

## فلسفه پزشکی چیست؟

کنت شافنر و تریسترام انگلهارت<sup>۱</sup>  
ترجمه: علی ملائکه

مقاله حاضر که مدخل فلسفه پزشکی از دانشنامه فلسفی راتلیج است یکی از مهمترین مقالات در تعریف و تعیین موضوعات فلسفه پزشکی و بیانگر دیدگاهی در این عرصه است که به تعبیر «پلگرینو»، فلسفه در پزشکی (philosophy in medicine) است. «انگلهارت»، «ارد» و «شافنر» از حامیان این دیدگاه‌ها هستند. این مقاله که با همکاری «انگلهارت» و «شافنر» نوشته شده فلسفه پزشکی را دربرگیرنده آن مباحثی در معرفت‌شناسی، منطق، روش‌شناسی و متافیزیک می‌داند که به نوعی با پزشکی مربوطند یا توسط دانش پزشکی تولید می‌شوند.

در این مقاله چند حوزه وسیع از پژوهش بعنوان شاخصی برای فلسفه پزشکی تعریف می‌شود، مانند مدل‌های پزشکی، مفاهیم سلامت و بیماری، منطق تشخیص، پیش‌آگهی و ارزیابی‌های درمانی. این دیدگاه بیشتر تمایل به مباحث فلسفه علم در فلسفه پزشکی دارد. اکثر فیلسوفان علم که در فلسفه پزشکی تحقیق می‌کنند مانند «پل تاگارد» و «فیلیپ کیچر» به این رویکرد تمایل دارند.

فلسفه پزشکی را می‌توان به عنوان [ارشته‌ای] تعریف کرد که دربرگیرنده موضوعاتی در معرفت‌شناسی، ارزش‌شناسی، منطق، روش‌شناسی و متافیزیک است که توسط پزشکی یا در رابطه با آن بوجود می‌آیند. این موضوعات اغلب بر ماهیت کاربست پزشکی، مفاهیم سلامت و بیماری و بر درک کردن آن نوع شناخت مورد استفاده پزشکان در تشخیص و درمان بیماران متمرکزند.

تاریخچه تأملات فلسفی درباره پزشکی به یونان باستان بازمی‌گردد. معرفت پزشکی در قرن نوزدهم با ظهور ارتباطات آسیب‌شناختی - بالینی، روش‌های آماری و تجربه کردن‌های نظام‌دار، که نوشته‌های فراوان بررسی‌کننده کیفیت استدلال پزشکی و مدون کردن تشخیص را به بار آورد، پیشرفت بیشتری کرد. همچنین منازعاتی بر سر برداشت‌های متعارض فیزیولوژیکی، هستی‌شناختی، نومیالیستی و واقع‌گرایانه از موجودیت بیماری‌ها در گرفت.

فلسفه پزشکی معاصر با ماهیت پزشکی در یک زمینه علمی روبه رشد در ارتباط بوده است، ارتباطی که مدل‌های متعدد پزشکی از جمله مدل زیستی - روانی - اجتماعی جرج انگل<sup>۳</sup> و نیز تحلیل‌های ماهیت تعامل پزشک و بیمار را بوجود آورده است. مباحثه‌ای طولانی بر سر ماهیت هستی‌شناختی سلامت و بیماری توسط تعدادی از مؤلفان جمع‌بندی و بسط داده شده است که به نفع توصیفی عینی و براساس آمار است، در حالیکه سایرین از عنصر غیر قابل تحویل اجتماعی و ارزش‌گذارانه در این مفاهیم سخن می‌گویند. رویکردهای متعددی به منطق تشخیصی از جمله تحلیل‌های بی‌زی<sup>۴</sup> و بر پایه کامپیوتر بسط یافته است و روش‌های پیچیده تعیین کردن علت بیماری و کارایی درمان از جمله تحلیل‌های کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده نیز مورد کاوش قرار گرفته‌اند، اینکه فلسفه پزشکی رشته‌ای مجزاست یا شاخه‌ای از فلسفه علم مباحثات شدیدی را برانگیخته است.

