

اخلاق پزشکی و چارچوب فکری طب

شهرام رفیعیان^۱

چکیده

شکل کارکرد بالینی پزشکان مبتنی بر یک چارچوب فلسفی است. در پزشکی مدرن غربی مدل زیست‌مکانیکی به‌عنوان زیر بنای تحقیق، آموزش و درمان انتخاب شده است. در این مقاله تلاش من بر این است که نشان دهم پیش‌نیاز ایجاد اخلاق در متن عمل در پزشکی، بازنگری در فهم وجود بشری به‌عنوان موجودی زیست‌مکانیکی است و در عوض باید مدلی جامع‌تر جایگزین شود که حتی المقذور، همه‌ی ابعاد انسانی را لحاظ کند. از دیدگاه فون فورستر، برای دست یافتن به اخلاق در متن زندگی به دو ابزار نیاز داریم: گفت‌وگو و متافیزیک. صرفاً در پارادایمی که پزشک به زیست جهان بیمار توجه دارد گفت‌وگو شکل می‌گیرد و سؤالات متافیزیکی مورد بحث قرار می‌گیرند. این بدان معناست که همان‌طور که عام‌گرایان و خاص‌گرایان بر این نظر متفق هستند، برای تصمیم‌گیری درست اخلاقی ادراک زمینه‌ی مسأله‌ی اخلاقی اهمیت کلیدی دارد. بنابراین، نیاز به چارچوب فلسفی جایگزینی برای بهبود اخلاقیات در پزشکی احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: مدل زیست‌روان‌اجتماعی، مدل زیست‌مکانیکی، آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی

^۱ پزشک عمومی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ساختمان مرکز توسعه آموزش و تحقیقات پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی تلفن ۰۲۱۱۲۳۴۵۶۶۵.

Email: Rafieian@med.mui.ac.ir

مقدمه

شاید برای بسیاری از پزشکان توجیهی برای طرح بحث‌های فلسفی در حیطه‌ی پزشکی وجود نداشته باشد؛ چرا که در نگاه آن‌ها پزشکی حیطه‌ای عملی است که در آن مباحث نظری جایگاه چندانی ندارد.

لیکن شواهد نشان می‌دهد که چنین نیست و در بحثی که در این مقاله خواهم آورد تلاش خواهم کرد که نشان دهم تبیین مسأله چگونه می‌تواند رویکرد عمل و تحقیقات را تغییر دهد و خصوصاً سعی می‌کنم که نشان دهم چگونه مدل کارکردی طب می‌تواند در کارکرد اخلاقیات در فضای پزشکی نقش داشته باشد.

رویکرد زیست‌مکانیکی در پزشکی معاصر

از دیدگاه تاریخی پیدایش اتوپسی و استفاده‌ی منظم از آن در پزشکی، در ابتدای قرن نوزدهم در فرانسه و بسط استفاده از آناتومی با استفاده از جسد، از یک مدل مادی‌گرا حمایت کرد. بعدها دستاوردهای بیوشیمی، ژنتیک و فیزیولوژی توضیحات به‌دست آمده از بررسی جسد را بیشتر و بیشتر روشن کرد (۱).

رویکرد معاصر پزشکی به بیماری‌ها که در واقع مبتنی بر زیست‌مکانیک بدن است حاصل کار مطالعات آسیب‌شناسی Virchow و کشفیات باکتری‌شناسی Koch و Pasteur می‌باشد (۲).

بیماری‌ها در این رویکرد به شکل پدیده‌های ثابت، قابل مشاهده و قابل توصیف دسته‌بندی می‌شوند و روند کار به‌طور کلی به شکل زیر است:

علت (مکانیکی) سوماتیک ← تشخیص (با توجه به دسته‌بندی بیماری‌ها) ← بیماری ← درمان ← بهبودی (۳، ۱).

این مدل بیماری را نقص مکانیکی قابل موضع‌یابی در ماشین فیزیکی - شیمیایی تفسیر می‌کند که این نقص را می‌توان با روش‌های تخصصی مکانیکی (جراحی) یا

شیمیایی (دارو) برطرف کرد. با فرض بالا با ناخوشی باید به شکل تکنیکی سرو کار داشت. در واقع، شکل‌گیری این مدل هم‌زمان با دوران صنعتی شدن بود و کارکرد این مدل به‌صورت پیوند تعریف خاصی از ناخوشی آن‌ها با صنایع هدایت‌شونده با فناوری بود (۲، ۱).

