

# تحليل وضعيت طب سنتي، طب مكملي يا جاگزين در ايران

## به نام خدا

### فهرست مطالب

مقدمه.....	۱
فصل اول - مروری بر طب سنتی ایران.....	۲
۱-۱. طب سنتی ایران.....	۲
۱-۲. طب اسلامی.....	۶
فصل دوم - طب سنتی، طب مکمل و جایگزین.....	۹
۲-۱. تعریف طب سنتی، طب مکمل و جایگزین.....	۹
۲-۲. حیطه‌های طب مکمل و جایگزین.....	۱۰
۲-۳. روش‌های مختلف طب مکمل و جایگزین.....	۱۱
۲-۴. شیوع استفاده از طب مکمل و جایگزین در دنیا.....	۱۴
۲-۵. هزینه‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا.....	۱۸
فصل سوم - مروری بر طب مکمل و جایگزین براساس شواهد.....	۱۹
۳-۱. پژوهش مبتنی بر شواهد در پزشکی.....	۱۹
۳-۲. نقش پزشکی مبتنی بر شواهد در طب مکمل و جایگزین.....	۲۱
۳-۳. اثربخشی روش‌های طب مکمل و جایگزین براساس شواهد.....	۲۲
۳-۴. عوارض جانبی روش‌های طب سنتی / مکمل و جایگزین.....	۲۳
فصل چهارم - آموزش و پژوهش در طب سنتی، طب مکمل و جایگزین.....	۲۶
۴-۱. آموزش و پژوهش طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا.....	۲۶
۴-۲. چالش‌های پژوهش در طب سنتی / مکمل و جایگزین.....	۳۲
۴-۳. آموزش طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران.....	۳۵
۴-۴. پژوهش در طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران.....	۴۲
۴-۵. توصیه‌های مجامع بین‌المللی.....	۴۶
فصل پنجم - بررسی وضعیت ارائه و عرضه اطلاعات در مورد شیوه‌های طبابت و فراورده‌های مربوط به طب سنتی و مکمل در ایران.....	۴۸

۵-۱. ارائه و عرضه اطلاعات در مورد شیوه‌های طبابت و فراورده‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران.....	۴۸
۵-۲. آگاهی، نگرش و عملکرد مردم و پزشکان در مورد درمان و فراورده‌های طب سنتی / مکمل و جایگزین در ایران.....	۶۰
۵-۳. توصیه‌های مجامع بین‌المللی.....	۶۳
فصل ششم - دسترسی و ارائه خدمات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین.....	۶۴
۶-۱. دسترسی و ارائه خدمات طب سنتی/گیاهی در ایران.....	۶۵
۶-۲. دسترسی و ارائه خدمات در زمینه طب مکمل و جایگزین در ایران.....	۶۷
۶-۳. رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده به خدمات طب سنتی / مکمل و جایگزین.....	۷۲
۶-۴. توصیه‌های مجامع بین‌المللی.....	۷۴
فصل هفتم - نظام‌های قانونی و قوانین طب سنتی / طب مکمل و جایگزین.....	۷۵
۷-۱. نظام‌های قانونی و قوانین طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا.....	۷۵
۷-۲. قوانین موجود در ایران درباره طب سنتی / طب مکمل و جایگزین.....	۸۹
۷-۳. مالکیت معنوی در طب سنتی و ترکیبات طبیعی.....	۹۴
۷-۴. توصیه‌های مجامع بین‌المللی.....	۱۰۰
فصل هشتم - ضرورت احیای طب سنتی.....	۱۰۰
سخن آخر.....	۱۰۶
منابع و مآخذ.....	۱۱۰





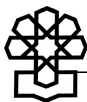
## تحلیل وضعیت طب سنتی، طب مکمل یا جایگزین در ایران

### مقدمه

سلامتی همواره یکی از دغدغه‌ها و مسئله‌های انسان در طول تاریخ بوده است از این رو در هر دوره‌ای از تاریخ متناسب با امکانات و تجهیزات و مقتضیات روز، گونه‌ای از بهداشت و درمان وجود داشته است. چیزی که امروزه به آن طب سنتی می‌گویم همان تجربه انسان‌ها در زمینه حفظ سلامتی و درمان بیماری‌ها در دوره‌های پیش از مدرن است. طب سنتی مانند دیگر اجزای فرهنگ مردم، حاصل تجربه جمعی و گروهی یک ملت است و با توجه به خصلت جمعی و گروهی که دارد برخاسته از روایات و محیط طبیعی و اجتماعی ملت‌هاست و با کلیت شیوه زیست مردم یعنی اقتصاد، فلسفه، هنرها و با ساختار احساسات و عواطف مردم هماهنگ، همسو و در پیوند است.

آنچه به نام طب مکمل، سنتی یا جایگزین معروف شده، منبع اصلی مراقبت‌های سلامت میلیون‌ها نفر از مردم جهان است. قریب ۸۰ درصد از مردم جهان از نظر درمان و شفای خود تنها به تکنیک‌های سنتی وابسته‌اند. در بسیاری مناطق آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین، طب سنتی تنها روش مراقبت و درمانی است که مردم در اختیار دارند و در عین حال استفاده از این شیوه درمانی پیوسته در استرالیا، اروپا و آمریکای شمالی رشد می‌کند. در آفریقا حدود ۸۰ درصد مردم از معالجات سنتی استفاده می‌کنند. حال آنکه در چین میزان اتکای مردم به طب سنتی قریب ۳۰ تا ۵۰ درصد است.

سازمان بهداشت جهانی بهداشت از حدود ۳۰ سال پیش به منظور جامه عمل پوشیدن به شعار خود «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» توسعه طب سنتی را مورد توجه قرار داده است. این تصمیم بر دو پایه استوار است. اول عدم دسترسی بسیاری از افراد به خدمات اولیه بهداشتی درمانی، که در بعضی کشورها تا ۸۰ درصد جمعیت را شامل می‌شود و دوم عدم رضایت از درمان‌های طب جدید به خصوص در رابطه با بیماری‌های مزمن و عوارض جانبی داروهای شیمیایی. این سازمان به عنوان نهاد بین‌المللی متولی سلامت در جهان، توسعه و ترویج طب سنتی را احترام به میراث و فرهنگ مردم دانسته است و استراتژی ویژه‌ای جهت احیا و رونق طب سنتی پیش گرفته است. آنچه باعث اهمیت طب سنتی می‌شود تنها نقش درمانی و کاربردهای عملی آن نیست، بلکه بعد فرهنگی آن نیز هست. طب سنتی به مثابه نوعی سرمایه فرهنگی در سطح ملی برای تمام جوامع دربردارنده



دو وجه متفاوت نمادین و مادی است.

طب سنتی در چند دهه اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است. مردم بسیاری از کشورها امروزه به دنبال یافتن شیوه‌های دیگری از درمان هستند تا علاوه بر درمان بیماری‌های‌شان، عاملی برای پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها نیز باشد. رشد تقاضا در این زمینه چه از طرف مردم، چه از طرف صاحبان صنایع، نشان‌دهنده جایگاه قابل ملاحظه طب سنتی در عرصه سلامت است. این امر موجب شده تا توجه و حمایت بیشتر دولتمردان و جوامع علمی - دانشگاهی به سمت طب سنتی و مکمل معطوف شود. پیش نیاز هرگونه سیاست‌گذاری، شناخت وضعیت موجود و درک شکاف‌های فعلی با وضعیت مطلوب است.

از این رو در این گزارش سعی شده تا از زوایای مختلف طب سنتی - طب مکمل و جایگزین مورد بحث قرار گیرد.

