

عقل گرایی و تجربه گرایی

نگرش‌هایی متفاوت به پزشکی نوین *

وارن نیوتون**

ترجمه: علی پورمحمدی

حدود ۱۰ سال پیش، پس از فعالیت و تجربه کلینیکی در موقعیت‌های اجتماعی، اولین تجربه‌ام را در مسئولیت بخش به‌دست آوردم. اولین مورد به توصیف تجربه ما با بیماران قلبی می‌پردازد. هر خطی حاکی از یک بیمار یا بیشتر بود که در طول آن ماه همراه با همکاران متخصص قلب از آنها مراقبت می‌کردیم. همان‌طور که می‌توانید مشاهده کنید نهایتاً یک راه شفاف و عمومی در این مسأله وجود داشت. بدون توجه به این که بیماران با چه نشانه‌هایی مراجعه کرده بودند، تمام آنها تحت درمان با مسدودکننده‌های کانال کلسیم^۱ قرار می‌گرفتند و بر روی آنها تست ورزش و اکوکاردیوگرام انجام می‌شد. این روش در آن زمان به کار می‌رفت تا این که بیش از ۳۰ مطالعه کنترل شده تصادفی نشان دادند که بتابلوکوآها بعد از سکته قلبی و برای اندیکاسیون‌های دیگر مفیدتر هستند. حقیقتاً تا سال ۱۹۹۰ شواهد فزاینده‌ای وجود داشت که مسدودکننده‌های کانال کلسیم پیامدهای سکته قلبی را بهتر نمی‌کنند و حتی بدتر نیز می‌کنند.

نظر من در این‌جا این است که نباید فرهنگ پزشکی در آن بیمارستان را مردود بدانیم. مثال‌های مشابهی در مراکز پزشکی بسیاری وجود دارد. بلکه باید در پی آن باشیم تا دریابیم که چرا چنین علاقه‌ای به «مسدودکننده‌های کانال کلسیم» وجود دارد. بخشی از پاسخ آن است که کمپانی‌های عظیم دارویی از مراکز تحقیقاتی در مقابل «اسکیمی

ساکت»^۳ حمایت می‌کند. بخشی دیگر از توضیح می‌تواند چیزی باشد که مُد پزشکی خوانده می‌شود، مسأله‌ای که به عقیده‌ی من کاملاً بنیادی است. آنچنان‌که من با همکارانم در بخش قلب صحبت کردم، از جهت زیستی (بیولوژیک) برای آنان قابل قبول می‌نمود که مسدودکننده‌های کانال کلسیم بهتر از بلوک‌کننده‌های گیرنده است. مسدودکننده‌های کانال کلسیم مانند بلوک‌کننده‌های گیرنده از سرعت قلب و استرس دیواره‌ی عضله‌ی قلب بدون اثرات جانبی بلوک‌کننده‌های گیرنده می‌کاهد و در نهایت، آنچه برای همکاران من مهم بود پاتوفیزیولوژی مکانیسم بیماری و فهم ما از این دو به جای نتایج آزمایش‌های کلینیکی بود.

آنچه بیان شد، نمونه‌ای از تنش میان عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی در پزشکی است. منظور من از عقل‌گرایی تحقیق در و تأکید بر مکانیسم‌های بنیادی بیماری است که بر تمام مسائل کلینیکی سایه می‌افکند و منظور از تجربه‌گرایی توجه به نتایج شخصی بیماران یا گروهی از بیماران در آزمایش‌های کلینیکی است.

تزم آن است که تنش بنیادی و روبه پیشرفتی میان دو نگرش متفاوت وجود دارد. عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی. این تنش در پزشکی غرب به صورت ریشه‌ای وجود داشته و دوباره عود کرده و امروز به گونه‌ای بحث‌برانگیز در موضوعات مربوط به پزشکی و ملازمات مراقبتی آن، مطرح شده است. این موضوعات چنین‌اند: ۱. جست‌وجوی ریشه‌های این تنش در سنت بقراطی؛ ۲. توجه به نقش آن در پیدایش پزشکی جدید با استفاده از گزارش فلکسنر^۴ به عنوان نمونه‌ای از جهان‌بینی‌ای که در تعیین پزشکی جدید نقش داشته است؛ ۳. توصیف مختصر پیشرفت‌ها در اپیدمی‌لوژی کلینیکی و شواهدی که جنبش پزشکی بر آن پایه بنا شده است؛ و ۴. تبیین این که چگونه این تنش پرسش‌های بنیادی درباره‌ی وضعیت بالینی و خط‌مشی‌هایی را برمی‌انگیزد که امروزه در برابر پزشکان، سیستم مراقبت از سلامت و سیستم قانونی آشکار می‌شوند.

طبیعی است که این مقاله تنها می‌تواند به براهین عمده و مهم بپردازد و در پی آن نیست تا در متون اصلی یونانی بیچد. هدف من آن نیست که به توصیف مفصل معرفت‌شناسی این علم بپردازم، بلکه آن است تا با پرداختن به تاریخ روشن‌گرانه^۵، خطوط کلی آنچه باعث پویایی اندیشه در باره‌ی پزشکان بالینی شده، معلوم گردد. این تذکر نیز لازم است که من در بحث یک شریک و ناظرم، کسی که شیفته‌ی پزشکی مبتنی بر شواهد^۶ است؛ تنها به عنوان یک ضدرفرمی که آغاز شده و بدعت‌گذاری که متولد شده است.

عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی در پزشکی قدیم

سنت بقراط در میان نویسندگان بسیاری وجود داشته و نه فقط بقراط تاریخی کاس*** بلکه نویسندگان متأخر بسیاری در عهد باستان از یونان گرفته تا الکساندر در روم چنین می‌اندیشند.

من باید به دو فرقه‌ی عمده تأکید کنم که در زمان الکساندر در قرن چهارم قبل از میلاد در رم شایع بود است.

بسیار سخت است که بتوان به اندیشه‌های نویسندگان اصلی دست یافت. تقریباً تمام کتاب‌ها در الکساندریا (اسکندریه) بعد از چهارصد سال از بین رفتند و تقریباً همه‌ی آنچه ما درباره‌ی نویسندگان اصلی می‌دانیم از طریق مفسران به ویژه جالینوس^۷ به دست ما رسیده است. به اضافه آن‌که دانسته‌های فیزیولوژیک در آن زمان چندان از آموزه‌های کنونی دور است که فهم و ارزیابی را دشوار ساخته است.

عقل‌گرایی قدیمی‌ترین و غالب‌ترین رهیافت پزشکی است که در دوران کلاسیک نفوذ داشته است، و آن چنان که منقول است منشأ آن به پسران بقراط می‌رسد. «تسالوس»^۸ و «دراکان»^۹ با تأکید بر اهمیت فلسفه‌ی طبیعی در پزشکی، معتقد بودند که چون اصل مشاهده به کار نیاید، باید برهان را مورد توجه قرار داد.^{۱۰} تئوری اساسی، آموزه طبیع^{۱۱} بود که برای اولین بار توسط فیثاغورث مطرح شد: بدن انسان در خود خون بلغمی، صفرای زرد و صفرای سیاه دارد: ... هنگامی‌او کاملاً سالم است که این عناصر به شکل مطلوبی با توجه به ترکیب قدرت و مقدار با هم متناسب باشند و کاملاً ترکیب یابند. درد هنگامی‌واقع می‌شود که یکی از این عناصر دچار تفریط یا افراط شود و یا این‌که از دیگر عناصر جدا بیفتند بدون این‌که در ترکیب با بقیه به سر برد^{۱۲}.

