

نامه به سردبیر

نقدی بر مقاله‌ی «بیهودگی در طب مکمل و جایگزین؛ مقاله‌ای مروری تحلیلی با رویکرد اخلاقی»

احسان امیری اردکانی^{۱،۲،۳}، مجید نیمروزی^{۴،۵}، نجمه ساسانی^۶، امید آسمانی^{۷،۸*}

۱. گروه داروسازی سستی، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
۲. انجمن علمی دانش بومی و سستی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۴. گروه طب ایرانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۵. مرکز تحقیقات طب سستی و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۶. گروه تغذیه‌ی بالینی، دانشکده‌ی تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۷. گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۸. مرکز پژوهش‌های بین رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

امید آسمانی

آدرس: شیراز، بلوار زند، میدان امام حسین (ع)،
دانشکده‌ی پزشکی، گروه اخلاق پزشکی و
فلسفه‌ی سلامت

کد پستی: ۷۱۳۴۸۵۳۱۸۵

تلفن: ۰۷۱۲۲۳۴۸۹۸۰

Email: asemanio@sums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۸/۰۵

در این متن قصد داریم مقاله‌ی «بیهودگی در طب مکمل و جایگزین؛ مقاله‌ای مروری تحلیلی با رویکرد اخلاقی» را که در شماره‌ی دوازده مجله اخلاق و تاریخ پزشکی منتشر شده است، با دیدی نقادانه بررسی کنیم. گرچه در ابتدای این مقاله، به شکلی مناسب، به تاریخچه و تعریف بیهودگی اشاره شده است، شیوه‌ی پرداختن به موضوع اصلی، یعنی طب مکمل، ایرادات اساسی دارد که در ادامه به آن‌ها پرداخته خواهد شد. نکته‌ی اساسی که توجه به آن می‌تواند در برداشت مخاطب از متن مقاله بسیار تأثیرگذار باشد، این است که به نظر می‌رسد نویسندگان محترم، به صورت مکرر در توصیف و تعریف طب مکمل و جایگزین یا بیان دیدگاه‌ها درباره‌ی آن‌ها، نتوانسته‌اند موضع‌گیری بی‌طرفانه‌ای از خود نشان دهند و این مسأله، خود، مانع از ادراک صحیح مخاطب از موضوع و جایگاه واقعی مسأله مورد بحث، یعنی طب مکمل و جایگزین، شده است؛ کاربرد لغات و عباراتی مانند تأیید نشده، جادویی، فراطبیعی، غیراخلاقی، فریب و... در جای‌جای مقاله و بی‌توجهی به شواهد علمی که مؤید اثربخشی و نگاه واقع‌بینانه به طب مکمل و جایگزین باشد، رویکرد مقاله را از حالت علمی و بی‌طرفانه خارج کرده است. این چنین است که نویسندگان محترم بدون اشاره به شواهد علمی واقعی، اساساً به خود مسأله (طب مکمل و جایگزین) و نه مصادیق آن، اشاره کرده‌اند و کوشیده‌اند از مصادیق انتخاب شده و آراء جمع‌آوری شده‌ی مدّ نظر، اصل و صورت مسأله را هدف قرار دهند!

نکته‌ی دوم اینکه، بعد از تعاریف ارائه‌شده، موضع‌گیری مقاله بدون پرداختن کافی به اثبات علمی بیهودگی در طب مکمل یا لااقل بخشی از آن شروع می‌شود؛ بنابراین، در قسمت دیدگاه‌های فلسفی، پیش از آنکه اثبات اصل بیهودگی در طب مکمل یا جایگزین، در کانون توجه قرار گیرد، با فرض گرفتن بیهودگی در این مقوله، دیدگاه‌های فلسفی تبیین شده‌اند. کمااینکه پردازش مطالب در هر یک از مکاتب فلسفی ذکرشده نیز ناکافی، غیراثباتی و بعضاً نادرست است. مشکل اینجاست که علی‌رغم ارائه‌ی تعاریف گوناگون از بیهودگی، معلوم نیست نویسندگان بر پایه‌ی کدام تعریف به تبیین فلسفی موضوع پرداخته‌اند! لذا، به نظر می‌رسد بیهودگی در طب مکمل، از نظر نویسندگان امری اثبات‌شده بوده است! و مطالب با همین جهت‌گیری نگارش یافته‌اند؛ مستحضرید که بر اساس تعریفی که محققان از بیهودگی، مورد نظر قرار می‌دهند و بر اساس یافته‌ها و شواهد علمی، این موضوع می‌تواند در همه‌ی نحله‌های طبی در کانون توجه باشد؛ همچنین، برای بیهوده‌خواندن یک موضوع یا مسأله‌ی پزشکی، باید ابعادی مختلف چون: پاسخ به درمان، ابعاد روحی و روانی، ابعاد خانوادگی، مسائل اقتصادی، فرهنگی و... لحاظ شود؛ درحالی‌که اثری از توجه و درنظرگرفتن این موارد یا در متن دیده نمی‌شود یا اشاره به آن، بسیار کم‌رنگ است که خود باعث ایجاد جهت‌گیری در ذهن خواننده می‌شود. بدیهی است تجربه‌ی بالینی نویسنده و لمس و ادراک ابعاد گوناگون موضوع از نزدیک، می‌توانست بر ادراک وی از مسأله به‌صورت واقع‌گرایانه، تأثیرگذار باشد.

