

نگرشی به مبانی فلسفی دانش پزشکی و نظام سلامت

محمد احمدی زاده^{الف}، حامد آرضایی^ب، اعظم قاسمی^ج

^{الف} پژوهشگر پژوهشکده شهید صدر، تهران، ایران

^ب گروه طب سنتی، دانشکده طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^ج گروه حکمت معاصر، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران

چکیده

پرسش از تکیه دانش پزشکی و نظام سلامت به شناخت‌های بنیادین و واکاوی ریشه‌های فلسفی آن مدخل مهم فلسفه پزشکی است که به اندازه کافی به آن توجه نشده است تا جایی که گاه پزشکی و نظام سلامت و بهداشت بی‌نیاز از آن تلقی می‌شود. در این مقاله به این موضوع توجه شده که آیا در میان حکما و فلاسفه اسلامی و به‌ویژه فیلسوف-پزشکان می‌توان سابقه‌ای از مباحث فلسفی در ارتباط با موضوعات پزشکی یافت؟ مسائلی چون «سلامت چیست؟ آیا سلامت واقعیتی عینی یا امری اعتباری است؟ نسبت بیماری با سلامت چیست؟ منشأ سلامت و بیماری چه اموری است؟ آیا امور غیرجسمانی می‌توانند در سلامت جسم انسان مؤثر باشند؟ درد چیست؟ ملاک تقسیم‌بندی بیماری‌ها چیست؟ بیماری روانی چیست و چگونه است؟ رابطه پزشک با بیمار چگونه باید باشد؟ آیا به دلایلی مانند سختی درمان یا سلامت همراه با رنج می‌توان مرگ را تجویز کرد و...؟» از جمله پرسش‌های عینی و میدانی دانش پزشکی و نظام سلامت است که تلاش برای پاسخ‌گویی به آنها پژوهشگر را با مباحث بنیادین فلسفی، به‌ویژه انسان‌شناسی فلسفی مواجه می‌نماید. مواضع مختلف فلسفی در مسائلی اساسی چون شناخت انسان و مراتب حیات او و چستی علم و روش علمی می‌تواند تأثیر شایان توجهی در شکل‌گیری دانش پزشکی و به تبع آن در نظام سلامت داشته باشد، به گونه‌ای که اصول علمی و روش‌های تشخیص و درمان را در گستره‌ای از مکاتب طبی مختلف از طب مدرن تا طب‌های سنتی و مکمل دستخوش بازیابی‌ها و تغییرات اساسی قرار دهد. این امر می‌تواند در طی زمان به شکل‌گیری نظام‌های طبی بی‌انجام که هریک در دستگاه‌های معرفتی خود و برآمده از مبانی فلسفی خود شناخته شوند.

کلیدواژه‌ها: سلامت، بیماری، فلسفه، انسان‌شناسی پزشکی

تاریخ دریافت: مرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۴۰۱

مقدمه:

پیشینی و پایه‌ای نسبت به سایر شاخه‌های دانش دارند. پرسش‌های فلسفی به‌طور مستقیم در شکل‌یافتن افکار و عقاید و به‌طور غیرمستقیم در شکل‌گیری نظامات و برساخت‌های اجتماعی و درنهایت زمینه‌سازی تمدن‌های جوامع انسانی تأثیرگذارند.

تمرکز بر محدوده میان دو دانش «فلسفه» و «پزشکی» و جست‌وجوی مجاری ارتباطی این دو دانش، از یک سو بستری خواهد بود برای ظرفیت‌سنجی اندیشه‌های فلسفی در شکل‌گیری دانشی عملی و فراگیر مانند دانش پزشکی و نظام سلامت و به تبع در پویایی اندیشه‌های بنیادین فلسفی؛ از سوی دیگر تأمل در رابطه میان فلسفه و پزشکی، در صورتی که منتج به یافتن مجراهایی از تأثیر آن دو بر یکدیگر شود، زمینه را

دانش پزشکی و نظام سلامت و بهداشت که یکی از گسترده‌ترین و انضمامی‌ترین دانش‌ها و نظامات بشری است، پیوندها و تبادلاتی با سایر علوم مانند رشته‌های علوم پایه دارد. شناخت پیوندهای یک علم با سایر علوم، بخشی از مسائل آن علم بوده و هر اندازه ارتباطات و پیوندهای یک علم با سایر علوم روشن‌تر و شفاف‌تر شود بی‌شک حدود و ثغور آن علم، توانمندی‌ها و نیازمندی‌ها، ظرفیت‌ها و محدودیت‌های آن روشن‌تر خواهد شد و پژوهش‌ها سامان بهتری می‌یابد و روند رشد آن علم شتاب بیشتری خواهد گرفت.

از سوی دیگر، پرسش‌های بنیادین درباره هستی، جهان، انسان، علم و... که ذیل عنوان فلسفه گرد آمده‌اند، مقامی

برای تعمیق و توسعه دانش پزشکی و ارتقای نظام سلامت فراهم خواهد کرد، همچنان که ملاکی برای سنجش و مقایسه مکاتب مختلف پزشکی و یافتن ظرفیت‌ها و محدودیت‌های آن نیز خواهد بود.

در نوشتار پیش‌رو، تلاش می‌کنیم حوزه نظری میان فلسفه و پزشکی را در جست‌وجوی تکیه‌گاه‌های فلسفی دانش پزشکی و نظام سلامت از دریچه مسائل ذیل واکاوی کنیم: دانش پزشکی و نظام سلامت چه اندازه و در کدام یک از مسائل به فلسفه تکیه دارد؟ پرسش‌های اساسی درباره هستی، جهان، علم و به‌ویژه انسان چه تأثیراتی می‌تواند بر دانش پزشکی، که موضوعش تندرستی انسان است، داشته باشد؟ تأملات و یافته‌های فلسفی اندیشمندان تا چه اندازه می‌تواند باعث تغییر در نظام سلامت و بهداشت یک جامعه شود؟ اساساً آیا چنین اتکایی وجود دارد یا آنکه دانش پزشکی کاملاً مستقل از اندیشه‌های بنیادین فلسفی راه خود را می‌پیماید و مواضع فلاسفه در مسائل مختلف فلسفی تأثیری بر حل مسائل دانش پزشکی ندارد؟ به‌بیان‌دیگر، آیا این سخن درست است که «هر بیماری علائمی دارد و داروی مشخصی هم برای رفع آن وجود دارد و برای دانش پزشکی همین کافی است تا بدن انسان را به‌خوبی مطالعه کند، بیماری‌ها و علائم آن را به‌دقت بیابد و داروی آن را کشف کند. بنابراین تأملات فلسفی تأثیری در شکل‌گیری و توسعه دانش پزشکی نداشته و اختلافات فکری و فلسفی مکاتب مختلف تأثیری در دانش پزشکی ندارد؟».

در دهه‌های اخیر پرسشی درباره جایگاه «مسائل فلسفه پزشکی» و نسبت آن با «دانش فلسفه» و «دانش پزشکی» در میان گروهی از اندیشمندان غربی به‌وجود آمده که مباحث مختلفی را در پی داشته و مواضع گوناگونی اتخاذ شده است (۱): برخی آن را مبحثی از مباحث فلسفه علم دانسته (۲) و برخی آن را حوزه‌ای مستقل از مباحث نظری می‌دانند (۳) برخی نیز به جنبه فلسفی این حوزه توجه کرده و آن را رویکرد فلسفی و انتقادی نسبت به مسائل پزشکی برشمرده‌اند (۴). این مسئله گرچه ارتباط تنگاتنگی با پرسش پیش‌روی این مقاله

دارد اما دغدغه این نوشتار پاسخگویی به مسئله جایگاه مسائل مبانی فلسفی-پزشکی و نسبت آن با دو دانش مذکور و در نتیجه انتخاب عنوانی برای این حوزه نظروری نیست، بلکه در این پژوهش صرفاً در پی بررسی ریشه‌های فلسفی دانش پزشکی و نظام سلامت هستیم تا به‌تبع آن اهمیت و میزان تأثیر اندیشه‌های فلسفی بر دانش پزشکی و سلامت افراد را برجسته نماییم.