### ۱- تعریف و دیدگاه

فلسفه پزشکی را می‌توان به عنوان [رشته‌ای] تعریف کرد که دربرگیرنده موضوعاتی در معرفت‌شناسی، ارزش‌شناسی، متعلق، روش‌شناسی و متافیزیک است که توسط پزشکی یا در رابطه با آن بوجود می‌آیند. گرچه اخلاق پزشکی در گسترده‌ترین مفهوم جزئی از فلسفه پزشکی است، این مقاله قصد ندارد این رشته را، به جز معدودی از نکات انتقادی، مورد بحث قرار دهد. پزشکی هنر یا علم اعاده یا حفظ کردن سلامتی و شامل تجویز کردن داروها، اعمال جراحی یا سایر انواع مداخلات است. گرچه پزشکی بنیاد علمی گسترده و مداوماً رشد‌یابنده‌ای دارد، بسیاری از فیلسوف - پزشکان از جمله اوتو گوتتاگ<sup>۵</sup> و ادموند پلگرینو<sup>۶</sup> معتقدند ماهیت پزشکی در جهت‌گیری آن به سوی یک هدف مشخص - یعنی پاسخ مثبت پزشک به درخواست فرد بیماری برای کمک کردن به اعاده یا حفظ کردن سلامتش نهفته است. بنابراین موضوعات مورد مطالعه در فلسفه پزشکی بر مفهوم سلامت (نه مفهوم بیماری) و درک کردن آن نوع شناختی که پزشک در تشخیص، درمان و مراقبت بیمار به کار می‌بندد متمرکز بوده‌اند. این موضوعات سابقه تاریخی مفصلی دارند.

## ۲. تاریخ فلسفه پزشکی

تاریخی غنی و پیچیده از تأملات فلسفی راجع به پزشکی وجود دارد. که سابقه آن به آغاز فلسفه یونان بازمی‌گردد. این تأملات را به طور گذشته نگرانه می‌توان بخشی از «فلسفه پزشکی» محسوب کرد. گرچه تنها در قرن نوزدهم بود که این اصطلاح (و «منطق پزشکی») رواج پیدا کرد. فلسفه پزشکی با توجه به آنکه متضمن یک شناخت خود - انتقادی قابل ملاحظه از مسائل معرفت پزشکی است، در تضاد با تأملات نظری گوناگون غیر تجربی یا صرفاً نیمه تجربی قرار می‌گیرد که در همه فرهنگ‌ها درباره سبب‌شناسی، آسیب‌زایی و معالجه بیماری انجام شده‌اند، توجه آشکار به کیفیت نظریه‌های پزشکی و ادعاهای پزشکی از همان آغاز در مجموعه قوانین بقراطی وجود دارد. برای مثال در کتاب Percepts توصیفی از نظریه پزشکی به صورت خاطره ترکیبی ناشی از ادراک حسی را مطرح می‌شود، به شکلی که مؤلف اهمیت ارتباط دادن پزشکی با تجربه واقعی را مورد تردید قرار می‌دهد، نظری که بازتاب‌دهنده فلسفه آن دوران است.

از زمان قوانین بقراطی تا قرن نوزدهم پزشکی رایج و غالب آمیزه‌ای از تلاش‌های نظری و تجربی را برای کشف ماهیت واقعی بیماری و درمان مناسب در مقابل پس‌زمینه‌ای از ارزیابی‌های گاه و بیگاه قرار می‌دهد. چنین درهم‌آمیزی‌هایی را می‌توان در آثار جالینوس که در آنها بر اهمیت مشاهده و تجربه تأکید می‌شود، یافت.

این آمیختگی‌ها را می‌توان در تلاش‌های رنه دکارت برای تعیین کردن قوانین بنیادی متافیزیک، فیزیک و پزشکی، به خصوص در کتاب رساله‌ای در باب انسان<sup>۷</sup> (۱۶۶۲) نیز مشاهده کرد. مناقشه نظری در قرون هفدهم و هجدهم میان آنهایی که از شیمی به عنوان اساس نظریه و عمل استفاده می‌کردند و آنهایی که مکانیک را پایه نظریه و عمل قرار می‌دادند، به همان اندازه تئوریک بود که تجربی، و این وضع درباره مناقشات بر سر ماهیت حیات و کیفیت نظام‌های پزشکی هم صادق بود. اغلب پزشکانی که در تأملات نظری و عمدتاً غیر تجربی درباره پزشکی شرکت داشته‌اند و نیز تلاش کرده‌اند که نظام‌های پزشکی بسازند، تأثیر عمده‌ای بر کاربست پزشکی داشته‌اند. از طرف دیگر یکی از این نظام‌سازان، یعنی جان براون<sup>۸</sup> (۱۷۳۵-۱۸۸۸) توجه فیلسوفان معاصرش مثل کانت و هگل را به خود جلب کرد. تامس سیدنهام<sup>۹</sup> (۱۶۲۴-۱۸۹۰). که می‌توان او را در حوزه کاربست پزشکی همپای جان لاک<sup>۱۰</sup> (۱۶۳۲-۱۷۰۴) [در حوزه فلسفه] شمرد، در واکنش به تلفیق غیر انتقادی تأملات نظری و نظریه‌پردازی به درون نظریه و کاربست پزشکی، تلاش کرد شناخت بهتری از مشاهده تجربی در پزشکی را بپروراند. سیدنهام که ملهم از کار سرفرانسیس بیکن بود، به مجموعه‌ای کاوش‌های مهم درباره روش در پزشکی دست زد، نوشته‌های بیکن علاقه سیدنهام را به جلوگیری از تحریف یافته‌های بالینی بر اثر پیش فرض‌های نظری جلب کرد. به این ترتیب ارزیابی‌های دقیق به لحاظ مفهومی درباره