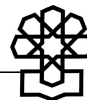
## فصل اول - مروری بر طب سنتی ایران

### ۱-۱. طب سنتی ایران

طب سنتی، بخش مهمی از مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است. در طی سال‌های اخیر استفاده از داروهای گیاهی در دنیا پیشرفت چشمگیری داشته است؛ به گونه‌ای که بازار بین‌المللی این داروها حدود ۶۰ میلیارد دلار در سال است و ۵-۱۰ درصد در سال نیز افزایش دارد.

در ایران نیز طب سنتی (طب مبتنی بر مزاج‌ها و اخلاط‌ها) گنجینه گران‌بهای پیشینیان ماست که بخش عمده‌ای از داروهای مفرد و مرکب آن را گیاهان دارویی تشکیل می‌دهند. مردم کشور ما مطمئناً جزو اولین مردم سرزمین‌های کهن هستند که از گیاهان دارویی به‌عنوان ماده‌ای حیات‌بخش استفاده کرده‌اند.

از دوران هخامنشیان، دانش ایرانیان نسبت به گیاهان دارویی، زبانزد ملل دیگر بوده و در عصر ساسانیان، حتی نام برخی از داروها از زبان پهلوی وارد زبان یونانی شده است. جندی‌شاپور بزرگ‌ترین مرکز طبی جهان، در زمان خود بود که در آن سنت‌های طبی ایران و هند با مکتب بزرگ اسکندریه و میراث بقراط و جالینوس آمیخته شد و در همان هنگام زمینه وسیع طب اسلامی که جنبه‌های جهانی داشته فراهم آمده. مرکز جندی‌شاپور در قرن اول هجری همچنان کوشش سازنده خود را در رشته طب دنبال کرده و در قرن دوم با استقرار خلافت عباسی در بغداد به آن شهر انتقال یافته و بزرگان و دانشوران پرورش یافته در جندی‌شاپور همچون خاندان بختیشوع و ماسویه طب



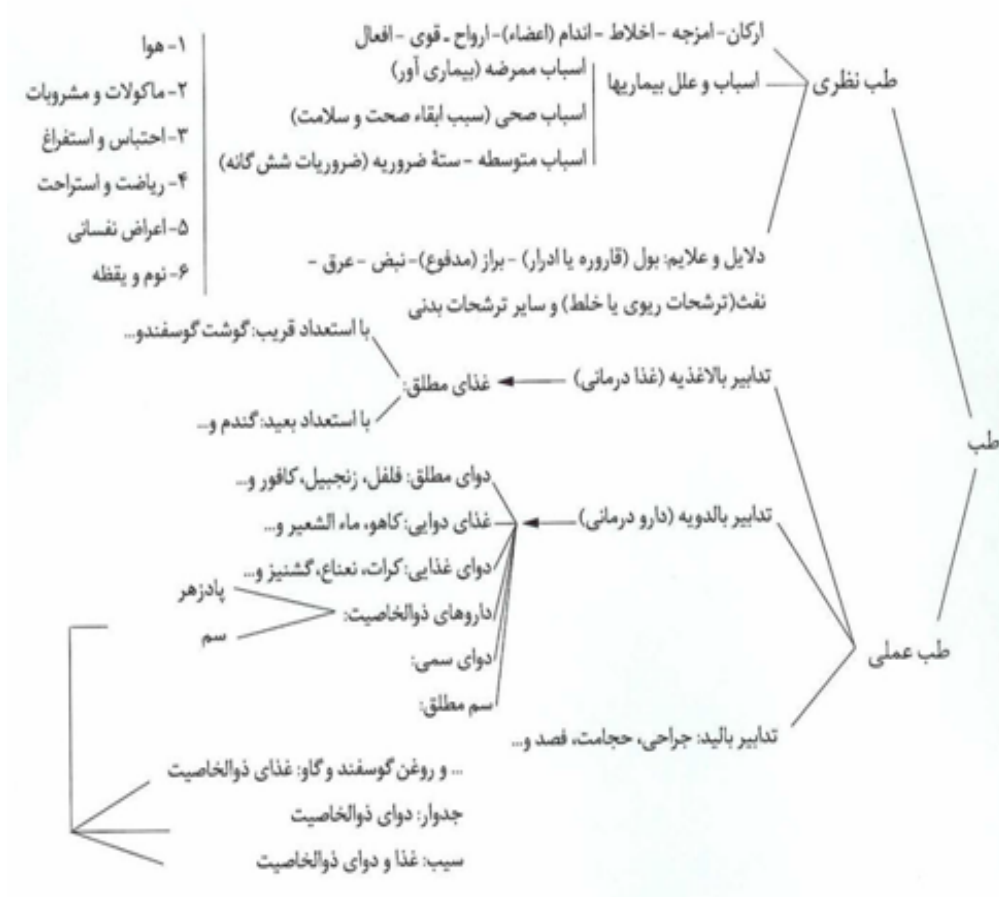
اسلامی را بنیاد نهادند. طبق تحقیقی که درباره یکی از گورهای کشف شده در سال ۱۳۴۲ شمسی در ایران شده است، حدود استفاده انسان از گیاهان را به قرن‌های بسیار دور می‌رساند. اگرچه رواج استفاده از گیاهان در درمان بیماری‌ها به قرن‌ها پیش مربوط است، اما در طی سال‌های اخیر استفاده از داروهای گیاهی در دنیا پیشرفت چشمگیری داشته است؛ به گونه‌ای که بازار بین‌المللی این داروها حدود ۶۰ میلیارد دلار در سال است و ۵-۱۰ درصد در سال نیز افزایش دارد.

حکما طب را این‌گونه تعریف کرده‌اند: «طب صنعتی است که به بدن‌های مردم عنایت دارد و به آن سلامتی و صحت می‌بخشد» آنگاه توسط این صنعت یا فن بیماری‌های مردم را تشخیص می‌دهاند و براساس مبانی طب سنتی به درمان مردم می‌پرداخته‌اند.

حکمای قدیم طب را به شکل زیر تقسیم‌بندی می‌کرده‌اند. طب نظری، دانشی که چگونگی تغییرات در بدن انسان را بررسی می‌کند یعنی بررسی عواملی که باعث صحت یا بیماری می‌شوند. طب عملی، علم به روش‌هایی که برای حفظ سلامتی یا بازگرداندن سلامتی بعد از بیماری به‌کار می‌روند. بیماری یا مرض را حکما بدین‌گونه معنا می‌کرده‌اند: «هرگاه فعلی از مجرای طبیعی خود انجام نشود مرض رخ داده است (اختلال در افعال)». طب نظری شامل امور طبیعی، اسباب و علل و دلایل و علائم است که بین آنها ارتباطی زنجیره‌وار وجود دارد. امور طبیعی از ارکان، امزجه، اخلاط، اندام، ارواح، قوا و افعال تشکیل یافته است. در طب سنتی ایران، در پی ایجاد مرض، طیبیان باتجربه به نوع اختلال در قوا و از آنجا به اختلال در ارواح و از آنجا به اختلال در اندام و از آنجا به اختلال در اخلاط و از آنجا به اختلال در امزجه و از آنجا به اختلال در ارکان بیمار پی می‌برد. سپس با تغییر دادن ارکان بیمار توسط غذاها، داروها یا تدابیر عملی (مثل حجامت، فصد و...) بیمار را درمان می‌کرده‌اند.