نقاط اتصال و ابتنای دانش پزشکی به اندیشه‌های بنیادین فلسفی را از جهات مختلفی می‌توان بررسی کرد، مانند تحلیل تطور تاریخی این دو علم، بررسی جهات انضمامی و اضافی فلسفه‌ها و... . هریک از جنبه‌ها و رویکردهای مذکور مواد و روش خاص خود را خواهد طلبید. نوشتار پیش‌رو تلاش می‌کند دسته‌ای از مسائل جاری و چالش‌های میدانی و روزمره نظام سلامت و بهداشت را تحلیل کرده و ریشه‌داری آنها در بنیان‌های فلسفی را بررسی کند. آنگاه سابقه این مسائل را در تأملات و آثار فلسفی حکما و فیلسوف-پزشکان، به‌عنوان مسئله‌ای فلسفی-پزشکی رصد کند و در نهایت انعکاس تصاویر مختلف از انسان و مراتب و ابعاد، او را که برآمده از دستگاه‌های فلسفی متفاوت است، در طرح‌ریزی دانش پزشکی و سامان‌دهی نظام سلامت و بهداشت بررسی کند.

در این راستا، نوشتار پیش‌رو شامل دو قسمت خواهد بود: الف- نگاهی به برخی مسائل میدانی پزشکی. در این بخش تلاش بر این است تا مسئله مذکور از جانب مسائل مبتلا به نظام سلامت و درمان تبیین شود.

ب- بررسی پیامدهای تعریف «انسان» در شکل‌گیری نظامات سلامت. در این قسمت سهم مواضع فلسفی در شکل‌گیری مکاتب طب را صرفاً از دریچه دیدگاه‌های انسان‌شناسی بررسی می‌کنیم.

مسائل فلسفی پزشکی

در این بخش ارتباط و پیوند پزشکی را به مسائل بنیادین فلسفی، نه از طریق تحلیل، امتدادیابی و دلالت‌یابی مسائل فلسفی، بلکه با نگاهی به برخی مسائل میدانی پزشکی و با ریشه‌یابی آن مسائل بررسی می‌کنیم.

(۱) چیستی سلامت و بیماری و نسبت آنها

اگر از افراد مختلف، حتی دانش‌آموختگان سطوح عالی، سؤالاتی مانند «سلامت چیست؟ بیماری چیست؟ درد و رنج چیست و چرا پدید می‌آید؟ سلامت برای چیست؟ و...» پرسیده شود احتمالاً پس از ارائه پاسخی متبادر به ذهن از کنار آن مسائل عبور کنند، درحالی‌که چندان آنها را مبهم ندانند. مثلاً در پاسخ به چستی سلامت و بیماری آن را با عباراتی نظیر «حال خوش داشتن یا نداشتن» و «سرحال بودن یا نبودن» تعریف می‌کنند و از کنارش می‌گذرند.

حقیقت آن است که پاسخ دقیق به این مسائل چندان آسان نیست و ذهن دسته‌ای اندیشمندان را به خود مشغول کرده و آراء و نظرات مختلفی در پاسخ به این پرسش‌ها ارائه شده است (۵). پاسخ‌های گوناگون به این پرسش می‌تواند علم پزشکی را از خود متأثر کند و در نظام سلامت و بهداشت تأثیرگذار باشد. برای توضیح این مطلب برخی از مسائل بالینی و میدانی پزشکی را مرور می‌کنیم که در گرو پاسخی جامع‌و‌مانع به پرسش‌های مذکور هستند.

افرادی را در نظر بگیرید که سال‌ها است یک نارسایی مانند کوچکی مثانه، فشار ثابت بالا یا پایین، انحنای استخوان‌های پا و دست، دندان‌های نامنظم و... دارند، اما هیچ‌یک از این افراد هیچ درد و رنجی را احساس نکرده و زندگی عادی خود را داشته‌اند، به‌گونه‌ای که هیچ‌گاه به‌واسطه آن نارسایی، حال بدی پیدا نکرده و خللی در اعمال روزمره نداشته‌اند. آیا چنین افرادی بیمار بوده و نیازمند دارو و درمان و پزشکان هستند؟ افراد دیگری را در نظر بگیرید که در یک دسته بیش از حد معمول و به‌طور فوق‌العاده‌ای قدرت شنوایی دارند و در گروه دوم توانایی شنوایی کمتری نسبت به سایر هم‌نوعان خود دارند و هر دو گروه بدون هیچ مشکلی زندگی می‌کنند. آیا سلامت به هر دو گروه به یک معنا صدق می‌کند؟

فردی را در نظر بگیرید که کاغذ را به‌عنوان یک خوراکی می‌خورد و در سالیانی که این‌گونه است هیچ‌گاه به هیچ مشکلی برنخورده است و دردی هم احساس نکرده، چنین فردی را باید بیمار و نیازمند درمان دانست؟

افرادی را در نظر بگیرید که برای اموری چون چینش بهتر دندان‌ها یا بهبود وضعیت تارهای صوتی به پزشک مراجعه

می‌کنند یا افراد کهنسالی که به‌واسطه کهنسالی سن قوای جوانی را ندارند. آیا چنین افرادی را باید بیمار خواند یا سالم؟ و یا آنکه این افراد نه بیمارند و نه سالم؟ برای مثال کاهش تراکم استخوانی پس از دوران جوانی لزوماً معنای بیماری دارد؟ آیا مشکلات و معضلات دوران بارداری و خصوصاً زایمان را باید نوعی بیماری تلقی کرد و شخص باردار را خصوصاً هنگام زایمان باید بیمار دانست که نیازمند درمان و درمانگاه است؟

در تعیین حدود سلامت و بیماری هر اندازه دایره بیماری وسیع‌تر باشد و سلامت وسعت معنایی کمتری پیدا کند و حالت‌های پیش‌گفته را بیماری و نیازمند درمان قلمداد کنیم، درنتیجه باید بیمارستان‌ها و بخش‌های آن وسیع‌تر و متنوع‌تر تعریف شود و نیاز به دارو و درمانگر نیز بیشتر می‌شود. بدیهی است که این امر، برنامه‌ریزی کلان و بودجه‌بندی متفاوتی طلب خواهد کرد. امروزه چنین مسائلی ذیل عنوان طبی‌سازی (Medicalization) در فلسفه پزشکی مورد توجه قرار می‌گیرد (۵، ۶، ۷) و بر این تأکید می‌شود که اندیشیدن بر مسائل بنیادین فلسفه پزشکی، بر حدود مرزهای پزشکی نمودن جامعه تأثیرگذار بوده و ازاین‌رو، نسبت به سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت جنبه پیشینی دارد (۸).

دیگر اینکه مبنا و رویکرد زیست‌پزشکی در تعریف سلامت و بیماری بوده و معیار و منشأ آنها تماماً فیزیکی‌لیستی و جسمانی است و بر آن اساس تمام تحولات بر محور جسم انسان تبیین می‌شود. حال اینکه در رویکردهای انسان‌شناسانه غیرفیزیکی‌لیستی ابعاد غیرجسمانی را نیز می‌توان برای تندرستی انسان لحاظ نمود و درنتیجه، لوازم و پیامدهای متفاوتی نسبت به رویکرد نخست در عرصه کاربرد و برنامه‌ریزی درمانی داشته باشد. این موضع‌گیری‌های انسان‌شناسانه فلسفی، در جنبه نظری و فلسفی پزشکی ازجمله مباحث اخلاق پزشکی، چیستی مرگ، رابطه پزشک و بیمار، بیماری‌های اجتماعی و... نقش دارند و روشن است که بر هریک از این موارد، لوازمی عملی نیز بار می‌شود.

برای نمونه، با تأکید بر جنبه‌های فیزیکی‌کال و زیست‌شناختی، بسیاری از مشکلات اجتماعی مانند اعتیاد، مصرف مواد

روان‌گردان یا الکلی، ناهنجاری‌های رفتاری، رفتار لجام‌گسیخته جنسی و انواع بزهکاری‌ها و... نوعی بیماری و اختلال جسمانی مانند سایر بیماری‌ها تلقی می‌شود و در نتیجه نیازمند درمان و درمانگر است. در این حالت بیمارستان‌های بزرگ‌تر و مجهزتری نیاز است و حوزه درمانگری روزبه‌روز فربه‌تر می‌شود. در مقابل، در حالتی که این موارد را بیشتر مشکلاتی روانی، اخلاقی و اجتماعی در نظر بگیریم در این صورت باید به توسعه نهادهایی چون تعلیم و تربیت، مشاوره اجتماعی، نهادهای تسهیل‌گر مدنی و دستگاه قضایی بیشتر اهتمام ورزید. جست‌وجو در متون فیلسوفان مسلمان نشان می‌دهد که تعریف تندرستی و بیماری مورد توجه طیف دامنه‌داری از ایشان بوده است؛ برای مثال ابن‌سینا به تعریف جالینوسی از تندرستی و تقسیم احوال انسان از حیث سلامت و بیماری ایراد گرفته و تصویر دیگری از صحت و مرض ارائه کرده است. او تندرستی و بیماری را به‌سان لذت و درد از اقسام ویژگی‌ها و کیفیت‌های نفس انسانی می‌داند که البته با بدن نیز نسبتی دارد (۹، ۱۰). از پسینیان ابن‌سینا، فخر رازی به مواضع ابن‌سینا اشکال گرفته و تلاش می‌کند سلامت و بیماری را وصف و کیفیتی جسمانی توصیف کند (۱۱). پس از او، حکمای بزرگی چون قطب‌الدین شیرازی (۱۲)، عضدالدین ایجی (۱۳)، ملاصدرا (۱۴، ۱۵)، علامه حلی (۱۶) و فیاض لاهیجی (۱۷) از ابن‌سینا دفاع و در مسیر پاسخگویی به انتقادات فخر رازی تلاش کرده‌اند (ر.ک ۱۸).

