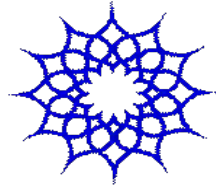


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پژوهشکده غرب شناسی و علم پژوهی
گروه فلسفه علم و فناوری

رساله دکتری رشته فلسفه علم و فناوری

حکم پزشکی به مثابه استدلال عملی

استاد راهنما
دکتر علیرضا منجمی

استاد مشاور
دکتر مهدی معین زاده

پژوهشگر
رضا دانشور محمد حسینی

آذر ۱۳۹۶

چکیده

درباره ماهیت پزشکی دو تفسیر عمده ارائه شده است که در یکی بر جنبه های علمی آن و در دیگری بر جنبه هرمنوتیکی آن تأکید می شود. از آنجاکه به نظر میرسد در تفسیرهای هرمنوتیکی به جنبه هایی از پزشکی توجه می شود که در تفسیر علمی چندان مورد توجه واقع نشده است ، بنابراین به نظر میرسد که الگوی هرمنوتیکی حداقل از جنبه هایی برای درک عملکرد پزشکی مناسب تر باشد .

اما این الگو، اغلب در بررسی رابطه بیمار و پزشک به کار رفته است. علاوه بر این ارائه این الگو تا حد زیادی بر کارکرد گفتگوی بیمار و پزشک در فرایند درمان مبتنی بوده و بر اساس آن توجیه می شود. از طرف دیگر در این الگوها ، جنبه های دیگری از حکم پزشکی مانند عدم قطعیت و معرفت ضمنی و عمل طبابت و نقش مهم پیش نگر در چندان مورد توجه واقع نشده است. آنچه در این رساله مد نظر است بررسی چارچوب مفهومی استدلال عملی یا به عبارتی حکمت عملی است بطوریکه بتوان بر اساس آن درک یکپارچه و وسیعتری از جنبه های فوق الذکر پزشکی بدست آوریم و علاوه بر این حق جنبه علمی پزشکی را نیز ادا کنیم.

کلید واژه ها : حکم پزشکی، استدلال عملی، مورد محوری ، عدم قطعیت، فرونسیس

فهرست مطالب

پیشگفتار..... ۱

فصل اول: کلیات

- ۱-۱- تعریف مسأله یا بیان مشکل ۴
- ۱-۱-۱- ناسازگاری تفکر پزشکی با تفکر علمی..... ۵
- ۱-۱-۲- انتقادات به مورد محوری..... ۱۰
- ۲-۱- اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش (چرایی پژوهش درباره این موضوع)..... ۱۲
- ۳-۱- اهداف پژوهش..... ۱۲
- ۴-۱- سؤال‌های پژوهش..... ۱۲
- ۵-۱- فرضیه‌های پژوهش..... ۱۳

فصل دوم: نابسندگیِ رویکرد علم‌محور به قضاوت پزشکی

- ۲-۱. مقدمه..... ۱۵
- ۲-۲. طرح کلی طبقه‌بندی نقدهای وارد بر پزشکی شاهدمحور..... ۱۸
- ۳-۲. تحلیل و روال از "شاهد" در پزشکی شاهد محور..... ۲۶
- ۴-۲. نقد مبسوط تر برهان اقامه شده بر "معیار طلایی بودن" RCT ها..... ۳۴
- ۵-۲. محدودیت‌های فلسفی پزشکی شاهدمحور از دیدگاه تونلی..... ۴۶
- ۶-۲. نقدهای فینشتاین بر مفهوم شاهد (گواه) در پزشکی شاهد محور..... ۵۵
- ۷-۲. تأملات راس آپشور در باب پزشکی شاهدمحور..... ۶۴

فصل سوم: نظریه های حکم پزشکی

- ۱-۳. ساختار حکم پزشکی: دیدگاه‌های پلگرینو..... ۷۱
- ۲-۳. حکم پزشکی از دیدگاه انگلهاردت..... ۹۷
- ۳-۳. تحلیل مونتگمری از شیوه تفکر پزشکان..... ۱۰۸
- ۴-۳. دیدگاه ویلاند..... ۱۳۳
- ۱-۴-۳. دیدگاه ویلاند درباره مشخصه پزشکی به مثابه علم عملی..... ۱۳۳
- ۲-۴-۳. تحلیل ویلاند از مفهوم هنر پزشکی..... ۱۴۵

۳-۵. هرمنوتیک پزشکی دیدگاه از اسونئس و پیروان گادامر: مسئله فرونسیس..... ۱۵۶

فصل چهارم: ویژگی‌های مشترک حکم پزشکی: مورد محوری، عدم قطعیت و خطاپذیری

- ۴-۱. بعد ضمنی حکم بالینی ۱۷۵
- ۴-۲. معرفت ضمنی پولانی و ارتباط معرفت‌شناسی با پزشکی بالینی..... ۱۸۶
- ۴-۳. عدم قطعیت و شکل‌گیری تصمیم‌های پزشکی..... ۱۹۴
- ۴-۴. تحلیل عدم حتمیت در بافت تعلیم پزشکی: دیدگاه‌های رنی فاکس..... ۲۰۳
- ۴-۵. نظریه خطاپذیری پزشکی..... ۲۰۹
- ۴-۶. روایت و استدلال عملی در پزشکی: دیدگاه‌های مونگمری..... ۲۲۰
- ۴-۷. ملاحظات در باب پزشکی به مثابه نظریه عملی..... ۲۲۵