بیماری‌ها در جریان انقباض و بی‌ثباتی طبع‌ها پدید می‌آیند بدین ترتیب فیلسوفان دوران کلاسیک با استنتاج از این واقعیات معلوم، به خود می‌بالیدند؛ این تئوری عالی بود و کاربرد آشکاری در درمان داشت. اغلب نوشته‌های پزشکی انباشته از مباحثی پیرامون چیستی طبیع، گوهر آن و چگونگی انقباض و جریان آن بود. از منظر پیشرفت آموزه‌های مدرن درباره‌ی پزشکی، این توجه بسیار با اهمیت است زیرا که تمرکز تحقیقات در آناتومی انسان را در حوزه اسکندرنی در قرن دوم و سوم پیش از میلاد باعث شده است.

به هر حال، برای استدلال مورد نظرمان، آنچه باید بر آن تأکید نمود، تمرکز بر چگونگی رشد بیماری، یا به اصطلاح جدید، مکانیسم‌های بیماری است. این تأکید، دریچه‌ای بر همه آنچه پزشکی بالینی از سرگذرانده خواهد گشود. پیشرفت‌های پزشکی از استنتاج و بحث درباره تئوری فیزیولوژی پدید آمده و مستلزمات عملی کلینیکی مستقیماً از فهم طبیع حاصل شده است. اگر علت بیماری نامتعادلی طبیع بوده است، از راه فهم تعادل متداول آن تشخیص داده می‌شود و درمان آن منوط به دخالت طراحی شده‌ای برای بازگردان تعادل به طبیع است. پیش‌شناخت‌ها در نسبت با دیگر پرسش‌های کلینیکی از اهمیت کمتری برخوردارند^{۱۳}.

تجربه‌گرایی یک تفکر حاشیه‌ای بود که خود را در اواخر قرن سوم پیش از میلاد از جریان عقل‌گرایی کنار کشید. این جریان به عنوان اعتراض به فرمول‌بندی خشک مکتب عقل‌گرایی و

کشف‌های آناتومی پدید آمد، کشف این فرمول‌بندی اگرچه درخشان بود اما در دمان بیماران تأثیر اندکی داشت.

افزون بر این، در آن زمان توجه به اخلاق تشریح به‌ویژه توسط آناتومیست‌ها عملی شده بود. تجربه گرایان تئوری‌های عام و انتزاعی پزشکی را به سود مشاهده‌گری مردود دانستند و روششان را بر ثبت و یادآوری مشاهدات گذشته و ملاحظه این‌که نشانه‌های مشابه چگونه در گذشته رشد یافته‌اند بنا نهادند تا دریابند که نتیجه آنها چه بوده و تصمیم مشابه میان مورد درست اقدام و موارد گذشته را اتخاذ نمایند. آنچنان‌که کلسوس^{۱۴} نویسنده‌ی متأخر رومی بیان نموده: اگر استدلال‌ات تئوریک بتوانند کافی باشند، پس فیلسوفان باید بهترین فیزیک‌دانان باشند... غالباً علت بیماری شناخته می‌شود به عنوان مثال در مورد آسیب‌دیدگی و جراحت، اما این شناخت کمکی به درمان نخواهد کرد. هنگامی‌که علت بیماری غیر قطعی و مبهم باشد، باید به تحقیق و کشف تکیه کنیم آن‌چنان‌که تجربه در هر فن و رشته‌ای به ما آموخته است.^{۱۵} هدف استناد و مرجعیت روشن بود، و هنگامی‌که نه فیلسوفان و نه فیزیک‌دانان در میان خود به توافق نمی‌رسیدند، هیچ اعتمادی نصیب استدلال هیچ‌کدام نمی‌شد آنچنان‌که هیچ آتوریت‌های.

نزد تجربه‌گرایان، بیماری یک چیز نبود، بلکه گروهی از سیستم‌ها بود که هر کدام مقتضی درمان‌اند. تجربه، ستاره راهنمای آنان بود: طبق کلام کلسوس، مسأله این نیست که ما چگونه هضم می‌کنیم، بلکه این است که چه چیزی قابل هضم است. به عنوان نتیجه، مهم‌ترین علاقه تجربه‌گرایان سوی درمان‌شناسانه دارد به جای این‌که معطوف به آنچه مکانیسم‌های بیماری می‌نامیم باشد؛ داروشناسی و جراحی در درمان بیماری روش‌های مرجح بودند و نویسندگان نیز غرق در بحث‌های دقیق نشانه‌ها، درمان‌ها و مشابهت‌ها و آنچه ما نتیجه می‌نامیم شده بودند.

تأکید بر درمان با چگونگی پاسخ‌گویی به انواع سؤالات کلینیکی دیگر در تقابل بود. آنچنان‌که در بالا گفته شد، تجربه‌گرایان پرسش از علت بیماری‌ها را تضعیف می‌کردند، در محدوده‌ای که آنان پاسخ‌گویی کردند به خوبی به نظر می‌آمد که علت‌یابی پیچیده و آنچه می‌توان چند عاملی^{۱۶} نامید، بود. تشخیص به شناسایی مجزای نشانه‌ها تأکید داشت. اما پیش شناخت، در تقابل با عقل‌گرایان، بر کلیت آنچه اتفاق افتاده بود، تمرکز داشت.

فلکسنرو و ایجاد پزشکی جدید

آنچه ما به عنوان پزشکی جدید می‌شناسیم در سرمنشأش، نوعی غلبه‌ی عقل‌گرایی پیداست، یعنی تأکید بر تحقیق در اساس مکانیسم بیماری و پیشرفت ابزارهای درمانی که از آن حاصل می‌شود. آنچه ما به عنوان پزشکی جدید می‌دانیم، در پایان قرن گذشته، به عنوان پزشکی^{۱۷} الوپاتییک شناخته می‌شود، یعنی یکی از فرقه‌های متنوع شامل همیوپاتی، استخوان‌درمانی و گیاه

پزشکی^{۱۹}. علی‌رغم برخی موفقیت‌های کلینیکی - بی‌هوشی، گندزدایی/ ضدعفونی، باکتری‌شناسی و پاتولوژی - پزشکی الوبائیک مهم‌ترین روش پزشکی به شمار می‌آمد. از این رو، سنت هومیوپاتی با برخورداری از مکتب‌های متعدد پزشکی و مراقبت کردن از نخبگان در تفوق به سر می‌برد.

کلید پیشرفت پزشکی در آمریکا انتشار گزارش فلکسنر بود. فلکسنر نماینده بنیاد کارنگی بود که مهم‌ترین علاقه آن توسعه دانشگاه‌های مدرن بود. به عنوان بخشی از فعالیت‌ها، آنها فلکسنر را موظف ساختند که به مطالعه در ساختار و کارکرد تحقیقات پزشکی پردازد. پس از چهارسال، او از ۱۵۲ کالج پزشکی در آمریکا دیدن کرد و یافته‌هایش را به طور خلاصه در گزارشی که به گزارش فلکسنر شهرت یافت، ارائه کرد. این گزارش که با برآشتگی‌های خاص و عام همراه شد، پزشکی آمریکا را متحول ساخت. در خلال ۳۰ سال، بیش از نیمی از مدارس پزشکی در آمریکا بسته شد، و باقی‌مانده‌های نامتجانس نیز به مدل فلکسنر بسیار نزدیک شدند؛ مدلی با تأکید بنیادین بر علوم پایه که در ساختاری دانشگاهی نظام یافته و به آموزش بیمارستانی وابستگی تنگاتنگی یافته است.

فلکسنر دانست که بایستی درباره ساختار مدرسه‌های مدرن پزشکی بنویسد. در هر صورت برای هدف ما، گزارش فلکسنر با ارزش است زیرا پنجره‌ای بر اندیشه عقل‌گرایی یا تجربه‌گرایی در زمان پیدایش پزشکی جدید می‌گشاید.