روشن است که تحلیل و بررسی دیدگاه‌های اندیشمندان در قبال این پرسش، تحقیقی مجزا می‌طلبد و غرض این نوشتار نیست، بلکه استحصال چنین مسائلی به‌منظور یافتن نقاط اتصال و اتکای دانش پزشکی و نظام سلامت و درمان به مباحث پیشینی فلسفی است.

۲) چیستی و چگونگی درد و لذت

ورود به دستگاه پیچیده عصبی و فاصله‌انداختن میان مرز عصبی مغز با عضو رنجور و مبدأ درد و ألم که به تعبیری اختلال در فرایند پیام‌رسانی عصبی است، کار ویژه داروهای تسکین‌دهنده و بی‌حسی یا بیهوشی است که بر پایه علم عصب‌شناسی (نورولوژی) استوار است. با وجود کمک بزرگ

علم عصب‌شناسی و جهشی که در علم پزشکی و درمان و بهداشت ایجاد کرده، به‌نظر می‌رسد اگرچه در مهار و تدبیر رنج و درد بیماران پیشرفت درخور توجهی رخ داده، اما هنوز مسئله نیاز به واکاوی‌های عمیق‌تری دارد.

افرادی را در نظر بگیرید که در عضوی از بدن خود احساس درد کرده و از این بابت رنجور و ناخوش‌اند، اما به گزارش آزمایش‌ها، تصاویر و معاینه‌های متعدد آن عضو هیچ مشکلی ندارد. اگر واقعاً آن عضو سالم باشد این درد از کجا است؟ چگونه می‌توان آن را تسکین داد؟

فردی را در نظر بگیرید که برای رفع مشکل دندان خود به پزشک مراجعه کرده، پزشک برای ترمیم دندان موضع را بی‌حس می‌کند و پزشک مطمئن است که موضع بی‌حس شده است، اما با اولین فشارها بیمار شدیداً احساس درد کرده و عمیقاً می‌رنجد. در جست‌وجوی علت چه‌بسا چنین پاسخی دریافت شود که از آنجا که بیمار پیش از مراجعه، تصور دردکشیدن داشته هرچند عضو بی‌حس است لیکن او از درد می‌رنجد. اما چطور چنین چیزی ممکن است؟ آیا می‌توان تصور کرد فردی دردی خودساخته و واقعی داشته باشد؟

از سوی دیگر فردی را در نظر بگیرید که به جراحی یا حتی نوعی شکستگی دچار شده، اما در شرایطی قرار دارد که به‌نظر می‌رسد چندان دردی را احساس نمی‌کند یا بسیار کمتر از حد موردانتظار درد می‌کشد، درحالی‌که هیچ اختلالی در دستگاه عصبی او رخ نداده است، اما افراد دیگر با آن مصدومیت یا همین فرد در شرایط دیگر درد بسیاری را تحمل می‌کنند.

مرور مواردی از این دست که کاملاً شایع و واقع هستند، این پرسش را پدید می‌آورد که این احساس‌ها چگونه قابل‌توجیه هستند؟ اساساً منشأ و مبدأ درد و رنج چیست؟ آیا درد و رنج پدیده‌ای عصبی است و مبدایی جز سلول‌های عصبی ندارد؟ آیا رنج و ناخوشی لازمه بیماری و حال خوش صرفاً پیامد سلامتی است؟ ماهیت و حقیقت درد و ألم و از آن‌سو لذت و خوشی چیست؟ رابطه خوشی و ناخوشی چیست؟

روشن است که منظور از لذت و خوشی یا درد و رنج در این بحث لذات یا آلام روحی- روانی نیستند، بلکه سخن بر خوشی یا درد و رنج جسمانی است و اگر سخنی از درد یا

لذت روانی هم به میان آید از آن جهت است که در درد و لذت جسمانی مؤثر است.

این مسئله یکی از مباحث بحث برانگیز در سنت حکما و پزشکان اسلامی بوده و گفت وگوهای دامنه داری را رقم زده است. محمدبن زکریای رازی یکی از بحث برانگیزترین تعاریف را از لذت و ألم ارائه کرده و آن را به خروج و دگرگونی از یکی به دیگری تعبیر کرده است (۱۹). پس از او ابن سینا دیدگاه او را نقد و در نهایت تلاش می کند تصویری دقیق تر و جامع تر ارائه دهد (۹، ۲۰، ۲۱) اما فخر رازی تصویر ابن سینا از درد و لذت جسمانی را مورد اشکالات متعدد قرار داده و آنها را اموری غیر ادراکی می بیند (۲۲). پس از ایشان صدرالمآلهین پس از رد دیدگاه محمدبن زکریای رازی، در دفع ایرادات فخر رازی و دفاع از ابن سینا، از مبانی وجودشناسی و معرفت شناسی خود استفاده کرده و نهایتاً تصویری از لذت و ألم برآمده از مبانی فلسفی خود ارائه می کند (۱۴) (درباره تعریف لذت و الم در فلسفه اسلامی ر.ک ۲۳ و ۲۴).

۳) منشأ سلامت و بیماری

در کتاب های پزشکی دوره اسلامی مباحثی تحت عنوان «اسباب و علل» وجود دارد که ذیل آن نحوه تأثیرگذاری عوامل مادی و فیزیکی مانند آب و هوا، حرکت و سکون، خواب و بیداری، خوراک و نوشیدنی و ... بر تندرستی و بیماری بررسی می شود (ر.ک ۹). اما آیا تمام بیماری ها و تندرستی ها ریشه در عواملی فیزیکی و محسوس دارند؟ آیا امور اصطلاحاً نفسانی، روانی و ذهنی نقشی در سلامت و بیماری ندارند؟

تحقیقات گسترده نشان می دهد که داروهای کاذب موسوم به «پلاسیبو» تأثیر مهمی بر بهبود و ارتقای سلامت افراد دارد (۲۵، ۲۶). این داروها چگونه بر میزان درد و لذت و از آن مهم تر بر سلامت و بیماری جسم تأثیرگذارند؟

افراد زیادی را می توان مشاهده کرد که به هنگام بیماری دچار ترس و اضطراب می شوند و پزشکان و اطرافیان، او را به آرامش دعوت کرده و ترس را عاملی برای وخیم تر شدن بیماری و حتی خطرناک شدن آن برمی شمردند. آیا واقعاً اموری روانی مانند ترس و اضطراب بر سلامت انسان مؤثرند؟ چگونه رابطه این امور با تندرستی قابل تبیین است؟

از این دست مسائل در مورد بیماری های روان-تنی بیشتر قابل طرح است و مسئله را پیچیده تر می کند؛ برای مثال افرادی که در اثر هیجاناتی چون ترس دچار اختلالات زیستی مانند بی اختیاری ادرار می شوند افرادی سالم اند؟ مشکل آنها چگونه قابل تحلیل است؟

فردی که در زیر باران یا هنگامی که پای خود را در آب می گذارد احساس خفگی کرده، تپش قلب می گیرد و بی تاب می شود، چنین فردی با چه تعریفی بیمار خوانده می شود؟ اگر بیمار است منشأ بیماری اش چیست؟

بازگشت این پرسش ها به این مسئله است که آیا منشأ سلامت و بیماری نیز صرفاً امور جسمانی و فیزیکی است یا خیر؟ آیا اختلال در جسم، یعنی بیماری، صرفاً معلول عوامل مادی و فیزیکی است و به تبع بهبودی و بازگشت سلامت در گرو عوامل مادی و فیزیکی خواهد بود؟ اگر حالات روحی و روانی بر جسم انسان مؤثرند، دقیقاً منظور از روان یا ذهن چیست و چه نسبتی با بدن دارد؟ این رابطه را چگونه می توان شناخت و از آن برای ارتقای سلامت افراد جامعه بهره برد؟