فصل پنجم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

- ۵-۱. توصیف مختصر دلایل این امر که عملکرد بالینی یک روش علمی کاربردی نیست..... ۲۲۸
- ۵-۲. حکم بالینی: ملاحظات معرفت‌شناختی در باب کنش (پراکسیس) پزشکی..... ۲۳۵
- ۵-۳. اهمیت پیش‌آگهی برای یک نظریه کنش: دیدگاه وایزمن..... ۲۴۲
- ۵-۴. فرونسیس ارسطویی به مثابه مدلی برای فلسفه هرمنوتیکی..... ۲۴۵
- ۵-۵. سخن آخر..... ۲۴۸
- کتابنامه..... ۲۵۶

فهرست اختصارات

EBM

Evidence Based
Medicine

RCT

Randomized Contorlled
Trials

پیشگفتار

در این رساله در پی این هستیم برخی از جنبه های حکم بالینی را بر مبنای استدلال عملی مشخص ساخته و تا حد ممکن آنها را روشن سازیم. استدلال عملی را استدلالی فرض می کنیم که نتیجه اش تصمیم گیری برای انجام کنشی است. پرسش اساسی اینست که آیا می توان براساس استدلال عملی صورتبندی قابل دفاعی از حکم یا قضاوت پزشکی ارائه داد؟

برای اینکه بتوانیم حداقل برخی از وجوه این پرسش را روشن سازیم سعی خواهیم کرد تا مسائل زیر را مورد بررسی قرار دهیم. ابتدا نابسندگی رویکرد علم محور به قضاوت پزشکی را مورد بررسی قرار می دهیم، سپس به این مسائل می پردازیم: بررسی مورد محوری، عدم قطعیت، خطاپذیری و حکم پزشکی؛ استدلال عملی به مثابه رویکرد بدیل؛ بررسی ارتباط استدلال عملی و حکم پزشکی.

در این رساله به پرسشهایی از این دست خواهیم پرداخت. چرا رویکرد علم محوره قضاوت پزشکی نابسنده است؟ چه انتقاداتی به رویکرد علم محور در پزشکی وارد است؟ در حکم پزشکی چه مشخصه هایی وجود دارد که در چارچوب قرائت علم بنیاد قرار نمی گیرند؟ استدلال عملی به مثابه رویکرد به مثابه بدیل استدلال علمی چه ویژگی هایی دارد؟ آیا استدلال عملی چارچوب مناسبی برای فهم حکم پزشکی فراهم می کند؟

برای پاسخ به این پرسشها به فرضهای زیر توجه خواهد شد :

بنظر می رسد که پزشکی به صرف مؤلفه های علمی تقلیل پذیر نیست. گرچه پزشکی مبتنی بر علم است با وجود این در معالجه بیماران صرفاً با کاربرد علم مواجه نیستیم. بنظر می رسد که حکم پزشکی معطوف به فرد خاصی است در حالی که علم انتزاعی وقواعد آن فارغ از زمان است. همچنین بنظر می رسد حداقل یکی از مشخصه های تمایز آن از علم است. احتمالاً بین عدم قطعیت بنیادین پزشکی و خطاپذیری آن ومورد محور بودن آن ارتباطی بنیادین وجود دارد. همچنین به نظر می رسد که حکم پزشکی رابطه بنیادینی با زمانمندی دارد. به نظر می رسد که معرفت ضمنی - که مایکل پولانی آن را مطرح ساخته است - با حکم پزشکی ارتباط داشته باشد. همچنین به نظر می رسد استدلال عملی چارچوبی را برای فهم بهتر برخی از جنبه های مورد محوری بودن حکم پزشکی فراهم می آورد.

محتوای فصلهای این رساله به اجمال از این قرار است. فصل اول مقدمه است که به اجمال مسائل مطرح در فلسفه پزشکی را مورد اشاره قرار می دهد و برخی از مشخصه های اصلی حکم پزشکی را توصیف می کند. در فصل دوم به نابسندگی رویکرد علم محور در قبال قضاوت پزشکی پرداخته می شود. برای این منظور صورتبندی معاصر این رویکرد یعنی پزشکی شاهد محور مورد بررسی قرار گرفته و برخی از نقدهایی که بر آن مطرح شده است شرح داده می شود. در فصل سوم برخی از دیدگاهها در مورد حکم پزشکی که مهمتر به نظر می رسیدند شرح داده می شود. در فصل چهارم باتوجه به دیدگاههای مطرح شده در فصل

قبلی، ویژگی‌های مشترک حکم پزشکی - مورد محوری، عدم قطعیت، خطاپذیری - مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ضمن این بررسی مباحثی همچون معرفت‌ضمنی و نقش روایت در حکم پزشکی و ارتباط آنها با الگوی استدلال عملی مورد بحث قرار می‌گیرد. در فصل پنجم و در نتیجه‌گیری مباحث مطرح شده به مؤلفه‌ای اشاره می‌شود که به نظر می‌رسد به نوعی وحدت‌بخش دیدگاه‌های متفاوت درباره حکم پزشکی ب‌مثابه استدلال عملی است. ما می‌توانیم **زمانمندی** را به عنصربنیادی حکم پزشکی به عنوان استدلال عملی تلقی کنیم. در انتها از زحمات و راهنمایی‌های آقای دکتر منجمی سپاسگذاری می‌کنم. بدون شک بدون یاری ایشان این پایان‌نامه به انجام نمی‌رسید. همچنین از اساتید مشاور و داور که با راهنمایی‌های خود اینجانب را یاری دادند کمال امتنان را دارم.