طبقه‌بندی‌های پزشکی و کیفیت شناخت پزشکی بوجود آمد. از جمله مشارکت کنندگان در این حوزه می‌توان به کارل فون لینوس<sup>۱۱</sup> (۱۷۰۷-۱۷۷۸) و فرانسوا بوسیه دوساواژ<sup>۱۲</sup> (۱۷۰۱-۱۶۷۷) اشاره کرد. تأملات درباره کیفیت معرفت پزشکی در قرن نوزدهم با ظهور ارتباطات بالینی - آسیب‌شناختی، روش‌های آماری و تجربه کردن‌های نظام‌دار گامی دیگر به جلو برداشت. به دنبال مجموعه‌ای از تحلیل‌ها توسط دانشمندان پزشکی ابراز شد که معرفت پزشکی پیشین را مورد انتقاد قرار می‌دادند و ادعاهای نوینی را راجع به کیفیت موجودیت‌های بیماری مطرح می‌کردند.

فرانسوا - ژوزف - ویکتور بروسیه<sup>۱۳</sup> معنایی خاص را از اصطلاح آنتولوژیک (هستی‌شناختی) افاده کرد و از آن برای شناسایی کردن ملاحظات استفاده کرد که بیماری‌ها را از یک لحاظ موجودیت‌هایی انتزاعی می‌شمردند؛ این مباحثات پیچیده بودند و افراد برجسته‌ای مانند آسیب‌شناس سلولی رودولف ویرشو<sup>۱۴</sup> (۱۸۲۱-۱۹۰۲) در آن شرکت می‌کردند. این مباحثات شامل تجزیه عوامل سبب‌شناختی به علل لازم و علل کافی بودند. در این مباحثات تمایزهایی بین توجیه‌های فیزیولوژیک و آنتولوژیک درباره بیماری، در مواردی بین توجیه‌های فیزیولوژیک (کارکرد شناختی) و آناتومیک (کالبدشناختی) بیماری و در مواردی بین توجیه‌های نومیالیستی و رئالیستی موجودیت‌های بیماری قائل می‌شدند. این مناقشه باعث تلاقی‌گرایش‌هایی درازمدت در این باره شد که آیا «بیماری» چیزی را در جهان (یعنی یک موجودیت بیماری یک morbi ens) یک مجموعه تکرارشونده از یافته‌های بالینی، مجموعه‌ای از عوامل سببی را معین می‌کرد یا «بیماری» اصطلاحی بود که به طور متعارف معین‌کننده یافته‌هایی خاص بود.

تغییرات در پزشکی در طول قرن نوزدهم ارزیابی‌های بیشتر شناخت و روش پزشکی را موجب شد. در ابتدا این روند آمیزه‌ای از فلسفه پزشکی به صورت یک فلسفه نظری تخصصی طبیعت و فلسفه پزشکی به عنوان ارزیابی کردن روش علمی در پزشکی را بوجود آورد. برای مثال در کتاب «منطق پزشکی»<sup>۱۵</sup> (۱۸۱۹) اثر بلین<sup>۱۶</sup> فهرستی از ده اصل اساسی زندگی و نیز بررسی استدلال پزشکی تلفیق شدند (نمونه دیگر کتاب «فلسفه پزشکی»<sup>۱۷</sup> (۱۸۴۴) اثر بارتلت است). این نوشته‌ها تا میانه قرن شامل بررسی پیچیده‌ای از مسائل موجود در تحقیق، مشاهده و تجربه پزشکی می‌شد که به معرفت پزشکی از لحاظ مسائل استقرایی می‌پرداخت. از این مباحث نوشته‌های فراوانی بوجود آمدند که خصوصیت استدلال پزشکی و چارچوب تشخیص‌ها را مورد کاوش قرار می‌دادند. این سنت تأملات منضبط فلسفی راجع به پزشکی و دانش پزشکی با ظهور گرایش به اخلاق زیستی ادامه یافت. این نوشته‌ها از جمله شامل مشارکت‌های لورویک فلک<sup>۱۸</sup> (۱۹۷۹) در این حوزه می‌شد، که از بسیاری جنبه‌ها پیش‌درآمد کار تامس کوهن<sup>۲۰</sup> در دهه ۱۹۶۰ بود. همچنانکه نیمه دوم قرن بیستم آغاز می‌شد، اصطلاح «فلسفه پزشکی» بیانگر نوشتجات