فلکسنر پزشکان آن روزگار را که از نظر او مانند ماشین خودکار در پاسخ به نشانه‌های بیماری تجویزهای تکراری می‌کردند، تحقیر می‌کرد. با بررسی دستاوردهای کخ^{۱۹}، لیستر^{۲۰} و به ویژه مدرسه پزشکی جدید جان هاپیکنز^{۲۱} دیدگاه فلکسنر این بود که یک پزشک باید دانشمند باشد و قواعد و احوال علوم پایه شامل آناتومی، فیزیولوژی، پاتولوژی و میکروبیولوژی را آموخته باشد. او به تطبیق و مقایسه آشکار محقق و پزشک بالینی می‌پردازد؛ عموماً گفته می‌شود که اصلی‌ترین وظیفه‌ی روشنفکرانه‌ی محقق تولید فرضیه و تئوری است. یک دانشمند با یک موقعیت مشخص رو به روست. هدف او مشاهده‌ی یک تئوری در تمام وقایع است. این وضعیت او را در یک خط‌کاری قرار می‌دهد. او یک فرضیه را بنا می‌نهد بر اساس آن عمل می‌کند، و به شیوه‌ای عمل‌گرایانه نتیجه‌ی آن را ابطال، تأیید و یا اصلاح می‌نماید. اندیشه‌ی او میان تئوری و واقعیت مانند اتوبوس فضایی پرواز می‌کند؛ و این تئوری تا اندازه‌ای که او را قادر به فهمیدن سازد و ربط میان پدیده‌های مشخص برقرار کند مهم و یاری‌رساننده است. در تکنیک تحقیقی که مربوط به فعالیت‌های بالینی است این امر ضروری است. پزشک با یک موقعیت مشخص روبه‌روست، او باید شرایط خود را دریابد و تنها با نیروی مشاهده به آزمایش‌های واقعی پردازد. تاریخ بیماری بیمار، رویارویی با آن و نشانه‌های آن، اطلاعات او را تشکیل می‌دهند.

بنابراین روند پیشرفت علم و فعالیت علمی پزشکی همان تکنیک را به کار می‌گیرد. بدین ترتیب

دانشجویان برای این‌که این تکنیک را هم در تحقیقات هم در عرصه عملی به کار گیرند، باید تحت تمرین‌های دارای نتیجه مثبت یعنی منجر به تقویت توانایی‌هایشان آموزش داده شوند و اگر چنین تربیتی صورت پذیرد، آموزش پزشکی بیش از آن‌که تکمیل تحصیلات محسوب شود، شروعی برای آن به حساب می‌آید.

در کالبد آموزش پزشکی، روح تحقیقات جریان دارد. فلکسنر معتقد است که قابلیت انجام تحقیق برای آموزش پزشکی امری حیاتی است چرا که این مسأله توجه پایدار امر تحقیق به مکانیسم‌های داخلی بیماری و مشکلات موجود مرتب بر آن می‌باشد که مشکلاتی که منابع تقریباً موثق تحقیقی برای پزشکان هستند. اگرچه فعالیت پزشکان باید صرف زمان لازم برای مراقبت از بیمار باشد و آنها نمی‌توانند تحقیق بنیادین فراوانی انجام دهند، اما خلق و خوی آنها توسط معلمانی مشکل‌گرفته است که خود را مجهز به لبه تیز علوم پایه می‌دانند که تحقیقات مستمر تسهیل می‌کند. این علوم معیدی از علم پزشکی را خلق کرده‌اند که کشیش‌های رده بالای آن دانشمندانی هستند که از روندهای پیشرفت بیماری پرده برمی‌دارند با اینکه بسیار مهم است که دیدگاه فلکسنر را بیش از حد ساده نینگاریم، اما به هر حال دیدگاه وی را مستلزم پیروزی خردگرایی بر تجربه‌گرایی است.

با تحولات به وجود آمده در علم مانند شناخت مکانیسم‌های بیماری، پزشکی بیشتر و بیشتر از بالین بیماری دور شد و با سرمایه‌گذاری روی آموزش پزشکی به عنوان امر بیرونی، تحقیق و محققین بعد از جنگ دوم افزایش یافتند، امری که به صورت عمقی دیدگاه فلکسنر را گسترش بخشیده است. خردگرایی امروز تفکر غالب (سنت ارتدوکسی) محسوب می‌شود. اکثریت عظیمی از پزشکان، دوره‌ای که در مراکز درمانی آکادمیک در حال تمرین هستند تحت نظر متخصصین قرار دارند؛ برنامه‌های آموزشی تحت سیطره شناخت مکانیسم‌های بیماری قرار دارد و اکثر آموزش‌های کلینیکی روی مکانیسم‌های بیماری تأکید می‌کند.

اپیدمولوژی بالینی و ظهور پزشکی مبتنی بر شواهد

اپیدمولوژی ظهور اپیدمولوژی بالینی در نیمه سوم قرن بیستم و در جواب تجربه‌گرایان به خردگرایان نمود یافت. ریشه‌های سنتی اپیدمولوژی در تأکید بقراطی بر روی انتشار بیماری در زمان و مکان و سنت تجربه‌گرا قرار دارد. در ۱۹۴۶، جان لست^{۲۲} از کاربرد اپیدمولوژی در [تشخیص] مشکلات بالینی صحبت کرد. این رهیافت توسط ساکت^{۲۳} در دانشگاه مک‌مستر، فینستین^{۲۴} در دانشگاه ییل^{۲۵} و دیگران در دهه‌ی ۶۰ و ۷۰ طی مجموعه‌ای از کتابها به عنوان مثال ساکت، فینستین و فلچر^{۲۶} و فلچر و واگنر^{۲۷} و مقالات مورد پردازش قرار گرفت. با طرح این بحث که اپیدمولوژی بالینی «علم بنیادین پزشکی بالینی» است، ساکت و دیگران رهیافت عمومی‌ای از اپیدمولوژی را اختیار کردند که با تعریف یک جمعیت مردمی مشخص و ارزیابی عواقب درمان، آنها را به مسایل بالینی بنیادین، یعنی نه فقط در مورد علت شناسی بلکه همچنین

در عرصه معالجه، تشخیص و پیش‌شناخت رهنمون می‌سازد. تأکید بر روی مسایل بالینی اهمیت مطالعات و بررسی نوع بشر را روشن می‌کند و روی پیامدهای بیمارمحور تأکید می‌کند. علاوه بر این، استفاده از متدهای اپیدمیولوژیک ارزشیابی‌های استاندارد شده‌ای (برآوردهای حیاتی) از وسعت طرح‌های مطالعاتی ممکن ساخت. این جنبش در دهه‌های مختلف و برحسب سلیقه مخاطبین گوناگون نام‌های مختلفی گرفت: ارزشیابی حیاتی در سه حوزه ادبیات، نتایج تحقیق و خطوط راهنمای عملی استفاده عبارت «پزشکی مبتنی بر شواهد» از دهه ۹۰ قرن ۲۰ برای نامیدن این حوزه عمومی‌از کار، شروع شد. ساکت عبارت مذکور را استفاده موشکافانه، آشکار و مدبرانه از بهترین شاهد موجود در تصمیم‌سازی درباره مراقبت از افراد بیمار معرفی می‌کند.^{۲۸} آنچه شاهد را می‌سازد، البته در ذهن بیننده (ناظر) قرار دارد، اما قلمروی که ساکت مدعی وجود آن شده است مطالعاتی روی نوع بشر بود که شامل برون دادهای بیمار-محور می‌شد. اگرچه پزشکی مبتنی بر شواهد تبیین‌های متفاوتی ارائه کرده است، اما یک رهیافت مشترک در این زمینه این بود که ادبیات قابل حصولی درباره مسایل خاص مدیریت بالینی را به طور خلاصه عرضه نماید. این رهیافت مشترکی است که تکنیک‌های متاآنالیز، ترکیبات آماری آزمون‌های مشابه برای تخمین دقیق‌تر درباره میزان تأثیر اطلاعات یا سایر متدهای استفاده رسمی سنتز آنها را شامل می‌گردد.