این پرسش نیز در سنت فلسفی اسلامی مورد اهتمام بوده و فیلسوفان و فیلسوف-پزشکان متعددی به این مسئله پرداخته اند؛ برای مثال ابن سینا در موارد متعددی از آثار خود به تأثیر هیئت نفسانی بر سلامت و بیماری بدن پرداخته، آن را تبیین و از آن در دانش و مهارت پزشکی استفاده کرده است. او در بخش طبیعیات کتاب شفا، در میانه تبیین مفصلی که برای انفعال بدن از تحولات نفسانی ارائه می دهد می گوید: «این (تأثیرگذاری بر بدن از طریق هیئت نفسانی و همانی) از کاری که پزشک به واسطه ابزار و وسایط انجام می دهد کارسازتر است» (۲۷). او در کتاب قانون پس از استفاده طبی از این مبنا عدم پذیرش این تأثیرگذاری نفسانی را ناشی از آشنان بودن با پیچیدگی های مبانی وجودشناسی می خواند و سپس می گوید: «اما کسانی که در معارف عقلی غوطه خورده اند چنین چیزی را انکار نمی کنند» (۹).

ملاصدرا نیز به تأثیر احوال نفسانی بر عنصر جسمانی عمیقاً باور داشته و صحت و بیماری بدن را متأثر از آن می داند. او که مبانی نفس شناسی اش برای پذیرش چنین تأثیر و تأثیری

فراهم تر است در کتاب *شواهد الربوبیه* می‌گوید: «احوال و هیئت مراتب نفسانی و جسمانی انسان به یکدیگر کشیده شده و هر مرتبه از دیگری منفعل می‌شود... و هر خلق و هیئت نفسانی نیز تا بدن عنصری پایین می‌آید و انفعال متناسب آن را در بدن ایجاد می‌کند» (۲۸).

حکیمان و اندیشمندان اسلامی پس از صدرالمآلهین مانند ملا هادی سبزواری (۲۹)، علامه طباطبایی (۳۰) و علامه حسن‌زاده آملی (۳۱) نیز در این باره بحث و گفت‌وگو کرده و این مسئله را بسط داده‌اند. همچنین برخی آثار طبی نیز در این موضوع نگاشته شده است (۳۲).

۴) جواز مرگ

در موارد بسیاری دستگاه پزشکی با شرایطی مواجه می‌شود که میان میراندن و حفظ فردی مخیر می‌گردد. این وضعیت که به حالت‌های مختلفی نمایان می‌شود سازمان سلامت و درمان را با پرسشی اساسی مواجه می‌کند که پاسخش را نمی‌توان در دانش پزشکی یافت.

بانوانی که به هر دلیل ناخواسته باردار شده‌اند، اما نمی‌خواهند بچه‌ای را حمل کرده و او را به دنیا آورند و تقاضای سقط آن را از پزشک و دستگاه پزشکی دارند، در این حالت آیا دستگاه پزشکی می‌تواند جنین زنده را از بین ببرد؟ افرادی را در نظر بگیرید که به دلیل فشارهای روانی ناشی از عوامل مختلف مانند فقر و بیماری نمی‌خواهند زنده بمانند و با مراجعه به پزشک تقاضای پایان‌دادن به رنج و مرگ می‌کنند. آیا رسالت پزشکی اجازه چنین کاری را می‌دهد؟ آیا پزشکی می‌تواند فردی را بمیراند گرچه او خود خواستارش باشد؟

فردی را در نظر بگیرید که پس از یک سانحه یا یک جراحی سنگین به هوش نیامده و به کما رفته است. پزشکان با وجود تلاش بسیار، بازگشت او را سخت و بعید می‌دانند. حتی اگر خانواده بیمار رضایت داشته باشند آیا دستگاه پزشکی می‌تواند دست از مراقبت خود بردارد و بیمار را رها کرده تا فوت کند؟

پاسخ پرسش‌های فوق را نمی‌توان در دانش پزشکی جست‌وجو کرد، بلکه دانش‌های دیگری باید پاسخ آن را بیابند. شاخه‌های متنوع دانش فلسفه، تأثیر بسیاری در حل این مسائل

می‌تواند داشته باشد. امروزه این پرسش‌ها، عمدتاً در قالب اخلاق پزشکی به‌طور گسترده میان اندیشمندان به میدان بحث و بررسی کشانده شده است.

۵) تقسیم‌بندی بیماری‌ها

دانش پزشکی در طول تاریخ و در وسعت جغرافیای خود ملاک‌های مختلفی برای دسته‌بندی بیماری‌ها داشته است؛ مانند دسته‌بندی بیماری‌ها براساس نوع اختلال و آسیب‌زایی یا دسته‌بندی بیماری‌ها براساس علائم و نشانه‌ها (۳۰). این امر می‌تواند به تفاوتی در رویکردهای درمانی و به تبع در نظام سلامت و بهداشت منجر می‌شود.

در طبقه‌بندی بیماری‌ها هرچه به سمت علل موجدۀ آنها رفته و به عوامل بیماری‌ها توجه شود و بر این اساس دسته‌بندی شوند در کاربرد هم درمان بیماری‌ها از همین زاویه لحاظ شده و عمدتاً توجه به رفع عوامل پیدایش بیماری معطوف می‌گردد. اما اگر در طبقه‌بندی و تمیز میان بیماری‌ها به نوع اختلال و آسیبی توجه شود که بدن دچار آن می‌شود منطق حاکم بر درمان نیز متناسب با آن، بیشتر متمرکز بر رفع اختلال و آسیب خواهد بود.

اینکه ملاک طبقه‌بندی بیماری‌ها چه باشد تا اندازه‌ای منوط به نگاهی است که به چیستی بیماری و تعریف آن وجود دارد، اینکه واقعیت بیماری چیست و چه نسبتی با سلامت دارد (۳۳). از سوی دیگر چیستی و جایگاه علم تجربی و تلقی از روش علمی نقش بسزایی در تعیین ملاک برای دسته‌بندی بیماری‌ها دارد و این مهم به تبع در مباحث فلسفی صورت می‌گیرد.

۶) بیماری‌های روانی

یکی از جدی‌ترین نقاط تداخل و آمیختگی مسائل مربوط به سلامت انسان با دانش‌های بنیادین فلسفی، مسائل بیماری‌های روانی است. مواجهه انسان با بیماری‌های روحی و روانی در طول تاریخ اشکال مختلفی داشته که به مداخلات مختلف روان‌پزشکی، روان‌کاوی، روان‌درمانی و مانند آن منجر شده است. هریک از این شاخه‌ها، رویکردها و جریان‌ات گوناگونی را به خود دیده است که بی‌تردید یکی از مهم‌ترین علل آن موضع‌گیری‌های جهان‌شناختی فلسفی و روش‌های

علمی به کار گرفته شده است (۳۳) مهم ترین پرسش های فلسفی درباره بیماری های روانی از این قرار است:

ماهیت واقعی بیماری های روانی چیست؟ آیا بیماری روانی، اختلالی زیستی است؟ آیا تمام مشکلات روانی برآمده از ناهنجاری های عصبی است؟ آیا بیماری های روانی چیزی جز رفتارهای نامتعارف نیست؟ آیا این بیماری ها هیچ واقعییتی ندارند و تنها اختلال در روابط بین افراد و مشکلات اجتماعی افراد بیمار است؟

بیماری های روانی را چگونه می توان تشخیص داد؟ ملاک و معیار تشخیص و اندازه گیری اختلال روانی چیست؟ طبقه بندی بیماری های روانی با کدام ملاک باید صورت گیرد؟ بیماری های روانی چه جایگاهی در پزشکی و چه نسبتی با سلامت و بیماری جسمانی دارند؟ آیا سلامت و بیماری روانی بخشی از پزشکی است؟ اختلالات روانی چه میزان در حوزه علوم تجربی و زیستی قرار می گیرند و چه میزان تحت قواعد علوم انسانی جای می گیرند؟ آیا روان شناسی و سایر مداخلات روانی طفیلی علم پزشکی هستند؟

بی تردید پاسخ به سؤالات فوق در امتداد تصویری از انسان، قوای انسانی، ابعاد وجودی انسان و نیز تعریفی از حقیقت علم و روش علمی قابل ارائه است، همان طور که می تواند از جهان شناسی و هستی شناسی نیز متأثر باشد؛ برای مثال ممکن است در یک مبنای انسان شناسانه و با یک روش علمی خاص، تمام اقسام و مصادیق اضطراب و افسردگی بیماری به حساب آید، در حالی که در مبنایی دیگر و با رویکردی متفاوت، برخی از نمونه های اضطراب و درون گرایی، خصوصیت انسانی و لازمه رشد و تعالی او خوانده شوند (۳۳).