تقویت روزافزون تجهیزات تکنیکی، توانایی مداخله‌ی مستقیم و پیشرفت داروسازی، اجازه‌ی مداخله‌ی غیرمستقیم را داد و باعث تمایز بیش‌تر چنین مدلی از بدن شد. این تمایز باعث تقویت بیش‌تر فناوری برای مداخله شد (۲).

دانشجوی پزشکی در طول دوران تحصیل ناخودآگاه چنین تلقی‌ای از بیماری به‌دست می‌آورد و این مدل در ذهنش نقش می‌بندد.

در واقع، همان‌طور که Uexkull اشاره می‌کند شاید به دانشجویان پزشکی در دوران تحصیلشان، هیچ‌وقت به‌طور «علنی»، مبانی نظری مدل زیست‌پزشکی آموزش داده نشود؛ لیکن این تئوری پیش‌نیاز در همان اوایل دوران آموزش با ارائه‌ی دروسی مثل فیزیک، شیمی، آناتومی، بیوشیمی و فیزیولوژی در ذهن شکل می‌گیرد و با این پس‌زمینه زمانی که در آموزش بالینی با بیمار مواجه می‌شوند می‌دانند که «پزشکی درباره‌ی چه چیزهایی است» (۴).

جالب آن است که درمانگرانی که با وجه روانی انسان سرو کار دارند هم به شکل مشابهی صرفاً با وجه روانی انسان سروکار دارند و انسان را یک واحد روانی تلقی می‌کنند (۴).

بنابراین اگر پزشکی که بر پایه‌ی مدل زیست‌پزشکی تربیت می‌شود، در نهایت نتواند انتظارات جامعه را به‌عنوان یک پزشک انسان‌گرا برآورده سازد، نباید همه‌ی گناه را بر گردن او انداخت. در واقع، رفتار او می‌تواند حاصل پزشکی‌ای باشد که قواعد آن طوری تعریف شده که مفهوم خاصی از بیماری را تعریف می‌کند و نقش‌های حرفه‌ای خاصی را تحمیل می‌کند (۲).

از معروف‌ترین منتقدان این جریان Engel بوده است که

را می‌سازند و خانواده زیرمجموعه‌ی جامعه است و جامعه‌های کوچک زیرمجموعه‌ی جامعه‌های بزرگ‌ترند تا به جامعه‌ی جهانی می‌رسیم. نقدی که Engel بر پزشکی مدرن وارد می‌کند بیان این نکته است که با در نظر گرفتن سلسله مراتب وجودی بشری، ما در پزشکی بالینی با سطح فردی بیمار سروکار داریم و این در حالی است که در رویکرد زیست‌پزشکی بیش‌تر بر سطح سلولی (و به‌طور روزافزون مولکولی) فرد تأکید شده است و بیش‌تر تحقیقات به این حیطه اختصاص داده شده است و در عمل بالینی، بیش‌تر این حیطه‌ی بیمار مد نظر قرار می‌گیرد (۷).

مثلاً Engel خود از مثال بیماری که سکنه‌ی قلبی کرده استفاده می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه این اتفاق که در بافت عضله‌ی قلبی او در سطح آناتومیک روی داده بر زندگی او در سطوح روان‌شناسانه و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (۷).

او هم‌چنین به این نکته اشاره می‌کند که تغییرات در یک سطح در طول کل پیوستار منتشر می‌شود که از آن‌ها تحت عنوان «تأثیرات رو به پایین» و «تأثیرات رو به بالا» یاد می‌کند، یعنی تغییرات در سطح پایین‌تر (مولکولار) می‌تواند باعث اختلال در سطوح بالاتر (کارکرد اجتماعی) فرد شود (مثلاً کمبود آهن باعث اختلال تحصیلی در دانش‌آموز می‌شود) و اختلال در سطح بالاتر (اجتماعی) می‌تواند بر سطوح پایین‌تر (کارکرد بدن) تأثیر بگذارد (مثلاً فقر باعث استعداد ابتلا به بیماری قلبی می‌شود) (۷).

