دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

10.66224/ismj.29.4.267

نامه به سردبیر

بازاندیشی سلامت جهانی

علی‌محمد مصدق‌راد [1*]

[1] گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

عوامل مؤثر بر سلامت انسان‌ها محدود به مرزهای جغرافیایی نیستند. پدیده‌هایی مانند جهانی‌شدن، تغییرات اقلیمی، مهاجرت، جنگ، فقر، بیماری‌های نوپدید و همه‌گیری‌ها، سلامت جوامع را به یکدیگر پیوند دادند. سلامت جهانی Global Health به مسائل سلامت فراتر از مرزهای ملی می‌پردازد و هدف آن ارتقای سلامت، کاهش نابرابری‌ها و تحقق عدالت در سلامت برای همه مردم جهان است. برخلاف سلامت بین‌الملل سنتی که بیشتر بر انتقال کمک و دانش از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای در حال توسعه تمرکز داشت، سلامت جهانی بر مشارکت، مسئولیت مشترک و وابستگی متقابل کشورها تأکید دارد.

سلامت جهانی تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری و محیط‌زیستی قرار دارد. سیاست‌های بین‌المللی، روابط قدرت، تحریم‌های اقتصادی، منازعات نظامی و تصمیمات نهادهای جهانی، تأثیرات عمیقی بر سلامت جمعیت‌ها دارند. تصمیمات سیاسی دسترسی مردم به غذا، دارو، خدمات سلامت و سایر عوامل تعیین‌کننده سلامت را شکل می‌دهند. همچنین، نظام اقتصادی جهانی و توزیع نابرابر ثروت موجب تمرکز بخش مهمی از بار بیماری‌ها و مرگ‌های قابل پیشگیری در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط شده است (۱). شکاف در امید به زندگی، مرگ مادران و کودکان، دسترسی به خدمات سلامت و پوشش بیمه‌ای، بازتابی از این نابرابری‌های ساختاری است.

اگرچه جهان در کنترل بیماری‌ها، افزایش امید به زندگی و توسعه فناوری‌های سلامت دستاوردهای مهمی داشته است، تحولات اخیر نشان دادند که میان آرمان‌های سلامت جهانی و واقعیت‌های موجود شکاف قابل توجهی وجود دارد. تداوم نابرابری‌های سلامت، دسترسی نابرابر به منابع، تمرکز قدرت در برخی کشورها و ضعف حکمرانی جهانی، ضرورت بازاندیشی در مفهوم و ساختار سلامت جهانی را آشکار ساخته است. بازاندیشی سلامت جهانی به معنای ارزیابی مجدد ارزش‌ها، ساختارها، روابط قدرت و سازوکارهای تصمیم‌گیری در این حوزه است. بسیاری از چالش‌های موجود ریشه در حکمرانی نابرابر، توزیع نامتوازن منابع و سلطه تاریخی برخی کشورها بر فرآیندهای تصمیم‌گیری جهانی دارد. این رویکرد مستلزم گذار از الگوهای مبتنی بر کمک و وابستگی به سمت عدالت، مشارکت و توانمندسازی است. آینده سلامت جهانی در گرو مشارکت برابر کشورها، احترام به تنوع دانش‌ها و توزیع عادلانه فرصت‌ها است.

***نویسنده مسئول**
علی محمد مصدق‌راد
mosadeghrad@tums.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۹

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.267]

همه‌گیری کووید-۱۹ مهم‌ترین آزمون نظام سلامت جهانی بود. توزیع واکسن‌ها یکی از نمونه‌های شکست عدالت در سلامت جهانی محسوب می‌شود. کشورهای پردرآمد در ماه‌های نخست همه‌گیری بخش عمده واکسن‌های تولیدی را پیش‌خرید کردند، در حالی که بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و متوسط برای مدت طولانی از دسترسی کافی به واکسن محروم ماندند. در شرایطی که برخی کشورها دوزهای تقویتی متعدد دریافت کرده بودند، میلیون‌ها نفر در کشورهای فقیر هنوز واکسن اولیه را دریافت نکرده بودند (۲). این وضعیت نشان داد که در بحران‌های جهانی، منافع ملی و قدرت اقتصادی همچنان بر اصول عدالت و همبستگی جهانی غلبه می‌کنند.

دسترسی نابرابر به داروها، فناوری‌های پزشکی، منابع مالی، پژوهش‌های سلامت و نیروی انسانی متخصص، از مصادیق مهم نابرابری در سلامت جهانی است. این نابرابری‌ها در ظرفیت تولید دانش، توسعه فناوری، انجام پژوهش‌های راهبردی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بین‌المللی نیز دیده می‌شوند. بخش عمده تولید دانش سلامت جهانی در دانشگاه‌ها و مراکز علمی کشورهای شمال جهانی انجام می‌شود و بسیاری از مجلات علمی معتبر، سازمان‌های بین‌المللی، نهادهای تدوین‌کننده دستورالعمل‌ها و مؤسسات تأمین مالی پژوهش نیز در این کشورها مستقر هستند (۳). در نتیجه، اولویت‌های پژوهشی و سیاستی و جریان تولید شواهد علمی تا حد زیادی تحت تأثیر ظرفیت‌ها و دیدگاه‌های کشورهای پردرآمد قرار دارد. این وضعیت موجب کم‌توجهی به نیازهای کشورهای کم‌درآمد و متوسط، تداوم شکاف دانشی و کاهش مشارکت مؤثر پژوهشگران این کشورها در تولید دانش و حکمرانی سلامت جهانی شده است.

تغییرات اقلیمی یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت جهانی در قرن حاضر است. افزایش دما، امواج گرما، خشکسالی، سیل، آلودگی هوا، ناامنی غذایی، کمبود آب، گسترش بیماری‌های ناقل‌محور و جابه‌جایی اجباری جمعیت‌ها، پیامدهای مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامت انسان دارند. این پیامدها علاوه بر افزایش بار بیماری‌ها و مرگ‌ومیر، فشار زیادی بر نظام‌های سلامت، امنیت غذایی، معیشت و توسعه پایدار کشورها وارد می‌کنند. کشورهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر که سهم کمتری در انتشار گازهای گلخانه‌ای دارند، به دلیل محدودیت منابع، زیرساخت‌های ضعیف و ظرفیت کمتر سازگاری، بیشترین آسیب را متحمل می‌شوند (۴). این نابرابری در علل و پیامدهای تغییرات اقلیمی، نمونه‌ای از بی‌عدالتی اقلیمی و سلامت جهانی است و ضرورت همکاری بین‌المللی، تأمین مالی عادلانه و حمایت از کشورهای آسیب‌پذیر را برجسته می‌کند.

امروزه بخش قابل توجهی از منابع مالی سلامت جهانی توسط تعداد محدودی از دولت‌های ثروتمند، بنیادهای خیریه و سازمان‌های بین‌المللی تأمین می‌شود (۵). این تمرکز مالی سبب شده است اولویت‌های سلامت جهانی تا حدی تحت تأثیر ترجیحات تأمین‌کنندگان مالی قرار گیرد. در نتیجه، بیماری‌ها و برنامه‌های مورد توجه حامیان مالی منابع بیشتری دریافت می‌کنند و گاهی نیازهای واقعی سلامت کشورهای دریافت‌کننده در اولویت قرار نمی‌گیرند؛ وضعیتی که استقلال سیاستگذاری سلامت را محدود می‌کند. تمرکز قدرت و منابع در دست تعداد محدودی از بازیگران، پرسش‌هایی درباره پاسخگویی، شفافیت و مشروعیت تصمیم‌گیری در سلامت جهانی ایجاد کرده است. در یک نظام عادلانه سلامت جهانی، اولویت‌ها باید بر اساس نیازهای واقعی جوامع و از طریق فرآیندهای مشارکتی، شفاف و پاسخگو تعیین شوند.

اگرچه سلامت جهانی بر مشارکت و برابری تأکید دارد، در عمل بخش عمده قدرت تصمیم‌گیری، تأمین مالی، تولید دانش و تعیین دستورکارهای جهانی همچنان در اختیار کشورهای پردرآمد است. این وضعیت سبب شده بسیاری از کشورهای جنوب جهانی بیشتر به‌عنوان دریافت‌کننده سیاست‌ها و برنامه‌ها دیده شوند تا شریک برابر در طراحی و اجرای آن‌ها. به‌عبارتی، سلامت جهانی همچنان تحت تأثیر میراث استعمار و روابط نابرابر قدرت قرار دارد. تحقق عدالت در سلامت جهانی نیازمند استعمارزدایی از دانش و حکمرانی سلامت، تقویت بومی‌سازی، توسعه همکاری‌های جنوب–جنوب، بهره‌گیری از نوآوری‌های معکوس، اصلاح نظام تأمین

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.267]

مالی، تقویت حکمرانی چندجانبه و گسترش همکاری‌های بین‌بخشی است.

استعمارزدایی سلامت جهانی به معنای اصلاح روابط قدرت، افزایش مشارکت کشورهای جنوب جهانی در تصمیم‌گیری‌ها، تقویت ظرفیت‌های محلی و به رسمیت شناختن دانش و تجربیات بومی است (۶). هدف این رویکرد، حذف الگوهای سلسله‌مراتبی و ایجاد مشارکت‌های برابر میان کشورها و جوامع مختلف است. این دیدگاه تأکید می‌کند که جوامع محلی باید در طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های سلامت نقش محوری داشته باشند و دانش تولیدشده در کشورهای کم‌درآمد و متوسط نیز جایگاه شایسته‌ای در نظام دانش سلامت جهانی پیدا کند.

بومی‌سازی در سلامت جهانی اهمیت اساسی دارد و به معنای طراحی و اجرای سیاست‌ها و مداخلات سلامت متناسب با شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هر جامعه است. بسیاری از برنامه‌های سلامت جهانی طی دهه‌های گذشته بر اساس الگوهای کشورهای پردرآمد طراحی و به سایر کشورها منتقل شدند، بدون آنکه تفاوت‌های زمینه‌ای و ساختاری به‌طور کافی مورد توجه قرار گیرد. این رویکرد اثربخشی برنامه‌ها را کاهش داده و وابستگی کشورها به منابع خارجی را افزایش می‌دهد. بومی‌سازی مستلزم مشارکت واقعی جوامع، تقویت ظرفیت‌های ملی، بهره‌گیری از دانش بومی و احترام به اولویت‌های سلامت کشورها است.

همکاری جنوب- جنوب یکی از راهبردهای مهم بازاندیشی سلامت جهانی است. کشورهای جنوب جهانی طی دهه‌های اخیر تجربیات ارزشمندی در توسعه پوشش همگانی سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، کنترل بیماری‌های واگیر و ارتقای شاخص‌های سلامت با منابع محدود کسب کردند. با این حال، بسیاری از این تجربیات کمتر در ادبیات رسمی سلامت جهانی منعکس شدند. همکاری جنوب- جنوب فرصت مناسبی برای تبادل دانش، فناوری و تجربیات میان کشورهای دارای شرایط مشابه فراهم می‌کند و وابستگی به کشورهای ثروتمند را کاهش می‌دهد (۶). تجربه کشورهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین نشان می‌دهد راه‌حل‌های مؤثر سلامت فقط از کشورهای پردرآمد نشأت نمی‌گیرند. نوآوری معکوس به انتقال ایده‌ها، فناوری‌ها و مدل‌های مدیریتی از کشورهای کم‌درآمد و متوسط به کشورهای پردرآمد اشاره دارد (۷). محدودیت منابع زمینه‌ساز خلاقیت و نوآوری است. بسیاری از راهکارهای کم‌هزینه در سلامت دیجیتال، مشارکت اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه ابتدا در کشورهای در حال توسعه شکل گرفتند. سلامت جهانی باید از الگوی یک‌سویه انتقال دانش فاصله گرفته و به سمت یادگیری متقابل و تولید مشترک دانش حرکت کند.

همزمان، رویکرد «سلامت واحد One Health» در سال‌های اخیر اهمیت بیشتری یافته است. این رویکرد بر ارتباط متقابل و جدایی‌ناپذیر سلامت انسان، حیوان و محیط‌زیست تأکید دارد. بسیاری از تهدیدهای نوپدید سلامت جهانی، مانند بیماری‌های عفونی نوظهور و بازپدید، مقاومت میکروبی، ناامنی غذایی و بحران‌های اکولوژیک، حاصل تعامل پیچیده این سه حوزه هستند. مرز میان سلامت انسان و اکوسیستم‌های طبیعی در عمل قابل تفکیک نیست و اختلال در هر یک از این حوزه‌ها پیامدهای گسترده‌ای برای سلامت عمومی دارد. بنابراین، تحقق سلامت جهانی پایدار نیازمند گذار از رویکردهای بخشی و جزیره‌ای به سمت حکمرانی یکپارچه و همکاری بین‌بخشی میان حوزه‌های سلامت، کشاورزی، محیط‌زیست، دامپزشکی، امنیت غذایی و سایر بخش‌های مرتبط است.

همه‌گیری کووید-۱۹ اهمیت دیپلماسی سلامت را بیش از پیش آشکار ساخت. دیپلماسی سلامت به استفاده از ابزارهای دیپلماتیک برای ارتقای سلامت و بهره‌گیری از همکاری‌های سلامت برای تقویت روابط، اعتمادسازی و همکاری‌های بین‌المللی اشاره دارد. تهدیدهای سلامت ماهیتی فرامرزی دارند. هیچ کشوری نمی‌تواند به‌تنهایی امنیت سلامت جمعیت خود را تضمین کند. کووید-۱۹ نشان داد که ضعف هماهنگی جهانی، محدودیت تبادل اطلاعات، رقابت برای دسترسی به تجهیزات و واکسن و نابرابری در توزیع منابع، اثربخشی پاسخ جهانی به بحران‌های سلامت را کاهش می‌دهد (۸). بنابراین، همکاری‌های منطقه‌ای و بین‌المللی در تبادل داده‌های

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.267]

اپیدمیولوژیک، پژوهش‌های مشترک، تولید و توزیع عادلانه واکسن و دارو، انتقال فناوری، تقویت ظرفیت‌های آزمایشگاهی، آموزش نیروی انسانی و مدیریت بحران، نقش مهمی در ارتقای امنیت سلامت و تحقق سلامت جهانی دارند. تقویت دیپلماسی سلامت به کاهش نابرابری‌ها، افزایش اعتماد متقابل و توسعه حکمرانی مؤثر سلامت جهانی کمک می‌کند.

جمهوری اسلامی ایران با برخورداری از ظرفیت‌های علمی، آموزشی، پژوهشی و اجرایی در حوزه سلامت، می‌تواند نقش فعال‌تری در بازاندیشی سلامت جهانی ایفا کند. تجربه ایران در توسعه شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، آموزش علوم پزشکی، تولید دارو و واکسن، مدیریت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، گسترش پوشش خدمات سلامت و پاسخ به بحران‌های بهداشتی، ظرفیت ارزشمندی برای مشارکت در گفتمان‌های نوین سلامت جهانی فراهم کرده است (۹). با این حال، ارتقای نقش ایران در سلامت جهانی نیازمند رویکردی راهبردی و آینده‌نگر است. تقویت دیپلماسی سلامت، حضور مؤثرتر در نهادهای منطقه‌ای و بین‌المللی، توسعه همکاری‌های علمی با کشورهای منطقه و جنوب جهانی، مشارکت در تدوین سیاست‌های جهانی، سرمایه‌گذاری در تولید دانش، ایجاد مراکز مرجع منطقه‌ای و گسترش همکاری‌های جنوب– جنوب از اقدامات ضروری در این مسیر هستند. وزارت بهداشت باید با بهره‌گیری از ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی، انجمن‌های علمی و مراکز تحقیقاتی، به تولید شواهد و ارائه الگوهای بومی موفق در حوزه‌هایی مانند مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پوشش همگانی سلامت، مدیریت بلایا، سلامت دیجیتال و کنترل بیماری‌ها بپردازد و این تجربیات را در سطح منطقه‌ای و جهانی عرضه کند. همچنین، حضور فعال در شبکه‌های جهانی سلامت، توسعه برنامه‌های مشترک آموزشی و پژوهشی، مشارکت در مطالعات چندکشوری و همکاری در ابتکارات منطقه‌ای سلامت، جایگاه ایران را به‌عنوان یک بازیگر علمی و سیاستی مؤثر در نظام سلامت جهانی ارتقا می‌دهد.

References:

1. World Health Organization. World Health Statistics. World Health Organization Geneva, Switzerland; 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c992fbdc-11ef-43db-a478-7e7a195403ae/content
2. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. Lancet 2021; 397(10278): 1023-1034. 10.1016/S0140-6736(21)00306-8
3. Abimbola S. The foreign gaze: authorship in academic global health. BMJ glob health 2019; 4(5): e002068. 10.1136/bmjgh-2019-002068
4. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Eslambolchi L, et al. Strategies to strengthen a climate-resilient health system. Global Health 2023; 19 (1): 62. 10.1186/s12992-023-00965-2
5. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. N Engl J Med 2013; 368(10): 936-942. 10.1056/NEJMra1109339
6. Khan M, Abimbola S, Aloudat T, et al. Decolonising global health in 2021: a roadmap to move from rhetoric to reform. BMJ glob health 2021; 6(3): e005604. 10.1136/bmjgh-2021-005604
7. Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st century. CRC Press; 2010. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=tIVOf-bOOeHgC&oi=fnd&pg=PP1&ots=rsl4jeIiAE&sig=bWuJ-DeuRhWLh1gTmK4rv8f29WDw#v=onepage&q&f=false
8. Kickbusch I, Liu A. Global health diplomacy: reconstructing power and governance. Lancet 2022; 399(10341): 2156-2166. 10.1016/S0140-6736(22)00583-9
9. Mosadeghrad A M. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. Tehran Univ Med J 2019; 77 (8): 537-538. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-10021-fa.html

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.267]