۷) رابطه پزشک با بیمار

در مسیر تشخیص و درمان چه میزان ارتباط و همدلی و هم زبانی پزشک و بیمار نیاز است؟ چقدر نیاز است بیمار در جریان روند درمان قرار گیرد؟ گفت و گوی صمیمی و عمیق پزشک با بیمار چه تأثیری بر روند درمان دارد؟

برای تشخیص بیماری چه میزان می توان به آزمایش ها و تصویربرداری های مختلف تکیه کرد و چه میزان باید ریشه های بیماری را در گفت و گویی عمیق با بیمار جست و جو کرد؟

چقدر می توان به واسطه ابزارهای تصویربرداری و آزمایشگاهی به تشخیص کافی و دقیقی از بیماری دست یافت بدون اینکه گفت و گویی نزدیک میان پزشک و بیمار شکل بگیرد؟ به عبارت دیگر آیا باید «بیماری» مرکز توجه پزشک قرار گیرد یا «بیمار»؟ در مسیر درمان چگونه می توان از اراده و قوت نفسانی بیمار برای تسریع و تسهیل فرایند درمان او استفاده کرد؟ آیا چنین چیزی می تواند مبانی علمی بیابد یا امری خیالی است؟

پاسخ هایی که ممکن است به این دسته پرسش ها داده شود یکسان نیستند؛ صاحب نظران، هریک براساس اصول و مبانی اندیشه ای خاصی پاسخ های متمایزی می توانند ارائه کنند. افرادی که برای نخستین بار با این دست مسائل روبه رو می شوند فقط در صورتی ممکن است به این پرسش ها پاسخ هایی سریع و صریح بدهند که به خوبی مسئله را درک نکرده یا بدون مبنای اندیشه ای و بدون در نظر گرفتن لوازم، سخن گفته باشند.

تحلیل و بررسی این مسائل و رسیدن به پاسخی قابل ملاحظه در این زمینه، نیاز جدی به مایه هایی از دانش های بنیادینی چون فلسفه و انسان شناسی دارد. تا زمانی که فرد مواضع خود را در قبال مسائل بنیادین فلسفی تعیین نکند، نمی توان انتظار پاسخی درخور برای این مسائل داشت. برخی از این مسائل در انسان شناسی عبارت اند از:

آیا انسان صرفاً یک موجود بیولوژیک و همین بدن جسمانی است و تمام کارکردهای او را باید در همین اندازه تفسیر و تعبیر کرد؟ یا اینکه انسان جنبه یا جنبه هایی فراتر از جسم فیزیکی و عنصری نیز دارد که آن بُعد غیر جسمانی در ارتباطی دوسویه بر تندرستی یا بیماری جسم تأثیر گذارده و متأثر می شود؟ اساساً انسان چگونه موجودی است و چه ابعاد و مراتبی دارد و چه ارتباطی میان ابعاد وجودی او قابل تصویر است؟ غایت انسان از زندگی چیست؟ سعادت او چگونه حاصل می شود؟ لذت و آلم چه سنخ وجودی دارند و چگونه ادراک می شوند؟ آیا روش علمی منحصر در تجربه گروی است؟ عقل گرایی چه سهمی در تحقق و پیشرفت علوم تجربی دارد؟

مسائل فلسفی دیگری نیز در این بحث سرنوشت ساز هستند، مانند تقسیم معقولات به اولی و ثانوی و قراردادی و

همچنین ارتباط مفاهیم متخالف. این موضوعات در تبیین مفهوم سلامت و بیماری و رابطه منطقی آنها و اینکه جزء کدام دسته از معقولات قرار می‌گیرند، تأثیرگذارند.

هر کسی در نظام سلامت و بهداشت تعریفی برای سلامت و بیماری می‌کند و روش درمانی خاصی را برمی‌گزیند ضرورتاً موضوعی فلسفی در مسائل اساسی انسان‌شناختی و هستی‌شناسانه اتخاذ کرده است، گرچه خود بدان آگاه نبوده و بدون التفات آن مواضع را برگزیده باشد.

پیامدهای تعریف انسان در شکل‌گیری نظامات سلامت

تا کنون، گونه‌هایی از مسائل عینی و بالینی پزشکی را مرور کردیم که پاسخ به آنها در مسائلی بنیادین‌تر و در مبانی فلسفی ریشه داشت. جنبه دیگر مسئله این است که پاسخ به این مسائل فلسفی پزشکی در نهایت به سیاست‌گذاری‌ها و طراحی نظامی متفاوت برای سلامت و درمان می‌انجامد. بررسی اثرگذاری مسائل مختلف فلسفی مرتبط با نظام سلامت، موضوع تحقیقات مفصل میان‌رشته‌ای است؛ در این بخش تلاش خواهیم کرد تنها یک مسئله انسان‌شناسی را برگزینیم و دورنمایی از پیامدهای مواضع مختلف را در نظام سلامت جست‌وجو کنیم.

پرسش از چیستی انسان و اینکه آیا انسان حقیقتی بیشتر از بدن مادی محسوس دارد یا خیر، از نخستین و اساسی‌ترین پرسش‌های انسان‌شناسی است که خود منشأ مسائل ریز و درشت فراوانی می‌شود. از دیگر سو، پاسخ به این مسئله خود ریشه در پرسش‌های متعدد هستی‌شناختی، معرفت‌شناختی و روش‌شناختی دارد. در بخش پیش‌رو، به‌منظور تبیین پیامدهای جدی مواضع فلسفی در طراحی نظامات مختلف سلامت، دو موضع متفاوت در قبال این مسئله را طرح کردیم و لوازم انضمامی آن را در شاکله نظام سلامت پی خواهیم جست.

۱) انسان فیزیولوژیک

اگر از یک‌سو در یک موضع معرفت‌شناختی بنیادین، تمام ادراکات انسان را منحصر در ادراکات حسی دانسته و یگانه منشأ معلومات را قوای حسی انسان بدانیم و در نتیجه ادراکات و علوم عقلی را به‌عنوان ادراک معتبر نپذیریم و حتی در یک

برداشت پوزیتیویستی علوم غیرتجربی را بی‌معنا و غیرعلم بدانیم و به‌کلی متافیزیک، اخلاق و هنر را کنار بگذاریم و به‌تبع روش علمی را صرفاً روش تجربی و آزمایشگاهی بخوانیم و از سوی دیگر در یک موضع‌گیری وجودشناسانه، واقع‌گرایی را به معنای ماتریالیسم (در مقابل ایدئالیسم) پذیرفته باشیم آنگاه در چنین نگاهی، نهایتاً تمام حقیقت انسان همین بدن مادی دانسته می‌شود و برای انسان چیزی بیشتر از موجود زیستی پیچیده در نظر نباید گرفت. کریستوفر بورس (۳۴) و جرج اسکادینگ (۳۵) از متقدمین بنام این رویکرد هستند که کاملاً نگاهی زیست‌شناسانه به انسان و سلامت و بیماری دارند (ر.ک. ۳۶). کتاب اصول کلی آمار طبی، نوشته ژول گواره از تأثیرگذارترین آثار پزشکی است که با همین رویکرد استوار گشته است (۳۷). تلقی ماشینی و مکانیکی عنوانی است که مخالفان این دیدگاه به این رویکرد نسبت می‌دهند (۳۸).

در این صورت انسان سالم به فردی اطلاق خواهد شد که اعضا و جوارح بدنی او کارکرد متعادل طبیعی داشته باشد (گرچه «کارکرد متعادل طبیعی» خود محل تعاریف متخالف است) و هدف از سلامت، طول عمر و بقای زیستی بیشتر است. از آن‌سو بیماری درحقیقت اختلالات عینی و محسوس در ماشین پیچیده بیولوژیک انسان خواهد بود که آنها را می‌توان با ابزارهای حسی کشف و مشاهده کرد و صرفاً با معیارهای آناتومیک، فیزیولوژیک و میکروبیولوژیک تعریف و توصیف می‌شوند. پس در علت‌یابی هر بیماری باید صرفاً به‌دنبال علت و منشأی زیستی و مادی در بدن مادی بود.