در واقع، این تأکید بر سطح مولکولی باعث شده پزشکان تربیت‌شده در پارادایم پزشکی غربی در ارتباط با بیمار که در دست‌یابی به مدل توضیحی مشترک در مواجهه‌ی بالینی اهمیت اساسی دارند کفایت کافی نداشته باشند. در ادامه به اهمیت این مدل مشترک می‌پردازیم.

دست‌یابی به یک مدل توضیحی مشترک در مواجهه‌ی

بالینی

در مواجهه‌ی بالینی، در سطح فردی، بیمار با یک مدل

مدل زیست‌روان‌پزشکی را به‌عنوان جایگزین پیشنهاد کرده است.

نقد Engel

Engel، روان‌پزشک، با توجه به این مسائل سعی در تدوین مدل جایگزینی کرد که این کاستی‌ها را برطرف نماید. آن‌جا که او از تجربه‌ی شخصی خود صحبت می‌کند بیان می‌دارد که او برادری شیمی‌دان داشته که در آزمایشگاه به تحقیقات می‌پرداخته است. او می‌گوید که همیشه از این نکته آزرده‌خاطر می‌شده که این برادر، پزشکی بالینی را به‌خاطر سروکار داشتن با اطلاعات غیردقیق، غیرعلمی می‌دانسته است. دکتر انگل می‌گوید که این مسأله مدت‌ها ذهن او را مشغول داشته و محرک او برای تدوین یک مدل جایگزین در طب بالینی بوده است (۵).

در واقع، علم نوین با رویکرد پوزیتیویستی که دارد اطلاعات را به دو دسته‌ی سخت و نرم تقسیم کرده است. اطلاعات سخت دقیق و مهم شمرده می‌شود و اطلاعات نرم غیردقیق و در درجه‌ی دوم اهمیت شمرده می‌شوند (۶).

Engel این نکته را گوشزد می‌کند که در پزشکی بالینی ما با بیمار به‌عنوان یک فرد مواجه هستیم و با جهان شخصی او، احساسات، عواطف و تجربیات او سروکار داریم. از این رو است که او مهم‌ترین ابزار بررسی علمی بر بالین مریض را زبان می‌داند (۵).

Engel در طراحی مدل جایگزین از نظریه‌ی سیستم‌های von Bertalanffy بهره می‌گیرد. Ludwig von Bertalanffy در بررسی سیستم‌های پیچیده به این نکته دقت می‌کند که این سیستم‌ها در طبیعت دارای سلسله‌مراتبی از سطوح وجودی هستند. این سلسله‌مراتب از سطح ریزاتم‌ها و مولکول‌ها آغاز می‌شود و تا سطح کلان سیستم بزرگ موجود در طبیعت امتداد می‌یابد. در مورد انسان می‌توان این سطح‌بندی را به شکل زیر توضیح داد که انسان در یک سطح مجموعه‌ای از مولکول‌هاست، در سطح بالاتر مجموعه‌ی سلول‌ها، سپس مجموعه‌ی بافت‌ها، در سطح بعد مجموعه‌ی ارگان‌ها و ارگان‌ها فرد را می‌سازند. هم‌چنین دو فرد خانواده

اخلاقی است که معین می‌کنند انجام یا ترک ارادی چه کارهایی روا یا نارواست؛ اخلاق کاربردی که به بحث درباره‌ی موارد عینی و عملی امر اخلاقی می‌پردازد و حوزه‌ی سوم فرا اخلاق است که انتزاعی‌ترین بخش آن است و شامل وجودشناسی، معرفت‌شناسی و دلالت‌شناسی اخلاقی است (۸).

یکی از دیدگاه‌های موجود در اخلاق پزشکی مبتنی بر چهار اصل پذیرفته‌شده‌ی اساسی برای تصمیم‌گیری اخلاقی است (۹) که عبارتند از:

۱- اختیار فردی یا اتونومی

۲- سودمندی

۳- عدم زیانباری

۴- عدالت

لیکن در باب هر کدام از این اصول هر مکتب با توجه به جهان‌بینی خود می‌تواند دیدگاه‌های متفاوتی ارائه دهد. هم‌چنین در بحث تصمیم‌گیری اخلاقی این نکته نیز مطرح است که تصمیم‌گیری صحیح قویاً وابسته به زمینه‌ای است که در آن تصمیم‌گیرنده عمل می‌کند و گروهی حتی بر آنند که به این دلیل نمی‌توان اصول کلی برای تصمیم‌گیری اخلاقی تدوین کرد. این گروه را خاص‌گرایان می‌نامند. از دید خاص‌گرایان چنین تصمیم‌گیری اخلاقی به زمینه‌ای که در آن مشکل شکل گرفته وابسته است که هیچ‌گونه تعمیم و کلی‌گویی در باب اصول و قواعد تصمیم‌گیری اخلاقی مقدور نیست و به زبان دیگر در هر مورد باید صرفاً با توجه به شرایط تصمیم‌گیری کرد و هیچ قواعد از پیش موجودی در کار نیست. در مقابل این گروه کسانی را که قائل به امکان تدوین اصول کلی برای تصمیم‌گیری اخلاقی هستند عام‌گرایان می‌نامند (۱۰، ۸).

دباغ در مقاله‌ای که در باب دو دیدگاه عام‌گرایی و خاص‌گرایی در فلسفه‌ی اخلاق دارد با معرفی David Ross، فیلسوف اخلاق قرن بیستم، موافق دیدگاه عام‌گرایی، درباره‌ی آرا او چنین توضیح می‌دهد:

توضیحی که خود برای بیماری‌اش در ذهن دارد به پزشک مراجعه می‌کند. در واقع، به زبان دیگر می‌توان گفت که بیمار «تفسیری» از معنای بیماری خود در زمینه‌ی زندگی دارد. طی مصاحبه‌ی بالینی، پزشک با جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر آموخته‌های خود یک مدل توضیحی از بیماری فرد در ذهن به‌وجود می‌آورد. این مدل توضیحی شاید هیچ اشتراکی با مدل توضیحی بیمار نداشته باشد، لیکن آن‌چه در ادامه‌ی کار رخ می‌دهد ایجاد یک مدل توضیحی مشترک بین پزشک و بیمار است و هر چه پزشک در ایجاد این مدل موفق‌تر باشد پزشک موفق‌تری خواهد بود (۲).

برای روشن‌تر شدن مسأله مثال ساده‌ی زیر را در نظر بررسی می‌کنیم. خانم مسنی با عفونت ریه به پزشک مراجعه کرده است. او معتقد است که چون روز قبل از بیمار شدنش بعد از یک پیاده‌روی در هوای گرم فوراً جلوی کولر قرار گرفته بیمار شده است و هوای سرد باعث «چاییدن» او شده و او را آماده‌ی عفونت کرده است. پزشک با گرفتن شرح حال به این نتیجه می‌رسد که با توجه به صداهای ریه، بیمار به دلیل مسن بودن دچار عفونت باکتریایی شده است. حال وقتی گفت‌وگوی بالینی صورت می‌گیرد بیمار توقع دارد که اعتقاد او به تأثیر سرما و چاییدنش در توضیح پزشک گنجانده شده باشد اگر پزشک به‌طور کامل این مسأله را نادیده بگیرد یا حتی انکار کند، اعتماد بیمار سلب خواهد شد.

Kleiman، پزشک و انسان‌شناس، با بررسی تعاملات بین پزشک و بیمار در سیستم درمانی این نکته را نشان داده است که نتیجه‌ی مذاکره بین پزشک و بیمار برای رسیدن به یک مدل توضیحی مشترک برای بیماری اهمیت زیادی در کارآیی نهایی درمان پزشک دارد (۴).

در ادامه سعی می‌کنم که اهمیت این مدل توضیحی مشترک را در تصمیم‌گیری اخلاقی نشان دهم.

فلسفه‌ی اخلاق پزشکی، عام‌گرایان و خاص‌گرایان

در کل، فلسفه‌ی اخلاق به سه حوزه تقسیم می‌شود: اخلاق تجویزی یا هنجاری که دربرگیرنده‌ی تئوری‌های

درستی از ابعاد گوناگون مسأله و پیچیدگی‌هایی که در شکل‌گیری آن وجود دارد نداشته باشد قادر نخواهد بود اصول اخلاقی را به‌درستی به کار بندد.