به‌طور کلی، علی‌رغم نظر نویسندگان، هم‌اکنون مطالعات مختلف، پژوهشگران و کادر درمان را به انجام‌دادن کارآزمایی‌های بالینی در زمینه‌ی طب مکمل و جایگزین

تشویق می‌کنند؛ به‌عنوان مثال، جانگ و همکاران (۲۰۲۰) توصیه می‌کنند با استفاده از کارآزمایی‌های بالینی، کنترل کیفیت فراورده‌های طب مکمل صورت گیرد (۱)؛ البته طب‌های مکمل تلاش می‌کنند با درنظرگرفتن دیگر ابعاد مؤثر بر سلامت انسان، هنگام قضاوت درباره‌ی اثربخشی درمان‌های مختلف، با دیدی فراگیرتر، جنبه‌های بیشتری از سلامت را در کانون توجه قرار دهند (۲)؛ البته محدودیت در دیدگاه طب رایج نسبت به مقوله‌ی سلامت، که البته به مرور زمان نیز در حال تکامل و گسترش است، باعث می‌شود برخی از ارزش‌های درمانی طب‌های مکمل با کارآزمایی‌های بالینی کشف نشوند (۳).

پردازش مطلب در برخی موارد نیز نیازمند اصلاح اساسی است؛ به‌عنوان نمونه به نظر می‌رسد نویسندگان محترم با ادراکی نارسا از اصول‌گرایی، اقدام به تبیین موضوع کرده و زمینه‌ساز بیان جهت‌دار و تخطئه‌ی طب مکمل و جایگزین شده‌اند؛ چنین می‌نماید که اطلاعات به‌صورت گزینشی و به منظور اثبات مدعای نویسندگان انتخاب شده است. اساساً زمانی که مقالات علمی‌پژوهشی بسیاری در جهت اثبات اثربخش‌بودن حداقل بخشی از آموزه‌های طب مکمل و جایگزین و با روش‌های علمی و تجربی تأییدشده‌ی امروزی چاپ و منتشر می‌شوند، نمی‌توان با چشم‌فروستن بر این شواهد علمی، به‌صورت جهت‌دار در مسیر تخطئه‌ی طب مکمل و جایگزین عمل کرد. بررسی منابع استفاده‌شده در نگارش این مقاله نشان می‌دهد بسیاری از مقالات و کتاب‌های مورد استفاده به‌روز نیستند؛ درحالی‌که استفاده از منابع دست اول و یافته‌های علمی جدید می‌توانست کمک‌کننده باشد.

در بخشی دیگر، زمانی که نویسندگان رویکرد سودگرایان را در دریافت درمان‌های رایج و تأییدنشده! در سرطان ذکر

سازمان جهانی بهداشت نیز به این موضوع توجه کرده‌اند (۶). به نظر می‌رسد نویسندگان محترم، پیش از توصیه به توجیه اخلاقی داشتن یا نداشتن طب مکمل برای عموم، در ابتدای بحث می‌توانستند به توجیه‌پذیری علمی و مختصات آن بپردازند و این علی‌رغم اشاره‌ی خود نویسندگان در ادامه‌ی بحث (نک: صفحه‌ی ۳۸ پاراگراف آخر) بوده است! و متأسفانه با وجود این اشکال، نویسندگان کوشیده‌اند اساس طب مکمل را با طرح سؤالاتی چون: «آیا از نظر اخلاقی توسعه‌ی طب مکمل در اجتماع اخلاقی است یا خیر؟» به چالش بکشند (نک: صفحه‌ی ۳۹، سطر ۲). نویسندگان سعی نداشته‌اند بین مطالب علمی موجود درباره‌ی طب مکمل و سایر مطالب استفاده‌ناپذیر، تفکیک و تفاوت قائل شوند و اشکالات روش‌شناسانه‌ی منتهی به این نقایص را نقد کنند؛ بلکه مکرر با محکوم‌کردن طب مکمل، به‌صورت کلی و عمل‌کردن ضد آنچه خود ادعا کرده‌اند (ایمن‌بودن در برابر انتقاد و جزم‌گرا خواندن این طب و...)، سعی در تخطئه و به محاق بردن موضوع داشته‌اند.