در چنین نگاهی به انسان، نارسایی‌هایی مانند اعتیاد صرفاً از آن جهت که اختلالی که در بدن به‌وجود آمده است مورد توجه قرار می‌گیرد و نارسایی‌های روانی و روان-تنی اختلالاتی عصبی یعنی مطلقاً جسمی و بدنی تعریف و ترسیم می‌شوند.

قاعدتاً در این نگاه هر نوع اختلالی در «بدن» افراد، بیماری تلقی می‌شود که باید مورد معالجه قرار گیرد و اختلال بدنی که بیماری نباشد معنی ندارد (۳۳) بر همین اساس دارو صرفاً داروهای مادی و عینی مانند انواع داروهای شیمیایی و گیاهی خواهد بود و نهایتاً پرتودرمانی‌های مختلف و نظیر آن. در این

نگاه حتی سایر فنون روان‌کاوی چندان محترم نیستند.

در این نگرگاه انواع آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها اهمیت ویژه‌ای یافته و مهم‌ترین و گاهی یگانه عامل تشخیص بیماری تلقی می‌شوند. در این مسیر همچنین، نیاز پزشک به ارتباط حضوری با بیمار کم‌تر می‌شود. البته این مسئله هزینه‌های درمانی را نیز تشدید خواهد کرد. رویکرد جزءنگرانه به صحت و سقم اعضا و جوارح، لازمه دیگر این نگاه است که آن را از نگاه جامع و یکپارچه به بدن انسان دور می‌کند.

در این دیدگاه، علم پزشکی علم زیست‌شناسی بدن انسان است نه چیز دیگر؛ و پزشک حاذق کسی است که صرفاً بدن انسان و سازوکارهای آن را بیشتر و بهتر بشناسد. دانشی چون روان‌شناسی نیز طفیلی پزشکی بوده و مشروعیت آن مادامی است که به کارآزمایی بالینی تن در دهد.

می‌دانیم که این رویکرد کلی، خود شامل مکاتب و اندیشه‌های مختلفی است که هریک می‌توانند اقتضائات خاصی در انسان‌شناسی و به تبع در سلامت‌شناسی داشته باشند. دیدگاه‌های هنجارناگرایی (Non normativism) موسوم به آمارگرایی و تکامل‌گرایی و حتی با اندکی تسامح دیدگاه هنجارگرایی (Normativism) نیز در همین حیطه نظری جای می‌گیرند (۱، ۵).

۲) انسان فرامادی

اگر در مبانی هستی‌شناختی از موضع حس‌گرایی فاصله بگیریم و در روش علمی نیز از تجربه‌گرایی افراطی (Extreme empiricism) (منظور از تجربه‌گرایی افراطی، غیرعلمی‌خواندن هر ادراک غیرتجربی مانند آنچه در مورد متافیزیک، اخلاق، متافیزیک و هنر وجود دارد، است) دور شویم و از رویکرد پوزیتیویستی (Positivist approach) فاصله بگیریم و آن الگوها را مناط علمی‌بودن و غیرعلمی‌بودن قرار ندهیم و به این امر توجه کنیم که محسوسات مادی بخشی از عالم هستی هستند نه همه آن، به تبع انسان را محدود و محصور به بدن زیستی و احساسات و عواطف روانی ندانسته و می‌توانیم براساس مبانی فلسفی متفاوت، او را دارای بُعدی نامحسوس بدانیم؛ بُعدی که به تجربه حسی در نمی‌آید، اما در ارتباطی وثیق با بدن مادی بر سلامت افراد اثرگذار است. مراد

از بُعد نامحسوس در این تصویر، لزوماً روح و نفس مجرد، آن‌گونه که در فلسفه اسلامی مطرح شده، نیست. اگر برآمده از فلسفه تائو (Taoism) و مبانی فکری بودایی انسان را در پس این جسم ظاهری، «مجموعه‌ای از نیروهای درهم‌تنیده، نظم‌یافته و مرتبط به هم» دانستیم که در مسیرهای خاصی در درون و پیرامون انسان در گردش بوده و بدن انسان را تحقق و نظام می‌دهند و انسان را جزئی از کل هستی تلقی نماییم که تحت نظام واحد حاکم بر کل اداره می‌شود نیز به چنین رویکردی گرویده‌ایم (۳۹). همچنین اگر در موضعی مانند حکما و طبای سنتی ایران و یونان باستان، به غیر از جسم غلیظ و کثیف مادی انسانی قائل به «روح بخاری» لطیف و ناپیدا (نه غیرجسمانی) شدیم که در مواضع معینی از بدن در گردش است و عامل حس و حرکت و فکر است (۴۲-۴۰)، در این صورت و با چنین تصویری از انسان و هستی، علت و حقیقت بیماری‌ها چه‌بسا به هم‌ریختن و خرابی بُعد ناپیدای انسان خواهد بود؛ گرچه هرکدام از این نظامات فکری و انسان‌شناسی به‌طور متفاوت و مجزا از دیگری درباره سلامت انسان، چیرستی، چگونگی و چرایی آن سخن گفته باشند. به بیان دیگر، در این رویکرد منشأ اغلب بیماری‌ها عدم تعادل نیروهای انسانی یا کیهانی و یا اختلال در جریان روح بخاری است.

در نگاهی برآمده از چنین رویکردهایی که در طب سنتی چین و یا ایران و هند نمود می‌یابد، آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها گرچه مفیدند، اما جایگاهی نازل‌تر از حالت قبل دارند و فقط نشانه‌هایی برای تشخیص خواهند بود. در مقابل، رابطه حضوری پزشک و بیمار و تفحص در شیوه زندگی بیمار به‌منظور درک حالات و خصوصیات او، لازمه تشخیص و درمان و اساساً بخشی از فرایند درمان به‌شمار می‌رود. بر همین اساس در کتب و آثار این مکاتب طب، بخش مبسوطی به نحوه گفت‌وگو، پرسش و پاسخ و معاینه بیمار پرداخته می‌شود. قاعدتاً در این نگاه، روان‌شناسی و روان‌درمانی جایگاهی بسیار جدی‌تر در سلامت و درمان خواهد داشت.

از این نظرگاه، علوم و مهارت‌هایی که لازم است تا فردی را به یک پزشک حاذق تبدیل کند، نیز متفاوت از حالت قبل است. پزشک علاوه بر دانش‌هایی همچون آناتومی و

فیزیولوژی باید تا اندازه‌ای با نگره‌های انسان‌شناختی و هستی‌شناختی نیز آشنا شود. علاوه بر این، طبابت در چنین اندیشه‌ای بیش از آنکه یک علم باشد یک هنر است که شامل معرفت، مهارت و تعامل دوطرفه است؛ فقط برای یک نمونه می‌توانیم به این موضوع اشاره کنیم که در این مکاتب اندیشه‌ای و طبی، ابزارهای تشخیصی مانند نبض وجود دارد که عمیقاً نیازمند مهارت و تجربه است.

طبابت نه صرفاً وسیله‌ای برای کارکرد بدنی بهتر و لذت و آرامش روانی بیشتر، بلکه هنری خواهد بود که انسان را در رشد و رساندن به هدفش یاری می‌کند. در نتیجه طبیب تغییراتی را که در تقابل با رشد انسان باشد خارج از طبابت خواهد خواند. به عبارت دیگر در این نظام فکری، طبابت علم و هنری بی‌جهت نیست (۴۲). در چنین نگرشی به ابعاد وجودی انسان، تأثیر مواردی چون صدا، رنگ و منظر، عطرها و حتی اشیایی مانند سنگ‌ها در سلامت و بیماری انسان به نحو جدی‌تری قابل تبیین بوده و خاصیت درمانگری پیدا کرده و می‌تواند بخشی از درمان‌ها قرار گیرد؛ به‌ویژه درمان‌های روان‌تنی. همچنین با توجه به ارتباط وثیق انسان با سایر کائنات، زمان و حتی مکان درمان در فرایند سلامت و رفع بیماری‌های جسمی و روحی می‌تواند مؤثر باشد (ر.ک ۴۳، ۴۴).