با توضیحات بالا می‌توان چنین گفت که در پزشکی مدرن غربی، با تلقی ماشین‌انگارانه‌ای که از انسان وجود دارد، پزشک به روشی تربیت می‌شود که توانایی کافی برای درگیر شدن در زمینه‌ی زندگی فرد را ندارد. زیرا تنها با برقراری ارتباطی انسانی و با استفاده از ابزار زبان این آگاهی از زمینه به‌دست می‌آید.

همان‌طور که مشاهده خواهد شد آرای راس با نظرات نظریه‌پرداز اتریشی Heinz von Foerster Heintz von Forester قرابت دارد که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

اخلاق از نگاه Heinz von Foerster

Heinz von Foerster از بنیانگذاران سایبرنتیک درجه‌ی دوم که به بررسی معرفت‌شناسی در علم می‌پردازد، در سخنرانی خود در باب اخلاق به تفکیک «اخلاق در متن زندگی» از «دستور اخلاقی» پرداخته است (۱۱).

از نظر او، وقتی به فرد گفته می‌شود که «فلان کار را بکن» یا «فلان کار را نکن» ما در فضای ارائه‌ی دستور اخلاقی هستیم، ولی وقتی شخصی با خود تصمیم می‌گیرد که «من باید این کار را بکنم» یا «من نباید این کار را بکنم» این «اخلاق در متن زندگی» است و همان‌طور که مشاهده می‌شود این تقسیم‌بندی با تفکیک راس بین اخلاق در مقام عمل و اخلاق در مقام نظر قابل مقایسه است.

von Foerster از قول Wittgenstein، فیلسوف اتریشی چنین بیان می‌کند: «... لیکن واضح است که اخلاق ارتباطی با تنبیه و تشویق به مفهوم عام آن ندارد. به هر صورت، قطعاً باید نوعی نظام تشویق و تنبیه اخلاقی وجود داشته باشد، ولیکن آن‌ها باید در خود عمل نهفته باشند» (۱۱).

به‌نظر von Foerster برای رسیدن به اخلاق در متن زندگی که به‌صورت بطئی و مخفی در زندگی جریان دارد به دو ابزار نیاز است. اول گفت‌وگو و دوم متافیزیک.

«راس در دستگاه اخلاقی خود بین وظایف فی بادی النظر (از دیدگاه نظری یا در نظر اول) و وظایف فی مقام العمل (در عرصه‌ی تصمیم‌گیری واقعی) تفکیک قائل شده است. او برای وظایف فی بادی النظر شأن وجود شناختی قائل است. از سوی دیگر، وفق رای او، وظایف فی مقام العمل لزوماً عام نیستند، وابسته به سیاقند، شأن معرفتی دارند و در رسیدن به داوری اخلاقی موجه از کنش‌گر اخلاقی دستگیری می‌کنند» (۸).

این بدین معنی است که به‌نظر راس قوانین اخلاقی واقعاً وجود دارند و می‌توان فهرستی از قوانینی فراهم آورد که همه قوانین اخلاقی محسوب شوند، لیکن هنگامی که کنشگر در مقام عمل قرار می‌گیرد به‌دلیل پیچیدگی تصمیم‌گیری نمی‌توان از یک چارچوب خشک استفاده کرد یعنی نمی‌توان از یک الگوریتم واحد برای تصمیم‌گیری اخلاقی حتی در مواردی که در نگاه اول مشابه به‌نظر می‌رسند، استفاده کرد و باید بر اساس شرایط، اهمیت هر قانون و برتری آن را نسبت به بقیه‌ی قوانین سنجید.

دباغ سپس با استفاده از بحث Wittgenstein متأخر درباره‌ی بازی و شباهت خانوادگی در کاوش‌های فلسفی این مسأله را توضیح می‌دهد که هرچند معنای واژه در جملات و زمینه‌های مختلف متفاوت است، شهودهای عرفی ما واژه‌ها را به مؤلفه‌هایی که بازه‌ی مفهومی یک واژه را تعریف می‌کنند محدود می‌کند. او از این بحث به‌طور مشابه در مفهوم قاعده‌ی اخلاقی استفاده می‌کند و توضیح می‌دهد که هر چند شرایط زمینه‌ای تصمیم‌گیری اخلاقی و مؤلفه‌های دخیل در آن بر قاعده‌ی اخلاقی تأثیر دارند، تأثیرگذاری این مؤلفه‌ها و تعداد آن‌ها با نوع شهود ما از آن قاعده‌ی اخلاقی محدود می‌شود و دیدگاه خاص‌گرایان را مردود می‌داند.