### ۳- مدل‌های پزشکی

پزشکی عموماً به عنوان کمک کردن به بیماران از طریق مراقبت از سلامتی آنها شناخته شده است. این چشم‌انداز این امر را قابل درک می‌کند که چرا پزشکی توسط آسیب‌شناس قرن نوزدهم ویرشو به نحوی متناقض به عنوان یک «علم اجتماعی» توصیف می‌شد و نیز بیانگر آن است که چرا علیرغم پیشرفت‌های فوق‌العاده در کاربرد زیست‌شناسی مولکولی تقلیل‌گرا در پزشکی، بسیاری افراد از مدل «زیستی - روانی - اجتماعی»<sup>۳۱</sup> (biopsychosocial) جرج انگل به عنوان دیدگاه مناسبتری از این رشته استقبال می‌کنند. مدل انگل ضد علمی نیست، اما به مثابه مکملی بر مدل محدودتر «زیستی - پزشکی» (biomedical) تلقی می‌شود. مدل زیستی - روانی - اجتماعی بازشناسی علیت پیچیده‌ای را شامل می‌شود، که تأکید دارد که شناخت چگونگی تأثیر بیماری بر یک فرد به مورد ملاحظه قراردادن عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی نیاز دارد و همچنین بر گوناگونی فردی بیماری تکیه می‌کند، که «به همان اندازه که بازتاب‌دهنده گوناگونی‌ها در نقص بیوشیمیایی معین است، بازتاب‌دهنده [عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی] است.» (انگل، ۱۹۹۷، ۱۳۲) محور قراردادن بیمار همچنین فلسفه پزشکی را به بررسی کردن پیچیدگی‌های رابطه پزشکی و بیمار کشانده است و مدل‌های متفاوت دستوری این رابطه دوسویه را مورد کاوش قرار داده‌اند. اجماع، دست کم در ایالات متحده، از سال ۱۹۷۰ در جهت گرایش دور شدن از رویکرد سنتی پدرسالارانه به بیمار و نزدیک شدن به شناختی بوده است که بر اهمیت اخلاقی بیمار خودمختار و مطلعی تأکید می‌کند که در تصمیم‌گیری با پزشک مشارکت می‌کند و این شناخت با دیدگاه‌های متفاوت هر یک از طرفین تعدیل می‌شود.

### ۴- مفاهیم سلامت و بیماری

به نظر می‌رسد که اجماعی کلی در فلسفه پزشکی وجود داشته باشد که مباحثه درباره مفاهیم سلامت و بیماری نقش اصلی را «مسئله تعریف» حوزه فلسفه پزشکی به عهده دارد. تأملات راجع به مفاهیم بیماری، ناخوشی، مرض و سلامت از دهه ۱۹۵۰ دلبستگی‌های سنتی در مورد وضعیت موجودیت‌های بیماری را جمع‌بندی کرده است. آنها حدی را که «بیماری»، «ناخوشی»، «سلامت»، «ناتوانی» و غیره وضعیت امور را معین می‌کنند، ارزش‌های فرهنگی را بازتاب می‌دهند، یا مداخلات برای مراقبت بهداشتی را هدایت می‌کنند ارزیابی کرده‌اند. لسترکینگ<sup>۳۳</sup> در سال ۱۹۵۴ متذکر شد که چگونه ارزش‌هایی خاص حالات سلامت را از حالات بیماری مشخص می‌کنند. منازعات

راجع به خصلت ارزش - بار و نظریه - بار مفاهیم بیماری و سلامت و نیز برداشت های پزشکی از هنجاربودن<sup>۲۴</sup> و ناهنجاربودن تلاش ها برای توجیه درک های مستقل از فرهنگ از طریق توسل به غایات پزشکی، کارکردهای اساسی یک موجود، شرایط صوری آزادی یا میزانهای مختص گونه (بر پایه آمار) از کارکردهای مختص گونه موجب شده اند. چنین رویکردهایی وعده نقدی سراسر است از بیماری و سلامت را هم برای انسانها و هم حیوانات می دهند. دیگران در مورد خصلت اساساً فرهنگ - بار و ارزش - بار مفاهیم سلامت و بیماری و نیز خصلت ابزاری بیماری و ناخوشی، تشخیص، پیش آگهی و درمان به بحث پرداخته اند.

در چنین ملاحظاتی، مفاهیمی مانند بیماری، ناخوشی و مرض به دلیل قانع کننده ای برای مداخله پزشکی بدل می شود (انگلهارت، ۱۹۹۶) تمایزات بین بیماری ها و ناخوشی های روانی و جسمی تکوین یافته و مورد انتقاد قرار گرفته اند، مفاهیم زمینه ای مانند برداشت ها از ناخوشی مورد کندوکاو قرار گرفته اند و نقش رده های تشخیصی در تصمیم گیری پزشکی و رویکردهای هوش مصنوعی به حل مسئله بالینی و تشخیص مورد مطالعه قرار گرفته اند، به طوری که توجهات به بیماری و سلامت در رابطه با مضمون های بزرگتر تبیین و استدلال پزشکی قرار می گیرد. پیشرفت های اخیر در ژنتیک مولکولی بیماری های گوناگون تحلیل های فلسفی متعددی از هنجاربودن و بیماری ژنتیکی موجب شده است. (لوزدنفلت، ۱۹۹۵)<sup>۲۵</sup>