۳) انسان متافیزیکی

بسیار فراتر از تصویر اخیر از انسان، در امتداد اصول فلسفی متفاوت و با تأکید بر روش عقلانی و شهودی، آن‌گونه که حکمت اسلامی بیان می‌کند؛ اگر عالم دنیا را بعد از عوالم برتر، نازل‌ترین مرتبه هستی بدانیم و انسان را بسیار فراتر از بدن مادی و احساسات و عواطف روانی و مراتب لطیف ناپیدا، دارای روحی مجرد از ماده، آمده از مبدایی ربّانی و منتهی به مقصدی الهی در عالمی دیگر و فراتر از این دنیا در نظر بگیریم که دارای قوا و جنودی غیرجسمانی است و به‌واسطه آن لشکری از جنود جسمانی دارد که با آن بدن انسان و همه شئون مادی و غیرمادی‌اش را اداره می‌کند و نیز معتقد باشیم که تمام حقیقت هر فرد حاصل از «من» غیرمادی او است و جسم عنصری انسان سهمی درحقیقت و تشخیص افراد ندارد و علم و ادراک را با تمام اقسام و مراتبش، مانند ادراک درد و

لذت، فعل آن روح و نفس بدانیم (۱۴، ۲۷) دست‌نکشیدن از چنین آموزه‌هایی و امتداددادنش در مباحث فلسفه پزشکی، نظام سلامت و بهداشت متمایزی را شکل خواهد داد.

چنین نظام اندیشه‌ای با این مبانی، اولین تمایزش را در تعریف و تحدید سلامت آشکار خواهد کرد؛ برای مثال ابن‌سینا در ابتدای *قانون* و نیز در *منطق شفا* سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: «سلامت، ملکه یا حالتی نفسانی است که منشأ صدور بدون مشکل افعال از مجاری و مواضعشان می‌شود» [الصحة ملکه أو حالة تصدر عنها الأفعال من الموضوع لها سليمة» (۱۲) / «الصحة و هي ملکه فی الجسم الحيواني يصدر عنه لأجلها أفعاله الطبيعية و غيرها على المجرى الطبيعي غير مؤوفة» (۱۰)].

در چنین نگاهی سلامت و بیماری اصالتاً «حالت یا ملکه نفسانی» است که نمود آن در کارکرد مناسب جسم و جوارح بدن است و حالت نفسانی بیش از آنکه از جسم و امور جسمانی متأثر گردد می‌تواند تحت تأثیر مراتب تجردی نفس قرار گیرد (فخر رازی که خود اعتقادی به کیف نفسانی بودن سلامت و بیماری ندارد و آن را از عوارض بدن می‌داند به شیخ‌الرئیس اعتراض کرده و تلاش می‌کند تفسیری غیرجسمانی و خلاف مشهور حکما از «حال» و «ملکه» ارائه کرده و آن را به شیخ نسبت دهد (۴۵) اما شیخ‌الرئیس در آثار خود سلامت و بیماری را به‌تصریح از کیفیات نفسانی برشمرده است (۱۰، ۲۷). اغلب حکمای بعد از شیخ‌الرئیس، مانند قطب‌الدین شیرازی (۱۲) و ملاصدرا (۱۴) نیز در مقابل فخر رازی از موضع شیخ و کیف نفسانی بودن سلامت و بیماری دفاع کرده‌اند). از آنجایی که مرتبه عالی تجردی انسان دخالت تام در مرتبه عنصری جسمانی دارد، اگر نفس انسان بر بدن خود مسلط شده باشد این امکان را دارد تا هر دخالتی را در جسم پدید آورد، از قبیل مدیریت درد و الم و کاهش و افزایش آن، بهبود اختلال جسمی، مدیریت میزان نیاز و انتفاع بدن از غذا و

در این نگاه، غایت سلامت در هدف زندگی و خلقت او گره خورده و به‌گونه‌ای متمایز نسبت به دیدگاه‌های مذکور سلامت جسم، لازمه انسان برای رشد و رسیدن به اهداف عالیّه انسانی دیده خواهد شد و مقصدی مانند بقای بهتر و بیشتر غایت بالذات و اصیلی نخواهد بود. این مطلب طبیعتاً شأن و

جایگاه پزشکی و طبابت را نیز تغییر خواهد داد. در چنین نگاهی به واسطه اعتقاد به نفس مجرد و تصویر متفاوت از رابطه نفس و بدن و خصوصاً حقیقت علم و ادراک، لذت و آلم اولاً و بالذات صفتی نفسانی خواهند بود و علّت مُعدّه و علّت تامّه آن از هم متمایز خواهد شد.

این سخن پیامدهای نظری و عملی مهمی در پی خواهد داشت؛ لوازمی در خصوص مسائلی مانند رابطه پزشکی و بیمار، نحوه تشخیص و درمان و استفاده از ابزارهای تشخیصی و درمانی، توانایی‌های لازم برای پزشک، چیستی مرگ و شاید مهم‌تر از همه، تغییر جایگاه بیماری‌های روانی و روان-تنی نسبت به بیماری‌های جسمانی.

گفتنی است دیدگاه‌هایی که اعتقاد به روح مجرد دارند نیز همه یکسان نیستند و شامل مواضع مختلف و متفاوتی می‌شوند که به تبع نتایج و پیامدهای متفاوتی در شناخت سلامت و در نتیجه ترسیم نظام سلامت و بهداشت دارند؛ برای نمونه تلقی متفاوت شیخ‌الرئیس و صدرالمألهین در مباحثی چون حقیقت علم و ادراک، تجرّد نفس و شئون آن و نحوه حدوث جسمانی انسان می‌تواند رویکردهای نسبتاً گوناگونی پیرامون شناخت سلامت پدید آورد.

نتیجه‌گیری:

دانش پزشکی از یک‌سو با شکل‌دهی نظام سلامت و بهداشت یکی از انضمامی‌ترین و کاربردی‌ترین دانش‌ها در

میان علوم مختلف است و از سوی دیگر، پزشکی ریشه در پیش‌فرض‌های فلسفی دارد. اگر بگوئیم دانش پزشکی و نظام سلامت مولود و محصول نگرش‌های پیشینی درباره هستی، انسان، روش علمی و مانند آن هستند سخن ناروایی نگفته‌ایم، حتی اگر آن معرفت پیشینی چیزی جز انکار متافیزیک و نفی اندیشه‌ورزی‌های فلسفی (غیرتجربی) نباشد.

بر این اساس، شناخت کامل یک مکتب پزشکی جز با احاطه به مبادی تصویری و تصدیقی فلسفی‌اش میسر نمی‌شود. ارائه مفاهیم نظری بدون توجه به مبادی بنیادین آن، فروافتادن ناآگاهانه در دستگاهی فکری است که رهاوردی فراتر از حلّ موقت مسائل آن دستگاه ندارد. از طرفی، بررسی‌های فلسفی پزشکی، کمک بسزایی در شناخت و مقایسه مکاتب پزشکی کرده و در نگاهی کلان‌تر نقاط قوت و ضعف آنها را می‌جوید. این اندیشه‌ورزی‌ها همچنین نقش بسزایی در حلّ مسائل پزشکی و سلامت انسان خواهند داشت. دیگر اینکه، یکسان‌خواندن دانشی چون پزشکی در تمام جغرافیای تاریخی و فرهنگی و اندیشه‌ای، ساده‌انگاری است که ناشی از بریده‌پنداشتن ریشه‌های فکری و جدادیدن دانش پزشکی از آن مبادی است. روشن است که این سخن به معنای انکار قابلیت بهره‌مندی از دستاوردهای مکاتب پزشکی مختلف نیست، بلکه سخن در شناخت بهتر یک مکتب طبّی و احاطه به حدود و ثغور و نقاط ضعف و قوت آن است.

