گزارش جلسات برگزار شده توسط گروه‌های علمی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گروه علمی آینده نگری، نظریه پردازی و رصد کلان سلامت تاریخ برگزاری جلسه: ۱۴۰۵/۷/۲۹

موضوع/ موضوعات جلسه: " تبیین مفهوم نظریه و نظریه‌پردازی در حوزه سلامت"

با سخنرانی جناب آقایان دکتر مصطفی قانعی، دکتر شهرام توفیقی، دکتر کامران محلوجی کرمانشاهی و سرکار خانم دکتر زهرا زرگر

خلاصه موضوع/ موضوعات مطرح شده در جلسه:

- بررسی زایش و چیستی نظریه و تحلیل رفتارهای درمانگران و مدیران نظام سلامت بر اساس پارادایم‌های معرفتی با طرح سناریوی بیمار مبتلا به دیابت و تحلیل سه رفتار متفاوت پزشکان (رویکرد زیست‌پزشکی تقلیل‌گرا، رویکرد توانمندسازی زیستی-روانی-اجتماعی، و رویکرد سلامت عمومی و عدالت‌محور)، نشان می‌دهد که اقدامات عملی کادر درمان حاصل مفروضات، بدیهیات و جهان‌بینی زیربنایی آن‌ها است.
- در تبیین ضرورت نظریه‌پردازی در حوزه سلامت، سیر تاریخی عقلانیت و ارائه مدل قرآنی معرفت با مرور سنت طب ایرانی-اسلامی (از جمله جندی‌شاپور، ابن‌سینا و رازی) و دیدگاه‌های فلسفه علم مانند ابطال‌گرایی پوپر و انقلاب‌های علمی کوهن، مدلی قرآنی برای دست‌یابی به معرفت معرفی شد.
- مرور الگوها و پارادایم‌های تاریخی نظریه‌پردازی در علم پزشکی که سیر تحول نظریه‌ها را از تلاقی سنت‌های پزشکی در جندی‌شاپور و مکاتب شیمیدانان، تا پاتولوژی سلولی و پیوند آن با پزشکی اجتماعی پیگیری گردید.
- بررسی جایگاه «تبیین» از داده تا نظریه در علوم تجربی و طبی با تشریح انواع استدلال‌های علمی (استقرا، قیاس پوپری و استدلال ربایشی یا «استنتاج بهترین تبیین»)، فضایل تبیینی نظیر قدرت تبیین، گستره، یکپارچه‌سازی و مقتصد بودن مطرح گردید.

رئوس نتایج مذاکرات در جلسه:

۱ .تحلیل رفتارهای بالینی و مدیریتی در لایه‌های معرفت‌شناختی:

در این مبحث با تشریح سناریوهای بالینی و سازمانی، نشان داده می‌شود که تمامی اقدامات و رفتارهای مشهود پزشکان و مدیران، حاصل لایه‌های عمیق‌تر ذهنی شامل بدیهیات (پیش‌فرض‌های اولیه)، نظریه‌های پشتیبان و پارادایم‌های حاکم هستند. برای نمونه، تفاوت در نحوه برخورد درمانگران با یک بیمار مبتلا به دیابت مزمن — از رویکرد زیست‌پزشکی تقلیل‌گرا و تهدید بیمار تا رویکرد توانمندسازی زیستی-روانی-اجتماعی یا مداخله در عوامل ساختاری و اجتماعی سلامت — معلول تفاوت در جهان‌بینی معرفتی آن‌ها است. به همین ترتیب، الگوهای رفتاری بوروکراتیک، انسان‌گرا یا سیستمی در مدیریت بیمارستان از مدل‌هایی نظیر نظریه انتخاب عقلانی، رهبری خدمتگزار یا تئوری سیستم‌های پیچیده تطبیقی سرچشمه می‌گیرند. از این رو، اتخاذ تصمیمات عمیق و پایدار در نظام سلامت نیازمند ترویج گفتمان فلسفه علم، شناخت پارادایم‌ها و تربیت نظام‌مند نظریه‌پردازان در آموزش پزشکی است.

