش تبدیل کرده است، واکنش جامعه پزشکی را برانگیخت. (پلگرینو، ۲۰۰۸؛ مارکوم، ۲۰۰۸)

«اگر به سنت پزشکی مدرن بنگریم می‌توانیم ببینیم که با موفقیت علوم طبیعی همچون شیمی، فیزیک یا زیست‌شناسی و آغاز دورانی جدید، وضعیت تغییر کرد. موفقیت‌ها و امکاناتی که پژوهش‌های زیست-پزشکی پیش روی پزشکان قرار می‌دهند این پرسش را مطرح می‌کند که آیا مجاز به انجام هر کاری هستیم؟ ما با موقعیتی مواجهیم که امکان‌های عمل برای یک پزشک متعددند. بسیاری از مداخله‌های پزشکی که اکنون متداول‌اند سی یا چهل سال پیش ممکن نبودند. برای مثال، کریستیان برنارد نخستین عمل پیوند قلب را در سال ۱۹۶۷ انجام داد. عمل پیوند قلب در آن زمان، چالشی بزرگ برای تمامی ذهنیت ما از بدن انسان بود. قلب به‌عنوان مرکز نفس و شخصیت قلمداد می‌شد و پیوند قلب تنها یک مسئله پزشکی نبود بلکه مسئله‌ای اخلاقی را هم پیش کشید. دستگاه تنفس مصنوعی و احیای قلبی یا تغذیه و آبدهی یا امکانات فنی‌ای را در نظر بگیرید که شرایطی را فراهم می‌آورند که یک انسان را، حتی در وضعیت فقدان کارکردهای مغزی یا در حالت کما، زنده‌نگه داریم. در این اثنا، پیوند قلب یا اعضای دیگر به امری کاملاً عادی تبدیل شده‌اند. امکانات فناورانه دیگری مانند تشخیص

پیش از تولد، باروری داخل لوله آزمایش و تلقیح مصنوعی برای کمک به زوج‌های نابارور، کاشتن نطفه، شبیه‌سازی درمانی نیز روش‌هایی هستند که فناوری امکان‌پذیر ساخته است. این فناوری‌های جدید و امکانات گسترش‌یافته برای تشخیص و درمان چالش‌هایی هستند که در برابر پزشکی قرار دارند. عمل‌های زیبایی یا درمان‌های چاقی با جراحی، مطالعه اثرات دارویی بر وضعیت روانی و رفتار، متداول هستند.^۶

به این ترتیب، پیشرفت‌هایی که در حوزه پارادایم زیست - پزشکی حاصل شد، امکان‌هایی نو را به طبابت عرضه می‌کرد؛ اما از سوی دیگر تعرضی که در آن مندرج بود، پرسش‌هایی اخلاقی را پیش می‌کشید.

در دهه ۶۰ میلادی تعداد روزافزونی از پزشکان درباره کارایی کل داروهایی که در آن زمان در طب بالینی به کار می‌رفت، تردید کردند. برای اثبات کارایی داروها از کارآزمایی‌های بالینی (Clinical trail) مدد گرفته شد تا برای اثربخشی داروها دلیل تجربی بیابند. این جریان که مکتب بالینی انتقادی (Critical clinical school) خوانده شد، به روش‌های آماری علاقه زیادی نشان داد. ورود این گونه تحقیقات به طب بالینی پرسش‌های اخلاقی جدی‌ای را پیش کشید (ولف، آندرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰). مثلاً آیا اجازه داریم بدون اجازه بیماران روی آنان آزمایش کنیم؟ آیا وقتی از اثربخشی دارویی باخبریم اجازه داریم از دادن آن به بیماران امتناع کنیم؟ و هزاران پرسش دیگر.