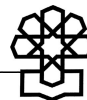
### تقسیم‌بندی طب سنتی



بررسی و مقایسه طب سنتی ایران با دیگر مکاتب طب مکمل بیانگر امتیازات بی‌شماری برای طب سنتی ایران است که مکاتب دیگر از آنها بی‌بهره هستند. برای نمونه قدمت چندهزار ساله و تجربی بودن آن، تنوع روش‌های درمانی، تعریف مشخص شیوه‌های درمانی و داروهای مصرفی، اثربخشی آن بر طیف وسیعی از بیماری‌ها، گسترده‌گی داروهای مورد استفاده در این طب و دسترسی نسبتاً آسان آنها، هزینه پایین، قابل مقایسه بودن نتایج درمانی این طب با سایر روش‌ها، شهرت پزشکان ایرانی طب سنتی همچون ابوعلی سینا، رازی و جرجانی و منابع بی‌نظیر، غنی و فاخر طب سنتی که به‌جای مانده است (کتاب قانون ابوعلی سینا پس از انجیل دومین کتابی بود که در اروپا چاپ شد و چندین قرن تدریس شد).

طب سنتی ایران بر وحدت و پیوند بین جوانب مختلف انسان، یعنی جسم و نفس و روح استوار است و به همین جهت طب را نه یک فن محدود بلکه یک نوع روش زندگی می‌دانند، این سنت دیرین، پزشک را دانشمند به‌شمار می‌آورد که در برانگیختن توجه و اعتماد بیمار نسبت به خود تواناست و ایمان و اعتقاد به اصول اخلاقی حرفه پزشکی با وجود او عجین شده است.





پس طبق سنت پزشکی ایران، طبیب باید علاوه بر دانشمند بودن، به مفهوم جدید این کلمه، حکیم هم باشد و از اصول اخلاقی عاری نباشد.

مقصود از طبیب در طب سنتی ایران، فردی است که دارای شرایطی باشد. علاوه بر شرافت خانوادگی و اصالت، دانستن علمی را به عنوان علوم پایه ضروری می‌دانستند و آن دانستن ده علم است:

۱. علم فقه و حدیث،

۲. علم اخلاق،

۳. علم حکمت،

۴. علم منطق،

۵. علم طبیعی،

۶. علم هندسه،

۷. علم حیات،

۸. علم احکام نجوم،

۹. علم حساب،

۱۰. علم کائنات.

طب سنتی ایرانی متکی بر استفاده از داروهای است که طی قرون و بلکه هزاران سال در بوته آزمایش بوده است و انگیزه استفاده از آن امری قیاسی یا شهودی نیست، بلکه متکی بر تجربه و آزمایش است و اکثر داروهای آن گیاهی است.

طب سنتی ایران، رابطه مستقیم با نحوه تغذیه سنتی ایرانیان داشته است و با استفاده از تجربه حاصل از دوران‌های طولانی و با توجه به امکانات کشاورزی این آب و خاک و شرایط اقلیمی آن، برنامه‌ای از نحوه تغذیه ایرانیان به وجود آورده است

داروهای که در طب سنتی ایران استفاده می‌شوند از سه منبع گیاهی، حیوانی و معدنی تأمین می‌شوند. آب، نمک، ید، طلا از داروهای معدنی همچنین شیر و لبنیات، عسل، انواع گوشت، چربی و حتی سم حیوانات سمی از داروهای حیوانی و طیف وسیعی از گیاهان نیز داروهای گیاهی را تشکیل می‌دهد. علاوه بر تمام این موارد طب سنتی ایران از پشتوانه تأیید مذهبی نیز برخوردار است و دستوراتی که از اسلام در رابطه با غذا گرفته شده آمیخته شده است و همین طور در امر نظافت و پاره‌ای از آداب زندگی که اثر مستقیم بهداشتی و پزشکی دارد و در بسیاری از موارد نظیر حجامت مورد تأیید پیامبر (ص) و ائمه (ع) قرار گرفته است و این نکته می‌تواند مورد توجه جمعیت مسلمانان جهان که یک چهارم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند قرار بگیرد.



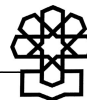
درمان‌های طبیعی (تغذیه، ریاضت) و درمان‌های دارویی، درمان‌های جراحی، تقطیر تکمید، جبر، ربط، کی، قی، اسهال، تنقیه، علق، فصد، حجامت و... از جمله روش‌های درمانی در طب سنتی ایران هستند.

## ۲-۱. طب اسلامی

اصطلاح «طب اسلامی» از قرن سوم هجری در ادبیات مسلمانان وارد شد. بسیاری از پزشکان مسلمان و تاریخ‌نویسان نیز این اصطلاح را در نوشته‌های خود به‌کار می‌برده‌اند. نگاهی‌گذرا به تاریخ پزشکی از قرن سوم تاکنون، از کثرت استعمال این عبارت خبر می‌دهد. با وجود این، کمتر نوشتاری دیده می‌شود که با نگرشی جامع و دقیق به تبیین مفهوم طب اسلامی بپردازد. حتی برداشت‌های متعدد از این اصطلاح نیز باعث ابهام موضوع شده است.

در تعریف طب اسلامی نظرات گوناگونی مطرح شده است. برخی طب اسلامی را نحوه‌ای از طبابت می‌دانند که با رویکرد به متن قرآن و سیره نبوی و ائمه اطهار، اساس شیوه‌های درمانی و توصیه‌های بهداشتی خود را در آیات و روایات و احادیث منقول از ایشان جست‌وجو می‌کنند (به‌عنوان مثال رهنمود گوهر بار حضرت امیرالمؤمنین (ع) که فرمود: «لکل داء دوا» یعنی برای هر بیماری دارویی است و یافته‌های طب سنتی یا دانش طبی معاصر را در صورت تعارض با این منابع نادرست و بی‌ارج می‌دانند. برخی با استناد به احادیث منقول از ائمه اطهار پیرامون اخلاط اربعه و درمان‌های مزاجی، اصولاً طب سنتی را ذاتاً اسلامی، مقدس و آسمانی می‌دانند و منشأ و حیاتی برای آن قائل هستند. گروهی دیگر آن را عبارت از دانش بشری و تجربه تدریجی حکما و طبیبان مسلمان در دوران شکوفای علوم و فنون در جهان اسلام می‌دانند و قائل به وحیانی بودن آن نیستند. افرادی نیز آن را نحوه‌ای از تفکر طبی مندرج در آیات و روایات می‌دانند که اگرچه یک نظام جامع طبی و درمانی را اقتضا نمی‌کند، اما اشارات و لطایفی را در آن مستتر می‌دانند که می‌تواند منبع الهام و مکاشفات فراوان در مسائل طبی برای اهل آن باشد. به‌نظر می‌رسد که طرفداران این نظریه عنایت بیشتری به تفسیر متون دینی در موضوع طب دارند. گروه دیگر نیز اسلامی بودن طب را با رویکردی فقهی یا اخلاقی معنا می‌کنند و حوزه دخالت دین را در تنظیم روابط انسانی و اخلاقی بین پزشک و بیمار یا مناسبات حقوقی و فقهی آن و نیز در پاسخگویی به مسائل مستحدثه از قبیل پیوند اعضا یا شبیه‌سازی حیوانات یا انسان تعریف می‌کنند.

دکتر محمد مهدی اصفهانی، بنیان‌گذار و رئیس مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل در دانشگاه علوم پزشکی ایران در زمینه طب اسلامی اظهار می‌دارد: «در آموزه‌های اسلامی برای هر شکل، هر حرکت در زندگی که مورد حاجت زندگی دنیوی یا زندگی اخروی باشد،

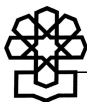


رهنمودهایی وجود دارد. اینکه مجموعه‌ای به نام کتاب طب اسلامی وجود داشته باشد و شروع و پایان مشخصی داشته باشد، نیست. طب اسلامیک نظام اندیشه در ارائه خدمات پزشکی، آموزش پزشکی، تحقیقات پزشکی و رابطه پزشک با بیمار، جامعه و محیط زیست است که از آموزه‌های اسلامی متأثر است، رهنمود می‌گیرد و پیشرفته‌ترین اطلاعات امروز و فردای بشر را به خدمت می‌گیرد و این آموزه‌ها را در عدم تضاد با نظام تفکر اسلامی و همسو با آموزه‌های اسلامی جهت می‌دهد و در خدمت مردم قرار می‌دهد.