فصل اول

کلیات

۱-۱- تعریف مسأله یا بیان مشکل:

شیوه تفکر علمی در طب به این معناست که نحوه اندیشیدن یک دانشمند و یک پزشک کاملاً همسان است و اگر برآنیم تا پزشک ورزیده و متبحر تربیت کنیم، باید نحوه تفکر علمی را به او آموزش دهیم. به این ترتیب روشی که آموزش داده می‌شد روش فرضیه‌ای قیاسی^۱ مشهور است. بر اساس این مدل تفکر، تبیین یک پدیده برابر است با اینکه نشان دهیم وقوع آن پدیده به شکلی قیاسی و ضروری نتیجه قانونی کلی است. گاهی قوانین دیگر، گاهی واقعیات جزئی، گاهی نیز هر دو با هم به قانون کلی افزوده می‌شوند و در عین حال همگی شان هم باید صادق باشند (همپل، ۱۳۸۰، ص ۵۸-۸۳). مثلاً اگر بخواهیم علت درد قفسه سینه بیماری که به مراجعه کرده است تبیین کنیم باید آن را ذیل یک قاعده عام تبیین کنیم. آن قاعده عام این است که عدم رسیدن خون کافی به عضله قلب باعث ایسکمی می‌شود و ایسکمی منجر به درد می‌شود. پس در این بیمار علت درد قفسه سینه رسیدن خون به عضله قلب است.

بدین ترتیب برخورد پزشک و بیمار به شیوه علمی با جمع‌آوری اطلاعات از بیمار آغاز می‌شود و سپس با ساخت فرضیه‌های تشخیصی بر اساس یافته‌ها ادامه می‌یابد. برای تأیید فرضیات باید دست به آزمایش زد و سپس با تأیید فرضیه تشخیصی درمان بیمار صورت می‌پذیرد. بنابراین کار پزشک جمع‌آوری اطلاعات دقیق و کمی از بیمار است تا ابتدا بر اساس آن فرضیه‌های تشخیصی را بسازد و بعد بر اساس روش‌های آزمایشگاهی مانند آزمایش خون یا روش‌های دقیق تصویربرداری فرضیات خود را رد یا تأیید کند. پس از تأیید^۲ فرضیه تشخیصی پزشک بر اساس همان تشخیص نهایی، اقدام به درمان بیمار خواهد کرد (مارکوم ۲۰۰۸، ص ۹۷-۱۳۵). به این نسق کار پزشک عیناً مانند کار دانشمند است. به عبارت دیگر، یک روش جهانشمول و عام تفکر علمی وجود دارد که دانشمندان

^۱ Hypothetico-deductive

^۲ confirmation

حین حل مسائشان آن را به کار می‌گیرند و این روش را پزشکان هم در برخورد با بیماران استفاده می‌کنند. در این نگاه بیمار منبع باارزشی از اطلاعات است که پزشک با به کار بستن روش علمی اطلاعات را از وی اخذ می‌کند تا به بیماری که در جسم یا روان بیمار لانه کرده است، دست یازد. در خوانش طب به مثابه علم، مسئله اصلی پزشکان تبیین ارگانسیم زنده صرفاً با بهره‌گیری از مکانیسم‌های فیزیکی شیمیایی است. دانش طب و طبابت روشی است عقلانی، مشاهدتی، استقرایی و فیزیکال و به همین دلیل عاری از هر گونه امر ماورایی و فوق طبیعی. این تعریف غالب در نیمه اول قرن بیستم بود. علم پزشکی با تحلیل و تفسیر فرآیندهای نرمال و پاتولوژیک بدن بر اساس قوانین فیزیک و شیمی در نهایت به درمان بیماریها بر همین اساس می‌پردازند. به این ترتیب، سلامتی چیزی نیست به جز فقدان بیماری. بنابراین هم سلامتی و هم بیماری بر اساس معیارهای کمی فیزیکی شیمیایی تعریف می‌شوند. مثلاً نگاه کنید به تعریف بیماری پرفشاری خون یا قند خون که هر دو بر اساس اندازه‌گیری دقیق با ابزارهای فیزیکی یا شیمیایی مرز دقیقی برای بیمار بودن یا سالم بودن تعریف می‌کنند، مثلاً فشار خون بالای ۱۴ به عنوان پرفشاری خون و قند خون ناشتای بالای ۱۲۶ به عنوان بیماری دیابت تلقی می‌شود (مارکوم ۲۰۰۸، ص ۹۷-۱۳۵).

پلگرینو نشان می‌دهد که رویکرد پزشکی به مثابه علم واجد سه رکن دارد: روش علمی، مجموعه‌ای از معرفت که با این روش به دست آمده است و تبیین واقعیت بر مبنای قوانین عام که با روش علمی تحصیل شده باشند. روش علمی همان روشی که پزشکان با آن دست به تشخیص و درمان بیماران می‌زنند. بر مبنای این روش، پزشکان از بیمار اطلاعات اولیه را کسب می‌کنند، بر مبنای آن اطلاعات فرضیه‌های تشخیصی می‌سازند و سپس با جمع‌آوری اطلاعات بیشتر تلاش می‌کنند فرضیه‌های خود را رد یا اثبات کنند (پلگرینو، ۲۰۰۸، ص ۵۶-۸۰).