یک مثال خوب از پزشکی مبتنی بر شواهد رهیافتی است که اسلاسون و شوگنسی^{۲۹} اتخاذ کرده‌اند تا به بازبینی ادبیات بالینی قابل قبول در فعالیت پزشکان را بپردازند. آنها بین «شواهد بیمارمحور که ارزش بحث دارند»^{۳۰} و از لحاظ متدولوژیک شامل مطالعات وثیقی هستند که در مورد بیماران (که در قابلیت بیمار شدن همسان پزشکان معالج خود هستند) انجام می‌گیرد، و «شواهد بیماری‌محور»^{۳۱} یا شواهدی که به پاتوفیزیولوژی بیماری با استفاده از علایم بیوشیمیایی به عنوان برون دادها مربوط است، تمایز قابل شده‌اند: نقدی که به تحقیق پزشکی بیوشیمیایی سنتی وارد است، نقدی ریشه‌ای است؛ اکثریت عمده آثار چاپ شده پزشکی در گستره‌ی شواهد بیماری‌محور قرار می‌گیرد. این رویکرد مجموعه‌ای از مجلات را که تولیدات نوینی برای فعالیت پزشکان هستند در برمی‌گیرد و توسط نویسندگان ژورنال پزشکی بریتانیا^{۳۲} در مقام اهمیت، به عروسک گوسفندنا تشبیه شده است.

پزشکی مبتنی بر شواهد به عنوان جریانی که می‌خواست فراتر از مسئله مدارا یا دشمنی با متخصصان بالینی عمل کند واکنشی نشان داد که بسیار تند بود. فحوای کلی این بحث را در شرحی که توسط یک متخصص بالینی بریتانیایی نوشته شده است می‌توان دید:

طلوع پزشکی مبتنی بر شواهد یکی از مشخص‌ترین پدیده‌های عرصه صحنه سلامتی بریتانیا طول دهه ۹۰ قرن ۲۰ بوده است. هبوط پزشکی مبتنی بر شواهد کاملاً متفاوت است؛ چرا که این موضوع مستلزم یک هبوط شبه‌الهیاتی از موهبت‌الهی است. فقدان یکپارچگی کلینیکی، علمی و

آموزشی، حتی رسیدن به نقطه سقوط به «حالت گناه»^{۳۳} اگر جست‌وجو و چسبیدن به قدرت، آنهم به هر قیمتی گناه در نظر گرفته شود). این انحطاط اخلاقی - در جریان اتفاقات - و مرتبط با جریان‌های به وسیله فقدان ثبات، درآمد و قدرت را به دنبال خواهد داشت، پی‌گیری خواهد شد. اگرچه، پزشکی مبتنی بر شواهد حالا که مثل یک گره در ذهن سیاستمداران و مدیران درآمده است، سعی کرده است خود را از این حالت رها سازد...

در راستای هدف بحث ما، تأکید بر روی پزشکی مبتنی بر شواهد یک رنسانس تفکر «تجربه‌گرا» را معرفی می‌کند که در قالب زبان مدرن ریخته شده است. مسأله کلیدی اپیدمیولوژی و اپیدمیولوژی کلینیکی - با احتساب انحراف و شانس - یک درمان مدرن با ابزارهای تحلیلی مدرن و متعلق به مسأله محوری تجربه‌گرایان را معرفی می‌کند: چگونه شخصی از طریق تجربه آموزش می‌پذیرد؟ چگونه شخصی بین انحراف و شانس جدایی‌ناپذیر می‌شود؟ چیزی که اکنون در پزشکی در شرف اتفاق است جنگ بین کسانی است که برای عده‌ای از آنها مکانیسم‌های بیماری بهترین نوع شواهد لازم را می‌سازند، شواهدی که برای تصمیم‌گیری در مورد آنچه به لحاظ بالینی باید انجام داد لازم هستند و عده‌ای که فکر می‌کنند که نتایجی که به درستی تحلیل شده نقش محوری در این تصمیم‌گیری را دارند.

تنش بین خردگرایی و تجربه‌گرایی اختلاف‌نظرهایی در سطح سیاست‌های جاری و در سطح مقاصد نادرست شخصی را روشن می‌سازد به جهت وجود همین تنش، من با بحث علیت شروع خواهم کرد چراکه این امر اغلب به عنوان زمینه اصلی جنگ و جدل بین دو جهان‌بینی مذکور مطرح است. از منظر خردگرایانه علت بیماری در سطح سلولی شروع می‌شود یعنی با تغییرات کوچکی در سلول که بیماری و پیشرفت آن را سبب می‌شود. به لحاظ تاریخی چنان‌که ما آن را لحاظ کرده‌ایم، علت بیماری نسبتاً ساده بود؛ یعنی یک عدم تعادل در طبایع انسانی. فهم مدرن ما از مکانیسم‌های (برای مثال منجر به سرطان) ممکن است ریشه‌های ساده‌ای داشته باشد (به عنوان مثال تشعشع خارجی) هرچند که این فهم در طی اتفاقات پیچیده‌ای که واسطه ایجاد آن بوده، بدست آمده است. علاوه بر این نزد افکار عمومی یعنی بین بیماران و پزشکان آنها غیرمعمول نیست که باورهای ساده و قدرتمندی درباره عوامل خاص و تأثیرات این عوامل در بیماری وجود داشته باشند. در تضاد با این جریان، نظر یک تجربه‌گرا این است که بیماری‌ها چند عاملی هستند و ممکن است در زمینه‌های گوناگون اشکال متفاوتی داشته باشند.^{۳۴} این اختلاف در فهم، علت و منشأ بسیاری از اختلاف‌نظرها درباره علت بیماری چه در سطح سیاسی و چه در سطح مقاصد نادرست شخصی است.

ایمپلنت‌های سیلیکونی پستان

مناقشه‌هایی که پیرامون ایمپلنت‌های سیلیکونی پستان صورت می‌گیرد نمونه‌ای از چگونگی تأثیر این تنش (بین خردگرایی و تجربه‌گرایی) را در سطح افکار عمومی نشان می‌دهد. اگرچه سایر

مقالات مطرح در این کنفرانس ممکن است این تنش را در بیشتر مرکز توجه همگان قرار دهد اما با این حال ارائه یک نوشته مختصر در این زمینه ارزشمند است. برای سال‌های زیادی نگرانی‌هایی وجود داشت که ایمپلنت‌های سیلیکونی عوامل خطرناکی در ایجاد بیماری‌های دستگاه ایمنی به خصوص^{۳۵} محسوب می‌شوند. البته این خطر سایر بیمارهای دستگاه ایمنی را نیز دربر می‌گیرد. ایمپلنت‌های سیلیکونی که در زمینه‌های مختلف پزشکی استفاده شده‌اند که در تزریق انسولین و سایر موارد کابر دارند. اما عموماً بیشتر استفاده از آن در ساخت ایمپلنت‌های سیلیکونی پستان [مصنوعی] برای زن است که بعد از جراحی مربوط به سرطان پستان یا به خاطر دلایل صرفاً مربوط به زیبایی احتیاج به بازسازی فرم سینه خود دارند. این مبحث بسیار مناقشه برانگیز است. مناقشه‌ای که آتش آن توسط دادخواهی‌هایی که در دادگاه‌ها اقامه می‌شود، شعله‌ور می‌گردد و این آتش به همان اندازه‌ای است که جدال‌های علمی می‌توانند آن را شعله‌ور کنند.