وی در ادامه بیان می‌دارد: «طب اسلامی یعنی طبی که تفکر خاص، اندیشه و جهت‌گیری خاصی دارد، انسان‌ها و محققان را به تحقیق، پژوهش و تجسس در علوم دیگران ترغیب می‌کند. در این دیدگاه محقق تجربه دیگران را به خدمت می‌گیرد ضمن آنکه فراموش نمی‌کند خداوند آفریننده کون و مکان است و آنچه را که مورد نیاز انسان بوده، آفریده است و هیچ بیماری در این فرهنگ غیرقابل درمان نیست. بنابراین محقق در این فرهنگ با این انگیزه که حتماً تلاش و تحقیق او نتیجه خواهد داد به امر تحقیق و پژوهش دست می‌زند. با تکیه بر این سخن پیغمبر (ص) که فرمودند هیچ بیماری را خدا نیافریده مگر آنکه برایش دارویی آفریده است».

به اعتقاد دکتر نورمحمدی (معاون پژوهشی مرکز تحقیقات طب اسلامی امام صادق (ع))، اصطلاح طب اسلامی شامل کلیه آموزه‌های دین اسلام پیرامون موضوعات مختلف علوم پزشکی است. وی این آموزه‌ها را در ۵ بخش کلان شامل بخش انسان و تمام موضوعات مرتبط با آن، بخش علوم و رشته‌های پزشکی، بخش آسیب، بخش بهداشت و بخش تشخیص و درمان تقسیم کرده است. وی معتقد است برخلاف طب سنتی و طب جدید که «روش» هستند، طب اسلامیک مکتب است و شاخص‌ها و ویژگی‌های یک مکتب را دارد. یعنی ممکن است مردم براساس نیاز و ضرورت به روش‌های مختلف درمانی پناه ببرند که امری طبیعی است ولی اسلام یک مکتب طبی دارد که نوع نگرش آن به انسان، زیست وی، آسیب‌ها و سلامت او ویژه بوده و رهنمودهای خاصی را بیان کرده است تا سلامت دنیوی و اخروی وی تأمین گردد. وی «طب اسلامی» را این گونه تعریف می‌کند: «طب اسلامی، مفهومی جامع و گسترده است که شامل ابعاد مختلف جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد می‌شود و شیوه‌های درمان، پیشگیری و مقابله با آن را بیان کرده است». بنابراین، بنا به نظر ایشان طب سنتی، طب اسلامی به مفهوم صحیح آن نیست؛ بلکه طب سنتی همان طب درمانی براساس طبایع چهارگانه است که فقط جنبه درمانی دارد و براساس آن، روش‌های خود را دارا می‌باشد. بنابراین طب سنتی در مبانی، روش‌ها و شاخص‌ها با طب اسلامی کاملاً متفاوت است.

مفهوم‌شناسی «طب اسلامی» در سایر کشورهای اسلامی نیز به موضوع چالش‌برانگیزی تبدیل



شده است؛ اگرچه در دوران گذشته، مفهوم طب اسلامی با «طب در تمدن اسلامی» و یا «طب سنتی» همسان و یکسان فرض می‌شد؛ اما امروزه بیشتر کشورهای اسلامی به تفکیک میان این دو پرداخته‌اند. طب اسلامی در دیگر کشورها بسیار جامع‌تر و گسترده‌تر از ایران مورد بحث و بررسی قرار گرفته و به مفهوم یادشده از طب اسلامی نزدیک‌تر است. اکثر آثار منتشر شده در کشورهای نظیر مصر، اردن، عربستان و کویت و مقاله‌های انتشار یافته از سوی اندیشمندان آنان، علاوه بر درمان، در مسائل طب پیشگیری تحت عنوان «الطب الوقائی» نیز بحث و تحقیق می‌کنند درحالی‌که در طب اسلامی متداول در ایران عمدتاً بخش درمانی برجسته به‌نظر می‌رسد.

چنانکه بیان شد طب اسلامی در ایران روند فزاینده‌ای نداشته و اثر برجسته‌ای در این زمینه ارائه نشده است. آنچه در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته آثار مربوط به بررسی حکم فقهی موضوعات طبی بوده است که نویسندگان متعددی مسائل نوظهور فقهی در زمینه طب را مورد بررسی و کنکاش قرار داده و حکم فقها پیرامون آن را تنظیم کرده‌اند. گاهی نیز سمینارهای پراکنده بدون سیر منطقی و براساس سلیقه‌های شخصی برقرار شده است و کمتر سمینار یا همایشی وجود دارد یا اصلاً وجود ندارد که با نگاه جامع و کل‌نگر به طب اسلامی توجه داشته باشد و کمتر سازمان یا مؤسسه‌ای وجود دارد که منحصراً در این زمینه و برای این هدف تأسیس شده باشد. آنچه اتفاق افتاده به‌صورت جزئی، پراکنده و محدود بوده است، درحالی‌که در کشورهای مختلف اسلامی، مؤسسات فراوانی پیرامون طب و دین فعالیت دارند و آثار زیادی را به مخاطبان خود عرضه کرده‌اند. آنان کنگره‌ها و همایش‌های داخلی و بین‌المللی برگزار کرده و در این راستا سایت‌های اینترنتی فعال و پاسخگو به زبان‌های مختلف راه‌اندازی کرده‌اند.

برخی از مهم‌ترین مراکز و سازمان‌های فعال در این زمینه عبارتند از: المنطقه الاسلامیه العلوم الطیبیه (کویت)، المنظمه المؤثر الاسلامی (عربستان)، المنظمه الصه العالمیه (اسکندریه)، مؤسسه المصریه العامه للادویه (قاهره) و مجمع البحوث الاسلامیه (قاهره). همچنین برخی از همایش‌ها و کنفرانس‌های بین‌المللی نیز سالیانه و به‌صورت دوره‌ای در این کشورها برقرار می‌شود مانند «مؤتمر الاعجاز الطبی فی القرآن الکریم» که در قاهره برگزار شده و «المؤتمر العالمی عن الطب الاسلامی» که به‌صورت دوره‌ای در کشورهای مختلف اسلامی برگزار می‌شود. همچنین مجله «الازهر» مصر مقالات و آثار متعددی را در این زمینه به چاپ رسانده است. هرچند که در این کشورها نیز فعالیت‌های پژوهشی در زمینه طب اسلامی به‌صورت نظام‌مند و مدیریت شده نیست اما به‌رحال پژوهش و تحقیق در احادیث طبی در این کشورها فعال‌تر و چشم‌گیرتر است. به‌ویژه در چند دهه اخیر بسیاری از این کشورها توجه بیشتری نسبت به احیای طب و استفاده فعالانه از آن صورت گرفته است. با مقایسه تعداد سازمان‌ها و مراکز، مؤسسات، کنفرانس‌ها و همایش‌های



برگزار شده در کشورهای اسلامی با مؤسساتی (بسیار کم) که در ایران به صورت فعال در این زمینه کار می‌کنند، می‌توان به این نتیجه رسید که مدیریت طب اسلامی در ایران نیاز به بازنگری و توجه بیشتری دارد.

امروزه موضوع طب مکمل در کنار طب فعلی، مطرح و تمامی فرهنگ‌ها و تمدن‌های دنیا، دارای سبک و نگرشی نسبت به انسان و موضوعات مرتبط با او مانند سلامتی، بهداشت، درمان و ... هستند. اکثر جوامع درصددند مبنای خود را به عنوان شاخه‌ای در طب مکمل بگنجانند. از این منظر، طب اسلامی باید بتواند مفهوم و جایگاه واقعی خویش را پیدا کند.