تاکنون تلاش پژوهشگران علوم پزشکی بر مبنای استفاده از آموزه‌های طب‌های عامیانه، سنتی و مکمل منجر به کشف و تولید بسیاری از داروها از جمله دیگوسکین، آتروپین، آرتمیزین، مورفین، گالاتامین، آسپرین، کورارین، توپوتکان، گلیسرین و... شده است (۱ تا ۴). همچنین تحقیقات مختلف نشان داده‌اند در بسیاری مواقع، باورهای طب عامیانه که بخشی از آن‌ها با تکیه بر منابع طب سنتی و برخی دیگر در پی تجربیات بشر در کوه‌ی زمین به دست آمده‌اند، با تحقیقات کنترل‌شده‌ی امروزی مطابقت دارند (۷ و ۸) که ردکننده‌ی ادعای کلی مقاله مبتنی بر «بیهودگی» در طب‌های مکمل است. در حال حاضر، موضوع طب‌های سنتی و مکمل، یکی از

می‌کنند، علی‌رغم بیان نبود اختلاف معنادار بین طب مکمل و طب رایج، در مواردی مانند میزان زنده‌ماندن و کیفیت زندگی در این بیماران، چنین نتیجه می‌گیرند که «... بنا بر نظریه‌ی سودگرا، استفاده از این درمان‌ها اخلاقاً صحیح نیست، چراکه درمان‌های استاندارد رایج برای آن‌ها وجود دارد»؛ این در حالی است که وقتی از نظر اصول نگارش علمی، رابطه‌ی معنادار بین دو روش به اثبات نمی‌رسد نمی‌توان این‌چنین نتیجه‌گیری کرد! ضمن آنکه نبود شواهد استاندارد مبنی بر اثبات اثربخشی طب مکمل و جایگزین می‌تواند ناشی از بررسی‌نشدن آن با روش‌های تأییدشده‌ی علم روز در طول زمان باشد که خود به‌تدریج با انجام‌دادن پژوهش‌های علمی گوناگون توسط محققان سراسر دنیا در حال تکمیل است.

همچنین نویسندگان محترم در اصل زیان‌نرسانی، رویکردی انتخابی از جزء به کل و گاهاً قیاسی را در توجیه مطلب اتخاذ می‌کنند. همچنان‌که در داروهای رایج، مصرف خودسرانه و فراتر از مقادیر مجاز گاهاً می‌تواند آسیب‌های کبدی ایجاد کند، داروهای منتج از طب مکمل نیز ایضاً می‌توانند با مصرف خودسرانه و بدون قاعده، منجر به ایجاد چنین عوارضی شوند؛ اما این موضوع نباید منجر به نتیجه‌گیری کلی مبنی بر مردود دانستن و زیان‌بار بودن طب مکمل شود؛ بلکه باید اقدامات لازم اعم از آموزشی و درمانی و... بر اصلاح انحرافات و بیان اصول مصرف و تنظیم دوزینگ فراورده‌های سنتی و مکمل متمرکز شود که متأسفانه از این مقوله نیز در مقاله غفلت شده است. در این زمینه، مطالعات متعددی نیز به منظور آشنایی کادر درمان با طب‌های مکمل و سنتی صورت گرفته که عموماً نتایج رضایت‌بخشی را در سلامت بیماران نشان داده‌اند (۴ و ۵)؛ همچنین در سال‌های اخیر، کلان‌سازمان‌های مرتبط با سلامت، از جمله

موضوعات در مرکز توجه سازمان جهانی بهداشت است. بر طبق گزارش‌های این سازمان، در ۴۱ کشور دنیا آموزش‌هایی در سطح دانشگاه و در ۳۶ کشور دنیا برنامه‌های آموزشی به صورت رسمی، برای تربیت متخصصان طب مکمل یا دیگر افراد عضو کادر درمان ارائه می‌شود؛ همچنین درمان‌های سنتی، طبق آمار ۲۰۱۸ در ۴۵ کشور دنیا، تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند که نشان‌دهنده‌ی روند فزاینده‌ی پذیرش این حیطة در جوامع علمی است (۹).