References:

1. Hemmati Moqaddam AR. Medical philosophy. Tehran: Research Institute for Islamic Culture and Thought; 2015. P:35-40, 43-49. [In Persian].
2. Caplan AL. Does the philosophy of medicine exist?. Theoretical Medicine. 1992 Mar;13(1):67-77.
3. Engelhardt HT, Schaffner KF. Philosophy of medicine, in Encyclopedia of philosophy. London: Routledge and Kegan Paul; 1996.
4. Pellegrino ED. What the philosophy of medicine is. Theoretical Medicine and Bioethics. 1998 Aug;19(4):315-36.
5. Caplan AL. Concepts of the health, illness and disease. Translated by Miandari H. Soroush-e Andisheh. 2004;11:23-40.
6. Monajjemi AR, Ayatollahy H, Moinzadeh M. Medicalization as technology based on the Heidegger, Borgmann and Feenberg ideas on the philosophy of technology. Philosophy of Science. 2014 Feb 20;3(6):99-118.
7. Monajjemi AR. Everyone is pain and I am the treatment; Delay in the medicalization of society. Soureh Andisheh. 2012;66-67:124-126.
8. Interviewee: Namazi HR. Precedence of medical philosophy over health policy making. Ettalaat-e Hekmat wa Marefat. 2015;119(10):9-10.
9. Avicenna. *Al-Qāmūn fī al-Tibb* (The Canon of Medicine). Beirut: Dār Ihyā' al-Turāth al-Arabī; 2005. [In Arabic].
10. Avicenna. *Kitāb Al-Shifā', Al-Mantiq* (Logic). Qom: Ayatollah Marashi Najafi Library Publications; 1984. [In Arabic].
11. Al-Razi F. *Mabāhith al-Mashriqiyya fī 'Ilm al-Ilāhiyyāt wa-l-Tabi'iyyāt*. Qom: Bidar Publications; 2008. P:399-405. [In Arabic].
12. Qutb al-Din Shirazi M. *Al-Tuhfa al-Sa'diyya*. Tehran: Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2008. Lithography: 46-54. [In Arabic].
13. Iji A. *Sharh al-Mawaqif*. Qom: Al-Sharif AL-Razi; 1946. P:144-151. [In Arabic].
14. Mullā Sadrā. *Al-Hikmah al-Muta'aliyah fī-l-Asfar al-'Aqliyyah al-Arba'ah*. Beirut: Dār Ihyā' al-Turāth al-Arabī; 1981. [In Arabic].
15. Ahmadizadeh M, Ghasemi A, Arezaei H. Health and sickness in the transcendent philosophy. Kheradname-ye Sadra. 2020 Apr;25(2):89-100.
16. Al-Hilli M. *Izah al-Fawa'id fī Sharh Mushkilat al-Qawa'id*. Tehran: Tehran University; 1958. P:209-210. [In Arabic].
17. Lahiji AA. *Shawāriq al-Ilhām*. Isfahan: Mahdavi. P:449-452. [In Arabic].
18. Arezaei H. The concept of health according to Ibn Sina and his commentators, in The common space between health sciences and humanities. Tehran: Imam Sadiq (a.s) University; 2020. [In Persian].
19. Rhazes. *Al-Tibb al-Ruhani*. Tehran: Tehran University; 1999. P:37. [In Arabic].
20. Avicenna. *Al-Isharat wa al-Tanbihat* (Remarks and Admonitions). Qom: Al-Balagha; 1996. P:137. [In Arabic].
21. Shojaei Baghini H, Khademi E, Mansori Noori A. A Study of Ibn Sina's encounter with early philosophers' views of the whatness of pleasure. History of Philosophy. 2019 Jun;35(3):123.
22. Razi FM. *Sharh al-Ishārāt wa al-Tanbīhāt* (commentary on Remarks and Admonitions). Tehran: Association of Cultural Works and Honors Publications; 2008. [In Arabic].
23. Saedimehr M. Avicenna on the nature of pain. Journal of Hekmat e Moaser. 2017;8(24):61-76.
24. Shojaei Baghini H, Khademi E, Salavati A. A comparative study of the views of al-Shaykh al-Raīs and Shaykh al-Ishraq on the quiddity of pleasure. Hekmat-e Sinavi. 2020;24(63):133-152.
25. Lanotte M, Lopiano L, Torre E, Bergamasco B, Colloca L, Benedetti F. Expectation enhances autonomic responses to stimulation of the human subthalamic limbic region. Brain, Behavior, and Immunity. 2005 Nov 1;19(6):500-9.
26. Pacheco-López G, Engler H, Niemi MB, Schedlowski M. Expectations and associations that heal: Immunomodulatory placebo effects and its neurobiology. Brain, Behavior, and Immunity. 2006 Sep 1;20(5):430-46.
27. Avicenna. *Kitāb Al-Shifā', al-Tabi'iyyat*. Qom: Ayatollah Marashi Najafi Library Publications; 1984. [In Arabic].
28. Mullā Sadrā. *Al-Shawahid al-Rububiyyah*. Mashhad: Al-Markaz al-Jamei lil-Nashr; 1981. P:367. [In Arabic].
29. Sabzevari H. *Sharh al-Manzumah*. Tehran: Nab Publications; 1990. [In Arabic].
30. Tabatabai MH. *Al-Mizan fī Tafsir al-Qur'an*. Qom: Islamic Publications Office Affiliated with the Community of Teachers of Qom Seminary; 1996. Vol.1, P:243. [In Arabic].
31. Hasanzadeh Amoli H. *Oyun-e Masael-e Nafs wa Sarh-e Aan, Sarh al-Oyun fī Sharh al-Oyun*. Translated by Ahmadian E, Babaei M. Qom: Beka Publications; 2010. Vol.1, P:315,381-408. [In Persian].
32. Kazemzadeh Iranshahr H. Spiritual healing for individuals and the community. Tehran: Haj Mohammad Hosein Eghbal Company; 1957. P: 80. [In Persian].
33. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Philosophy of medicine - An introduction. Translated by Moslehi H. Tehran: Tarh-e no Publications; 2001. [In Persian].
34. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philosophy of Science. 1977 Dec 1;44(4):542-73.
35. Scadding JG. Diagnosis: the clinician and the computer. The Lancet. 1967 Oct 21;290(7521):877-82.

36. Newton V. Rationalism and empiricism: Different attitudes to modern medicine. Translated by Pourmohammadi A. Soroush-e Andisheh. 2004;11:115-132.
37. Gavarret J. Principes généraux de statistique médicale. Paris: Bechet Jeune et Labé; 1840.
38. Matin P. Principles of medical anthropology. Tehran: Farhameh; 2014. P:49-52. [In Persian].
39. Rezvani H. Diagnosis of five elements in the generalities of traditional Chinese medicine and acupuncture. Tehran: Al-Ma'i Publications; 2015. P:27-47. [In Persian].
40. Haly Abbas. *Kāmil al-Sinā`a al-Tibbīya*. Qom: Jalal al-Din Publications; 2008. [In Arabic].
41. Hasanzadeh Amoli H. *Tibb wa Tabib wa Tashrih*. Qom: Alef Lam Mim Publications; 2014. P:152-178. [In Persian].
42. Nazem E. *Tabiyat dar Pezeshki-e Irani (Tabiyat in Persian Medicine)*. Tehran: Al-Ma'i Publications; 2013. P:137-152. [In Persian].
43. Nazem E. *Darooname Tuba (Tuba Pharmacopoeia)*. Tehran: Abje Publications; 2011. P:34-36. [In Persian].
44. Al-Ruhawi I. *Adab al-Tabib*. Tehran: Institute of Medical History Studies, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2008. [In Arabic].
45. Razi FM. *Sharh Mushkilat Kitab al-Qanun*. Tehran: Islamic Council Library Research Center; 2018. P:43-45. [In Arabic].



A viewpoint on the philosophical foundations of medical knowledge and the health system

Mohammad Ahamadizadeh^a, Hamed Arezaei^b, Azam Ghasemi^{c*}

^aResearcher of Shahid Sadr Research Institute, Tehran, Iran

^bDepartment of Traditional Medicine, School of Persian and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

^cContemporary Hikmat Group, Research Institute of Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran

Abstract:

One of the important entries in philosophy of medicine is the discussion on the reliance of medical knowledge and the health system on fundamental knowledge and the analysis of its philosophical roots. It is noteworthy that, not enough attention has been paid to this issue, to the extent that sometimes it is not deemed necessary for medicine and the health system. This study endeavors to explore a history of philosophical discussions in relation to medical issues among Islamic and contemporary philosophers, physicians, and especially philosopher-physicians. This study also touches on issues such as: What is health? Is health an objective fact or a credit matter? What is the relationship between illness and health? What is the origin of health and illness? Can non-physical things be effective in the health of the human body? What is pain? What are the criteria for classification of diseases? What is a mental illness and what is it like? How should the physician's relationship with the patient be? Is it possible to prescribe death for reasons such as incurability or suffering? These are among objective and field questions of medical knowledge and the health system. In the attempt to answer the mentioned questions, a researcher is confronted with fundamental philosophical issues, especially philosophical anthropology. Indeed, different philosophical views on basic issues such as anthropology and the stages of man's life, philosophy of science, and the scientific methods can have a significant effect on formation of medical knowledge, and thereby, the health system. As a result, scientific principles and methods of diagnosis and treatment in a range of different medical schools, from modern medicine to traditional and complementary medicines, have undergone fundamental revisions and changes. This can lead to formation of medical systems over time, each of which is recognized in its own epistemological system and arising from unique philosophical foundations.

Keywords: Health, Disease, Philosophy, Medical Anthropology

Corresponding Author: ahmadizadeh@isu.ac.ir