## فصل دوم - طب سنتی، طب مکمل و جایگزین

### ۲-۱. تعریف طب سنتی، طب مکمل و جایگزین

برای طب سنتی (Traditional Medicine) نمی‌توان تعریف جهانی ارائه کرد، چرا که خصوصیات و نقطه‌نظرهای بسیار گوناگون و حتی گاهی متناقض وجود دارد. از نظر سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> این تعریف باید جامع و کامل باشد. بنابراین سازمان جهانی بهداشت طب سنتی را چنین تعریف می‌کند: «طب سنتی در برگیرنده روش‌های درمانی، رهیافت‌ها، دانش‌ها و باورهای متفاوتی از داروهای با منشأ گیاهی، حیوانی و یا معدنی و همچنین روش‌های درمانی روحی - معنوی، ماساژ و طب سوزنی می‌باشد که می‌تواند به طور مجزا یا توأم به منظور حفظ تندرستی و همچنین تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها استفاده شود».

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، اصطلاحات «جایگزین» و «مکمل» (و نیز گاهی اوقات غیرمرسوم یا موازی) اشاره به مجموعه گسترده‌ای از روش‌های درمانی دارد که بخشی از سنت‌های یک کشور نبوده یا در سیستم درمانی اصلی آن کشور، به طور رسمی گنجانده نشده باشد. طب سوزنی نوعی روش درمانی سنتی چینی است اما تعداد زیادی از کشورهای اروپای طب سوزنی و طب سنتی چین را به طور کلی به عنوان (Complementary and Alternative Medicine) تعریف می‌کنند؛ چرا که بخشی از درمان‌های سنتی این کشورها محسوب نمی‌شوند. به همین ترتیب از آن جهت که هومیوپاتی و کایروپراکتیک در قرن ۱۸، در اروپا شکل گرفته‌اند، پس از معرفی طبقه‌بندی علم پزشکی، این دو روش درمانی نه تنها به عنوان سیستم‌های درمانی TM طبقه‌بندی نشدند، حتی در سیستم‌های درمانی رایج این کشورها نیز وارد نشدند و



تحت عنوان CAM از آنها یاد شد. طبق تعریف NCCAM<sup>۱</sup> طب مکمل به همراه طب رایج استفاده می‌شود. مانند استفاده از آروماتراپی برای کاهش ناراحتی بعد از جراحی. طب جایگزین به جای طب رایج استفاده می‌شود. مانند استفاده از رژیم غذایی خاص برای درمان سرطان به جای جراحی، پرتو درمانی یا شیمی‌درمانی که توسط پزشک طب رایج توصیه می‌شود. در این گزارش از اصطلاح جامع طب سنتی/مکمل و جایگزین (TM/CAM) استفاده شده است.



1 COMMON CAM PRACTICES

## ۲-۲. حیطه‌های طب مکمل و جایگزین

NCCAM درمان‌های طب مکمل و جایگزین<sup>۲</sup> را در چهار حیطه تقسیم‌بندی می‌کند؛ با این آگاهی که هم‌پوشانی‌هایی نیز وجود دارد.

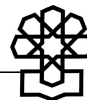
به‌علاوه نظام‌های طب تام (Whole Medical Systems) را که از میان تمامی این حیطه‌ها میان‌بر می‌زند، مدنظر قرار می‌دهد.

۱. درمان‌های مبتنی بر زیست‌شناختی (Biologically based practices): از موادی که در طبیعت پیدا می‌شوند مانند گیاهان، رژیم‌های ویژه یا ویتامین‌ها (در مقادیری متفاوت با طب رایج).
۲. طب انرژی (Energy Medicine): شامل استفاده از میدان‌های انرژی مانند میدان‌های مغناطیسی یا میدان‌های زیستی (میدان‌های انرژی که برخی معتقدند بدن انسان را دربرگرفته و بدان نفوذ کرده است).

۳. درمان‌های مبتنی بر جسم و معالجه با دست (Manipulative and Body-based)

---

۱. در سال ۱۹۹۲ میلادی، کنگره آمریکا در انستیتو تحقیقات سلامت (NIH) این کشور، دفتری برای روش‌های طبابت غیرمتداول و پژوهش بر آنها راه‌اندازی کرد. در سال ۱۹۹۳ م. این‌نیرگ و همکاران در مقاله خود در مجله NEJM از واژه «طب جایگزین» برای شرح درمان‌هایی که به طور معمول در بیمارستان‌های آمریکا از آنها استفاده نمی‌شود یا در دانشکده‌های پزشکی تدریس نمی‌شود، استفاده کردند. در اروپا واژه «طب مکمل» در تشریح این‌گونه درمان‌ها - که به‌طور وسیعی در خارج از آمریکا مورد قبول بودند - کاربرد بیشتری پیدا کرد. چندی بعد، نام دفتر انستیتو تحقیقات سلامت به دفتر طب جایگزین و سپس به مرکز ملی طب مکمل و جایگزین (NCCAM) تغییر یافت.



(practices): براساس معالجه با دست یا حرکت یک یا چند قسمت از بدن.

۴. طب ذهن - جسم (Mind-Body Medicine): در این روش از تکنیک‌های متنوعی که برای تشدید توانای ذهن به‌منظور متأثر کردن عملکرد جسم و نشانه‌های بیماری طراحی شده‌اند، استفاده می‌شود. نظام‌های طب تام، براساس نظام‌های کامل فرضیه و درمان به‌وجود آمده‌اند. اغلب این نظام‌ها خارج از رهیافت طب رایج است و قبل از طب رایج در ایالات متحده استفاده می‌شدند.

### ۲-۳. روش‌های مختلف طب مکمل و جایگزین

مرکز ملی طب مکمل و جایگزین (NCCAM) روش‌های مختلف طب مکمل و جایگزین را به‌شرح زیر تعریف می‌کند:

**طب سوزنی** روشی برای درمان با سابقه حداقل ۲۰۰۰ سال است که در چین شکل گرفته است. امروزه طب سوزنی دربرگیرنده گروهی از روش‌ها می‌باشد که شامل تحریک نقاط آناتومیک بدن توسط تکنیک‌های متعدد است. تکنیک طب سوزنی که از جهت علمی بیشتر مورد بررسی قرار گرفته شامل فروکردن سوزن‌های باریک، سخت و فلزی از سطح پوست توسط دست یا تحریکات الکتریکی است.

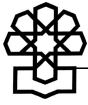
**آروماتراپی** شامل استفاده از روغن‌های فرار (عصاره‌ها و اسانس‌ها) به‌دست آمده از گل، گیاهان و درخت‌ها به‌منظور ارتقای سلامت و تندرستی است.

**آیورودا** یکی از نظام‌های طب تام طب مکمل و جایگزین است که در ابتدا به مدت ۵۰۰۰ سال در شبه قاره هند استفاده می‌شد. آیورودا شامل رژیم غذایی و داروهای گیاهی است و بر استفاده از جسم، ذهن و روح برای جلوگیری از بیماری و درمان تأکید دارد.

**کایروپراکتیک** یکی از نظام‌های طب تام طب مکمل و جایگزین است. تمرکز آن بر رابطه بین ساختار جسم (اساساً ستون فقرات) و عملکرد و چگونگی تأثیر این رابطه بر حفظ و نگهداری سلامت است. متخصصین کایروپراکتیک از درمان‌های دستی به‌عنوان ابزار کامل درمان استفاده می‌کنند.