قاضی دولت‌فدرال و سرپرست همه موارد مربوط به ایمپلنت‌های پستانی با ژل سیلیکون پُر شد. یک گروه بی‌طرف از متخصصان را به طور رسمی جهت بازبینی شواهد منصوب کرد. این گروه که توسط دکتر هولکا از دانشگاه کارولینای شمالی هدایت می‌شد، یک فرآیند تحلیل^{۳۶} رسمی از مطالعات مربوط به ارتباط بین ایمپلنت‌های پستانی و بیمارهای دستگاه ایمنی انجام داد.^{۳۷} چنان‌که جدول شماره یک نشان می‌دهد، آنها هیچ رابطه منطقی‌ای بین ایمپلنت‌های پستانی سیلیکونی و گستره وسیع بیماری‌های مختلف ایمنی نیافتند. علاوه بر این، آنها با استفاده از تکنیک‌های استاندارد سنجش میزان عرضه ایمپلنت‌ها به جامعه، چنین نتیجه‌گیری کردند که ایمپلنت‌های پستانی کمترین تأثیر بر روی بی‌نظم‌های شبکه ارتباطی در حال پیشرفت زنان دارد. سر دبیر مجله^{۳۸} در حالی که می‌خواست نظری اجمالی بر این بحث داشته باشد، این پرسش بدیهی را پرسید: «چه زمانی دانش برنده خواهد بود؟»^{۳۹} دانشی که او مد نظر داشت، دانش تجربه‌گرا بود. واکنش عمومی به مطلب او تند بود. اولین رساله منتشره در پاسخ به هیأت تحریریه آن مطبوعه، در مورد اینکه چه نوع دانشی به کار می‌رفته است به صورت موجز چنین اظهارکرد: من به عنوان یک استاد و دانشمند آکادمیک زیست‌شناسی، در این مقاله طولانی استانداردهای لازم علمی را ندیدم، استانداردهایی که از یک مجله علمی انتظار می‌رفت. باور پذیری چنین مقاله‌ای به خاطر توجه همه جانبه‌ی پیکره‌ای جسم (که به لحاظ علمی دارای اطلاعات درست است) نسبت به میزانه بیش از حد ناکامی ایمپلنت‌ها، (هم‌اکنون میزان مواردی تقریباً بعد از ۸ سال جراحی منجر به فتق و تراوش بسیار زیاد سیلیکون شده است، ۵۰٪ تخمین زده می‌شود)، از بین رفته است. این ناکامی فساد پوسته و ژل سیلیکونی داخل ایمپلنت در اثر مرور زمان، درد و از شکل افتادگی ناشی از انقباض کپسول فیبری^{۴۰}، التهاب مزمن به دلیل واکنش سیستم ایمنی، فاگوسیتوز (بیگانه‌خواری) ذرات ریز سیلیکون توسط سلول‌های ماکروفاژها و سلول‌های بسیار بزرگ و گسترش سیلیکون در سرتاسر بدن را شامل می‌شود.^{۴۱}

بدین ترتیب اینجا اینکه باید چه نوع علمی برای نشان دادن رابطه علی و معلولی استفاده شود مورد بحث قرار گرفته است. آنچه آنجل به عنوان علم تعریف می‌کند، اپیدمولوژی مدرن است که بازبینی دقیق انواع گوناگون مطالعاتی در مورد ارتباط بین عرضه ایملنت و بیماری منتسب به آن را در موقعیت‌های مختلف در بر می‌گیرد. بعضی از گزارش‌های منتشر شده با روش‌های اپیدمولوژیک به کار رفته توسط هولکا و همکارانش در تضاد است؛ اینگونه گزارشات در تمرکز بر روی عواقب بیماری با هولکا موافقتند؛ مثل که این مورد در سنت تجربه‌گرا بسیار معمول است. در عوض، آن‌چه گولدربرگ به عنوان علم تلقی می‌کند، علوم زیستی پزشکی مدرن هستند. هر مثالی که او می‌زند، بیشتر بازتاب دهنده یافته‌هایی درباره مکانیزم‌های ممکن بیماریست تا نتایج آن.

بازبینی دقیق

مثالی دیگر از تنش بین جهان‌بینی عقل‌گرایانه و تجربه‌گرایانه بر روی مسئله نشان دادن رابطه‌ی علی و معلولی به این صورت است که کنفرانس‌ها و دیگر اقدامات سنجش میزان مرگ و میر و گسترش بیماری در جامعه چگونه عمل می‌کنند. چنین کنفرانس‌هایی، ویژگی معمول اقدامات آکادمیک است. با اینکه که شکل دقیق آنها بنا به خصوصیات و موقعیت‌های گوناگون تغییر می‌کند، هدف کلی آنها بررسی مرور عواقب بد بیماری یا همان مرگ است. نوعاً در [مقالات ارائه شده در] این کنفرانس‌ها تمرکز بر روی یک بیمار خاص است؛ در این مورد تا سر حد امکان اطلاعات لازم جمع‌آوری می‌شود تا به جریان طبیعی یک بیماری و تأثیر تصمیمات بالینی پی‌برده شود. در عمل و تا حد زیادی در طراحی ذهنی، درک از اصل علیت به این گرایش دارد که بر روی مکانیزم‌های بیماری تمرکز کند و نسبتاً، با توجه به تأثیر تصمیم پزشکی، ساده باشد.

کنفرانسی مربوط به بیماری‌ها و مرگ و میر دوران جنینی و مرگ و میر ماه اول تولد هم در نوع خود می‌تواند مثالی باشد. در این مورد، مرگ جنین به خاطر قطع ناگهانی جفت - قطع پیش از موقع جفت - در هفته‌های ۲۵ و ۲۶ دوران جنینی بحث برانگیز بود. در موردی خاص مادر که جوان بوده است، روزانه حدود یک بسته سیگار می‌کشید. وضع حمل را با درد شدید و خونریزی به پایان رسیده‌است، اندکی پس از آن، جنین را مرده می‌میرد که دلیلش قطع جفت یا جدایی جفت از دیواره‌ی رحم بود. پرسش این است که در آیا این مورد می‌توانستیم از مرگ جلوگیری کنیم. بعد از کنکاش و بحث بیشتر گروه معالج به این نتیجه رسید که مرگ قابل پیشگیری بوده است و متهم اصلی سیگار کشیدن در نظر گرفتن شد اینکه پزشک زایمان در قبال عدم هشدار به بیمارش در مورد سیگار مسئول است. در حالی که ممکن است در کنفرانس مرگ و میر و نسبت بیماری در جامعه ارزشی به عنوان یک مصیبت (تنبیه) برای پزشکان وجود داشته باشد، اینچنین انتسابی به اصل علیت - رخدادی که باعث به وقوع پیوستن سایر رخدادها می‌شود - در زمینه‌های که واقعاً

در آن اطلاعات اندک بالینی شناخته شده نسبتاً سطحی است.