توجه به مثلث سه‌گانه مبنی بر شواهد نیز یکی از نکات تأمل‌برانگیز است که می‌تواند برای اصلاح و تکمیل این بحث، به آن توجه کرد. در دوره‌های بسیار دور، اکثر فلاسفه‌ی پزشکی معتقد بودند معیار قضاوت و تعیین بهترین درمان‌ها میزان هماهنگی و سازگاری آن‌ها با پارادایم‌های فلسفی موجود است. در یک روند تکاملی، رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد را اولین بار رازی تحت عنوان «طب تجربی» مطرح کرد. می‌توان ادعا کرد پزشکی مبتنی بر شواهد، در قرن یازدهم با ارائه‌ی هفت شاخص توسط ابن‌سینا به مرحله‌ی بلوغ رسید. به گونه‌ای که بسیاری از صاحب‌نظران، این شاخص‌های هفت‌گانه را نقطه‌ی عطفی در پزشکی مبتنی بر شواهد می‌دانند (۱۰).

با تکیه بر این روش علمی که امروزه به عنوان یکی از مهم‌ترین نگاه‌های مورد قبول به سلامت دانسته می‌شود، هر یک از روش‌های درمانی که بتوانند به صورت عملی و با رعایت چارچوب‌های مبتنی بر شواهد، مؤثر واقع شوند، درمان مفید شناخته می‌شوند (۱۱). با توجه به این نکته نمی‌توان طب‌های مکمل یا طب رایج را به طور کلی پذیرفت و نقد کرد؛ بلکه محققان باید این موارد را به صورت مورد به مورد، ارزیابی و اثربخش بودن یا نبودن آن‌ها را به مجامع علمی گزارش کنند؛ همچنین، باید توجه داشت که حداقل بخشی مهم از ضعف‌های اشاره شده درباره‌ی طب مکمل، درباره‌ی طب رایج نیز مطرح و تأمل‌برانگیز است. مفاهیمی چون: پدرسالاری و عدم سودرسانی و بیهودگی، هم در نظریه‌پردازی و هم در عمل، در پزشکی رایج نیز محل اشکال است (۱۱ و ۱۲).

در نهایت تأکید می‌شود که رویکرد مقاله در پرداختن به طب مکمل، رویکردی سیاه و سفید می‌نماید. از این نوع نگاه، رویکردی تعصب‌گرایانه به طب مدرن تلقی می‌شود و زمینه‌ی دشمنی ناآگاهانه با کلیت طب مکمل را فراهم آورده و موجب انکار داشته‌ها شده و مصادیق کاربردی آن را که با روش‌های علمی روز اثبات می‌شود، از بین می‌برد.

منابع

1. Jung SY, Kang JW, Kim TH. Monitoring in clinical trials of complementary and alternative medicine. *Integrative Medicine Research*. 2020; 100666.
2. Jonas WB. The evidence house: How to build an inclusive base for complementary medicine. *Western Journal of Medicine*. 2001; 175(2): 79-85.
3. Mason S, Tovey P, Long AF. Evaluating complementary medicine: Methodological challenges of randomised controlled trials. *BMJ*. 2002; 325(7368): 832-4.
4. Witt CM, Helmer SM, Schofield P, Wastell M, Canella C, Thomae AV, et al. Training oncology physicians to advise their patients on complementary and integrative medicine: An implementation study for a manual guided consultation. *Cancer*. 2020; 126(13): 3031-41.
5. Jaladat AM, Amiri-Ardekani E, Ramezani PS, Boroughani M, Alorizi ME, Parvizi MM. Correlation between gastrointestinal symptoms and adherence to traditional Persian medicine dietary recommendations in patients with vitiligo; a cross-sectional study. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 2021.
6. Zhang Q, Sharan A, Espinosa SA, Gallego Perez D, Weeks J. The path toward integration of traditional and complementary medicine into health systems globally: The World Health Organization report on the implementation of the 2014–2023 strategy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2019; 25(9): 869-71.
7. Ardekani EA, Askari H, Mohagheghzadeh A. Memorial functional foods: a new concept from Bavi tribe. *Journal of Ethnic Foods*. 2020; 7(1): 1-10.
8. Amiri-Ardekani E, Askari H, Khademian S, Hemmati S, Mohagheghzadeh A. Ethnopharmacological survey of Bavi tribe (Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran). *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 2021; 11(4):311-30-.
9. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>. (accessed on: 2021).
10. Shoja MM, Rashidi MR, Tubbs RS, Etemadi J, Abbasnejad F, Agutter PS. Legacy of Avicenna and evidence-based medicine. *International Journal of Cardiology*. 2011; 150(3): 243-6.
11. Babak Daneshfard M, Majid Nimrouzi M. Prolegomena to a true integrative medical paradigm. *Alternative therapies in health and medicine*. 2019; 25(2): 50-60.
12. Zarrintan S, Najjarian F, Tahmasebzadeh S, Aslanabadi S, Zarrintan MH. Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya Razi (AD 865-925) and early description of clinical trials. *International Journal of Cardiology*. 2014; 174(3): 758-9.