**مکمل‌های غذایی** محصولات خوراکی هستند (به‌جز تنباکو) که شامل «ترکیبی مربوط به رژیم غذایی» هستند و به‌منظور تکمیل رژیم غذایی استفاده می‌شوند. ترکیبات مربوط به رژیم غذایی می‌تواند شامل ویتامین‌ها، املاح معدنی، گیاهان یا سایر مواد گیاهی، اسیدهای آمینه و موادی مانند آنزیم‌ها، بافت‌های اعضا و متابولیت‌ها باشند. این محصولات در اشکال گوناگونی مانند عصاره‌ها، کنسانتره‌ها، قرص، کپسول، کپسول ژلاتینی، محلول و پودر ارائه می‌شوند.

**میدان‌های الکترومغناطیسی** (میدان‌های الکتریکی و مغناطیسی نیز نامیده می‌شوند). خطوط نامرئی از نیرو هستند که تمامی وسایل برقی را دربرگرفته‌اند. زمین نیز میدان‌های الکترومغناطیسی



تولید می‌کند؛ میدان‌های مغناطیسی هنگام رعد و برق و میدان‌های مغناطیسی در اثر جریان هسته زمین تولید می‌شوند.

**پزشکی هومیوپاتی** یکی از نظام‌های طب تام طب مکمل و جایگزین است. در پزشکی هومیوپاتی، بنابر باور «مشابه درمانی» و با استفاده از مواد دارویی در مقادیر کوچک و با رقت‌های بالا، برای درمان علائمی که در صورت مصرف همان ماده در غلظت‌های بالاتر ایجاد می‌شود، استفاده می‌شود.

**ماساژ درمان‌ها** با مالیدن عضلات و بافت‌های پیوندی سبب تقویت عملکرد این بافت‌ها شده و آرامش و تندرستی فرد را افزایش می‌دهند.

**پزشکی ناتروپاتی** (درمان طبیعی) یکی از نظام‌های طب تام طب مکمل و جایگزین است. پزشکی ناتروپاتی نیروی شفابخشی را در بدن مطرح می‌کند که کارش ایجاد، نگهداری و اعاده سلامتی است. درمانگران این رشته با هدف پشتیبانی از این نیرو، توسط درمان‌هایی مانند مشاوره تغذیه و مشاوره شیوه زندگی، مکمل‌های رژیمی، گیاهان دارویی، ورزش، هومیوپاتی و درمان‌های طب سنتی چین، با بیماران خود کار می‌کنند.

**پزشکی استئوپاتی** شکلی از پزشکی رایج است که تا حدی بر بیماری‌های نشئت گرفته از سیستم عضلانی-اسکلتی تأکید می‌کند. در این طب، باوری نهفته وجود دارد که تمامی سیستم‌های بدن با یکدیگر کار می‌کنند و اختلال در یک سیستم می‌تواند عملکرد نقطه‌ای دیگر از بدن را تحت تأثیر قرار دهد. برخی از پزشکان استئوپات از روش درمانی دستی استئوپاتی، یک سیستم از تکنیک‌های پی‌درپی به‌منظور آرام کردن درد، بازگرداندن عملکرد و بالا بردن سطح سلامت و تندرستی استفاده می‌کنند.

**چی‌گنگ جزئی** از طب سنتی چین و مرکب از حرکت، مراقبه و تنظیم تنفس است که به‌منظور تقویت جریان Qi (عبارتی کهن به آنچه که انرژی حیاتی گفته می‌شود، اتلاق می‌شود). در بدن، بهبود جریان خون و تقویت عملکرد ایمنی استفاده می‌شود.

**ریکی** عبارتی ژاپنی است که نماینده انرژی زندگی جهانی است. ریکی براساس این باور است که هرگاه انرژی روحی توسط یک درمانگر ریکی جهت‌دار می‌شود روح بیمار شفا می‌یابد که به‌نوبه خود سبب شفای فیزیکی بدن می‌شود.

**لمس درمانی** از روشی کهن به‌نام گسترده دست‌ها (laying-on of hands) مشتق شده است. این درمان براساس این قضیه ثابت شده است که قدرت شفادهنده درمانگر موجب بازیافتن سلامت بیمار می‌شود و زمانی شفا حاصل می‌شود که انرژی‌های بدن در تعادل باشند؛ درمانگران در این روش با عبور دادن دست‌هایشان از روی بیمار، می‌توانند نامتعادل بودن انرژی را شناسایی کنند.





**طب سنتی چین (TCM)** نامی رایج برای یک سیستم مراقبت سلامت کهن چینی است. TCM براساس مفهوم Qi متعادل («چی» تلفظ می‌شود)، یا انرژی حیاتی، با این اعتقاد که در سراسر بدن جریان دارد؛ می‌باشد. گفته شده است که Qi تعادل روحی، احساسی، ذهنی و جسمی فرد را تنظیم می‌کند و تحت تأثیر نیروهای مخالف Yin (انرژی منفی) و Yang (انرژی مثبت) قرار می‌گیرد. گفته شده است که بیماری نتیجه جریان مختل شده Qi و نامتعادل شدن Yin و Yang است. در بین اجزای TCM، درمان‌های گیاهی و تغذیه‌ای، تمرین‌های جسمی بازگرداننده سلامت، مراقبه، طب سوزنی و ماساژهای درمانی وجود دارد.

برخی از روش‌های درمانی رایج TM CAM طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در سال ۱۹۹۹ در سلسله مقالاتی درباره CAM در نشریه «British Medical Journal» نام برده شده‌اند که در جدول زیر آمده است:

تکنیک‌ها و روش‌های درمانی متداول طب سنتی / طب مکمل و جایگزین

طب چینی	آیورودا	اونانی	ناتروپاتی	استئوپاتی	هومیوپاتی	کایروپراکتیک	غیره
●	●	●	●	■	●		● <sup>۱</sup> گیاهان دارویی
●				■			● <sup>۲</sup> طب سوزنی- طب فشاری
● <sup>۳</sup> توئینا (Tuina)	●	●	□	●		●	ماساژ درمانی شیاتسو <sup>۴</sup> (Shiatsu)
●	●	●	●				● <sup>۵</sup> درمان روحی- معنوی هیپنوتیزم، مدیتیشن
● <sup>۶</sup> کی‌گنگ (Qigong)	یوگا		ریلکسیشن				ورزش درمانی

● - معمولاً از این روش درمانی استفاده می‌کند.

□ - بعضی اوقات از این روش درمانی استفاده می‌کند.

■ - از روش «لمس درمانی» استفاده می‌کند.

۱. برای مثال بسیاری از سیستم‌های غیررسمی طب سنتی آفریقا و آمریکای لاتین از گیاهان دارویی استفاده می‌کنند.
۲. برای مثال در تایلند اکثر روش‌های درمانی طب سنتی هم از طب سوزنی و هم طب فشاری استفاده می‌کنند.
۳. نوعی ماساژ درمانی چینی.
۴. نوعی ماساژ درمانی ژاپنی که در آن با کف دست و انگشت شست به قسمت‌های خاصی از



بدن فشار وارد می‌شود.

۵. نوعی طب سنتی چینی که از مجموعه حرکات، تمرکز (Meditation) و تنفس منظم جهت بهبود گردش نیروی حیاتی (qi) و تقویت سیستم دفاعی طبیعی بدن استفاده می‌کند.