لیکن مسأله‌ای که به‌نظر می‌رسد عام‌گرایان و خاص‌گرایان بر آن توافق دارند این است که درگیر شدن فرد در زمینه‌ی بحث و شناخت عوامل دخیل در تصمیم‌گیری درست اخلاقی نقش کلیدی دارد. یعنی حتی عام‌گرایان نیز بر این امر معترف هستند که اگر فرد در جایگاه تصمیم‌گیری اخلاقی شناخت

استفاده می‌کند و نوع آموزش‌هایی که دیده است او را در برقراری ارتباط کلامی توانمند نکرده باشد و او نتواند به درستی عواطف، احساسات و اعتقادات بیمار را درک کند هیچ‌گاه جایگاهی برای اخلاق در عمل وجود نخواهد داشت. در چنین فضایی و با برقراری این ارتباط کلامی مؤثر است که وجه مهم دیگری که فون فورستر بیان می‌کند جایگاه خود را می‌یابد. با ارتباط برقرار کردن با جهان پدیدارهای فرد می‌تواند آن را ادراک کند و درباره‌ی مباحث متافیزیکی مثل معنای زندگی، معنای رنج و مرگ با بیمار گفت‌وگو کند و راهگشای تصمیم‌گیری‌های او باشد.

در واقع، در این فضا است که آقای الف که در نظر اول کاملاً مردی چاق، مبتلا به فشار خون و هیپرلیپیدمی به نظر می‌رسد، به انسانی تبدیل می‌شود که در غم از دست دادن همسرش رنج می‌برد، مسؤول دو دختر جوانش است و از بی‌کار بودن متنفر است و در این جاست که اخلاق می‌تواند سریان داشته باشد.

اخلاق و مدل کارکردی پزشکی

آنچه بیان شد را می‌توان چنین خلاصه کرد که احساسات و عواطفی که منجر به عمل به امر اخلاقی می‌شوند زمانی خود را نمایان می‌کنند که دو فرد در یک رابطه‌ی متقابل از جهان پدیداری یکدیگر آگاه شوند و این تنها با استفاده از ابزار زبان میسر می‌شود. این در حالی است که نگاه زیست‌مکانیکی موجود در پزشکی مدرن به‌جای تأکید بر این جهان پدیداری که مجموعه احساسات، عواطف، تمایلات و تجارب زندگی فرد است بر وجه زیست‌مکانیکی تأکید دارد و فرد را یک واحد زیست‌مکانیکی تعریف می‌کند. این نگرش به‌طور تلویحی در جریان آموزش دانشجوی پزشکی به او منتقل می‌شود و در ساختاری که مبتنی بر این نگرش برای آموزش تعریف می‌شود جایگاه اندکی برای آموزش مهارت‌های ارتباطی و استفاده از زبان به‌عنوان یک ابزار تحقیق باقی می‌ماند. در کنار این مسائل، این رویکرد، پذیرش اندکی نسبت به روش‌های درمان متکی بر «اطلاعات نرم» دارد.

von Forester برای این‌که متافیزیک را تعریف کند کلاً سؤالات بشری را به دو دسته تقسیم می‌کند: سؤالات قابل تصمیم‌گیری (decidable questions) و سؤالات غیرقابل تصمیم‌گیری (undecidable questions). در واقع، von Forester اصطلاح غیر قابل تصمیم‌گیری را از Godel اخذ کرده است. گودل در مقاله‌ای نشان داده است که حتی دقیق‌ترین سیستم‌های منطقی (نظیر سیستم Russell و Whitehead که او در مقاله‌ی خود درباره‌اش بحث کرده است) از گزند سؤالات غیر قابل تصمیم‌گیری در امان نیستند (۱۲). دسته‌ی اول سؤالات بشری یا سؤالات قابل تصمیم‌گیری مواردی هستند که ذهن بشر پاسخ آن‌ها را یافته است، مثل مسائل حل‌شده‌ی ریاضی و مواردی که امید دارد که روزی پاسخ آن‌ها را بیابد ولی سؤالاتی در تاریخ بشر هستند که هرگز امید نمی‌رود که روزی ذهن بشری بتواند پاسخی برای آن‌ها بیابد. von Forester این دسته را سؤالات غیر قابل تصمیم‌گیری می‌نامد مثلاً این‌که در ابتدای آفرینش هستی چه اتفاقاتی افتاده است، ذهن بشر هیچ دسترسی به آن‌ها ندارد. در این‌جا او این نکته‌ی متناقض‌نما را بیان می‌کند که در واقع انسان باید درباره‌ی این سؤالات بدون قابلیت تصمیم‌گیری «تصمیم» بگیرد و مسؤولیت او در این جهان در قبال این تصمیم‌گیری تعریف می‌شود.