۲ .مدل قرآنی معرفت و نقش تخیل و ابطال‌گرایی در پویایی علم:

این مبحث با مرور سیر تاریخی عقلانیت از سنت‌های طب ایرانی-اسلامی (نظیر جندی‌شاپور، ابن‌سینا و نقد رازی بر جالینوس) تا دیدگاه‌های فلسفه علم مدرن مانند ابطال‌گرایی پوپر و انقلاب‌های علمی کوهن، بر لزوم عبور از جزم‌اندیشی علمی تأکید می‌کند. در این راستا، با استناد به آموزه‌های قرآنی و حکمت اسلامی، مدلی چهارمرحله‌ای برای دست‌یابی به معرفت تبیین می‌شود که طی آن انسان از سیر در تجارب حسی و به‌کارگیری ابزارهای تخیل و توهم، به مرتبه تعقل و استخراج قوانین ثابت علمی نائل می‌گردد. هم‌چنین با به نمایش گذاشتن نقش کلیدی تخیل خلاق در کشف‌های بزرگ علمی (مانند ساختار بنزن ککوله یا جدول مندلیف)، تبیین می‌شود که چالش‌های کلان نظام سلامت همچون عدالت و سالمندی، تنها با تبدیل دانشگاه‌ها از «انبار اطلاعات» به «کارخانه نظریه‌پردازی» و اتخاذ رویکرد انتقادی-ابطال‌گرایانه قابل حل خواهند بود.

۳ .سیر تحول تاریخی و تحولات اجتماعی-فناورانه در پارادایم‌های پزشکی:

این مبحث سیر تحول الگوهای نظریه‌پردازی در پزشکی را از تلاقی سنت‌های باستانی در جندی‌شاپور و الگوهای یاترومکانیک (بدن به‌مثابه ماشین) و یاتروشیمی، تا شکل‌گیری کلینیک‌های مدرن و پاتولوژی سلولی ویرشو ردگیری می‌کند. این بررسی تاریخی نشان می‌دهد که چگونه تحولات کلان اجتماعی، بحران جنگ‌ها و پیشرفت‌های تکنولوژیک، پارادایم‌های حاکم بر پزشکی را شکل داده‌اند؛ چنان‌که کشف هورمون‌ها با الگوبرداری از صنعت ارتباطات، طب مراقبت‌های ویژه (ICU) متأثر از مفاهیم سایبرنتیک، و پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM)با تحلیل آماری داده‌های توده‌ای پدید آمدند. در نهایت، با نقد تقلیل‌گرایی ژنتیکی و ناتوانی آن در تبیین کامل بیماری‌های مزمن، بر ظهور پارادایم‌های نوینی نظیر هولوبیوئنت (دیدگاه اکولوژیک به انسان و میکروبیوم) و نقش سرمایه‌داری زیستی و هوش مصنوعی در ساختار فعلی سلامت تأکید می‌شود.

٤ .روش‌شناسی استدلال علمی و فضایل تبیینی در علوم تجربی و طبی:

این مبحث به بررسی جایگاه «تبیین» و نحوه‌ی حرکت دانشمندان از داده‌های تجربی به سمت نظریه‌ها پرداخته و سه روش عمده استدلال شامل استقرا، قیاس پوپری و استدلال ربایشی) استنتاج بهترین تبیین (IBE - را مقایسه می‌کند. برای انتخاب بهترین تبیین از میان فرضیه‌های رقیب، فضایل تبیینی متعددی از جمله قدرت تبیین، گستره و یکپارچه‌سازی معرفی می‌شوند. در علوم طبی، پدیده‌های سلامت و بیماری در لایه‌های گوناگون (زیستی، رفتاری-روانی، اجتماعی و سیاستی) قابل تعریف و تبیین هستند و هر پارادایم پزشکی لایه خاصی را برجسته می‌سازد. در نهایت تصریح می‌شود که تعیین بهترین تبیین در پزشکی، علاوه بر رعایت فضایل تبیینی، با محدودیت‌های روش‌شناختی و میزان «امکان مداخله عملی» برای بهبود وضعیت بیمار پیوند خورده است.

توصیه‌های مطرح شده برای پیگیری:

در این جلسه برای مواجهه با چالش‌های کلان نظام سلامت، شکستن رکود علمی و اتخاذ تصمیمات کارآمد، توصیه‌ها و راه‌کارهای بنیادی در چهار محور کلیدی مطرح شده است:

۱ .توصیه‌های آموزشی و تربیت نیروی انسانی:

- **تغییر نقش دانشگاه‌ها**: تبدیل دانشگاه‌ها از «انبار اطلاعات» به »**کارخانه نظریه‌پردازی**«؛ به‌طوری‌که خروجی اصلی دانشگاه‌ها ارائه نظریه‌های قابل تعمیم و توسعه باشد.

- **تربیت نظام‌مند نظریه‌پردازان**: آموزش دانشجویان، پزشکان و مدیران برای نظریه‌پردازی در لبه علم و ایجاد گفتمان‌های بنیادی در اندیشکده‌ها و مراکز آموزشی.
- **ارتقای بینش فلسفی و پارادایمی**: آموزش فلسفه علم، آشنا ساختن کادر درمان و مدیران سلامت با پارادایم‌های حاکم و هنر به‌کارگیری آن‌ها در تحلیل موقعیت‌ها برای اتخاذ تصمیمات عمیق و پایدار.