پزشکی مدرن: درمان

یکی از کمک‌های عمده‌ی اپیدمیولوژی بالینی، درک این مطلب بوده که اصل علیت یکی از مسائل پایه‌ایست که فقط تکنیک‌های اپیدمیولوژیک در خور پاسخ دادن به آن هستند. در بین مسائل بالینی، این بحث درمان است که اغلب به عنوان موضوع مورد بحث مطرح است و تنش موجود بین مکانیزم‌های بیماری و عواقب بیماری را باز می‌تاباند. در اینجا یک سؤال مرسوم وجود دارد: «کدام درمان، خاص‌تر بخش‌تر است؟» در عمل، اغلب از درک مکانیزم‌هایی بیماری پاسخ‌هایی ایجاد می‌شود که در مقابل آنها پاسخ‌های پیشنهادی نتایج آزمایشات بالینی قرار دارند، وجود دارند. مثالی کمبود خون در عضله‌ی قلب به علت انسداد سرخرگ‌ها توسط کلسیم بالا که قبلاً هم ذکر شد یکی از موارد مورد بحث است؛ دیگر مجادله‌های اخیر او عین دارودرمانی برای بیماری افسردگی (مهارکننده‌های بازجذب سرتونین در مقابل ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای) و معالجه نشانه‌های بیماری افراد مبتلا به بیماری مزمن ریوی (آلبوتروپول در مقابل آتراوانت)

سیاست‌های بالینی: ترومبولیز برای سکتها

تصمیمات مربوط به درمان می‌توانند اغلب به ماورای بیماران مجزا دلالت کند. چون بسیاری از درمان‌های در حال تکوین معانی وسیعی برای عموم و برای سازمان ارائه دهنده سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی دارند. یک مثال از این مورد، ترومبولیز برای سکتها است. تقریباً ۱۵ سال است که برای افراد مبتلا به بیماری‌های یک استراتژی درمانی معمولی در درمان انفارکتوس قلبی پیش گرفته شد. این استراتژی تجویز دارو برای انحلال (حل کردن) لخته‌ی درون رگ‌های کرونر می‌باشد که انفارکتوسی قلبی در آنها رسوب می‌کند. این داروها حداقل به طور موقت، در حفاظت از عضله‌ی قلب یا همان میوکارد مفید بوده‌اند. شماری از مراکز با گسترش و تعمیم این روش به بیمارهای مغزی و حمله‌های شدید منجر به پارگی رگهای مغزی در حال جست‌وجو و کشف معالجه حمله‌های مغزی بوده‌اند که همین لفظ معالجه‌ی حمله‌های مغزی را برای بازاریابی و عرضه‌ی این روش به عموم به کار می‌برند.

بحث موافق ترومبولیز در اساس خود دارای دلایل پاتوفیزیولوژیک است. بسیاری از حمله‌های مغزی به دلیل ایجاد لخته در رگهای خونی که به مغز می‌روند رخ می‌دهند به این ترتیب که لخته، خون رسانی به قسمتی از مغز را متوقف می‌کند و آن قسمت از مغز هم بدون اکسیژن، بی‌شک آسیب خواهد دید. داروهای تجویزی که هومورها (خلط) را اصلاح می‌کنند. در این مورد لخته را حل می‌کنند. امکان جلوگیری از آسیب حتمی به قسمت‌هایی از مغز را ارزانی می‌دارند. از نقطه نظر تجربی ما مطلب کلیدی این است که آیا اصلاً این‌گونه عوامل (داروها) مؤثر می‌افتند، آیا از حمله‌ها جلوگیری می‌شود یا حد و اندازه‌ی آنها به گونه‌ای محدود می‌شود که وضعیت

عملکرد، کیفیت زنده بودن و بقا رو به بهبودی بگذارند؟

سرمایه‌گذاری در این مورد بسیار زیاد بوده است. داروی تجویزی بسیار گران است مثلاً هر روز ۲ تا ۳ هزار دلار و اگر این جزوی از استانداردهای مراقبتی شود، به این معنی خواهد بود که سطح وسیعی از آگاهی عمومی به مبارزه خواهد برخاست و در سیستم حمل و نقل فوریت‌های پزشکی تغییراتی به وجود خواهد آورد. جدول ۲، آزمایشی را که محرک‌ها و انگیزه‌های مادی‌ای آماده‌کننده زمینه‌های حمله‌ی مغزی خلاصه می‌کند. تعداد ۶۲۴ بیمار به طور تصادفی برای ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای یا استفاده از داروی کاذب انتخاب شدند، مشروط به این‌که جواب توموگرافی کامپیوتری آنها منفی بوده و در کمتر از سه ساعت علائم بیماری را نشان می‌دادند.

آزمایش به خوبی انجام شد در حالی که عواقب مهم مربوط به بیمار را مورد ملاحظه قرار می‌داد، یعنی خونریزی‌های بلافاصله بعد از آن، بقا و سلامتی عمومی و نتایج عملکردی در طول سه ماه ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای باعث افزایش خونریزی‌های حاد می‌شود اما علی‌رغم این مطلب، یک گرایش به وضع عملکردی و پایداری بهتر هم در ظرف مدت سه ماه با چهار مقیاس و اندازه‌ی عملکردی متفاوت ایجاد می‌کند. من نتایج را در غالب اصطلاح «تعداد افرادی که به درمان نیاز دارند»^{۴۲} بیان کرده‌ام. نتایج این آزمایش برای افراد بین ۸ تا ۱۰ سال شگفت‌انگیز و مهم است

علی‌رغم اشتیاق و میل فراوان نسبت به آزمایشات، متأسفانه تصور آن هم کار ساده‌ای نیست. جدول شماره دو دیگر آزمایشات کلینیکی عمده در مورد انحلال لخته که به طور تصادفی انتخاب شده‌اند را به طور خلاصه می‌کند، بوسیله تعداد بیماران، دارو، مدت علائم و عواقب آن بیماری نشان می‌دهد. آنها از نظر زمان بندی و میزان دارو که عوامل مهمی هستند، متفاوتند. اما از این نظر که نتایج ضعیفی دارند شگفت‌انگیزند. فراتر از این، از لحاظ بالینی، تجربه‌ی بالینی انحلال لخته مطالب مهم گوناگونی را به علاوه تأثیراتشان مورد تأکید قرار داده است. برای مثال، در یکی از آزمایشات بزرگ، کمتر از چهار درصد بیماران معرفی شده به بیمارستانهای تحقیقی واجد شرایط بودند، دلیل عمده منع از شرکت آنها تأخیر در معالجه‌ی که بیشتر از سه ساعت طول می‌کشید بود. شناسایی علائم استفاده‌ی مقدار داروی مؤثر انجام توموگرافی کامپیوتری و سپس ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای زمان زیادی می‌برد. به علاوه در یک مطالعه‌ی ثبت‌شده از یک مرکز مطالعاتی حمله‌های مغزی گمان می‌رفت که ۱۹ درصد از بیماران در همان بدو امر دچار حمله شده بودند که در پایان متوجه شدند که این‌گونه نبوده است، اکثر آنها در حالت پیش حمله‌ای قرار داشتند یا دچار اختلالات متابولیک و یا مبتلا به تومور بوده‌اند.

مورد انحلال لخته این مطلب را به تصویر می‌کشد که تنش و ارتباط بین مکانیزم بیماری و مکتب تجربه‌گرایی به دلیل نسل تازه‌ای از معالجه در جامعه‌ی ما به پایان می‌رسد. این امر از درک مکانیزم

بیماری سرچشمه می‌گیرد؛ این نظریه از سوی بازرسان، صنایع و مراکز آکادمیک پزشکی با ترتیب دادن یک آزمایش بزرگ در سطح فدرال که خود تصدیقی است بر ارزش مکتب اصالت تجربه، حمایت می‌شود. با یک آزمایش و با تبلیغات وسیع، این معالجه علی‌رغم بسیاری دغدغه‌ها در مورد مؤثر بودن آن، در حال تبدیل به حد استانداردهای مراقبتی می‌باشد و از آن‌جا که اتفاقات نامساعدی هم در این زمینه رخ می‌دهد، اسناد کافی مبتنی بر مخاطره آمیز بودن آن و عمل نکردن داروها وجود دارد.