در این‌جا من سعی می‌کنم آن‌چه von Forester بیان کرده است را در فضای پزشکی بازنمایی کنم.

استفاده از آموزش اخلاق به‌صورت ارائه‌ی واحدهای درسی در فضای آموزش پزشکی را شاید بتوان معادل ارائه‌ی دستورات اخلاقی به مفهومی که von Forester می‌گوید دانست. در واقع، در این دروس به دانشجو گوشزد می‌شود که فلان کار را بکند یا نکند، ولی نوع کاربرد عملی آن‌ها به نوع عملکرد آن دانشجو در آینده‌ی شغلی‌اش بستگی دارد.

در این‌جا می‌خواهم بر این نکته تأکید کنم که کاربرد دروس ارائه شده در دانشگاه بر بالین مریض صرفاً از طریق ابزار زبان میسر می‌شود. یعنی اگر مدلی که پزشک برای درمان

صحیح در باب سلامت و بیماری پذیرفته می‌شود و بیش‌ترین حجم تحقیقات به مباحث مربوط به این رویکرد محدود می‌شود.

- در حالی که در جهان شاهد رشد طب مکمل و جایگزین هستیم و مردم روز به روز اقبال بیش‌تری به این روش‌ها پیدا می‌کنند، تفکر تک‌بعدی در مدل زیست‌مکانیکی در برابر پذیرش این روش‌ها مقاومت می‌کند و تاکنون تلاش‌ها برای رسیدن به «پزشکی جامع» که در آن پزشکی‌های مختلف جایگاه خود را داشته باشند راه به جایی نبرده است.

- نکته‌ی آخر که به اخلاق پزشکی مربوط می‌شود این‌که حذف تأملات فلسفی در باب روش کار طب از آموزش پزشکان باعث مغفول ماندنشان از ابعاد بیماری و سلامت می‌شود و این‌که بیماری حاصل تعاملات سطوح مختلف پیوستار وجود انسان است و اختلال در یک حیطه می‌تواند تبعاتی برای بقیه‌ی سطوح داشته باشد. این‌جاست که تلقی زیست‌مکانیکی از فرد راه را در ایجاد رابطه‌ی مؤثر بر بیمار می‌بندد که در نهایت سد راه‌یابی به جهان پدیدارهای فرد می‌شود که در نهایت راه را بر ایجاد رابطه‌ی انسانی می‌بندد.

بنابراین، در این بین لزوم توجه به بحث در باب رویکرد طب و تأملات فلسفی به‌عنوان پشتوانه‌ی اساسی برای ترویج اخلاق در طب بالینی احساس می‌شود. با پشتوانه‌ی فرهنگی که در تأملات درباره انسان‌شناسی وجود دارد سرمایه‌گذاری در پژوهش در زمینه‌ی فلسفه‌ی طب و بازبینی مدل کارکردی آن می‌تواند راهگشای کارکرد عملی اخلاق در طب بالینی باشد.

بنابراین، بدون بازنگری در این نگرش به سلامت و بیماری در طب، تلاش‌ها برای تزریق اخلاق به ذهن و رفتار دانشجوی پزشکی و در نهایت پزشک بی‌نتیجه خواهد بود.

بحث

در این نوشتار سعی من بر این بود که نشان دهم پزشکی مدرن غربی مبتنی بر یک چارچوب فکری است که در آن انسان تلویحاً یک ماشین فیزیولوژیک و بیولوژیک در نظر گرفته می‌شود؛ در حالی که ما در پزشکی بالینی با بیمار در سطح فردی مواجهیم و با عواطف و احساسات و تمایلات و رنج‌های او سرو کار داریم، ولی سمت و سوی آموزش و تحقیقات در این پارادیم بیش‌تر معطوف به ساختار سلولی مولکولی است و همان‌طور که فورستر گفته است اخلاق در متن زندگی در فضایی شکل می‌گیرد که در آن گفت‌وگو و بحث در باب سؤالات غیر قابل تصمیم‌گیری وجود داشته باشد. بنابراین، برای دستیابی به اخلاق در متن پزشکی باید درباب مبانی فلسفی فکری طب بازبینی صورت گیرد.