## ۵- منطق تشخیصی، پیش آگهی و ارزیابی درمانی

تحقیقات درباره منطق تشخیص و پیش آگهی بیماری ها که در دهه ۱۹۵۰ آغاز شده بود، این نظریه پل میچل<sup>۲۶</sup> (۱۹۵۴) تقویت شد که پیش آگهی بدست آمده از مدل های ساده آماری می تواند از پیش آگهی های به عمل آمده توسط متخصصان بالینی دقیق تر باشد. تحلیل های منطقی واضح تر فرآیند تشخیصی در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ با به کار بردن هر دوی استنتاج بیزی و منطق شاخه ای<sup>۲۷</sup> گسترش پیدا کرد. رویکرد اول (استنتاج های بیزی) و توسط لدلی و لاستد<sup>۲۸</sup> در مقاله تأثیرگذارشان به سال ۱۹۵۹ به روشنی بیان و در مورد آن استدلال شده است. رویکرد بیزی از نظریه بیز برای تجدید نظر کردن درباره احتمالات آغازین (یا «پیشینی») بر مبنای پیامدهای آزمون های بالینی بیشتر استفاده می کند. این رویکرد در صورتی که به حوزه های تحقیقی محدودی محصور شد و می تواند حتی بهتر از متخصصان بالینی باتجربه عمل کند، اما در حوزه های گسترده تر یا پیچیده تر به مقادیر به طور تصاعدی افزاینده داده ها نیاز دارد. این اطلاعات برای بسیاری از نتایج آزمون ها در دسترس نیست.

رویکرد منطق شاخه ای با ساختار درختمانندی نمایش داده می شود که در آن هر نقطه یا

گره محل جداشدن یک شاخه، بیانگر یک نقطه تصمیم‌گیری پزشکی است و دو یا تعداد بیشتر مسیر جدا شده از این نقطه به گره‌های تصمیم‌گیری اضافی منتهی می‌شود. آلوان فینستین<sup>۲۹</sup> در مقاله‌های متعدد، در دهه ۱۹۷۰ از این رویکرد دفاع کرد و این رویکرد توسط کلاین مونتز<sup>۳۰</sup> در عصب‌شناسی و توسط بلیچ<sup>۳۱</sup> برای تشخیص دادن اختلالات اسید و باز به کار برده شد. بازمانده‌های این رویکرد را هنوز می‌توان در فلوجارت‌های تشخیصی گوناگون در درسنامه‌های پزشکی دید. درخت‌های شاخه‌دار می‌توانند گره‌های «شانس» یا احتمال‌گرایانه درون خودشان داشته باشند که موضوع استنتاج بیزی قرار گیرند. این نوع ساختار، که با اندازه‌گیری‌های کمی سود و زیان، (فایده‌مندی‌ها) تکمیل می‌شود، هنوز موضوع جدی «تحلیل تصمیم‌گیری بالینی»<sup>۳۲</sup> است. علیرغم تعداد زیاد طرفدارانی که هنوز به رویکرد تصمیم‌گیری - نظری<sup>۳۳</sup> متعهدند، نیاز به توسل جستن به یک نظم دقیق ارائه اطلاعات و فقدان اطلاعات تجربی درباره احتمالات شرطی معین کلیدی، سایر محققان درباره روند تشخیصی ماندای گوری<sup>۳۴</sup> و جی کاسیرر<sup>۳۵</sup> را به معطوف شدن به حوزه در حال رشد هوش مصنوعی برای رویکردی انعطاف‌پذیرتر هدایت کرده است. کار در زمینه هوش مصنوعی در پزشکی<sup>۳۶</sup> (AIM) و تفسیر فلسفی در مورد آن در طول انتهای دهه ۱۹۷۰ و دهه ۱۹۸۰ شکوفا شد و شماری از دستاوردها را به بار آورد از جمله برنامه تشخیصی INTERNIST-۱ که بعدها با نام «ثبت سریع پزشکی»<sup>۳۷</sup> شناخته شد. برنامه QMR اکنون برای استفاده پزشکان در بازار موجود است و به عنوان یک ابزار آموزشی هم استفاده می‌شود. پژوهش در زمینه AIM به طور فعال تحت سرفصل کلی‌تر «انفورماتیک پزشکی» دنبال می‌شود؛ این رشته فراسوی استدلال‌های تشخیصی توجه خود را به بررسی امکانات یک زبان واحد پزشکی و نظام یکپارچه شده اطلاعاتی پزشکی معطوف کرده است. علیرغم پیشرفت‌های به عمل آمده در منطق‌های تشخیص، پیش‌آگهی و درمان، در حال حاضر اجماعی در مورد تسلط یافتن کامل یک رویکرد واحد به فرآیند تشخیص پزشکی وجود ندارد. تحقیق در این حوزه همچنان ادامه دارد و شامل رویکردهای جدیدتری مانند نظام‌های

اتصال‌گرا<sup>۳۸</sup>، استدلال مورد - کور<sup>۳۹</sup> و منطق فازی می‌شود.