مطرح کردن این پرسش‌ها، پزشکان را تا پرسش از بنیان‌های طب پیش راند و کم‌کم مباحث اخلاقی به سمت پرسش‌های فلسفی بدل شدند. به این ترتیب به گمان نگارنده رویش و زایش فلسفه پزشکی نه در پژوهشگران زیست - پزشکی بلکه در پزشکان بالینی رخ داد و این هم یک واکنش طبیعی بود به تعرض و دست‌اندازی پارادایم زیست - پزشکی به حوزه طبابت؛ به چیزی که تا قبل از آن میسر نبود و حال امکان‌پذیر شد: تبدیل بیماران به موضوعات یا اعیان پژوهشی.

بنابراین چکیده کلام آنکه پیش کشیدن مباحث و پرسش‌های فلسفی و اخلاقی نه در پارادایم غالب زیست - پزشکی بلکه در میان طبیبان بالینی روی داد. از این منظر پارادایم زیست - پزشکی نه تنها بحرانی را احساس نمی‌کند بلکه با شتاب و قدرت تمام به پیش می‌راند و این طبابت است که باید خود را هم‌نوا و سازگار با این جریان کند. یکی از موضوعات تازه در این باب استفاده از سلول‌های بنیادی برای درمان بیماری‌هاست. اخلاق پزشکی به این شکل نوعی توجیه برای تعرض بیشتر به بدن با رعایت الگوها و کدهای پیش ساخته است. به این شکل پرسش از ریشه‌های فلسفی یک رشته، آن‌گونه که کوهن

می‌گوید، در طبابت نشان از بحران پارادایم زیست - پزشکی نیست، همان‌گونه که وقتی فیزیکدانان دست‌اندرکار ساختن بمب اتمی شدند، رشته‌ای به نام اخلاق فیزیک در آنجا پا نگرفت.

نتیجه‌گیری

به گمان نگارنده، پزشکی به مثابه طبابت، معادل نعل‌به‌نعل پارادایم به تعبیر کوهنی (Kuhnian) آن نیست. به نظر می‌رسد طبابت هم از آنجا که هدف متفاوتی دارد و هم از آن حیث که معیارهای موفقیت و اثربخشی‌اش متفاوت است، چندان با تعبیر کوهنی از پارادایم سازگار نیست. طب‌های مکمل هم از آن حیث که معطوف به درمانگری هستند نه پژوهش و هم از آن نظر که برای اثبات اثربخشی خود به کارآزمایی‌های بالینی تن می‌دهند، پارادایم‌های رقیب به حساب نمی‌آیند. در ضمن به نظر می‌رسد روی آوردن پزشکان بالینی به بحث‌های فلسفی بیشتر به علت تعرض هرچه بیشتر زیست - پزشکی به حوزه طبابت بوده است و این‌گونه بحث‌های فلسفی میان پژوهشگران حوزه زیست - پزشکی کمتر یافت می‌شود.

به هر رو این دو نشانه که از آن‌ها صحبت به میان آمد و به تفصیل به آن‌ها پرداخته شد، نشانگر جنب‌وجوش و رخدادی هستند که در حوزه طب رخ نمایانده است. در طب در عین اینکه هر روز با پیشرفت تکنولوژی رابطه انسانی میان پزشک و بیمار کم‌رنگ‌تر می‌شود و تخصص‌گرایی آن‌چنان در حال گسترش است که مثلاً چشم انسان میان چندین تخصص و فوق تخصص تقسیم شده است، اما انگار داور نهایی در این میان هنوز هم بیماران هستند. انگار که متخصصان باید نهایتاً عملکرد خود را به داوری غیرمتخصصان یا به بیان دیگر عوام واگذارند و در این میان چیزی که رخ می‌نمایاند فرزاندگی نادانان است و این چیزی است که در جوهر طب به واسطه اصالت عمل مندرج است.

رویکرد کوهنی از آن نظر که فیلسوف طب را به کشف اجزای معرفت ضمنی ترغیب می‌کند، مغتنم است، اما اینکه بتوان براساس آن بحران پارادایمی در طب را صورت‌بندی کرد، به گمان نگارنده چندان رهگشا و بصیرت‌بخش نیست. همان‌طور که در این گفتار نشان داده شد، بعید است بتوان کل انواع تفکر پزشکی را بر مبنای تئوری واحدی بنا کرد. به نظر می‌رسد پاره‌هایی از آن مثل زیست - پزشکی بیشتر به مفهوم پارادایم نزدیک است و پاره‌هایی دیگر مثل خود طبابت به کلی از این تعبیر دورند.