چگونه درمان بهینه برای یک بیمار را انتخاب کنیم

اغلب، انتخاب یک درمان مناسب برای یک بیمار مشخص مورد بحث است. افراد مشتاق و موافق پزشکی مبتنی بر شواهد بحثشان این است که بهترین تخمین درباره پاسخ مشخص به درمان، همان پاسخ میانگین یک گروه به آن درمان است. برعکس، پزشکان بالینی که چشم‌انداز سنتی به قضیه دارند بر اهمیت استفاده از آنچه در مورد پاتوفیزیولوژی شناخته شده است - تا با کمک آن در مورد درمان تصمیم‌گیری شود - تأکید دارند. هر دوی این نقطه نظرها محدودیت خود را دارند. درک ما از پاتوفیزیولوژی در موارد مشخص بسیار محدود است. این همان چیزی است که فعالیت مبتنی بر شواهد می‌تواند آن را تصدیق کند. برای بسیاری مسائل بالینی، اطلاعات بالینی با کیفیت خوب در دسترس وجود ندارد. تعمیم اطلاعات، مخصوصاً تعمیمی که از تحلیل و بررسی زیرگروه‌های آزمایشات بالینی صورت می‌گیرد، مخاطره آمیز است، و میزان کار لازم برای این‌که مدام اطلاعات به‌روز داشته باشیم نیز به نوبه خود یک مانع و مرز عملی دیگر [در راه کسب اطلاعات دقیق‌تر] ایجاد می‌کند.

پزشکی مدرن: تشخیص

مسایل بنیادین بالینی باقی مانده، یعنی تشخیص و پیش‌شناخت در مرکز توجه اولیه‌ی سنت‌های تجربه‌گرایانه یا عقل‌گرایانه قرار ندارند. با این وجود، تنش ارتباط بین سنت‌های مذکور خود، در اینکه آنها در عصر مراقبت‌های بالینی مدرن چگونه مورد خطاب واقع می‌شوند، به نقطه اوج خود می‌رسد.

حالت کلاسیک تشخیص (دیاگنوسیس) که به رویکرد عقل‌گرایانه سنتی تعلق دارد حالتی از یک بازشناخت^{۴۳} الگوی والا است؛ بازشناخت علائم و نشانه‌هایی که تجلی خارجی یک بیماری داخلی هستند که دلیل آن شناخته شده است. بقراتیان بر این ویژگی‌های کلیدی بیماری‌های خاصی تأکید می‌کنند، از جمله مالاریا که هر سه یا چهار روز با تب همراه است و تأکید آنها بر ویژگی‌های مشترک ثابت این بیماری‌ها در هر کجا که دیده شوند، می‌باشد. یک اظهار نظر مدرن عالی از این مورد توسط ویک^{۴۴} در یکی از کتاب‌های درسی عصب‌شناسی آمده است^{۴۵}.

برعکس، استدلال تشخیص در بسیاری زمینه‌های بالینی احتمال‌گرایانه است و تأثیر بافت اجتماعی در برگزیده شخص استدلال‌کننده را (شیوع بیماری در یک زمینه خاص) منعکس می‌کند. یک مثال عالی، اجرای تست‌های تشخیص در جوامع مختلف است. یکی از بهترین تست‌های تشخیصی ممکن در پزشکی بالینی، تست تشخیص ثناب است که دقت و حساسیت بالای ۹۹ درصد دارد. اجرای چنین تست تشخیصی هنوز به طور شگفت‌آوری به شیوع بیماری در جامعه‌ی مورد تست وابسته می‌باشد. بدین ترتیب، یک تست مثبت در کاسترو یکی از بخش‌های سان‌فرانسیسکو که در آن‌جا بیماری شیوع بالایی دارد، تقریباً همیشه یک مثبت واقعی^{۴۶} است. پیش‌بینی نتیجه مثبت، تقریباً صد درصد درست است، اگر جواب تست شخصی مثبت باشد، می‌تواند خیلی راحت آن تست را با عنوان تقریباً حتمی در نظر بگیرد. به هر حال، برای یک بیمار در منطقه‌ی روستایی کارولینای شمالی با شیوع به مراتب کمتر بیماری، احتمال یک تست مثبت کاذب بسیار بالاست، آن هم به میزان ۵۰ یا ۶۰ درصد که بستگی به آن جمعیت دارد. تست یکی است اما در جوامع متفاوت، به طور متفاوت اجرا می‌شود.

مقایسه‌ای که این‌جا می‌خواهم مطرح کنم، بین دو حالت تشخیص است. یکی بازشناخت نمونه‌ای که به آبا و اجداد عقل‌گرا گوش فرا داده که تأکید بر این است که یک دلیل مشخص برای یک بیماری وجود دارد یعنی یک فرآیند یک مرحله‌ایست و مستقل از جا و مکان است. دیگری که از تبار تجربه‌گرا سرچشمه می‌گیرد، چارچوب ریاضیاتی مدرن‌دارد و به بافت اجتماعی وابسته است. تفاوت بین این چشم‌انداز، از نظر خدمات بالینی، اختلاف نظرهای بسیاری بین پزشکان، شاهدان حرفه‌ای و سیاست‌گذاران دامن می‌زند.

ارزش معاینه دسته جمعی: ماموگرافی پستان زنان بین ۴۰ تا ۵۰ سال

مناقشات راجع به معاینه‌ی رایج دسته جمعی مثالی دیگر از ارزش‌گذاری متفاوت بر انواع مختلف شواهد است ماموگرافی دسته‌جمعی رایج از پستان زنان ۴۰ تا ۵۰ ساله به شدت مباحثه‌برانگیز است.

جامعه‌ی سرطان آمریکا به مدت بیش از یک نسل معاینه دسته جمعی اولیه را برای همه‌ی انواع سرطان‌ها پیش‌برده است. بر طبق صلاح‌دید هیئتی غیررسمی از کارشناسان، یک سری پیشنهادات برای معاینه دسته‌جمعی ارائه شده و که از آن جمله انجام معاینه پیش‌گیرانه دسته‌جمعی، معاینه به دفعات زیاد، معاینه تا حد امکان میننان نام برد.

این نظریه‌ی جامع بر اساس اصول پاتولوژیک است: سرطان‌ها گسترش می‌یابند، اگر کسی به موقع متوجه سرطان شود. زیاد گسترش نیافته است و معالجه توسط برداشت و حذف بافت سرطانی، محتمل‌تر است. در مورد سرطان پستان این مطلب به یک پیشنهاد برای معاینه دسته جمعی در مرد همه‌ی زنانی که ۵۰ سالگی را شروع می‌کنند نهیده می‌شود.

برعکس، از نقطه نظر تجربی، تعدادی سازمان، حدود ۲۵ سال است که تلاش کرده‌اند تا سیاستگذاری مبتنی بر آنچه آزمایشات نشان می‌دهند داشته باشند. نیروی کار خدمات پیشگیرانه ایالات متحده^{۴۷} براساس کارها و مطالعات پاول فریم^{۴۸} و همچنین مطالعات نیروی کار کانادا در مورد آزمایشات دوره‌ای، معیار مشخصی برای بازدید و بررسی خدمات پیشگیرانه بالینی ترتیب داده است. این معیارها شامل ظرفیت تحمل رنج و درد، ویژگی‌های تست (حساسیت، دقت و عوارض جانبی) و به خصوص شواهد مربوط به تأثیرگذاری آن می‌باشند؛ مثلاً تأثیر بر میزان گسترش بیماری یا مرگ‌ومیر نشان داده شده در مطالعات بالینی. در مورد معاینه دسته‌جمعی سرطان پستان بین زنان ۴۰ تا ۵۰ سال، نتایج آزمایشات بالینی با حداقل یک آزمایش عمده موفق انجام شده که مزیتی برای معاینه دسته‌جمعی نشان نمی‌دهد در هم آمیخته شده است. در نتیجه، در آخرین ویرایش مجله نیروی کار خدمات پیشگیرانه ایالات متحده برای معاینه دسته‌جمعی سرطان پستان درجه‌ی سی قائل شده است بدین معنی که مدرک و دلیل محکمی، معاینه‌ی دسته‌جمعی را حمایت نمی‌کند. در حالی که این پیشنهاد خاص ممکن است از لحاظ اطلاعات اخیر - که مدت زمان بیشتری را برای انجام آزمایشات قائل می‌شوند - تغییر کند، چنین پیشنهاداتی، به خاطر این که بُرد جمعیتی معاینه‌ی دسته‌جمعی برای ۴۰ تا ۵۰ ساله‌ها خیلی کم است، بسیار بحث‌آفرین باقی می‌مانند.