تحقیق فلسفی همچنین بر روش‌هایی برای تعیین کردن علل بیماری و ارزیابی کردن درمان‌ها معطوف شده است این موضوعات نیز تحت سرفصل «همه‌گیرشناسی بالینی» مورد توجه قرار می‌گیرند.

ریشه‌های تاریخی تحلیل این که چگونه یک عامل خاص را می‌توان به عنوان «علت» یک بیماری شناسایی کرد به فرضیات کخ<sup>۴۰</sup> بازمی‌گردد که رشته‌ای از شرایط لازم و کافی برای تعیین کردن علت یک بیماری را در زمینه باکتری‌شناسی قرن نوزدهم بیان کرد.

اکتشافات قرن بیستم در میکروبی شناسی تعمیم دادن فرضیات کخ و بوجود آمدن رویکردهای پیچیده تر به شناسایی و اثبات کردن سببیت<sup>۴۱</sup> درباره علت حقیقی بیماری AIDS که در اواخر دهه ۱۹۸۰ توسط دونسرگ<sup>۴۲</sup> آغاز شد، عمدتاً در زمینه همین تحقیق انجام شده است. یک پرسش مربوط که سببیت را شامل می شود این که چگونه تعیین کنیم که یک مداخله پزشکی تأثیری در تخفیف یا معالجه بیماری دارد یا نه، نوشته های فراوان (و نیز مقررات بسیار دولتی) را به بار آورده است، که بیش از همه در حوزه داروهای درمان کننده جدید بوده اند. فیلسوفان پزشکی به همراه متخصصان آمار و متخصصان بالینی در تحلیل های طراحی های پژوهشی گوناگون، از جمله استواری (مسئول بودن) و اخلاقیات آنها، آنچه عموماً تصدیق می شود «استاندارد طلایی» تعیین کردن کارایی باشد، مشارکت کرده اند؛ یعنی کارآزمایی های بالینی کنترل شده راندوم شده. (controlled clinical trials randomized)

### ۶- رابطه فلسفه پزشکی با فلسفه علم

از آغاز دوره حاضر تحقیق حرفه ای در فلسفه پزشکی - که انتشار نشریه مجموعه های فلسفه پزشکی<sup>۴۳</sup> از سال ۱۹۷۵ و نشریه پزشکی و فلسفه<sup>۴۴</sup> در سال ۱۹۷۶ و خواهر آن نشریه پزشکی نظری<sup>۴۵</sup> در ۱۹۷۹ سرآغاز آن بوده است - مباحثه مداومی در مورد اینکه آیا فلسفه پزشکی شاخه جداگانه ای در حوزه فلسفه است، یا اینکه قابل تقلیل یا قابل جایگزینی با ترکیبی از فلسفه علم (از جمله فلسفه زیست شناسی)، فلسفه ذهن و فلسفه اخلاق است در جریان بوده است. منتقدان متمایز بودن این رشته نظیر جی شافنر و ای. کاپلان<sup>۴۶</sup> به این دیدگاه گرایش داشته اند که پزشکی اساساً همان علم زیست شناسی است، و فلسفه پزشکی همان فلسفه علم است (و بهتر است به عنوان فلسفه علم دنبال شود). موضوعاتی را که هم باقی می ماند می توان به حوزه فلسفه اخلاق واگذار کرد. کاپلان (۱۹۹۲) این موضوع را با این استدلال بسط می دهد که فلسفه پزشکی در حال حاضر یک «حوزه رشته ای»<sup>۴۷</sup> نیست. فلسفه پزشکی به این خاطر یک حوزه محسوب نمی شود که با حوزه های مرتبطش چه فلسفه و چه پزشکی تلفیق نمی شود، فلسفه پزشکی فاقد مجموعه ای از تفسیرهای بنیادی یا «آثار اصیل»<sup>۴۸</sup> است و نیز فاقد مسائل اصلی یا محوری است (به استثناء اختلاف نظر درباره سلامت و بیماری) که منازعات فکری عمیق درباره آنها انجام شود. گرچه کاپلان امکان نظری وجود یک فلسفه پزشکی را رد نمی کند - در واقع پیشنهاد می کند که فلسفه پزشکی باید اساس ضروری اخلاق زیستی باشد، می تواند پیامدهای سودمندی برای فلسفه علم داشته باشد و در تحقیق های پزشکی به صورت کارآزمایی های بالینی، تشخیص کامپیوتری و ژنتیک مولکولی نوین کمک کند - اما او فکر نمی کند چنین رشته ای تا به حال به وجود آمده باشد.