۱-۱-۱- ناسازگاری تفکر پزشکی با تفکر علمی

الف- نتایج مطالعات تفکر پزشکی:

یکی از قوی‌ترین شواهد در تائید این ادعا یافته‌هایی است که در مطالعات تفکر پزشکی^۱ به دست آمد. در اواخر دهه هفتاد میلادی متاثر از مدل تفکر پزشکی به مثابه تفکر علمی، این گونه تصور می‌شد که تفکر علمی نوعی مهارت عمومی حل مسئله^۲ است. این مهارت عمومی همان الگوی تفکر قیاسی فرضیه‌ای^۳ بود که پیشتر به آن اشاره شد. باید در اینجا افزوده شود که بر اساس این نوع تفکر،

¹ Medical thinking

² General problem solving skill

³ Hypothetic-deductive

قواعدی عام برای فهم مشکلات بیماران وجود دارد و در اصل، تشخیص هر بیمار آوردن آن مورد خاص ذیل یک الگوی عام است. این مهارت که می‌تواند فراگرفته شود توسط پزشکان در مواجهه با بیماران به کار گرفته می‌شود (الستاین و همکاران، ۱۹۷۸؛ نورمن، ۲۰۰۵).

به این منظور مطالعاتی طراحی شد تا این الگوی تفکر عام با شواهد تجربی تأیید شود. روش مطالعه به این شکل بود که تعدادی بیمار مشخص در تعدادی ایستگاه مستقر شده بودند و پزشکان و دانشجویان نوآموز پزشکی به طور جداگانه وارد هر ایستگاه می‌شدند و تلاش می‌کردند با کسب اطلاعات از بیمار را مشکل وی را تشخیص دهند و برای وی درمانی تجویز کنند. تمام مراحل این عملیات فیلمبرداری می‌شد و سپس به هر شرکت‌کننده پس از اتمام کار نشان داده می‌شد و از او درخواست می‌شد که سیر افکار و استدلال خود را در هر مرحله توضیح دهد. هدف این بود که نشان داده شود پزشکان در حل مسئله بیمار از روش فرضیه‌ای قیاسی بهره می‌گیرند در حالی که نوآموزان فاقد چنین شیوه تفکر هستند؛ به این ترتیب محققان به دنبال آن بودند که در توضیحات پزشکان درباره روش تفکر خود ردپایی از این الگوی تفکر را بیابند. اما نتایج نشان داد که نه تنها پزشکان از این الگو تبعیت نمی‌کنند، بلکه هیچ الگوی یکسان و استاندارد هم برای حل مسئله وجود ندارد. به بیان دیگر پزشکان در مورد هر مسئله به روشی یکتا و ویژه عمل می‌کردند که این پدیده را ویژه‌بود مسئله^۱ نام نهادند (الستاین و همکاران، ۱۹۷۸؛ گروپن و فرونا، ۲۰۰۲، صص ۲۰۵-۲۳۰). بر اساس این پدیده اگر پزشکی مسئله بیمار "الف" را با موفقیت حل کند این اصلاً پیش‌بینی‌کننده آن نیست که با مشکل بیمار "ب" چگونه برخورد خواهد کرد و آیا موفق به حل آن خواهد شد یا خیر. به بیان دیگر مهارت عمومی و جهانشمول برای حل مسئله وجود ندارد. ویژه‌بود مسئله نشان از آن دارد که حل مسئله هر بیمار، امری یکتا و مختص به خود است و به قول دیگر مورد-محور^۲ است (هیگر و جونز، ۱۹۹۶، صص ۵۰-۸۶). نتایج مطالعاتی که در ادامه در این حوزه انجام شد نشان داد که پزشکان در برخی موارد فقط به دلیل مشابهت بیمار با بیماری که پیش از این دیده بودند تشخیصی را مطرح می‌کردند مثلاً می‌گفتند چون علائم و نشانه‌های این بیمار شبیه آقای احمدی است و از آنجا که آقای احمدی سکت قلبی کرده بود پس این بیمار هم مبتلا به سکت قلبی است. این خود نشان از فاصله بعید این نوع استدلال که آن را استدلال بر مبنای مماثلت^۳ می‌نامند و با الگوی فرضیه‌ای قیاسی تفاوت بسیار دارد. به این ترتیب این تحقیقات نشان دادند که مهارت استدلال بالینی نمی‌تواند یک مهارت

¹ problem specificity

² case-specific

³ Analogical reasoning

عمومی صرف باشند که در همه شرایط بتوان آنها را در حل مسئله به کار برد، ادعایی نادرست است. به این ترتیب می‌توان گفت الگوی تفکر پزشکی با الگوی تفکر علمی متفاوت است.

ب- شکست پروژه کامپیوتری کردن تفکر پزشکی:

یکی دیگر از شواهد به نفع مدعای ناسازگاری تفکر پزشکی با تفکر علمی، شکست پروژه کامپیوتری کردن تفکر پزشکی است (گروپن و فرونا، ۲۰۰۲، ص ۲۰۵-۲۳۰؛ مارکوم ۲۰۰۸، ص ۹۷-۱۳۵). در دهه هفتاد و هشتاد میلادی مطالعات متعدد در تصمیم‌گیری بالینی نشان دادند که خطاهای شناختی در تصمیم‌گیری پزشکان عامل حدود صد هزار مرگ و میر در سال است. این خطاهای شناختی به واسطه خطای عامل انسانی در به کار بستن قواعد بود. به این ترتیب برای کاهش خطاهای شناختی پزشکان نرم‌افزارهایی کامپیوتری برای تشخیص و درمان پزشکی طراحی شد و تلاش کردند که پزشک را از فرآیند تشخیص و درمان حذف کنند. نرم‌افزارهایی مانند MYCIN بر اساس مدل تفکر علمی طراحی شد تا به یاری پزشکان بیاید و خطاهای آنها را کاهش دهد. این نرم‌افزار از آن جهت که برای تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک طراحی شده بود MYCIN نام گرفت. پزشک اطلاعاتی را وارد نرم‌افزار می‌کرد و رایانه بهترین تجویز را برای بیمار انتخاب می‌کرد و پیشنهاد می‌داد و با این روش خطای شناختی به صفر می‌رسید. کار با این نرم‌افزار شامل پرسش و پاسخ میان MYCIN و پزشک بود. نرم‌افزار ابتدا سن و جنس و نام بیمار را می‌پرسید و پزشک این اطلاعات را وارد می‌کرد. پس از آن نرم‌افزار در مورد آزمایشهای میکروبیولوژیک که انجام شده بود می‌پرسید و در نهایت دست به انتخاب نوع خاصی از آنتی‌بیوتیک می‌زد. نرم‌افزار MYCIN بر اساس بیماریهای عفونی و تشخیص و درمان آنها نوشته شده بود، اما تلاش برای نوشتن برنامه مشابهی در حوزه‌های دیگر طب با موفقیت قرین نبود چرا که تفکر پزشکی از یک مسیر مشخص و یکسان در حل همه مسائل بهره نمی‌گیرد و درمان هم همیشه بر اساس علت بیماری صورت نمی‌گیرد. علت آنکه میکروبیولوژی بستر مناسبی برای نرم‌افزار MYCIN بود این است که همان طور که پیش از این هم اشاره شد میکروبیولوژی از آن دست حوزه‌هایی در طب بود که با تفکر اتیولوژیک و علمی بوجود آمد و درمان کاملاً بر اساس یافته‌های آزمایشگاهی صورت می‌گرفت، به بیان دیگر رابطه علت و معلولی خطی میان علت بیماری که همان میکروب است و درمان آن که دارویی ضد همین میکروب است وجود دارد؛ این در حالی است که در بسیاری از حوزه‌های طب چنین ارتباط مشخصی میان اتیولوژی بیماری و درمان وجود ندارد، مثلاً در مورد بیماریهای روماتولوژیک در بسیاری از موارد علت بیماری برای ما ناشناخته است، اما درمان بیماری صورت می‌پذیرد (هیگز و جونز، ۱۹۹۶، ص ۱۸۰-۲۲۰).

از سوی دیگر این نرم‌افزار بر مبنای یافته‌های آزمایشگاهی عمل می‌کند تا بر اساس شکایت بیمار در صورتی که اولین مواجهه پزشک و بیمار بر اساس شکایت بیمار است؛ یعنی از ابتدا در مورد کشت میکروبی می‌پرسید و الگوریتم کارکرد آن هم بر همین اساس نوشته شده بود یعنی مثلاً هر آنچه در مورد مایع مغزی نخاعی و آنالیز آن در نرم‌افزار ذخیره شد فعال می‌شد در حالی که در طبابت بیمار با شکایتی مراجعه می‌کند که از این جنس نیست. پس پزشک اصلاً پیش از این که به سراغ نرم‌افزار برود تشخیص را داده است، و اگر تشخیص نادرست باشد نرم‌افزار توانایی ارزیابی و سنجش آن را ندارد (گروپن و فرونا، ۲۰۰۲، ص ۲۰۵-۲۳۰؛ مارکوم ۲۰۰۸، ص ۹۷-۱۳۵).

قضاوت پزشکی همان طور که نشان داده شد از سنخ تفکر علمی نیست و همان طور که نشان داده شد در مرکز انتقادات وارد شده به رویکرد علم‌محور مهمترین مساله مورد محوری در قضاوت پزشکی بود. مورد محوری چنان در طب برجسته است که مطالعات متعدد در باب معرفت پزشکی نشان داده است که دانش پزشکی به شکل همین موارد در ذهن نگهداری و حفظ شده و در موقعیت‌های عملی به کار گرفته می‌شوند. تفکر پزشکی برخلاف رویکرد علم‌گرا، نوعی تفکر خودکار، شهودی و غیر-تحلیلی بنا شده است. آنها برای اثبات این مدعا دست به دامان پژوهش‌های علوم شناختی در این باب شده‌اند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اطلاعات مربوط به بیماری‌ها به شکل ساختارهایی در ذهن پزشکان ذخیره می‌شود که به آنها شرحنامه می‌گویند و به فرآیند فعال شدن آن شناخت الگو یا فعال شدن شرحنامه گفته می‌شود. شرحنامه بیماریها نه در اثر خواندن و به خاطر سپردن مطالب کتب پزشکی، بلکه در اثر تماس مکرر پزشکان با بیماری‌ها در ذهن آنها نقش می‌بندد و باعث می‌شوند که رفتار پزشکان در برخورد با بیماری‌ها تنظیم شود. از سوی دیگر، شرحنامه بیماری‌ها باعث می‌شوند تا پزشکان در برخورد با هر بیماری مدت زمان زیادی را به فکر کردن اختصاص ندهند و در مدت زمان بسیار کمی با مشاهده بیمار و پرسیدن چند سوال فرضیه‌ای تشخیصی به صورت خودکار به ذهن آنها متبادر می‌شود. بیماری هم علائم و نشانه‌هایی دارد، هم در پاراکلینیک یافته‌های خاصی دارد، هم برای تشخیص آن کارهایی باید صورت داد، درمان آن شامل مواردی است و بالاخره پیش‌آگهی آن به شکل خاصی است. تمام این اطلاعات در ساختاری شناختی به نام شرحنامه بیماری ذخیره می‌شود. پزشکان مجرب تعداد زیادی از این شرحنامه‌ها دارند که با استفاده از آنها می‌توانند سریع و دقیق بیماری‌ها را تشخیص دهند و به تدبیر بالینی در مورد آنها اقدام نمایند. فعال شدن شرحنامه یا به عبارت دیگر شناخت الگو به این می‌ماند که شما با شنیدن ابتدای یک موسیقی یا دیدن پلان اول یک فیلم سینمایی بتوانید تمامی آن را به خاطر آورید. این شناخت

¹ Scrip

الگو هم در یک لحظه اتفاق می‌افتد و هم قدرت پیش‌بینی زیادی می‌دهد. این شرحنامه‌ها به شکلی هستند که نه به شکل مفاهیمی کلی و انتزاعی یا قواعد عام بلکه به شکل جزئی و حتی در مورد یک بیمار هستند. به این شکل تشخیص بیماری به جای آنکه شناختن یک الگوی کلی از آن باشد، شناسایی شرحنامه بیماری در بیمار مشابهی است مثلاً چون آقای احمدی بیماری فلان را داشت و این بیمار هم علائم آقای الف را دارد پس این بیمار هم همان بیماری را دارد.

در حالی که در علوم مانند فیزیک برای تبیین اینکه چرا یک جسم که از ارتفاع رها می‌شود، سقوط می‌کند، نیاز به دانستن زمان، مکان و سایر ویژگی‌های خاص آن موقعیت نیست، چرا که قانون جاذبه جهانشمول است و فارغ از زمینه^۱، در حالیکه در طب ما باید در مورد یک بیمار خاص در زمان و مکان خاص بهترین تصمیم را بگیریم. تصمیم‌گیری در پزشکی مانند تبیین علمی بر اساس قواعد جهانشمول نیست بلکه باید در مورد یک بیمار خاص تصمیم گرفت بنابراین گزاره‌هایی کلی مانند آنکه بیماری "الف" در ۶۰ درصد موارد باعث مرگ می‌شود هیچ به ما نمی‌گوید چرا که پزشک نه با جمعیت انسانها بلکه با یک نفر بیمار سروکار دارد.

پس می‌توان نتیجه گرفت که در الگوی مورد نظر در باب مورد-محوری هم نیاز به معرفتی عام داریم که راهنمای عمل است و هم این معرفت نه به شکلی معرفتی جهانشمول و نه به شکل معرفتی بسان نقشه‌ای از پیش تعیین شده (مانند تخته)، بلکه از عمل و برای عمل است.

مورد محور بودن^۲ طب است. دانش پزشکی بر فردا فرد بیماران تاکید دارد و تعمیم‌هایی هم که وجود دارند نه به مثابه قوانین عام در علوم طبیعی (مثل قوانین نیوتن) بلکه فقط راهکارهایی هستند برای عمل. این مورد محوری چنان در طب برجسته است که مطالعات متعدد در باب معرفت پزشکی نشان داده است که دانش پزشکی به شکل همین موارد در ذهن نگهداری و حفظ شده و در موقعیت‌های عملی به کار گرفته می‌شوند در حالی که در علوم مانند فیزیک برای تبیین اینکه چرا یک جسم که از ارتفاع رها می‌شود، سقوط می‌کند، نیاز به دانستن زمان، مکان و سایر ویژگی‌های خاص آن موقعیت نیست، چرا که قانون جاذبه جهانشمول است و فارغ از زمینه^۳، در حالیکه در طب باید در مورد یک بیمار خاص در زمان و مکان خاص بهترین تصمیم را گرفت.

¹ context free

² Case-based

³ context free

۱-۲-انتقادات به مورد محوری

الف- تاکید بیش از حد بر یکتایی بیمار

از سوی دیگر ادعا می‌شود که قضاوت بالینی مستلزم توجه به فرد فرید انسانی و مشخصات و نشانه‌ها و علائم اوست و نه صرفاً قضاوت درباره اطلاعات کلی و عام در مورد بیماری، از این رو طب هنر است، چرا که بر خلاف علم هیچ قواعد عام و جهانشمول و از پیش معین شده وجود ندارد. سوپر این ادعا را هم رد می‌کند. او می‌گوید که به یکتایی و بی‌همتایی بیمار بیش از حد اهمیت داده شده است و این موضوع بیش از اندازه فربه شده است. بیماران چندان که تصور می‌شود با هم تفاوت ندارند چرا که انسان‌ها علی‌العموم ویژگی‌های زیست‌شناختی مشترکی دارند (سوبر، ۱۹۷۹)؛ مثلاً وقتی از بیماری سکتة قلبی که به سبب تصلب شرائین عارض می‌شود سخن می‌گوئیم پرسش از اینکه این بیمار اهل کدام نقطه از جهان است، بی‌معناست، چرا که همه ابنای بشر قلب و عروق یکسانی دارند و وقتی عروق کرونر آنها تنگ می‌شود، علائم یکسانی از خود بروز می‌دهند. از سوی دیگر معرفت علمی که قضاوت بالینی به مثابه هنر ادعای ابتنا بر آن دارد نمی‌تواند از موارد بی‌همتا و یکتا انتزاعی به دست ندهد و جهان خارج را بدون ذره‌ای انتزاع بازنمایی کند. به بیان دیگر اگر هیچ معرفت کلی و عام در پزشکی نداریم اصلاً مفهومی به نام بیماری را نمی‌توانیم انتزاع کنیم یا اصلاً در مورد بدن انسان و آناتومی و فیزیولوژی آن نمی‌توانیم سخن بگوئیم. مطرح کردن مفاهیم کلی در مورد سلامت و بیماری بر این پیش فرض استوار است که میان ابنا بشر همانندی زیادی وجود دارد و برای طبابت کردن اگر چنین معرفت عامی وجود نداشته باشد اصلاً وظیفه‌ای متصور نیست. این امر از آن جهت مهم است که پزشکی به مثابه هنر باید تکلیف خود را با هر آنچه معرفت عام و جهانشمول (یونیورسال) علمی روشن کند. پزشکی به مثابه هنر با تاکید بیش از حد بر جنبه‌های کیفی و انسانی در طب از این نکته غفلت ورزیده است که معرفت پزشکی چگونه کسب می‌شود و چگونه به کار گرفته می‌شود (مارکوم، ۲۰۰۳، ص ۳۰۱-۳۳۱). از سوی دیگر، تولمین اشاره می‌کند که اگر ادعا شود که بیمار بی‌همتا است و هیچ ویژگی مشترکی با سایرین ندارد تشخیص غیر ممکن خواهد بود. چرا که تشخیص به مثابه حل مسئله در شرایطی است که در آن مجموعه تمام جوابهای ممکن مجموعه همه بیماریهای شناخته شده می‌شود. به بیان دیگر هر چه میزان بی‌همتایی و یکتایی بیمار بیشتر باشد میزان اطلاعات مورد نیاز برای رسیدن به تشخیص بیشتر می‌شود و اگر برای رسیدن به تشخیص نیاز به همه اطلاعات بیمار داشته باشیم، اصلاً تشخیص بلا موضوع می‌شود (تولمین، ۱۹۹۳).

پس در مجموع از این استدلال‌ها می‌توان نتیجه گرفت که جنبه‌های ناعقلانی یا غیرمعرفتی پزشکی بیشتر حاصل سوءفهم از طب یا کمی دانش نسبت به آن است که با مطالعه بیشتر طب به روش علمی این زوایای پنهان هم آشکار خواهد شد.

ب- شهودی بودن قضاوت بالینی به معنای نابسندگی فهم کامل

ادعا می‌شود که پزشک ورزیده قادر به شهودی از وضعیت بالینی بیمار است که اساساً غیرمنطقی است پس قضاوت بالینی بیشتر به هنر می‌ماند. مثلاً ادعا می‌شود که پزشک مجرب و متبحر بدون نیاز به تحلیل و تفکر زیاد و به شکل خودکار به محض دیدن بیمار می‌تواند بیماری وی را تشخیص دهد. از سوی دیگر هیچ قاعده از پیش تجویز شده یا از پیش تعیین شده برای طبابت وجود ندارد و به همین دلیل پزشکان کارآموده در توضیح تصمیماتی که می‌گیرند دچار مشکل و دشواری هستند. آنها طرح یا تجویزی آشکار برای دنبال کردن هر مورد بیمار ندارند و در عوض آنها بر اساس هر بیمار تصمیمی اتخاذ می‌کنند. بنابراین طرز عمل پزشکان تجویزی نیست بلکه بر اساس تجربه مدام در حال تغییر است. (لدر، ۱۹۹۰) این خودکار بودن و فقدان طرح مشخص از پیش تعیین شده همگی دلایلی در ناعقلانی بودن تفکر پزشکی است که می‌توان آن را جنبه هنری طب خواند. سوبر (۱۹۷۹) این ادعا را رد می‌کند و نشان می‌دهد که پزشکی هم مانند حرف دیگر هیچ جنبه رازورزانه و مرموزی ندارد و این تاکید بیش از حد بر شهود بالینی توهمی بیش نیست و بیشتر معلول نشناختن فرآیندهای پیچیده حل مسائل پزشکی است (سوبر، ۱۹۷۹). به بیان دیگر سوبر این گونه استدلال می‌کند که شهودی و خودکار بودن تصمیمات پزشکان بیشتر به دلیل فهم ناکامل از چگونگی استدلال و تصمیم‌گیری در پزشکان است و اگر پژوهش‌های علمی در این خصوص صورت پذیرد و زوایای پنهان آن آشکار شود مشخص می‌شود که شهودی در کار نیست (تولمین، ۱۹۹۳). از سوی دیگر رویکرد طب به مثابه هنر با تکیه بر این استدلال که چون پزشک خود نمی‌تواند توضیح دهد که چگونه به تشخیص رسیده است نتیجه می‌گیرد تشخیص امری خارج از حوزه آگاهی و نوعی بصیرت و شهود است. تولمین در اینجا استدلال می‌کند که اینکه هیچ قاعده یا دستورالعملی برای رسیدن به تشخیص بیماری وجود ندارد، فقط به معنای آن است که هنوز قواعد عامی که بر حل مسئله پزشکی حاکم است را نیافته‌ایم (تولمین، ۱۹۹۳).

هدف این رساله ارائه صورت‌بندی جدیدی از مورد محوری بر مبنای مفهوم استدلال عملی است بر مبنای روشن ساختن دقیق مورد محوری و ارتباط آن با قضاوت پزشکی است. و نشان دادن اینکه میان استدلال تحلیلی علمی و استدلال عملی شهودی چگونه پیوندی می‌توان برقرار کرد که از لحاظ

معرفت شناختی قابل دفاع باشد. به بیان دیگر آیا می توان بر اساس استدلال عملی صورت بندی قابل دفاع از قضاوت پزشکی به دست داد؟

۱-۲- اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش (چرایی پژوهش درباره این موضوع):