#### ۲-۴. شیوع استفاده از طب مکمل و جایگزین در دنیا

در طی ۳۰ سال گذشته، علاقه عمومی مردم به کاربرد نظام‌ها، راهکارها و فرآورده‌های طب جایگزین افزایش یافته است. براساس گزارش انجمن مصرف‌کنندگان انگلستان (UK Consumers Association) در سال ۱۹۹۱ میلادی در حدود ۲۰ درصد مردم انگلستان به درمانگران طب مکمل مراجعه کرده‌اند؛ در حالی که در همین سال تنها ۱۶ درصد مردم مراجعه‌ای به یک پزشک معمولی داشته‌اند. نکته قابل توجه این است که این مراجعین برای استفاده از طب رایج احتیاج به پرداخت پول نداشته‌اند در حالی که برای رجوع به اکثریت درمانگران طب مکمل مجبور به پرداخت هزینه شخصی بوده‌اند. در آمار سال ۱۹۹۰ اروپا مشخص شد که ۱-۲۰ درصد مردم اروپا از مشاوره‌ها و درمان‌های طب مکمل - جایگزین استفاده می‌کنند. این آمار پس از گذشت نزدیک به ۱۳ سال در اکثر کشورهای اروپایی به حدود ۵۰ درصد رسیده است. به‌طور مثال در سال ۱۹۹۷ میلادی درصد مراجعین به طب مکمل و جایگزین در آلمان و فرانسه به ترتیب ۴۲ درصد و ۴۹ درصد بوده است. آمار سال ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی بهداشت<sup>۱</sup> نشان می‌دهد که برای نمونه درصد مراجعان به طب مکمل و جایگزین در فرانسه به ۷۵ درصد افزایش یافته است.

در سال ۱۹۸۳ میلادی تنها در حدود ۲۰۰۰ پزشک انگلیسی ( ۴ درصد پزشکان وقت انگلستان) از بعضی از روش‌های طب مکمل استفاده می‌کردند در طی ۱۳ سال (تا سال ۱۹۹۶ میلادی) این رقم به بیش از ۴ برابر رسید. در این کشور علاوه بر متخصصین طب مکمل - جایگزین که تحصیلاتی در طب رایج ندارند، امروز حدود ۲۰ درصد پزشکان عمومی و ۱۲ درصد پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها برای درمان بیماران خود در برخی از موارد از روش‌ها و تکنیک‌های طب‌های غیررایج استفاده می‌کنند. امروزه مجموعه درمانگران طب مکمل در انگلستان در حدود ۵۰,۰۰۰ نفر است که نزدیک به ۸۰۰۰ نفر آنها را پزشکان طب رایج تشکیل می‌دهند.

بنابر چگونگی تعریفی که از طب مکمل و جایگزین وجود دارد، حدود ۶/۵ تا ۴۳ درصد مردم آمریکا از انواع مختلف این طب استفاده می‌کنند. در کشور آمریکا از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۷ میلادی تعداد افراد بالغی که از روش‌های مکمل یا جایگزین جهت درمان استفاده کرده‌اند، از تعداد ۶۰ میلیون نفر به ۸۳ میلیون نفر افزایش داشته است، در صورتی که افراد مراجعه‌کننده به پزشکی مدرن



در این سال‌ها تغییری نداشته است. تعداد دفعات مراجعه به مراکز CAM در همین مدت ۴۷ درصد افزایش داشته است.

در آمریکا، تنها در بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰ میلادی، تعداد بیمارستان‌هایی که در آنها از شیوه‌های درمانی CAM استفاده می‌شود به بیش از دو برابر رسیده است. براساس آخرین مطالعات انجام شده در سال ۲۰۰۵ میلادی، تعداد ۱۴۰۰ بیمارستان (۲۷ درصد از بیمارستان‌های آمریکا) در سراسر کشور آمریکا حداقل یکی از روش‌های درمانی CAM را به مراجعین خود ارائه کرده‌اند. ۸۱ درصد بیمارانی که از این بیمارستان‌ها از CAM بهره برده‌اند، بابت آن پول پرداخت کرده‌اند که ۳۷ درصد آن را بیمه‌های خدمات درمانی متقبل شده‌اند.

نتایج آخرین بررسی پیمایشی ملی سلامت آمریکا در سال ۲۰۰۲ میلادی نشان داد در میان بیش از ۳۱ هزار فرد بالای ۱۸ سال آمریکا، ۳۶ درصد افراد در طی یک سال گذشته از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند. چنانچه درمان با مگاویتامین‌ها و دعا کردن به قصد سلامتی و شفا یافتن نیز به تعریف طب مکمل و جایگزین افزوده شود، این آمار به ۶۲ درصد افزایش خواهد یافت.

براساس آخرین مطالعات انجام شده در سال ۲۰۰۵، تعداد ۱۴۰۰ بیمارستان (۲۷ درصد از بیمارستان‌های آمریکا) در سراسر کشور آمریکا حداقل یکی از روش‌های درمانی CAM را به مراجعین خود ارائه کرده‌اند.

۸۱ درصد بیمارانی که از CAM در این بیمارستان‌ها بهره برده‌اند، بابت آن پول پرداخت کرده‌اند که ۳۷ درصد آن را بیمه‌های خدمات درمانی متقبل شده‌اند.

بنابر نتایج بررسی مذکور، به‌کارگیری طب مکمل و جایگزین در زنان نسبت به مردان، افراد دارای تحصیلات عالی، افرادی که در سال گذشته بستری شده بودند، همچنین سیگاری‌های قدیمی نسبت به سیگاری‌های فعلی یا غیرسیگاری‌ها بیشتر گزارش شده است.

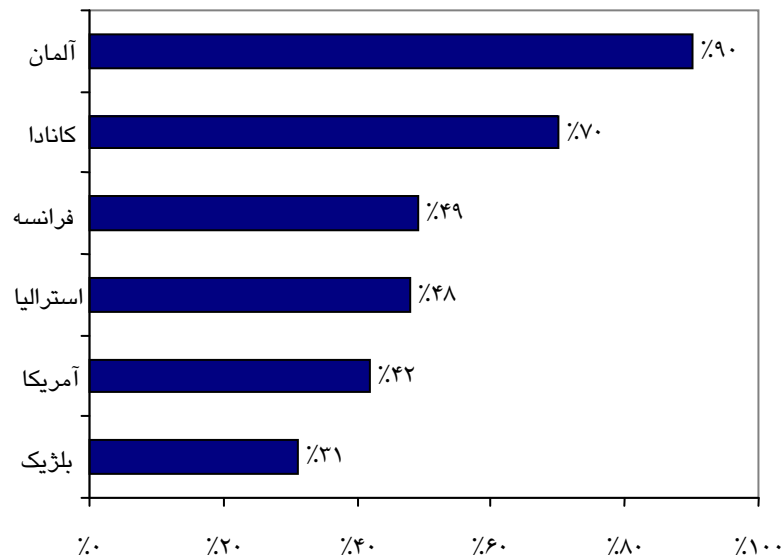
چنانچه تعریف CAM دعا کردن را نیز شامل شود، حیطه طب ذهن - جسم ۵۳ درصد و در غیر این صورت حیطه طبابت مبتنی بر زیست‌شناختی ۲۲ درصد پرتعدادترین حیطه مورد استفاده است. رایج‌ترین شیوه‌های درمانی مورد استفاده شامل دعا برای خود ۴۳ درصد، دعا برای دیگران ۲۴/۴ درصد، استفاده از فراورده‌های طبیعی ۱۵/۹ درصد، تنفس عمیق ۱۱/۶ درصد، دعای دسته‌جمعی ۹/۸ درصد، مراقبه ۷/۶ درصد، کایروپراکتیک ۷/۵ درصد، یوگا ۵/۱ درصد، ماساژ ۵ درصد و رژیم غذای ۳/۵ درصد است.

مردم آمریکا از CAM در درمان طیف وسیعی از ناراحتی‌ها و بیماری‌ها استفاده می‌کنند. بیماری‌های کم‌رود ۱۶/۸ درصد، سرماخوردگی ۹/۵ درصد، گردن درد ۶/۶ درصد، درد مفاصل و آرتрит ۴/۹ درصد، اضطراب و افسردگی ۴/۵ درصد، ناراحتی معده ۳/۷ درصد، سردرد ۳/۱



درصد، دردهای عودکننده ۲۵/۴ و بی‌خوابی ۲/۲ درصد البته استفاده از مگاویتامین‌ها و دعا درمانی در این قسمت مورد محاسبه قرار نگرفته است.