فرآیند و سبک پیشنهادات، جامعه سرطان آمریکا^{۴۹} و بسیار متفاوتند اما بحث عظیم عمومی در مورد این جدال فکری نتیجه‌ی رویکردهای بنیادی متفاوت به شواهد و دلایلی بوده است، رویکردهایی که جهان‌بینی‌های دنیای تجربه‌گرایانه و عقل‌گرایانه بازمی‌تاباند، که با حالت شدید عاطفی، بیماری را برای بسیاری از زنان و خانواده‌های آنها شرح می‌دهند.

پزشکی مدرن: پیش‌شناخت

تنش بین عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی، اضافه بر مسایل فوق از این مسئله که چگونه پزشکی مدرن، پیش‌شناخت را مورد خطاب قرار می‌دهد، خبر می‌دهد به موازات مسأله‌ی علیت، درمان و تشخیص، پیش‌شناخت یکی از مسائلی پایه‌ای پزشکی بالینی است یعنی بدون دانش پیش‌شناخت، انتخاب درمان مشکل است. جهان‌بینی عقل‌گرایی، به هر حال، تمرکز اولیه خود را بر رابطه‌ی علت و معلولی بیماری قرار می‌دهد؛ این که بعداً چه اتفاقی می‌افتد از لحاظ پیشرفت (توالی) علائم بیماری، میزان گسترش بیماری و مرگ‌ومیر، از اهمیت کمتری برخوردار است، در عوض سنت تجربه‌گرایی همیشه بسیار بیشتر مراقب خصوصیات تاریخ طبیعی بوده است.

چیرگی جهان‌بینی عقل‌گرایی به همراه اصرارورزی نوع آمریکاییان بر معالجه‌ی هر چه سریع‌تر، در ادبیات پزشکی منتشر شده و عدم توجه کافی آن به پیش‌شناخت منعکس شده است. با کمک دیگر همکاران به مدت یکسال کامل همه‌ی مقالات در مورد ذات‌الریه بررسی کردیم. ما ذات‌الریه را با «عنوان موضوع پزشکی»^{۵۰} را انتخاب کردیم چون بیماری بسیار رایجی است و برای افراد

بالای ۶۵ سال، یکی از عوامل اساسی مرگ و میر تلقی می‌شود. ما در مجموع ۱۱۴۷ مقاله را بررسی و مطالعه کردیم؛ همانطور که نمودار سه نشانی می‌دهد، مقالات در مورد پیش‌شناخت بسیار اندک بودند و نسبت به مقالات مربوط به معالجه خیلی کمتر مرسوم و رایج بودند. با منعکس کردن گرایش شرکت‌های سرمایه‌گذار نشان داده شد که تعداد بسیار کمی از آن مقالات توسط منابع دولتی سرمایه‌گذاری شده بود. عدم توجه به پیش‌شناخت از قلمت توجه به تحقیق ریشه‌دارتر است، این نکته، همچنین مربوط است به پیوند بین تشخیص و پیش‌شناخت، همان‌گونه که فینستین بحث می‌کند، به طور آرمانی باید اصطلاح شناسی تشخیصی شامل بخش‌هایی از پیش‌شناخت باشد. برای مثال، باید یک پیوند قوی بین مرحله‌ی اول سرطان و پیش‌شناخت برقرار باشد یعنی مرحله‌ی اول سرطان باید طولانی‌تر از مرحله‌ی دومی آن باشد و الی آخر. به هر حال، اغلب مکانیزم‌های مرحله‌بندی مورد استفاده ما در واقع مربوط است به پاتولوژی یعنی سرطان را بیشتر به عنوان امر گسترش‌یابنده از طریق بافت‌های ویژه در نظر بگیریم تا امری مربوط به پیش‌شناخت. رنسانس مکتب تجربه‌گرایی به بازگشتی مؤکد به پیش‌شناخت در سازمان‌های مراقبت‌های بالینی منتهی شده است؛ یک مثال فوق‌العاده در این مورد، گسترش راه‌های مراقبت بالینی براساس پیش‌شناخت است. بیش از ده سال است که این روش‌ها در بیمارستان‌ها به عنوان راهی برای استاندارد کردن و بهبود کیفیت مراقبت‌های بالینی گسترش یافته‌اند. مهار درد قفسه سینه برای ما می‌تواند یک مثال باشد، به طور سنتی ارزیابی بیمارستان از درد قفسه سینه بر تشخیص این نکته متمرکز بود که آیا انفارکتوس قلبی (میوکاردیال) وجود داشته یا خیر، این ارزیابی بر اساس تلفیقی از آنزیم‌های قلبی، الکتروکاردیوگرام (نوار قلب) و تجهیزات بالینی واقع بود؛ بازشناخت عدم هماهنگی و تعادل هومورها (خلط‌ها). از پنج سال پیش تاکنون رویکرد تازه‌ای به تشخیص انفارکتوس‌های قلبی تشریح و ارزیابی شده است. این آزمایش تازه، بوسیله ارتباطش به پیش‌شناخت توجیه می‌شد. به علاوه، اغلب روش‌های بالینی برای درد قفسه سینه همانند اصول سازمانی مرکزی خود دارای پیش‌شناخت هستند که بر تفکیک موارد مشخص با ریسک پایین از موارد با ریسک بالا تأکید می‌کنند و نه مستقیماً بر جدایی حضور یا عدم حضور انفارکتوس قلبی. از این رویکرد در طیف گسترده‌ای از خدمات بالینی استفاده می‌شود، برای نوجوانان تب‌دار گرفته تا سالخورده‌گان رنجور و آسیب‌پذیر.

این مقاله ترجمه‌ای است از:

**** Different Ways of Thinking : Rationalism and Empiricism in Modern
Medicine Warren Newton,
departmane of Family Medicine, University of North Carolina, November 11, 2000

1. Calcium channel blocker
2. Beta blocker
3. Silent ischemia
4. Flexner
5. Bauw 1972
6. Evidence Based Medicin(EBM)
7. Galen
8. Thessalos
9. Drakan
10. major 1955
11. Humours
12. ibid
13. prioveschi 1996
14. Celsus
15. ibid
16. Multi-factorail
17. allopathic
18. Herbalism
19. Koch
20. Lister
21. John Hopkins
22. John last
23. Sackett
24. Feinstein
25. Yale
26. Fletcher
27. Wagner
29. Sackett 1996
30. Slawson & Shaughenessy
31. Patient Oriented Evidence that Matters
32. British Medical Journal
33. Disease Oriented Evidence
34. State of Sin
35. Rothman
36. Meta -analys



38. New England of Medicine

39. Angell, 1992

40. Fibrous

41. Goldberg. 1996

42. Number Needed To Treat

43. Recognition

44. Vick

45. Vick 1986

46. true positive

United states preventive services task force :USPTF 47.

48. Paul Frame Cancer Society

49. American

50. Medical Subject Headings



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی