Iranian Journal of Diabetes and Metabolism *Original Article*

Official Journal of the Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences. 2026; Vol. 26; No. 4

Overtesting, Overdiagnosis, and Overtreatment of Thyroid Diseases: A Philosophical Approach to a Clinical Issue

Navid Ravan[1], Shahrzad Mohseni[2], Hediyeh Alemi[3], Hamidreza Namazi[4,5*], Bagher Larijani[2], Mahnaz Pejman Sani[2*]

1. The Institute of Pharmaceutical Sciences, Faculty of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Hematology, Oncology and Stem Cell Transplantation Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Department of Medical Ethics and Department of History of Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran
5. Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Background: The widespread availability of laboratory and imaging technologies has substantially increased the diagnosis of thyroid diseases in recent years. However, a considerable proportion of this trend reflects overtesting, which may in turn lead to overdiagnosis and overtreatment. Although these phenomena have been widely discussed in clinical research, their philosophical dimensions have received limited attention. This study aims to provide a philosophical analysis of overtesting, overdiagnosis, and overtreatment in thyroid diseases and to explore their broader implications.
Methods: This theoretical investigation adopts an analytical–philosophical approach. Relevant concepts were examined through the literature on thyroid diseases, philosophy of medicine, medical ethics, and medicalization. Within a philosophical framework, the relationships among overtesting, overdiagnosis, overtreatment, their underlying drivers, consequences, and potential preventive approaches were analyzed.
Results: The analysis suggests that overtesting constitutes a major pathway to overdiagnosis and overtreatment. These interconnected processes are driven by factors including defensive medicine, patient expectations, expanding diagnostic technologies, medicalization, and technology oriented conceptions of contemporary medicine. Beyond their clinical consequences, they entail ethical, psychological, social, and economic implications. The study proposes several philosophically informed approaches, such as strengthening clinical reasoning, promoting physician–patient dialogue, integrating medical humanities into medical education, and incorporating insights from the philosophy of technology.
Conclusion: Overtesting, overdiagnosis, and overtreatment should be regarded not only as clinical problems but also as conceptual and philosophical challenges concerning the nature of health, disease, and medicine. Integrating philosophical perspectives with clinical evidence may help reduce unnecessary medical interventions and support more balanced clinical guidelines for thyroid diseases.

Keywords: Thyroid, Philosophy of medicine, Overtesting, Overdiagnosis, Overtreatment, Medicalization

Received: April 09, 2026; Accepted: July 27, 2026

Please cite this article as:
Ravan N, Mohseni Sh, Alemi H, Namazi H, Bagher L, Pejman Sani M. Overtesting, Overdiagnosis, and Overtreatment of Thyroid Diseases: A Philosophical Approach to a Clinical Issue. *ijdld*. 2026; 26(4):420-431.
DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

*Corresponding Author 1: Hamidreza Namazi; **Email:** hr.namazi@gmail.com, **Add:** Medical Ethics and History of Medicine Research Center, No. 21, 16 Azar St., Keshavarz Blvd., Tehran, Iran. **Tel:** +9866 41 96 61.
*Corresponding Author 2: Mahnaz Pejman Sani; **Email:** mpsani@sina.tums.ac.ir, **Add:** Endocrinology and Metabolism Research Center, Fifth Floor, Shariati Hospital, North Kargar Ave., Tehran-Iran. **Tel:** +9888220038.

Copyright © 2026 Iranian Journal of Diabetes and Metabolism and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مجله دیابت و متابولیسم ایران

مقاله پژوهشی

نشریه پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

دورهٔ ۲۶، شمارهٔ ۴، سال ۱۴۰۵، صفحات ۴۲۰ تا ۴۳۱

بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی، و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید: رویکردی فلسفی به یک مسئلهٔ بالینی

نوید روان[۱]، شهرزاد محسنی[۲]، هدیه عالمی[۳]، حمیدرضا نمازی[۴،۵*]، باقر لاریجانی[۲]، مهناز پژمان ثانی[۲*]

۱- پژوهشکدهٔ علوم دارویی، دانشکدهٔ داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکدهٔ علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات هماتولوژی، انکولوژی و پیوند سلول‌های بنیادی، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- گروه اخلاق پزشکی و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر، گسترش دسترسی به فناوری‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری موجب افزایش تشخیص بیماری‌های تیروئید شده است. با این حال، بخشی از این روند ناشی از بیش‌آزمایی است که می‌تواند به بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی منجر شود. هرچند این پدیده‌ها در مطالعات بالینی مورد توجه قرار گرفته‌اند، بررسی آنها از منظر فلسفه پزشکی محدود بوده است. هدف این پژوهش، تحلیل فلسفی بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی در بیماری‌های تیروئید و تبیین پیامدهای آنها بود.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعهٔ نظری با رویکرد تحلیلی–فلسفی است. مفاهیم مرتبط با بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی براساس ادبیات موجود در حوزهٔ بیماری‌های تیروئید، فلسفه پزشکی، اخلاق پزشکی و مطالعات طبی‌سازی تحلیل شدند و ارتباط آنها با زمینه‌های شکل‌گیری، پیامدها و راهکارهای پیشگیری بررسی شد.

یافته‌ها: تحلیل‌ها نشان داد که بیش‌آزمایی می‌تواند زمینه‌ساز بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی شود و این فرایندهای به‌هم‌پیوسته تحت تأثیر عواملی همچون پزشکی تدافعی، فشار بیماران، توسعهٔ فناوری‌های تشخیصی، طبی‌سازی و تلقی ابزارمحور از پزشکی قرار دارند. این پدیده‌ها علاوه بر پیامدهای بالینی، واجد پیامدهای اخلاقی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی نیز هستند. بر این اساس، راهکارهایی همچون تقویت استدلال بالینی، گفت‌وگوی پزشک و بیمار، توجه به علوم انسانی پزشکی و بهره‌گیری از فلسفه فناوری پیشنهاد شد.

نتیجه‌گیری: بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی صرفاً چالش‌های بالینی نیستند، بلکه با نحوهٔ فهم سلامت، بیماری و رسالت پزشکی در ارتباط‌اند. بهره‌گیری از فلسفهٔ پزشکی و نزدیک کردن افق‌های فلسفی و بالینی می‌تواند در کنار شواهد بالینی به تبیین بهتر این مفاهیم، کاهش مداخلات غیرضروری و تدوین راهنماهای بالینی متناسب‌تر در حوزهٔ بیماری‌های تیروئید کمک کند.

واژگان کلیدی: تیروئید، فلسفه پزشکی، بیش آزمایی، بیش تشخیصی، بیش درمانی، طبی‌سازی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۲۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۵/۰۵

به این مقاله، به‌صورت زیر استناد کنید:

Ravan N, Mohseni Sh, Alemi H, Namazi H, Bagher L, Pejman Sani M. Overtesting, Overdiagnosis, and Overtreatment of Thyroid Diseases: A Philosophical Approach to a Clinical Issue. *ijdld*. 2026; 26(4): 420-431.

* ***نویسندهٔ مسئول اول:*** حمیدرضا نمازی، **آدرس:** تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، طبقه سوم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، **تلفن:** ۶۶۴۱۹۶۶۱-۰۲۱، **پست الکترونیک:** hr.namazi@gmail.com

* ***نویسندهٔ مسئول دوم:*** مهناز پژمان ثانی، **آدرس:** خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، **تلفن:** ۸۸۲۲۰۰۳۸-۰۲۱، **پست الکترونیک:** mpsani@sina.tums.ac.ir

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

مقدمه

یکی از چالش‌های مهم در زمینهٔ بیماری‌های غدد و متابولیسم، که در سال‌های اخیر به‌دلیل گسترش دسترسی به فناوری‌های تشخیصی مانند تست‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری اهمیت بیشتری یافته است، بیش‌آزمایی بیماری‌های تیروئید است [۱، ۲]. بیش‌آزمایی[1] به معنای انجام تست‌های تشخیصی در مواردی است که نتایج این تست‌ها تأثیری در تشخیص بالینی ندارند [۳]. بیش‌آزمایی در مواردی می‌تواند منجر به بیش‌تشخیصی[2] شود که به معنای تشخیص یک بیماری در شرایطی است که آن تشخیص به درمان مؤثر یا بهبود سلامت بیمار منجر نمی‌شود [۱، ۲، ٤]. بیش‌تشخیصی نیز خود می‌تواند به بیش‌درمانی[3] منتهی شود. بیش‌درمانی وضعیتی است که بیمار تحت درمان‌هایی قرار می‌گیرد که سودمندی آنها برای بیمار نسبت به عوارض و هزینه‌ای که تحمیل می‌کند از نظر بالینی قابل ملاحظه نیست [۵، ٦]. مطالعه‌ای که اخیراً در ایران انجام شد، حاکی از افزایش سرطان تیروئید در ایران بود، که می‌تواند ناشی از بیش‌تشخیصی باشد [۷].

هر سه فرایند بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی از یک سو فرایندهایی بالینی هستند که به‌صورت گسترده در میان متخصصان و پژوهشگران غدد و متابولیسم مورد بحث قرار گرفته‌اند [۱۲–۸، ۲، ۱۰]. از سوی دیگر این فرایندها مورد توجه فیلسوفان پزشکی در حیطهٔ مطالعات طبی‌سازی[4] نیز بوده است [۱۵–۱۳، ٤]. مطالعات طبی‌سازی حیطه‌ای پژوهشی ذیل مطالعات بین رشته‌ای علوم انسانی و سلامت است که به بررسی فرایندهای مرتبط با طبی‌سازی می‌پردازد [۱٦]. طبی‌سازی به فرایندهایی اشاره دارد که مسائلی که تا پیش از این پزشکی نبوده‌اند و در عرصهٔ مسائل روزمرهٔ زندگی انسانی و اجتماعی قرار می‌گرفته‌اند به‌عنوان مسائلی پزشکی بازشناسی می‌شوند و تحت نظارت و مداخلهٔ پزشکی قرار می‌گیرند [۱۷–۱۹، ٤]. بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی در بیماری‌های تیروئید می‌توانند پیامدهای مخاطره‌آمیزی برای بیمار، جامعه و نظام سلامت داشته باشند. این پیامدها، طیف وسیعی از پیامدهای عاطفی، رفتاری، اجتماعی، سلامت عمومی و بالینی را شامل می‌شوند.

شکاف پژوهشی واضحی که پژوهش حاضر به‌دنبال پرداختن به آن است، امتزاج افق‌های فلسفی و بالینی در زمینهٔ بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید است. اگرچه مطالعات زیادی این مسئله را از منظر بالینی یا سلامت عمومی مورد بررسی قرار داده‌اند، مطالعات اندکی کوشیده‌اند نسبتی میان این فرایندها با تلقی فلسفی از مطالعات طبی‌سازی را برقرار کنند. به این ترتیب، مقاله پیش رو به‌دنبال پاسخ به این پرسش پژوهشی است که بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید و پیامدهای آن را چگونه می‌توان در یک افق فلسفی صورت‌بندی کرده و مسائل و پیامدهای آنها را تحلیل کرد.

برای پاسخ به این پرسش پژوهشی، در این مقاله پس از توضیح جنبه‌های مختلف بیش‌آزمایی در بیماری‌های تیروئید، پیشران‌های آن و شیوه‌هایی که به بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی منتهی می‌شود مورد بحث قرار می‌گیرد. سپس از منظر اخلاق پزشکی فلسفی، راهکارهایی برای پیشگیری از آسیب‌های این فرایندهای سه‌گانه پیشنهاد می‌شود. در نهایت تلاش می‌شود از تحلیل جزئیات و مسائل بالینی این فرایندها، گامی به‌سوی فهم فلسفی آنها برداشته شود.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ نظری با رویکرد تحلیلی– فلسفی است. در این پژوهش، مفاهیم بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی در زمینهٔ بیماری‌های تیروئید بر پایهٔ ادبیات موجود در حوزهٔ غدد و متابولیسم، فلسفهٔ پزشکی، اخلاق پزشکی و مطالعات طبی‌سازی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته‌اند. در این راستا، ابتدا تعاریف و شواهد بالینی مرتبط با این مفاهیم مرور شد و سپس با بهره‌گیری از چارچوب‌های مفهومی فلسفهٔ پزشکی و اخلاق پزشکی، نسبت میان این فرایندها، زمینه‌های شکل‌گیری آنها و پیامدهای بالینی و اخلاقی‌شان تحلیل و صورت‌بندی فلسفی شد. هدف این تحلیل، ارائهٔ یک تفسیر مفهومی از مسئله و پیشنهاد چارچوبی برای فهم و کاهش پیامدهای ناشی از بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی در بیماری‌های تیروئید بود.

بیش‌آزمایی در حوزهٔ بیماری‌های تیروئید

اختلال عملکرد تیروئید از شایع‌ترین بیماری‌های غدد درون‌ریز است که معمولاً براساس مقادیر هورمون محرک تیروئید[5] (TSH) خارج از محدودهٔ مرجع تشخیص داده می‌شود. سونوگرافی گردن نیز روشی تصویربرداری با حساسیت بالا برای ارزیابی غدهٔ تیروئید به‌شمار می‌رود، با این حال، استفاده از آن به‌عنوان ابزار غربالگری در افرادی که معاینهٔ طبیعی تیروئید دارند توصیه نمی‌شود [۲۰].

[1] Overtesting
[2] Overdiagnosis
[3] Overtreatment
[4] Medicalization Studies
[5] Thyroid Stimulating Hormone

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

امروزه تست‌های آزمایشگاهی و سونوگرافی تیروئید به‌طور گسترده برای تشخیص بیماری‌های تیروئید مورد استفاده قرار می‌گیرند.

توصیه به غربالگری همگانی اختلالات عملکرد تیروئید براساس اندازه‌گیری TSH همچنان محل اختلاف در میان متخصصان این حوزه است. برخی انجمن‌های علمی، انجام آزمایش TSH را در افراد سالمند و گروه‌های پُرخطر توصیه کرده‌اند. در یک مطالعه، مشخص شد که در ٦٢/١ درصد از افراد سالمی که افزایش TSH داشتند، مقادیر TSH بدون هیچ‌گونه درمانی پس از ۵ سال پیگیری به محدودهٔ طبیعی بازگشته است. در همین مطالعه، میزان پیشرفت وضعیت به سوی کم‌کاری آشکار تیروئید طی ۵ سال تنها ۹/۲ درصد گزارش شد [۲۱]. افزون بر این، شواهد کافی در مورد آستانهٔ مناسب درمان اختلالات عملکرد تیروئید به‌منظور بهبود پیامدهای بالینی وجود ندارد [۲۲]. افزایش تشخیص سرطان تیروئید در ایالات متحده بدون تغییر قابل توجه در میزان مرگ‌ومیر، از پیامدهای گسترش استفاده از روش‌های تصویربرداری طی بازهٔ زمانی سی ساله محسوب می‌شود [۲۳].

کارسینوم پاپیلری که شایع‌ترین نوع هیستوپاتولوژیک سرطان تیروئید است، دارای بقای ۱۰ ساله بیش از ۹۵ درصد است [۲۵ ،۲٤]. از جمله پیامدهای نامطلوب غربالگری غیرضروری تیروئید می‌توان به نتایج مثبت کاذب، برچسب‌گذاری نادرست بیماران، انجام مداخلات غیرضروری بعدی، هزینه‌ها و عوارض درمان مادام‌العمر، و ارائه مراقبت‌های کم‌ارزش اشاره کرد.

سونوگرافی گردن، اگرچه روش حساسی برای ارزیابی تیروئید محسوب می‌شود، در بیماران دارای معاینهٔ طبیعی تیروئید به‌عنوان ابزار غربالگری توصیه نمی‌شود [۲۰]. استفاده بیش از حد از سونوگرافی تیروئید منجر به افزایش هزینه‌های مالی، بیش‌تشخیصی سرطان‌های کم‌اهمیت تیروئید، ایجاد برچسب دائمی بیماری و تحمیل بار روانی بر بیماران می‌شود، بدون آن که ضرورتا هم‌زمان بهبودی در بقا ایجاد کند [۲۸–۲٦]. از این‌رو، تصمیم‌گیری دربارهٔ غربالگری و درمان ممکن است تحت تأثیر مطالبات روزافزون بیماران قرار گیرد. در چارچوب اصل خودمختاری[1] بیمار، لازم است میان ترجیحات بیمار و منافع و مضرات فردی، توصیه‌های راهنماهای بالینی و نیز بار اقتصادی تحمیل‌شده بر نظام سلامت تعادل برقرار شود [۲۹].