پی‌نوشت

۱. طب مکمل به هر روش درمانی اطلاق می‌شود که خارج از محدوده روش‌های درمانی پزشکی جدید باشد. در این بین می‌توان از یک‌سو به رویکردهایی کهن مانند طب سنتی ایران، طب سنتی هند (آیورودا)، یوگا، طب سنتی چین (TCM)، طب سنتی بومیان امریکا و از سوی دیگر به روش‌هایی با قدمت کمتر مانند هومئوپاتی، استئوپاتی و کایروپراکتیک اشاره کرد.
۲. این تعریف بسیار ساده‌ای از کارآزمایی بالینی است و خود کارآزمایی بالینی بسیار گسترده‌تر از این است که به دلیل اطناب کلام از شرح کامل آن پرهیز کردم.
۳. واژه زیست - پزشکی معادل پژوهش‌های پایه است که در صفحه قبل از آن سخن گفته شد.
۴. معاونت درمان وزارت بهداشت در مصاحبه با یکی از رسانه‌ها.
۵. رئیس دانشکده طب سنتی در مصاحبه با یکی از رسانه‌ها.
۶. برگرفته از سخنرانی پیتر کمپیتس با عنوان: «اخلاق‌شناسی پزشکی (Medical Ethics) از نظرگاه کرامت (Dignity) و استقلال اراده انسان (Autonomy)» در مؤسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران.

منابع

- اکاشا، سمیر ۱۳۸۷. *فلسفه علم*، ترجمه هومن پناهنده، تهران: فرهنگ معاصر.
- پلگرینو، ادوندو ۱۳۸۳. «فلسفه پزشکی، در جستجوی تعریف»، ترجمه احمدرضا همتی مقدم، سروش اندیشه، شماره ۱۱، سال سوم، ص ۱۵ - ۲۲.
- شافر، کنت ۱۳۸۳. «استدلال مبتنی بر نمونه درباره الگوهای زیستی و بیماری‌ها: ارتباطی میان فلسفه پزشکی و فلسفه علم»، سروش اندیشه، ۱۱، ص ۴۱ - ۵۸.
- فیلک، لودویک ۱۳۷۵. *نکاتی درباره شیوه تفکر پزشکی*، در کتاب دیدگاه‌ها و برهان‌ها: مقاله‌هایی در فلسفه علم و فلسفه ریاضی، ترجمه و تألیف: شاپور اعتماد، ص ۳۳۱ - ۳۴۳، تهران: نشر مرکز.
- گلی، فرزاد ۱۳۸۱. «درآمدی بر پزشکی جامع: میدان‌هایی نو برای آزمون خرد کهن»، سلامت برتر، سال اول، شماره اول، ص ۲۱ - ۴۵.
- مقدم حیدری، غلامحسین ۱۳۸۵. *قیاس‌ناپذیری پارادایم‌های علمی*، تهران: نشر نی.
- ولف، هنریک. استیگ آندرسون، رین روزنبرگ ۱۳۸۰. *درآمدی بر فلسفه طب*، ترجمه همایون مصلحی، تهران: طرح نو.

Dawkins, R. 2003. *A Devil's Chaplain*. New York : Houghton Mifflin Co.

Gadamer, H. G. 1996. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Trans. John Gaiger and Richard Walker. Oxford: Polity Press.

- Gillies, D. 2005. Hampelian and Kuhnian approaches in the philosophy of medicine: the Semmelweis case. *Studies in History and Philosophy of Science*, Mar; 36(1):159 _ 81
- Kuhn, T.S. 1970. *The Structure of Scientific Revolutions*. London: The university of Chicago press.
- Marcum, J.A. 2008. *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*, Springer.