مدافعان فلسفه پزشکی به عنوان یک رشته متمایز مانند پلگرینو<sup>۴۹</sup> و وولف<sup>۵۰</sup> استدلال کرده‌اند که نمونه‌های بسیار و گوناگونی از کاربرد رویکردها و روش‌های فلسفی در مورد سرفصل‌های پزشکی وجود دارد که برخی از آنها ظاهراً تنها در حوزه‌هایی قرار می‌گیرند که کاپلان اصرار دارد دنبال شوند. گاهی این نمونه‌ها ممکن است به عنوان مواردی از فلسفه و پزشکی یا فلسفه در پزشکی در نظر گرفت، اما این تحقیق‌ها همگی شباهت‌های محکمی با یکدیگر دارند و حالی وجود رشته‌ای متمایزتر به عنوان فلسفه پزشکی هستند. پلگرینو (۱۹۷۶) ترجیح می‌دهد که اصطلاح اخیر برای آن بررسی‌های فلسفی در نظر گرفته شود که شامل «مواجهه بالینی با یک هستی انسانی است که سلامتی، بیماری، روان‌نژندی یا روانپزشکی را تجربه می‌کند، در چارچوبی که شامل مداخله در هستی اوست» دیگران ممکن است تعریف گسترده‌تر «فلسفه پزشکی» را که در مقاله حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد ترجیح دهند که شامل بررسی‌های فلسفی در پزشکی به طور عام است.

این مقاله ترجمه مقاله زیر است:

philosophy of, Medicine, Routledge encyclopedia of philosophy, 1996 .

Kenneth schaffner

Tristram Engelhardt

1. Kenneth F.Schaffner

2. H. Tristram Englhardt, Jr

3. Gorge Engel

4. Baysian

5. Otto Gottentag

6. Edmund Pellegrinu

7. Treatise on Man

8. Jon Brown

9. Thomas Sydenham

10. John Lock

11. Carl Von Linnaeus

12. Francois Boissier de Sauvages

13. Francois Joseph Victor Broussais

14. Rudolf Vinchow

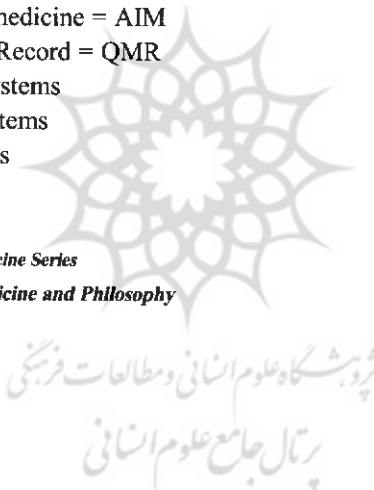
15. Medical Logick

16. Blane

17. Philosophy of Medacine

18. Bartlett

19. Ludwik Fleck
20. Thomas Kuhn
21. biopsychsocial
22. biomedical
23. Lester King
24. normality
25. Nordenfeldt
26. Poul Meehl
27. branching logics
28. Ledley and Lusted
29. Alvan Feinstein
30. Kleinmuntz
31. Bleich
32. clinical decision
33. decision thesretic approach
34. A. Gorray
35. J. Kassirer
36. intelligence in medicine = AIM
37. Quick Medical Record = QMR
38. connectionist systems
39. case - based systems
40. Koach postulates
41. Evans
42. Duesberg
43. *Philosophy and Medicine Series*
44. *The Journal of Medicine and Philosophy*
45. *Theoretical Medicine*
46. A. Caplan
47. disiplinary field
48. Canon
49. Pellegrino
50. Wulff