Paracelsus، فیلسوف، معتقد است «آن که خود را پزشک می‌نامد و از فلسفه تهی است و چیزی نمی‌داند موجودی عاجز است» و شاید بر همین مبنا بوده است که خود او یک نگرش سیستماتیک به وجود آدمی بر مبنای دیدگاه سقراط تدوین کرد (۱۳).

شواهد نشان می‌دهد که از قطع رابطه‌ی دانشجویان پزشکی با بحث‌های فلسفی زمان زیادی نمی‌گذرد، مثلاً به‌عنوان نمونه درس فلسفه که قرن‌ها برای دانشجویان پزشکی دانشگاه کپنهاگ اجباری بود در سال ۱۹۷۱ از برنامه‌ی درسی حذف شد، زیرا گذراندن این دوره‌ی درسی را اتلاف وقت به‌حساب می‌آوردند (۱۴).

به‌نظر من این جدایی از فلسفه تبعاتی به همراه داشته است که به شرح زیر است:

- با غفلت دانشجویان از ابعاد گوناگون سلامت و بیماری راه بر خلاقیت علمی در پزشکی بسته شده است، چون تعبیر زیست‌مکانیکی از وجود انسانی به‌عنوان تنها تلقی

منابع

- 1- Pauli HG, White KL. Scientific thinking, medical thinking and medical education: questions derived from their evolution in the 20th century. *Human Resources for health Development Journal* 1998; 2(3): 155-83.
- 2- Uexkull T, Pauli H. Mind-body problem in medicine. *Advancement of Health* 1986; 3(4): 158-74.
- 3- Pauli HG, White KL, McWhinney IR. Medical education, research, and scientific thinking in the 21st century (part one of three). *Educ Health (Abingdon)* 2000; 13(1):15-25.
- 4- Uexkull T, Wesiack W. Scientific theory: a bio-psycho-social model. In: Uexkull von T, eds. *Psychosomatic Medicine*. Munchen: Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1997, pp. 11-42.
- 5- Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world-view? In: Uexkull von T, eds. *Psychosomatic medicine*. Munchen: Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenber; 1997, pp. 3-11.
- 6- Adler RH, von Uexküll T, Herrmann JM. The two faces of medical evidence. *Swiss Med Wkly* 2002; 132(29-30): 397-400.
- 7- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137(5): 535-44.
- 8- Dabbagh S. In defense of four principles approach in medical ethics. *Iranian J Publ Health* 2008; 37(1): 31-8.
- 9- Larijani B, Zahedi F. Medicine and modern medical ethics. *Iranian J Diabetes Lipid Disord* 2004; 4(Suppl): 1-11.
- ۱۰- دباغ س. عام‌گرایی و خاص‌گرایی در فرا اخلاق. در: دباغ س، سکوت و معنا، جستارهایی در فلسفه ویتگنشتاین. تهران: انتشارات مؤسسه‌ی فرهنگی صراط؛ ۱۳۸۶، صص ۱۲۱-۴۳.
- 11- Von Forester H. Ethics and second-order cybernetics. *Journal of Cybernetics & Human Knowing* 1992; 1(1). www.imprint.co.uk/C&HK/vol1/v1-1hvf.htm (accessed on 2007)
- 12- Gödel K. "Über formal unentscheidbare Satze der Principia Mathematica und verwandter Systeme: I", *Monatshefte Math. Phys* 1931; 38, 173-198
- ۱۳- فرانکل و. پزشکی و روح. ترجمه‌ی: فرخ سیف بهزاد، تهران: نشر ویس؛ ۱۳۶۶.
- ۱۴- ولف ه ر، پدرسون آ، روزنبرگ ر. در آمدی بر فلسفه‌ی طب. ترجمه‌ی همایون مصلحی، تهران: نشر طرح نو؛ ۱۳۸۰.