۲ .توصیه‌های روش‌شناختی و تفکر انتقادی:

- **پذیرش رویکرد ابطال‌گرایی و نقدپذیری**: کنار گذاشتن جزم‌اندیشی علمی، نقد مفروضات ذهنی خود و آمادگی برای اصلاح یا کنار گذاشتن نظریه‌ها در صورت ظهور شواهد جدید.
- **استفاده از مدل‌های نوآورانه معرفت و تخیل خلاق**: به‌کارگیری سیر معرفتی (از حواس به تخیل، توهم و تعقل) و استفاده از ظرفیت تخیل خلاق برای خلق فرضیه‌ها و کشفیات نو.
- **استفاده از استدلال ربایشی و استنتاج بهترین تبیین**: ارزیابی فرضیه‌های رقیب پزشکی بر اساس **فضایل تبیینی** نظیر قدرت تبیین، گستره، یکپارچه‌سازی و مقتصد بودن.
- **لحاظ کردن امکان مداخله عملی**: انتخاب پارادایم‌ها و تبیین‌هایی در علوم طبی که علاوه بر صحت علمی، **سطح مداخله عملی** ممکن برای ارتقای سلامت بیمار و جامعه را فراهم سازند.

۳ .توصیه‌های رویکردی و اصلاح ساختارهای مدیریتی:

- **عبور از تقلیل‌گرایی زیست‌پزشکی**: بازنگری در نگاه ماشین‌انگارانه به انسان و حرکت به سمت پارادایم‌های زیستی-روانی-اجتماعی (BPS) و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت.(SDH)
- **اصلاح ساختارها و مشوق‌های سازمانی**: ریشه‌یابی مشکلات تکرارشونده در نقص طراحی سیستم‌ها و ساختار مشوق‌ها، به جای متهم کردن یا برچسب‌زنی فردی به بیماران و کادر درمان.
- **احیای پزشکی اجتماعی**: گره زدن پدیده‌های سلامت و بیماری با فقر، شرایط کار و اصلاحات ساختاری کلان در جامعه (مشابه دیدگاه ویرشو).

٤ .توصیه‌های مرتبط با پارادایم‌های نوظهور و فناوری:

- **تلفیق دانش بین‌رشته‌ای**: الگوبرداری از سنت‌های تلفیقی تاریخی (مانند جندی‌شاپور و پیوند طب با فیزیک، شیمی، سایبرنتیک و علوم اجتماعی) و شکستن مرزهای مجزای رشته‌ها.
- **پذیرش پارادایم‌های ترکیبی و اکولوژیک**: حرکت به سمت نگاه چندسطحی مانند پارادایم هولوبیوئنت (ترکیب میکروبیوم، اپی‌ژنتیک، ژنتیک و محیط) و رویکرد سلامت واحد.(One Health)
- **به‌کارگیری هوشمندانه کلان‌داده‌ها و هوش مصنوعی**: بهره‌گیری از هوش مصنوعی در کشف دارو و پایش زیستی، هم‌زمان با نقد تجاری‌سازی افراطی و حفظ عدالت زیستی.

سایر موارد مهم:

- **لایه‌های نظری پشتیبان رفتارهای مختلف به این صورت تفکیک شده‌اند:**

مدیر بوروکراتیک: متکی بر نظریه انتخاب عقلانی و تئوری نمایندگی است (پزشک فقط با پاداش مالی کار می‌کند و قوانین غیرقابل تغییرند).

مدیر انسان‌گرا: متکی بر نظریه رهبری خدمتگزار (Servant Leadership) و اخلاق فضیلت است (تسهیل‌گری برای متخصصان و دور زدن قوانین در صورت لزوم).

مدیر سیستمی: متکی بر نظریه سیستم‌های پیچیده تطبیقی (CAS) است (مشکلات تکرارشونده را نشانه نقص در طراحی سیستم و ساختار مشوق‌ها می‌داند).

- **مفاهیم اختصاصی عدالت و چالش‌های نظام سلامت ایران:**

تفکیک عدالت افقی و عمودی در سلامت: عدالت افقی: دسترسی برابر برای افراد با نیازهای برابر و عدالت عمودی: تخصیص منابع و خدمات بیشتر به افراد با نیازهای بیشتر.

- **چالش‌های ساختاری سلامت ایران**:

چالش‌های سه‌گانه پرداخت از جیب بیمار(Out-of-pocket)، مهاجرت نخبگان و سالمندی جمعیت در کنار ورود فناوری‌های نوظهور نظیر هوش مصنوعی.