## REFERENCES

1. Bartlett E. An Essay on the philosophy of Medical Science, Philadelphia. PA: Lea and Blanchard. An exploration of medical knowledge, as well as contemporary theories of medicine, including nosologies; referred to in 82.)
2. Blane, G. (1819) Elements of Medical Logick or Philosophical Principles of the Practice of Physik, London; Thomas & George Underwood. (An overview of the principles of life, as well as principles of reasoning and sources of error in medical reasoning; referred to in 82.)
3. Broussals, F. J. V. (1891) Examen des doctrines medicales et des systems de nosologie, Paris: Meuignon - Marvis, 2 vols. (A contributor to the distinction between ontological account of disease so-called physiological and disease; referred to in 82.)
4. Caplan, A. (1992) Does the Philosophy of Medicine Exist?, *Theoretical Medicine* 13; 67-77. (A critical reflection on the philosophy of medicine as a field; referred to in 6.)
5. Descartes R. (c. 1630-3) *Le Monde (The World)*, excerpted in vol. 1 of *The Philosophical Writings of Descartes*, ed. and trans. J. Cottingham, R. Stoothoff, D. Murdoch and A. Kenny, Cambridge: Cambridge University Press, 1984-91. (Descartes' first draft of a scientific system, including general physics, cosmology, terrestrial physics and human physiology. The *Treatise on Man* was first published in Latin translation in 1662, then in the French original in 1664.)
6. Engel, G. (1977) The Need for a New Medical: A Challenge for Biomedicine, *Science* 196: 129-36. (The classic article developing the concept of the biopsychosocial model of medicine; referred to and quoted in 3.)
7. Engelhardt, H. T., Jr and Erde, E. (1984) *Philosophy of Medicine* in P. T. Durbin (ed.) *A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*, New York: Free Press, 364-461, 675-7. (The literature of the philosophy of medicine and bioethics is reviewed and an extensive bibliography provided; expansion of the material of 2.)
8. Engelhardt, H.T., Jr (1996) *The Foundations of Bioethics*, New York: Oxford University Press, 2nd edn. (A systematic exploration of medical explanation and concepts of disease.)
9. Evans, A.S. (1976) Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited, *Yale Journal of Biology and Medicine* 49: 175-95. (The history and development of Koch's postulates; referred to in 5.)
10. Fleck, L. (1976) *Genesis and Development of a Scientific Fact*, trans. F. Bradley and T. J. Trenn, Chicago, IL: University of Chicago Press. (A classic in the philosophy of medicine that originally appeared in German in 1935: referred to in 2.)
11. *The Journal of Medicine and Philosophy* (1976) Lisse: Slets & Zeilinger. (Regular has articles and issues directed to the philosophy of medicine.)
12. King, L. *The Philosophy of Medicine: The Early Eighteenth Century*, Cambridge, MA: Harvard University Press. (An overview of the philosophy of medicine in the eighteenth century; material relevant to 2 and 4.)
13. Ledley, R. S. and Lusted, L. B. *Reasoning Foundations of Medical*

Diagnosis' Science 1959 - 130: 9-21.

(A seminal article arguing for a Bayesian approach to modelling medical diagnosis; referred to in 5.)

13. Linnaeus, C. von (1763) *Genera morborum, in auditorum usum*, Uppsala: Steinert. (An influential classification of disease offered by the great botanist; referred to in 2.)

14. Meehl, P.E. *Clinical Versus Statistical Prediction; A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*, Minneapolis, MN: University of Minnesota press (1954).

Nordenfelt, L. and Lindahl, B.I.B. (eds) (1984) *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht: Reidel. (Articles and material relevant to 4 of this entry.)

15. Nordenfelt, L. (1995) *On the Nature of Health*, Dordrecht: Kluwer. (An exploration of contemporary accounts of health and disease from the perspective of action theory.)

16. Pellegrino, E. (1976) *Philosophy of Medicine: Problematic and Potential*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1: 5-31. (A seminal article that presents classical and contemporary themes in philosophy of medicine; referred to and quoted in §§ 1 and 6 of this entry.)

17. Sauvages de la Croix, F. B. de (1763) *Nosologia methodica sistens morborum classes juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*, Amsterdam: Fratrum de Tournefort, 5 vols. (A monumental attempt to provide a systematic nosology, encompassing some 2,400 diseases; referred to in § 2.)

18. Schaffner K.F. *Modeling Medical Diagnosis: Logical and Computer Approaches*, *Synthese* 1981; 47: 163-99. (A summary of contemporary approaches to the logic of diagnosis; contains references to the material of § 5.)

19. Schaffner, K.F. (1992) *Philosophy of Medicine*, in M. Salmon et al. (eds) *Introduction to Philosophy of Science*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 310-45. (A development of the biopsychosocial model and its relation to reduction; expansion of the material of §§ 1 and 3.)

20. Schaffner, K. F. (1993) *Clinical Trials and Causation: Bayesian Perspectives*, *Statistics in Medicine* 12: 1,477-94. (Addresses the concepts of causation found in clinical trials within the Bayesian framework; expansion of the material of § 5.)

21. Sydenham T. *The Works of Thomas Sydenham, M.D.*, trans. R. G. Latham, London: Sydenham Society, 2 vols. (Exploration of medicine, medical theory and method; referred to in § 2.)

*Theoretical Medicine* (1979) Dordrecht: Kluwer. (Offers articles exploring issues in the philosophy of medicine and bioethics.)

22. Taylor, F.K. (1979) *The Concepts of Illness, Disease and Morbus*, Cambridge: Cambridge University Press. (A historical and philosophical overview of concepts of disease; articles and material relevant to § 4.)

23. Virchow, R. (1858) *Hundert Jahre allgemeiner Pathologie*, Berlin: Hirschwald. (A synthesis of medical explanation at the end of the nineteenth century by one of its most influential theoreticians; referred to in § 2.)