پیشران‌ها و عوامل مؤثر در بروز بیش‌آزمایی

بیش‌آزمایی را نمی‌توان به‌صورت سطحی پیامد سهل انگاری، خطای پزشکی، ناآگاهی پزشک از گایدلاین‌های پزشکی یا کمبود دانش کافی انگاشت. عوامل و پیشران‌های متعددی برای بیش‌آزمایی وجود دارد که در ادامه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

الف) فشار ناشی از بیماران، خانواده‌ها و جامعه

تعداد قابل توجهی از بیماران، انجام آزمایش‌های تیروئید را به‌عنوان بخشی از آزمایش‌های دوره‌ای درخواست می‌کنند و پزشکان نیز گاه بدون وجود اندیکاسیون مشخص، برای جلب رضایت بیماران این آزمایش‌ها را تجویز می‌کنند. این پذیرش درخواست بیمار توسط پزشک گاه با دلایل مربوط به پزشکی تدافعی[2] و گاه با توجیه احترام به خواست بیمار انجام می‌شود. این درحالی است که برای تصمیم‌گیری اخلاقی و حرفه‌ای بالینی، عوامل دیگری نظیر اندیکاسیون‌های پزشکی، هزینه‌ها و شرایط زمینه‌ای نیز باید مدنظر قرار گیرند تا تصمیم‌گیری در راستای منافع بیمار و مسئولیت حرفه‌ای پزشک انجام شود [۳۰].

اگرچه پزشکان در بروز بیش‌آزمایی نقش دارند، اما تنها عامل مسئول آن نیستند. در برخی موارد، بیمارانی که تحت تأثیر طبی‌سازی القا شده توسط رسانه‌ها و فضای اجتماعی قرار گرفته‌اند، با فشار بر پزشکان خواهان انجام آزمایش‌های غیرضروری می‌شوند. برخی از این بیماران حتی با مراجعهٔ مکرر به پزشکان مختلف در پی دستیابی به خواسته خود هستند. به‌عبارتی، تحت فرایند طبی‌سازی، بیمار پیش از آنکه به پزشک مراجعه کند، تشخیص بالینی را برای خود گذاشته و مراجعه به پزشک تنها برای اخذ تأئید نهایی فرضیه شخصی است [۳۱، ۱۹].

ب) پزشکی تدافعی

پزشکی تدافعی گونه‌ای از طبابت و رفتار بالینی در پزشکی است که در آن تصمیم‌گیری بالینی نه براساس انطباق کامل با دستورالعمل‌های حرفه‌ای بلکه به‌دلیل ترس از واکنش منفی بیمار یا شکایت به مراجع قضایی انجام می‌شود [۳۲]. یکی از مهم‌ترین دلایل درخواست آزمایش‌های غیرضروری توسط پزشکان، ترس از شکایت‌های احتمالی و اتهام قصور پزشکی است. این نگرانی در مورد تشخیص بیماری‌های تهدیدکننده حیات مانند انواع سرطان‌ها و از جمله سرطان تیروئید شایع‌تر است. به‌طور مثال براساس یک مطالعهٔ پیمایشی در ایالات متحده، ۹۷ درصد پاسخ‌دهندگان اظهار داشتند که به‌دلیل نگرانی از شکایت بیمار به‌دلیل نادیده گرفته شدن یک تشخیص احتمالی، آزمایش‌های پیشرفته و غیرضروری درخواست کرده‌اند [۳۳].

[1] Autonomy

[2] Defensive Medicine

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

ج) دسترسی ناعادلانه به نظام سلامت

Clarke و همکاران ذیل بحث زیست- طبی‌سازی[1] ادعا می‌کنند افزایش دسترسی به فناوری‌های پزشکی و به‌طور خاص فناوری‌های تشخیص پزشکی منجر به وضعیتی می‌شود که آنها طبی‌سازی طبقاتی می‌نامند [۳٤]. در این وضعیت، افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند یا در کشورهایی زندگی می‌کنند که تأمین مالی نظام سلامت بهتر انجام می‌شود، بیشتر در معرض طبی‌سازی هستند. به این ترتیب، سهولت دسترسی به خدمات سلامت و روندهای نوظهور در حوزهٔ تشخیص پزشکی می‌توانند زمینه‌ساز بیش‌آزمایی باشند [۳٤، ۱۳]. آزمایش‌هایی مانند تست TSH که انجام آنها آسان، در دسترس و سریع است با افزایش سطح دسترسی به فناوری و کاهش هزینه‌های آزمایشگاهی به میزان بیشتری در معرض استفاده بیش از حد قرار دارند. پوشش بیمه‌ای نیز می‌تواند محرکی مهم برای بیش‌آزمایی باشد. با این حال، در برخی شرایط، اگرچه خود آزمایش تحت پوشش بیمه قرار دارد، اما پیامدهای ناشی از بیش‌تشخیصی و اقدامات بعدی تحت پوشش بیمه نیستند. این مسئله علاوه بر تحمیل باری به بیماران و نظام سلامت، می‌تواند به بروز نابرابری و بی‌عدالتی در ارائه خدمات سلامت منجر شود.

د) فناوری‌های نوین و انگارهٔ رایج از پزشکی معاصر

بعضی مطالعات نشان داده‌اند که پیشرفت فناوری‌های تصویربرداری و آزمایشگاهی از مهم‌ترین عوامل ایجاد بیش‌آزمایی محسوب می‌شود [۳۵]. برای مثال، برخی پزشکان انجام سونوگرافی در مطب را به معاینهٔ بالینی ترجیح می‌دهند. هم‌زمان با توسعهٔ فناوری‌های دقیق پزشکی، نوعی تصویر عمومی از پزشکی شکل گرفته است که براساس آن، انجام آزمایش‌ها و استفاده از ابزارهای تشخیصی، لازمهٔ ارائهٔ مراقبت پزشکی مطلوب تلقی می‌شود. هافمن[2] این وضعیت در پزشکی را بیومارکری‌سازی[3] می‌نامد. بیومارکری‌سازی وضعیتی است که در آن پزشکی، استدلال بالینی و تعریف سلامت و بیماری افراد به بیومارکرهای آنها تقلیل داده می‌شود [۳٦]. چنین برداشتی می‌تواند استدلال بالینی را به حاشیه براند و موجب کم‌توجهی به آن شود.

با توجه به جایگاه و اقتدار پزشکی دقیق[4] در رسانه‌ها و گفتمان عمومی، این تصور رایج شکل گرفته است که نتایج آزمایش‌های پزشکی می‌توانند بیماری‌ها را با دقت کامل آشکار سازند [۳۷، ۳٦].

[1] Biomedicalization
[2] Bjørn Hofmann
[3] Biomarkerization

با این حال، آنچه غالباً نادیده گرفته می‌شود، نقش اساسی استدلال پزشکی و تفسیر نتایج توسط پزشک است. این تصویر فنی و ابزارمحور از پزشکی می‌تواند به بیش‌آزمایی و در نهایت آسیب‌های ناشی از «پزشکی بیش از حد» منجر شود [۵]. افزون بر این، اثر پلاسبویی که حضور بیمار در کلینیک و مراکز تشخیصی دارد به قوت گرفتن این باور کمک می‌کند که در حال انجام کاری در راستای سلامتی خود است [۳۸]. در برخی موارد، بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی نه بر پایهٔ راهنماهای بالینی، بلکه در قالب نوعی تشریفات پزشکی[5] انجام می‌شوند. تشریفات پزشکی به مجموعه اقداماتی در پزشکی اشاره دارد که بیش از آنکه به‌دلایل حرفه‌ای و علمی اتفاق بیفتد ریشه‌های اجتماعی، انسان‌شناختی و فرهنگی دارد [۳۹].

در فلسفه پزشکی و نیز فلسفهٔ فناوری بیان شده است که ماهیت گسترش یابندهٔ فناوری موجب تمایل روزافزون پزشکی به گسترش به حیطه‌های بیشتری می‌شود [٤۰]. پیشرفت ابزارهای تشخیصی و افزایش دقت آنها، به‌طور مثال در سونوگرافی گردن، می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر پاتولوژی‌ها و تشخیص تعداد بیشتری از بیماران منجر شود. با این وجود، همچنان مشخص نیست که آیا این بیماران واقعاً به درمان مؤثر نیاز دارند یا در واقع در معرض بیش‌تشخیصی قرار گرفته‌اند [٤، ۱].

از بیش‌آزمایی تا بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی

بیش‌آزمایی در نهایت و به‌صورت طبیعی به موارد بیشتر بیش‌تشخیصی منجر می‌شود؛ وضعیتی که اگرچه نتیجه مثبت کاذب محسوب نمی‌شود و واقعاً نوعی ناهنجاری را نشان می‌دهد، اما تشخیص حاصل از آن نه به درمان مؤثر منتهی می‌شود و نه بقای بیمار را افزایش می‌دهد [٤]. در چنین شرایطی، بیمار ممکن است دچار اضطراب سلامت[6] شود، بدون آنکه بهبود قابل توجهی در وضعیت سلامت او حاصل گردد. اضطراب سلامت یکی از پیامدهای جانبی طبی‌سازی و فرایند جانبی مشابه یا مربوط به آن از جمله بیش تشخیصی است که در آن، فرد تحت فشار مداوم برای حفظ و ارتقاء سلامت خود قرار می‌گیرد؛ درحالی‌که واقعاً هیچ بیماری یا تهدید قریب الوقوعی برای بروز یک بیماری وجود ندارد [۳۷، ٤۱، ٤۲].

در مطالعه‌ای کیفی، گروهی از پژوهشگران طی ۳٤ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با بیماران، متخصصان غدد و جراحان، نگرش آنان را

[4] Precision Medicine
[5] Medical Ritual
[6] Health Anxiety

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

نسبت به مدیریت سرطان‌های کوچک و کم‌خطر تیروئید بررسی کردند. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت معتقد بودند که نمونه‌برداری از ندول‌ها برای تشخیص سرطان کم‌خطر تیروئید، رفتاری عادت‌گونه و انعکاسی است که الزاماً با راهنماهای بالینی هم‌خوانی ندارد. برخی از آنان تشخیص بعدی سرطان را به «گشودن جعبه پاندورا»[1] تشبیه کردند [۴۳]. این یافته نشان می‌دهد که بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی می‌توانند بخشی از تشریفات پزشکی باشند.

مطالعه‌ای در کرهٔ جنوبی نشان داد که نسبت بیش‌تشخیصی سرطان تیروئید در فاصلهٔ سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۲، در مردان ۳/۹۰ درصد و در زنان ۹/۹۴ درصد بوده است [۱۰]. اگرچه جراحی در اغلب موارد کارسینوم پاپیلری تیروئید درمان انتخابی محسوب می‌شود، اما کاربرد آن در برخی موارد کم‌خطر میکروکارسینوم پاپیلری همچنان مورد بحث است [۸].

اگرچه بسیاری از موارد بیش تشخیصی اساساً به هیچ درمانی منتهی نمی‌شوند [۴]، بیش‌درمانی یکی از پیامدهای اجتناب‌ناپذیر بیش‌تشخیصی است. هنگامی که یک بیماری بیش‌تشخیص داده می‌شود، جلوگیری کامل از بیش‌درمانی دشوار خواهد بود. برخی مطالعات نشان داده‌اند که در موارد کم‌خطر و بسیار کم‌خطر میکروکارسینوم پاپیلری تیروئید، پایش فعال[2] به‌جای جراحی تهاجمی اولیه می‌تواند رویکرد مناسب‌تری باشد [۴۵، ۴۴].

در یک مطالعه، گروهی از جراحان، به بیماران مبتلا به میکروکارسینوم پاپیلری تیروئید (تعریف شده به‌صورت تومورهایی با اندازه ۱ سانتی‌متر یا کمتر) به‌جای جراحی، پیگیری و مشاهده را پیشنهاد کردند. نتایج این پیگیری با میانگین ۴۱ ماه نشان داد که اندازه تومور در ۷۰ درصد بیماران یا تغییری نداشته یا کاهش یافته است [۴۶].

پایش فعال از دهۀ ۱۹۹۰ در ژاپن به‌عنوان جایگزینی برای درمان جراحی در میکروکارسینوم پاپیلری تیروئید مورد استفاده قرار گرفته و نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده است. شیوع بالای این نوع سرطان همراه با میزان پایین مرگ‌ومیر، استفاده از پایش فعال را به‌عنوان یک راهبرد جایگزین توجیه می‌کند [۱۱].

اگرچه این رویکرد می‌تواند از بیش‌درمانی و عوارض ناشی از آن بکاهد، اما مسئلهٔ بیش‌تشخیصی را به‌طور کامل حل نمی‌کند. برای مثال، بیماری که مبتلا به یک سرطان کم‌خطر تیروئید تشخیص داده شده و تنها توصیه به پایش فعال دریافت می‌کند، ممکن است دچار احساس سردرگمی و ناتوانی شود. چنین بیماری به‌طور مداوم این پرسش را مطرح می‌کند که «اگر واقعاً مشکلی دارم، چرا نباید آن را درمان کنم؟». طرح این پرسش در واقع مصداقی از اضطراب سلامت است. بیماران مبتلا به سرطان اغلب از سوی خود یا خانواده‌شان برای دریافت درمان تحت فشار قرار می‌گیرند، درحالی‌که پزشکان تنها پیگیری و پایش را توصیه می‌کنند. از این‌رو، پیشگیری از بیش‌آزمایی و بیش‌تشخیصی پیش از وقوع بیش‌درمانی اهمیت اساسی دارد.

بیش‌درمانی تنها به درمان‌های جراحی محدود نمی‌شود و می‌تواند در درمان‌های غیرجراحی بیماری‌های تیروئید نیز رخ دهد. در مطالعه‌ای که داده‌های ۲۹۳۸ شرکت‌کننده را بررسی کرد، مشخص شد که از میان ۶۶۲ فرد مصرف‌کنندهٔ لووتیروکسین (۲۳ درصد کل شرکت‌کنندگان)، ۱۸ درصد بیش‌درمانی و ۴ درصد کم‌درمانی شده بودند [۹]. از آنجا که تنظیم دوز لووتیروکسین عمدتاً براساس سطح سرمی TSH انجام می‌شود، بیش‌آزمایی و بیش‌تشخیصی اولیه می‌توانند زمینه‌ساز بیش‌درمانی متعاقب باشند.

چگونه می‌توان از آسیب‌ها و پیامدهای منفی پیشگیری کرد؟

چنان که بیان شد این پژوهش به‌دنبال بررسی بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید از یک منظر فلسفی است. از این‌رو، ارائهٔ پیشنهاد برای کاهش آسیب‌ها و پیامدهای منفی را نمی‌توان صرفاً با تجویزهایی مانند ضرورت پایبندی به گایدلاین‌های درمانی یا جلوگیری از سهل‌انگاری پزشکان انجام داد. در این بستر، پیشنهادها برای جلوگیری از این فرایندهای سه‌گانه و آسیب‌های آنها خود باید با اخذ بصیرت‌های فلسفی انجام گیرد. از این‌رو در ادامه به بعضی از راهکارها از منظر اخلاق پزشکی فلسفی اشاره خواهد شد.

الف) راهکارهای بین‌فردی و مشارکتی

یکی از بحث‌های کلاسیک در زمینهٔ اخلاق و فلسفهٔ پزشکی، تعریف سلامتی و بیماری است. گروهی از فیلسوفان معتقدند سلامت و بیماری مفاهیمی مطلق و ثابت نیستند و معنای آنها برای افراد مختلف از جمله پزشکان و بیماران متفاوت است [۴۷]. مفهوم طبی‌سازی و سه مفهوم مورد پژوهش در این مقاله نیز به همین ترتیب نیازمند تعریف سلامت و بیماری هستند. پژوهشگران متأخر مطالعات طبی‌سازی بر خلاف پژوهشگران نخستین، معتقدند اولاً طبی‌سازی یک مفهوم کاملاً منفی نیست و ثانیاً نمی‌توان مقصر آسیب‌های آن‌را تنها به پزشکی و پزشکان محدود کرد [۴۸، ۳۴، ۱۹]. چنان که بیان شد، گاه خود بیماران محرک اصلی بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی هستند. از این‌رو، لازم است پزشکان و بیماران در هر مواجهه بالینی خاص بر روی مفهوم

[1] Opening Pandora's box

[2] Active Surveillance

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

بیماری و سلامتی و انتظارات خود از این دو مفهوم گفتگو کنند. چرا که در این زمینهٔ نگرش‌های متعددی وجود دارد که تنها با گفتگو و راهکارهای بین فردی می‌توان از آسیب‌های طبی‌سازی و فرایندهای سه‌گانه مرتبط با آن جلوگیری کرد [۴۹، ۵۰].

یکی از مصادیق این تفاوت نگرش، در مفهوم خطر بیماری خود را نشان می‌دهد. Vogt و همکاران معتقدند یکی از پیامدهای طبی‌سازی این است که خطر بیماری به‌عنوان خود بیماری در نظر گرفته می‌شود [۳۷]. گروهی از پژوهشگران، این اتفاق را تحت عنوان طبی‌سازی سلامت[1] در نظر گرفته‌اند [۳۴]. به‌طور مثال، این احتمال وجود دارد که خطر کارسینوم پاپیلری تیروئید معادل با خود بیماری در نظر گرفته شود. اگرچه ممکن است پزشک به‌صورت ضمنی متوجه این مسئله باشد که خطر بیماری با خود بیماری متفاوت است اما زمانی که بیش تشخیصی اتفاق می‌افتد بیمار ممکن است خطر بیماری را معادل با خود بیماری تفسیر کند. به‌عبارتی افق‌های تفسیری پزشک و بیمار در مورد یک تشخیص واحد ممکن است کاملاً متفاوت باشند.

از سوی دیگر ممکن است بعضی از بیماران به‌دلیل اضطراب سلامت تمایل داشته باشند همه چیز را در مورد خطرات احتمالی آینده بدانند. از نظر گروهی از بیماران توجیهی وجود ندارد که اگر حتی خطر اندکی به‌صورت بالقوه وجود دارد از آن مطلع نباشند و حاضرند وارد یک بازی قمارگونه شوند و تمام تست‌های تشخیصی ممکن را انجام دهند درحالی‌که احتمال بسیار اندکی وجود دارد که فردی که تحت انواع بیش آزمایی‌ها قرار می‌گیرد واقعاً بدون تشخیص خطر بالقوه هیچ بیماری از این فرایندها خارج شود [۵۱، ۵۲].

از این‌رو لازم است پزشک، فهم و تفسیر بیمار از شرایط خود را به رسمیت بشناسد و در مورد اینکه چه زمانی تست تشخیصی درخواست شود، چه زمانی تشخیص انجام شود، و چه زمانی درمان ضروری آغاز شود با بیمار تعامل و گفتگو کند. چرا که بخش مهمی از شکل‌گیری معنای سلامت و بیماری حاصل گفتگوی دوطرفه و امتزاج افق‌های پزشک و بیمار است [۵۳].

ب) راهکارهای آموزشی

آگاهی‌بخشی به دستیاران و دانشجویان پزشکی نسبت به بار مالی و چالش‌های اخلاقی ناشی از بیش‌آزمایی ضروری است. آموزش مناسب می‌تواند مهارت‌های لازم برای کاهش استفاده بیش از حد از مداخلات پزشکی را در پزشکان آینده تقویت کند. تلفیق علوم انسانی پزشکی[2]، به‌عنوان حیطه‌ای که می‌کوشد نسبتی میان فلسفه و علوم انسانی و مسائل پزشکی ایجاد کند، با آموزش پزشکی، می‌تواند به دانشجویان کمک کند افق‌های تفسیری بیماران را بهتر بازشناسی کنند و روایت‌های آنها را به رسمیت بشناسند. بیش‌آزمایی، بیش تشخیصی و بیش‌درمانی، چنان که بیان شد نه فقط ناشی از خطا یا سهل انگاری پزشکی، بلکه ناشی از ابهام در فهم و تفسیر معنای بیماری و سرشت پزشکی است.

ج) راهکارهای فناورانه

اگرچه فناوری‌های پزشکی می‌توانند به بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی منجر شوند، اما در عین حال، راهکارهای فناورانه‌ای نیز برای مقابله با این مشکلات وجود دارد: از جمله ایجاد پرونده‌های الکترونیک سلامت و پایش دقیق آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های درخواست‌شده توسط پزشکان.

در طراحی فناوری‌های پزشکی باید پیشگیری از بیش‌تشخیصی نیز مورد توجه قرار گیرد. هوش مصنوعی با بهبود الگوریتم‌ها و نظارت بر آنها می‌تواند موارد بیش تشخیصی را رهگیری کند. با این حال، پایگاه‌های داده مورد استفاده در سامانه‌های هوش مصنوعی باید از داده‌های سوگیرانه‌ای که موجب بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی می‌شوند، پالایش شوند.

با این وجود، راهکارهای فناورانه تنها محدود به راهکارهای تکنیکی نمی‌شوند. توجه به فلسفهٔ فناوری نیز ذیل این دسته از راهکارها می‌گنجد. فناوری‌های پزشکی با قابل مشاهده ساختن بدن به شیوه‌ای متفاوت از تجربهٔ زیستهٔ بیمار، تجربهٔ بیماری را شکل می‌دهند [۵۴] و از سوی دیگر معنای بیماری را تعریف می‌کنند [۴۰]. از این‌رو، توجه به مسائل فلسفهٔ فناوری و نسبت آنها با فناوری‌های تشخیصی می‌تواند به تفسیر بهتر این فرایندهای سه‌گانه کمک کند.

د) راهکارهای معناشناختی/ فلسفه پزشکی

چنان که بیان شد، بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید هر سه زیر چتر مفهومی طبی‌سازی قرار می‌گیرند که ریشه‌های مهمی در فلسفهٔ پزشکی دارد. علاوه بر این، پیامدهای این سه فرایند برای بیماران با موضوعاتی مانند اضطراب سلامت پیوند خورده‌اند که موقعیت‌هایی وجودی و معناشناختی برای بیماران است. از این‌رو بخشی از راهکار جلوگیری از آسیب‌های این فرایندها را باید در تأملات فلسفهٔ پزشکی جستجو کرد.

به‌طور مثال، لازم است سرشت پزشکی و اهمیت استدلال بالینی در مرکز پزشکی بازشناسی شود. در این تلقی از پزشکی که در فلسفهٔ پزشکی به‌طور گسترده مورد بحث قرار گرفته است پزشکی قابل فروکاستن به آزمایش و تحلیل صرف داده‌های کمّی از وضعیت بیمار

[1] Medicalization of Health

[2] Medical Humanities

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

نیست. علاوه بر این، پزشکی فراتر از فهم مکانیکی از آن، پیوند وثیقی با مواجهه بالینی و تفاوت افق‌های تفسیری و معناشناختی بیمار و پزشک از یک وضعیت خاص دارد. به‌عبارتی، پزشک و بیمار لازم است در یک فرایند مشارکتی، در تعریف‌های خود از مفاهیم سلامت و بیماری و انتظارات بالینی خود به یک همگرایی برسند.

جدول-۱ یک جمع‌بندی از تعاریف، مصادیق، زمینه‌ها و راهکارهای جلوگیری از آسیب‌های طبی‌سازی و فرایندهای سه‌گانه مرتبط با آن در بیماری‌های تیروئید ارائه می‌دهد. در بخش بعدی مقاله تلاش می‌شود با یک گام فراتر گذاشتن، ضرورت پیوند میان چالش‌های بالینی و فلسفه پزشکی برای فهم بهتر مسئله و گشودن افق‌های جدید برای تحلیل آن مورد بحث قرار گیرد.

جدول-۱- طبی‌سازی و فرایندهای سه‌گانه مرتبط با آن در بیماری‌های تیروئید؛ تعاریف، مصادیق، زمینه‌ها و راهکارها

	تعریف	مصداق در زمینه بیماری‌های تیروئید	زمینه‌های شکل‌گیری	راهکارهای جلوگیری از آسیب
بیش‌آزمایی	انجام تست‌های تشخیصی در مواردی است که نتایج این تست‌ها تأثیری در تشخیص بالینی ندارند.	انجام سونوگرافی گردن برای تشخیص کارسینوم پاپیلری در مواردی که بیمار معاینهٔ طبیعی دارد.	- درخواست بیمار و خانواده بیمار - توسعهٔ فناوری‌های نوین پزشکی و دسترسی آسان و ارزان به آنها	- پایبندی به موارد اندیکاسیون درخواست تست‌های تشخیصی - توجه به ضرورت یا عدم ضرورت تشخیص بالینی در هر مورد خاص
بیش‌تشخیصی	تشخیص یک بیماری در شرایطی است که آن تشخیص به درمان مؤثر یا بهبود سلامت بیمار منجر نمی‌شود.	تشخیص بیماری‌های تیروئید تحت بالینی در شرایطی که درمان ضرورت و سودمندی برای بیمار ندارد.	- افزایش حساسیت فناوری‌های نوین تشخیصی - احساس ضرورت از جانب پزشک و بیمار برای تشخیص و نام‌گذاری هر وضعیت موجود	- توجه به پیامدهای بالینی و معناشناختی تشخیص برای بیمار (به‌طور مثال اضطراب سلامت)
بیش‌درمانی	وضعیتی که بیمار تحت درمان‌هایی قرار می‌گیرد که سودمندی آنها برای بیمار نسبت به عوارض و هزینه‌ای که تحمیل می‌کند از نظر بالینی قابل ملاحظه نیست.	درمان تهاجمی کارسینوم پاپیلری در مواردی که پایش فعال کافی است.	- پزشکی تدافعی و نگرانی از پیامدهای امتناع از درمان در موارد غیر ضروری - تلقی بیش مداخله‌گرانه از پزشکی	- بررسی هزینه- فایده درمان در هر مورد بالینی خاص
طبی‌سازی	فرایندی که طی آن مسائلی که تا پیش از این پزشکی نبوده‌اند و در عرصهٔ مسائل روزمرهٔ زندگی انسانی و اجتماعی قرار می‌گرفته‌اند به‌عنوان مسائلی پزشکی بازشناسی می‌شوند و تحت نظارت و مداخله پزشکی قرار می‌گیرند.	در نظر گرفتن خطر بیماری‌های تیروئید به مثابه خود بیماری	- ماهیت گسترش یابنده پزشکی امروزی و فناوری‌های پزشکی - تبدیل سلامت به یک اَبَر ارزش (سلامت گرایی - تمایل پزشکان و عموم مردم برای گسترش ملاحظات پزشکی	- تأمل در معنای سلامت و بیماری - احیای استدلال بالینی در مرکز پزشکی - نزدیک کردن انتظارات پزشکی و بیمار از پیامدهای بالینی

به سوی برقراری پیوند میان چالش‌های بالینی و فلسفهٔ پزشکی

در زمینهٔ بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید، پژوهشگران مختلف کوشیده‌اند معیارهای بالینی عینی برای جلوگیری از این فرایندها پیشنهاد دهند. به‌طور مثال، پیشنهاد شده

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

است عدم درمان با لووتیروکسین در بیماران با سطح تیروتروپین سرمی زیر ۰/۵۶ mU/L مصداق عدم درمان مناسب و در مقابل، درمان با لووتیروکسین در بیماران به سطح تیوتروپین سرمی بالاتر از ۴/۲۷ mU/L مصداق بیش درمانی است [۹]. تعیین معیارهای عینی آزمایشگاهی برای بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی یک ضرورت انکار ناپذیر در جامعهٔ علمی متخصصان بیماری‌های تیروئید است. با این وجود، حتی پس از تعیین این معیارهای عینی، همچنان پاره‌ای از بحث‌های فلسفه پزشکی باقی می‌مانند.

به‌طور مثال، اگرچه مفهوم تحت بالینی[1] در تشخیص‌هایی مانند هیپوتیروئیدی و هیپرتیروئیدی تحت بالینی در بالین با سنجش سطح TSH مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما از منظر فلسفهٔ پزشکی نیز می‌توان آن را مورد تحلیل قرار داد. بیورن هافمن، فیلسوف پزشکی تلاش کرده است یک مفهوم وسیع و نظری از بیش‌تشخیصی ارائه کند که آن را نه فقط به‌عنوان یک خطای پزشکی ناشی از عدم توجه به آستانه‌های تشخیصی تست‌های پاراکلینیکی، بلکه ناشی از ویژگی‌های ذاتی پزشکی نوین فهم کند [۴]. او نشان داده است که فناوری‌های پزشکی ماهیت گسترش یابنده دارند و پزشکی را ذاتاً تبدیل به حیطه‌ای با تمایلات فزاینده برای مداخله می‌کنند [۴۰، ۵۴]. از طرفی ماهیت گسترش‌یابنده پزشکی، موجب شده است که یک الزام اخلاقی نانوشته برای پزشکی ایجاد شود تا عرصهٔ مداخله خود را به‌صورت مداوم گسترش دهد [۱۵].

در چارچوب فهم هافمن از مفهوم بیش‌تشخیصی و نسبت آن با فناوری‌های پزشکی، می‌توان ادعا کرد تشخیص بیماری‌هایی با عنوان تحت بالینی ناشی از ماهیت گسترش‌یابنده‌ای است که فناوری‌های پزشکی به خود پزشکی می‌دهند و مصداق بیش‌تشخیصی در معنای فلسفی آن است. از این نظرگاه، معضل بیش‌تشخیصی در بیماری‌های تیروئید نه فقط با تعیین محدوده برای سطح سرمی یک فاکتور تشخیصی بلکه همچنین با همکاری تامل نظری در زمینه‌های فلسفهٔ فناوری و فلسفه پزشکی قابل تحلیل است.

از سوی دیگر گروهی از فیلسوفان پزشکی با طرح مفاهیمی مانند نیهیلیسم پزشکی[2] [۵۵] و پزشکی مراعات‌گر[3] [۵۶، ۵۷] کوشیده‌اند نشان دهند پزشکی امروزی تمایل فزاینده‌ای به مداخله در وضعیت‌هایی دارد که به‌دلیل عدم قطعیت ذاتی در آنها، سودمندی بالینی قابل توجهی ندارند. نیهیلیسم پزشکی و پزشکی مراعات‌گر هر دو بر اهمیت کاهش مداخله‌گری پزشکی در این وضعیت‌ها تأکید دارند. با توجه به این که مفهوم بیماری‌های تحت بالینی موجب ورود آن وضعیت‌ها به حیطهٔ نظارت و حتی مداخلهٔ پزشکی می‌شوند از منظر پزشکی مراعات‌گر نیازمند بازنگری هستند. به این ترتیب، اگرچه مشخص کردن آستانهٔ سطح سرمی یک فاکتور خاص برای تعیین مصادیق بیش تشخیصی امری ضروری است اما هم‌زمان تحلیل‌های فلسفه پزشکی که از بیرون به ویژگی‌های پزشکی نگاه می‌کنند بصیرت‌های جدیدی به بحث می‌افزایند.

بحث و نتیجه‌گیری

از دهۀ ۱۹۸۰ تاکنون، تعداد موارد تشخیص‌داده شدۀ سرطان تیروئید در سراسر جهان به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است، درحالی‌که میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن ثابت مانده یا حتی در برخی کشورها کاهش یافته است. برخی پژوهشگران این عدم تناسب را ناشی از بیش‌تشخیصی دانسته‌اند [۱۰]. با این وجود، کاهش مرگ‌ومیر را می‌توان ناشی از تشخیص موارد بیشتری از سرطان در مراحل اولیه آن تفسیر کرد. به این ترتیب، یکی از مهم‌ترین رویکردهایی که ممکن است از گونه‌هایی از بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی حمایت کنند پزشکی پیشگیرانه[4] است. پزشکی پیشگیرانه در واقع نوعی پاسخ به نقدهای مطرح‌شده دربارۀ پزشکی‌سازی و گسترش قلمرو پزشکی محسوب می‌شود. برخی پژوهشگران حتی معتقدند آنچه تحت عنوان پزشکی‌سازی مورد انتقاد قرار می‌گیرد، ممکن است در حقیقت بخشی از رویکردهای پزشکی پیشگیرانه باشد [۳۷، ۵۸].

به‌عنوان یک بحث تکمیلی بر روی مباحث و مفاهیم مطرح شده در این مقاله، یکی از مسائل جدی در زمینۀ بیش‌آزمایی و بیش‌تشخیصی این است که همواره حدی از عدم قطعیت پیش از وقوع این فرایندها وجود دارد. به‌عبارتی، پزشک و بیمار قبل از انجام تست‌های تشخیصی نمی‌توانند به‌صورت دقیق پیش‌بینی کنند که یک مورد خاص، پس از انجام آزمایش‌ها، مصداق بیش‌تشخیصی به حساب خواهد آمد یا از ملاحظات طب پیشگیرانه سود خواهد برد. برای به حداقل رساندن این مشکل، لازم است دستورالعمل‌های درمانی با دقت تنظیم شوند و قواعد الزام‌آوری برای پایبندی به آنها تدوین شود. با این وجود، با توجه به اینکه پزشکی همواره با حدی از عدم قطعیت روبرو است و زمینه‌های اجتماعی و فناورانه هیچگاه قابل حذف نیستند، لازم است راهکارهای مبتنی بر فلسفۀ پزشکی نیز در کنار راهکارهای بالینی مدنظر قرار گیرند.

ممکن است تصور شود که انتخاب میان اینکه درخواست تست آزمایشگاهی و تشخیص و درمان یک وضعیت مصداق طب

[1] Sub-clinical
[2] Medical Nihilism
[3] Gentle Medicine
[4] Preventive Medicine

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

پیشگیرانه است یا نوعی بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی است دشوار یا تقریباً غیر ممکن است. اما دقیقاً به همین دلیل است که فلسفهٔ پزشکی و چشم‌انداز تفسیری آن در فهم معنای سلامت و بیماری اهمیت دارد. برای خروج از این بن بست، لازم است در مفهوم سلامت و بیماری، سرشت پزشکی و رسالت آن از منظر فلسفی بازنگری شود تا بتوان دقیقاً مشخص کرد در چه شرایطی یک اقدام در عرصهٔ پیشگیرانه قرار می‌گیرد و در چه شرایطی مصداق فرایندهای سه‌گانه است. از این‌رو در پژوهش حاضر تلاش شد فقدان فلسفهٔ پزشکی در مباحث مربوط به این فرایندهای سه گانه به‌عنوان یک خلا پژوهشی مورد توجه قرار گیرد.

بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی هر سه فرایندهایی هستند که ذیل فرایند طبی‌سازی طبقه‌بندی می‌شود. با این وجود برخلاف تلقی‌های منفی‌نگر که طبی‌سازی را نتیجهٔ گسترش غیرمجاز پزشکی یا سودجویی و اشتباه مراقبان سلامت و نهادهای سلامت می‌دانند، طبی‌سازی و فرایندهای مرتبط با آن، اغلب در زمینه‌های اجتماعی پیچیده شکل می‌گیرد و بازتاب‌دهنده افق‌های تفسیری متفاوت پزشک و بیمار است. بیش‌آزمایی چنان که بیان شد در اغلب موارد به‌صورت غیرعمدی و غیرآگاهانه و تحت تأثیر پیشران‌های اجتماعی و فناورانه اتفاق می‌افتد. علاوه بر این، اتکای صرف بر تدوین معیارهای تشخیصی به دلایلی از جمله تفاوت نگرش‌های بالینی، متغیر بودن شرایط و انتظارات و عدم امکان حذف کامل زمینه‌های اجتماعی و فناورانه ناکافی است.

از آنجا که معیارهای تشخیص بیش‌تشخیصی ثابت و غیرقابل تغییر نیستند و می‌توانند به شیوه‌های متفاوتی تعریف شوند، تأمل فلسفی دربارهٔ نحوهٔ تعیین این معیارها ضروری است. همچنین شاخص‌های سوبژکتیو مانند تجربهٔ زیستهٔ بیماران، احساس آنان نسبت به برچسب بیماری، اضطراب سلامت یا عوارض روش‌های تهاجمی نیز باید مورد توجه قرار بگیرند چرا که این عوامل می‌توانند بر زندگی شخصی و عملکرد شغلی بیماران اثر بگذارند.

در این مقاله نشان دادیم که استفاده از آزمایش‌های تشخیصی و روش‌های تصویربرداری، از جمله اندازه‌گیری TSH سرم و سونوگرافی گردن، به‌دلیل احتمال بروز بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی همچنان محل بحث است. این پدیده‌ها می‌توانند پیامدهای اخلاقی، آسیب‌های جسمی و روانی، و هزینه‌های قابل توجهی برای بیماران و نظام سلامت به همراه داشته باشند. علاوه بر این، پیشران‌های بیش‌آزمایی و شیوه‌ای که به بیش تشخیصی و بیش‌درمانی در حوزهٔ بیماری‌های تیروئید منتهی می‌شود مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای رفع چالش‌های این فرایندهای منفی از منظر اخلاق پزشکی فلسفی ارائه شد.

در این مقاله کوشیدیم به این پرسش پاسخ دهیم که بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش درمانی بیماری‌های تیروئید و پیامدهای آن را چگونه می‌توان در یک افق فلسفی صورت‌بندی کرده و مسائل و پیامدهای آنها را تحلیل کرد. چنان که نشان دادیم این فرایندهای سه‌گانه را می‌توان در نسبت با مجموعه مطالعات طبی‌سازی فهم و تفسیر کرد. به این ترتیب، می‌توان بصیرت‌های جدید در مورد سیالیت مفهوم سلامت و بیماری، چالش در تعریف مفهوم تحت بالینی و تفاوت افق‌های تفسیری پزشک و بیمار در مورد سلامت و بیماری ایجاد کرد.

این مسئله خصوصاً از آن جهت اهمیت دارد که با توسعهٔ روزافزون ابزارهای هوش مصنوعی و کاربرد آنها در پزشکی، ممکن است تصور شود که هوش مصنوعی بدون حضور عامل انسانی در هیچ بخشی از فرایند درمان، می‌تواند با اندازه‌گیری، بررسی و تحلیل داده‌های کمی و کیفی وضعیت بیمار تشخیص و درمان را انجام دهد. با این وجود، بررسی موردی بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید و اهمیت تامل نظری و فلسفی برای کاوش در ابعاد مختلف آنها نشان می‌دهد که حضور عامل انسانی به‌عنوان یک سوی ارتباط تفسیری و معناشناختی پزشک و بیمار، برقراری گفتگوی انسانی، رسیدن به راهکارهای بین فردی و احیای استدلال بالینی (همراه با با پیچیدگی‌های معناشناختی آن) در مرکز پزشکی ضرورت دارد.

بازاندیشی فلسفی بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی بیماری‌های تیروئید که در این مقاله تحلیل شد، می‌تواند در طراحی راهنماهای بالینی و کاهش ابهام در حوزهٔ بیماری‌های تیروئید نقش مهمی ایفا کند. کاهش بیش‌آزمایی، بیش‌تشخیصی و بیش‌درمانی نه‌تنها برای تحقق پزشکی انسانی‌تر ضروری است، بلکه می‌تواند به احیای استدلال بالینی به‌عنوان عنصر مرکزی طبابت و تأکید دوباره بر اهمیت هم‌گرایی افق‌های تفسیری و معناشناختی، به‌جای اتکای صرف و غیرانتقادی به نتایج آزمایش‌ها، کمک کند.

تعارض منافع

هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

سپاسگزاری

این مطالعه بدون دریافت منابع مالی و تأمین کنندگان بودجه انجام شد.

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

References

1. Hoang JK, Nguyen XV, Davies L. Overdiagnosis of thyroid cancer: answers to five key questions. *Academic radiology*. 2015; 22(8):1024–9.
2. Jung M. Breast, prostate, and thyroid cancer screening tests and overdiagnosis. *Current Problems in Cancer*. 2017; 41(1):71–9.
3. Bossuyt PM, Reitsma JB, Linnet K, Moons KG. Beyond diagnostic accuracy: the clinical utility of diagnostic tests. *Clinical chemistry*. 2012; 58(12):1636–43.
4. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. Medicine, *Health Care Philosophy*. 2016; 19(2):253–64.
5. Gupta P, Gupta M, Koul N. Overdiagnosis and overtreatment; how to deal with too much medicine. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020; 9(8):3815–9.
6. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M ,Daniel M, et al. Overtreatment in the united states. *PloS one*. 2017; 12(9):e0181970.
7. Pejman Sani M, Mohseni S, Samimi H, Nasiri S, Fallahi B, Mohajeri-Tehrani M, et al. Continued rise in the incidence of thyroid cancer in Iran: true increase or overdiagnosis? *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2025; 24(1):68.
8. Abraham PJ, Wu C, Wang R, Herring B, Zmijewski P, Gillis A, et al. The overtreatment of papillary thyroid microcarcinoma in the community. *Am J Surg*. 2024; 233:132–5.
9. Alaeddin N, Jongejan RMS, Stingl JC, de Rijke YB, Peeters RP, Breteler MMB, et al. Over- and Undertreatment With Levothyroxine. *Dtsch Arztebl Int*. 2023; 120(42):711–8.
10. Lin Y, Wu Y. Trends in incidence and overdiagnosis of thyroid cancer in China, Japan, and South Korea. *Cancer Sci*. 2023; 114(10):4052–62.
11. Liu Q, Song M, Zhang H. Choice of management strategy for papillary thyroid microcarcinoma: active surveillance or immediate surgery? *J Cancer*. 2024; 15(4):1009–20.
12. Sugitani I. Active surveillance of low-risk papillary thyroid microcarcinoma. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2023; 37(1):101630.
13. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *Journal of health social behavior*. 2005; 46(1):3–14.
14. Kaczmarek E. How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2019; 22(1):119–28.
15. Hofmann B. Managing the moral expansion of medicine. *BMC Medical Ethics*. 2022; 23(1):1–13.
16. Monajemi A, Namazi H. *What is Medicalization? Medicalization: Transforming Human Conditions into Treatable Problems [in Persian]*. Tehran, Iran: Farhame; 2022 (1400).
17. Illich I. The medicalization of life. *Journal of medical ethics*. 1975; 1(2):73–7.
18. Conrad P. Medicalization and social control. Annual review of Sociology. 1992; 18(1):209–32.
19. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press Baltimore; 2007.
20. Liel Y, Fraenkel N. Brief report: use and misuse of thyroid ultrasound in the initial workup of patients with suspected thyroid problems referred by primary care physicians to an endocrine clinic. *Journal of general internal medicine*. 2005; 20(8):766–8.
21. Meyerovitch J, Rotman-Pikielny P, Sherf M, Battat E, Levy Y, Surks MI. Serum thyrotropin measurements in the community: five-year follow-up in a large network of primary care physicians. *Archives of internal medicine*. 2007; 167(14):1533–8.
22. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid*. 2012; 22(12):1200–35.
23. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *Jama*. 2006; 295(18):2164–7.
24. Cooper DS ,Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association (ATA) guidelines taskforce on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009; 19(11):1167–214.
25. Hoang J, Choudhury KR, Eastwood J, Esclamado R, Lyman G, Shattuck T, et al. An exponential growth in incidence of thyroid cancer: trends and impact of CT imaging. *American journal of neuroradiology*. 2014; 35(4):778–83.
26. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. 2017; 390(10090):156–68.
27. Ahn HS, Kim HJ, Welch GH. Korea's thyroid-cancer "epidemic"—screening and overdiagnosis. *New England Journal of Medicine*. 2014; 371(19):1765–7.
28. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N engl j med*. 2016; 375(7):614–7.
29. Rodriguez-Gutierrez R, Maraka S, Ospina NS, Montori VM, Brito JP. Levothyroxine overuse: time for an about face? *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2017; 5(4):246–8.
30. Alexander GC. Unnecessary tests and ethics of quality of care. *AMA Journal of Ethics*. 2004; 6(6):261–3.
31. Tomes N. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet*. 2007; 369(9562):698-700.
32. Lorenc T, Khouja C, Harden M, Fulbright H, Thomas J. Defensive healthcare practice: systematic review of qualitative evidence. *BMJ open*. 2024; 14(7):e085673.
33. Hoffman JR, Kanzaria HK. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. *Bmj*. 2014;349.
34. Clarke AE, Jeske M, Mamo L, Shim JKJTWBctms. Biomedicalisation revisited: concepts and practices. *Handbook on the Sociology of Health and Medicine*. 2021:125–49.
35. Lysdahl KB, Hofmann BM. What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions. *BMC health services research*. 2009; 9(1):155.

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]

36. Hofmann B. “My Biomarkers Are Fine, Thank You”: on the biomarkerization of modern medicine. *Journal of General Internal Medicine*. 2025; 40(2):453–7.
37. Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Med Health Care Philos*. 2016; 19(2):307-23.
38. Ho D. *What Placebos Teach Us about Health and Care: A Philosopher Pops a Pill*. Cambridge University Press; 2023.
39. Arnold MH, Komesaroff P, Kerridge I. Understanding the ethical implications of the rituals of medicine. *Internal Medicine Journal*. 2020; 50(9):1123–31.
40. Hofmann BJM, Health Care, Philosophy. On the value-ladenness of technology in medicine. 2001; 4(3):335–45.
41. Starkstein S. *The medicalization and social construction of fear in the age of anxiety. A conceptual and therapeutic analysis of fear*. Springer; 2018; p. 259–87.
42. *Ravan N, Hasanzad M, Larijani B, Namazi H. Ethical Concerns in Novel Medicine. A Glimpse at Medicine in the Future*. Springer; 2024; p. 201–12.
43. Jensen CB, Saucke MC, Francis DO, Voils CI, Pitt SC. From overdiagnosis to overtreatment of low-risk thyroid cancer: a thematic analysis of attitudes and beliefs of endocrinologists, surgeons, and patients. *Thyroid*. 2020; 30(5):696–703.
44. Krajewska J, Kukulska A, Oczko-Wojciechowska M, Kotecka-Blicharz A, Drosik-Rutowicz K, Haras-Gil M, et al. Early diagnosis of low-risk papillary thyroid cancer results rather in overtreatment than a better survival. *Frontiers in Endocrinology*. 2020; 11:571421.
45. Ullmann TM, Papaleontiou M, Sosa JA. Current controversies in low-risk differentiated thyroid cancer: reducing overtreatment in an era of overdiagnosis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2023; 108(2):271–80.
46. Ito Y, Uruno T, Nakano K, Takamura Y, Miya A, Kobayashi K, et al. An observation trial without surgical treatment in patients with papillary microcarcinoma of the thyroid. *Thyroid*. 2003; 13(4):381–7.
47. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002; 27(6):651-73.
48. Kaczmarek E. Promoting diseases to promote drugs: the role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2022; 88(1):34–9.
49. Scambler G. *Habermas, critical theory and health*. Routledge London; 2001.
50. Gadamer H-G. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford University Press; 1996.
51. Jønsson ABR. Medicalization of Old Age: Experiencing Healthism and Overdiagnosis in a Nordic Welfare State. *Medical Anthropology*. 2024; 43(4):310–23 .
52. Namazi H, Ravan N. Geriatric Medicine or Geriatric Medicalization? *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024;17(1):333–47.
53. Svenaeus F. The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice. Springer *International Publishing*; 2023.
54. Hofmann B, Svenaeus F. How medical technologies shape the experience of illness. *Life Sciences, Society and Policy*. 2018; 14(1):1–11.
55. Stegenga J. *Medical nihilism*. Oxford University Press; 2018.
56. Andrade G, Redondo MC. The need for “gentle medicine” in a post Covid-19 world. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2021; 24(4):475–86.
57. Ten Have H, Gordijn B. *Gentle medicine*. Springer; 2021. p. 1–3.
58. Verweij M. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics*. 1999; 13(2):89–113.

[Downloaded from ijdld.tums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.18502/ijdl.v26i4.23123]