درباره ماهیت پزشکی دو تفسیر عمده ارائه شده است که در یکی بر جنبه علمی آن و در دیگری بر جنبه هرمنوتیکی آن تاکید می شود. از آنجا که به نظر میرسد در تفسیرهای هرمنوتیکی به جنبه هایی از پزشکی توجه می شود که در تفسیر علمی از آن مغفول واقع شده است، بنابراین به نظر می رسد که الگوی هرمنوتیکی حداقل از جنبه هایی برای درک عملکرد پزشکی مناسبتر باشد. با وجود این این الگو اغلب در بررسی رابطه بیمار و پزشک به کار گرفته شده است. علاوه بر این ارائه این الگو تا حد زیادی بر کارکرد گفتگوی بیمار - پزشک در فرایند درمان مبتنی بوده و بر اساس آن توجیه می شود. از طرف دیگر جنبه هایی از حکم پزشکی همچون شهود و معرفت ضمنی در این الگوها چندان مورد توجه واقع نشده است. آنچه که در این مطالعه مورد توجه است بررسی امکان ارائه چارچوبی است که در آن بتوان درک یکپارچه و وسیعتری از جنبه های فوق الذکر حکم پزشکی بدست آوریم و علاوه بر این حق جنبه علمی پزشکی را نیز ادا کنیم.

۱-۳- اهداف پژوهش

- ۱- نابسندگی رویکرد علم محور به قضاوت پزشکی
- ۲- بررسی ارتباط مورد محوری، عدم قطعیت و خطاپذیری و حکم پزشکی
- ۳- استدلال عملی به مثابه رویکرد بدیل
- ۴- بررسی ارتباط استدلال عملی و حکم پزشکی

۱-۴- سؤال های پژوهش:

- ۱- چرا رویکرد علم محور به قضاوت پزشکی نابسنده است؟ چه انتقاداتی به رویکرد علم محور در طب وارد است؟
- ۲- چه ویژگی هایی در حکم پزشکی وجود دارند که قرائت علم بنیاد را بر نمی تابند؟
- ۳- استدلال عملی به مثابه رویکرد بدیل استدلال علمی چه ویژگی هایی دارد؟
- ۴- آیا استدلال عملی چارچوب مناسبی برای فهم حکم پزشکی عرضه می کند؟

۱-۵- فرضیه‌های پژوهش

- ۱- چنین بنظر می‌رسد که پزشکی به صرف مؤلفه های علمی تقلیل پذیر نیست. گرچه پزشکی مبتنی بر علم است با وجود این در معالجه بیماران صرفاً با کاربرد علم مواجه نیستیم. چنین بنظر می‌رسد که حکم پزشکی معطوف به فرد خاصی است در حالی که علم انتزاعی و قواعد آن فارغ از زمان است.
- ۲- چنین بنظر می‌رسد که مورد محور بودن پزشکی حداقل یکی از مشخصه های مهم تمایز آن از علم است. احتمالاً بین عدم قطعیت بنیادین پزشکی و خطاپذیری آن و مورد محور بودن آن ارتباطی بنیادین وجود دارد. همچنین به نظر می‌رسد حکم پزشکی رابطه بنیادینی با تاریخمندی دارد. بنظر می‌رسد که معرفت ضمنی - که مایکل پولانی آنرا مطرح ساخته است - با حکم پزشکی ارتباط داشته باشد.
- ۳- بنظر می‌رسد که استدلال عملی چارچوبی را برای فهم بهتر برخی از جنبه های مورد محوری بودن حکم پزشکی فراهم می‌آورد.

فصل دوم

نابسندگی رویکرد علم محور به قضاوت پزشکی

۱-۲. مقدمه

در این فصل ابتدا توصیف تعدادی از مدافعان پزشکی شاهد محور- به منزله نمونه معاصرِ رویکردِ علم محور به پزشکی - از این رویکرد را ذکر می کنیم . سپس گزیده ای از نقدهای وارد بر این رویکرد را ذکر می کنیم. هر کدام از این نقدها غالباً از منظر خاصی پزشکی شاهد محور را مورد تحلیل قرار داده اند.

۱-۱-۲- توصیف دیویدوف و همکاران از پزشکی شاهد محور

به باورِ دیویدوف و همکاران (از مدافعان پزشکی شاهد محور) استفاده از شواهد در پزشکی امر جدیدی نیست. پزشکی علمی بنابر ماهیت خویش ، مستلزم نظریه و عملی است که هر دو از داده‌های عینی و تأییدپذیرِ مشترک- یعنی شواهد- نتیجه شوند. آنچه که اخیراً تغییر کرده است ماهیتِ خود شواهد است. این تغییر از سه طریق مهم انجام شده است: براساس معیارهای جمع‌آوری آنها، ابزار تحلیل آنها و بافت (زمینه) اجتماعی‌ای که به کار می‌روند. (Davidoff et al 1995, 727)

در زمان نه چندان دور واحدِ معیارِ اطلاعاتِ بالینی، فرد بیمار بود که در جزئیاتِ گزارشِ موردِ بیماری ذخیره می‌شد . به نظر آنها افزایش فهم ما از قوتِ استدلالِ احتمالاتی موجب شده است که ما از معیار مبتنی بر حکایت (*anecdotal*) به معیارِ مبتنی بر اپیدمیولوژی گذر کنیم و بنابراین ، این امر سطحِ توقعات ما را در مورد پذیرفتنی بودنِ شواهد سبب‌شناختی و تشخیص بالا برده است.

بنابراین در درمان ، گزارش‌های موردِ بیماری در برابرِ مطالعاتِ مبتنی بر جمعیت کنار گذاشته می‌شود . از میان این‌ها کارآزمایی‌های کنترلی تصادفی (RCT) ، مثالِ نوعیِ یا "معیارِ طلایی" شواهدِ درمانی است.