شکل ۱-۲. جمعیتی از کشورهای توسعه‌یافته که حداقل یک بار از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده‌اند.



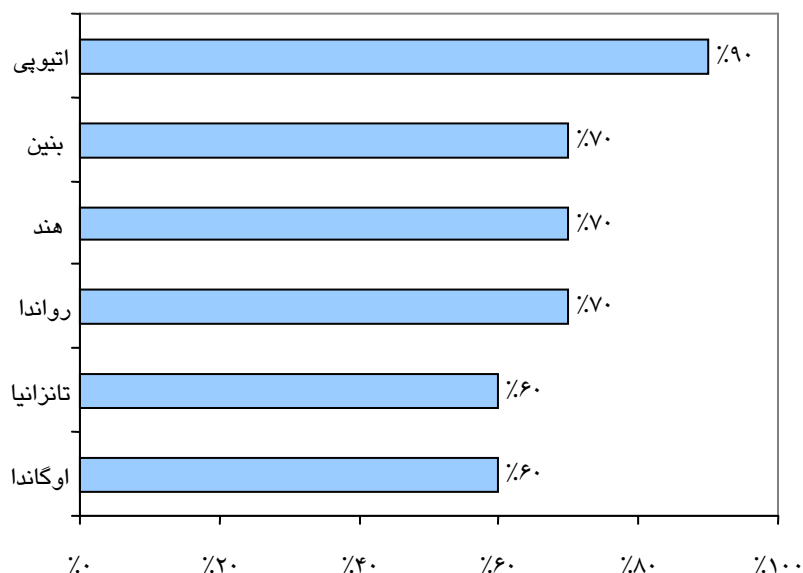
در بسیاری از سایر کشورهای توسعه‌یافته برخی از روش‌های درمانی CAM بسیار طرفدار دارند. گزارش‌های دولتی و غیردولتی مختلف حاکی از آن است که در استرالیا ۴۸ درصد، در فرانسه ۴۹ درصد و در کانادا ۷۰ درصد مردم از CAM استفاده می‌کنند (شکل ۱). تحقیقی که از ۶۱۰ پزشک سوئیسی به‌عمل آمده، نشان داده است که ۴۶ درصد از آنها از روش‌های درمانی CAM به‌خصوص طب سوزنی و هومیوپاتی استفاده کرده‌اند. این رقم با آمار موجود از کل کشور سوئیس نیز همخوانی دارد. در بریتانیا حدود ۴۰ درصد از کل پزشکان طب رایج نوعی از خدمات CAM را هم ارائه می‌دهند.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز قسمت اعظم جمعیت همچنان از طب سنتی جهت دستیابی به نیازهای سلامت استفاده می‌کنند (شکل ۲). حدود ۸۰ درصد از جمعیت کشورهای آفریقای عضو WHO جهت رفع نیازهای بهداشتی - درمانی خویش از طب سنتی بهره می‌برند. رقم فوق شامل موارد زایمان به کمک ماماهاى سنتی نیز می‌شود. در حقیقت با توجه به نقش مثبتی که این قابله‌ها می‌توانند در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه داشته باشند، تعدادی از دولت‌های آفریقایی، برنامه‌های آموزشی برای ارتقای مهارت و دانش پایه آنها در زمینه مراقبت‌های سلامت



ترتیب داده‌اند. حتی بعضی از این کشورها آموزش‌های طب سنتی را به داروسازان، پرستاران و پزشکان نیز ارائه می‌دهند.

شکل ۲-۲. گسترش استفاده از طب سنتی جهت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بعضی از کشورهای در حال توسعه



دلایل متعددی برای رشد کاربرد طب مکمل و جایگزین CAM در سال‌های اخیر ذکر شده است که از آن جمله می‌توان به کشش بازار، دسترسی به اطلاعات از طریق اینترنت، تمایل بیمار به مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و عدم رضایت از طب غربی (رایج) اشاره کرد. این نارضایتی ممکن است به ناکارآمدی کامل طب رایج در درمان بسیاری از بیماری‌های مزمن و علائم ناشی از آنها مثل ضعف ناشی از درد مرتبط باشد. میزان مصرف طب مکمل و جایگزین CAM در افراد مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مثل سرطان و اچ‌آی‌وی/ایدز نیز بسیار زیاد است. به نظر می‌رسد بیشتر افراد از طب مکمل و جایگزین CAM به عنوان مکمل طب رایج استفاده می‌کنند و نه به عنوان جایگزین آن.

مطالعه‌ای که در ایران به منظور بررسی روش‌های شایع طب مکمل و جایگزین CAM مورد استفاده در بیماران سرطانی و تعیین فراوانی و علل مراجعه بیماران به این روش‌ها در ۶۲۵ بیمار سرطانی شده، نشان داد فراوانی استفاده از طب مکمل در بیماران سرطانی ۳۵ درصد (۲۱۹ نفر) بوده است. در بررسی تعداد روش‌های مورد استفاده ۲۳۵ نفر (۳۸ درصد) از بیماران حداقل یک روش درمانی و ۱۱ درصد آنها حداقل دو روش درمانی طب مکمل را استفاده کرده بودند. بانوان



خانه‌دار و افراد متأهل بیشترین مراجعین به رشته‌های مختلف طب مکمل را تشکیل می‌دادند و افراد بالاتر از ۴۰ سال رغبت بیشتری برای استفاده از این روش‌ها داشتند. بیشترین روش طب مکمل مورد استفاده، دعا و شفا ۸۱ درصد، انرژی درمانی ۹ درصد و هومیوپاتی ۷ درصد بودند. بالاترین میزان مراجعه به طب مکمل مربوط به مبتلایان به سرطان دستگاه گوارش ۳۷ درصد و پستان ۲۶ درصد بود.

مهم‌ترین روش آشنای این بیماران، آشنایی از قدیم، اعتقادات و آشنایی از طریق بستگان و آشنایان بوده است. در زمینه استفاده از طب مکمل اکثر بیماران (۸۰ درصد) خواستار انجام این درمان‌ها از طریق پزشک معالج خود بودند. در حالی که تنها ۷ درصد بیماران از طریق پزشکان و پرسنل پزشکی در خصوص طب مکمل اطلاعات دریافت کرده بودند. از طرف دیگر ۵۰ درصد دریافت‌کنندگان طب مکمل به علت عدم پرسش از سوی پزشک معالج، وی را در جریان انجام درمان‌های مکمل قرار نداده بودند. بیماران مهم‌ترین علل تمایل به استفاده از طب مکمل را (به ترتیب شیوع) آشنای قبلی، دریافت امید به زندگی، افزایش احساس بهبودی در وضعیت فیزیکی و بی‌خطر بودن روش‌ها عنوان کردند. در بررسی رضایتمندی، ۲۹ درصد استفاده‌کنندگان، رضایت کامل، ۶۳ درصد رضایت نسبی و ۸ درصد عدم رضایت خود را از طب مکمل اعلام کردند.

در بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیتی و میزان استفاده از روش‌های مختلف طب مکمل، بین سطح تحصیلات بیماران با میزان استفاده از شاخه‌های طب مکمل، ارتباط معنادار و معکوسی مشاهده شد.

## ۵-۲. هزینه‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا

گزارشی از هزینه‌های جهانی<sup>۱</sup> طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دست نیست. اطلاعات درباره هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی که برای درمان یک فرد توسط طب سنتی / طب مکمل و جایگزین مصرف می‌شود نیز بسیار اندک است. البته با ازدیادی که در استفاده جهانی از طب سنتی / طب مکمل و جایگزین مشاهده می‌شود، بدیهی است که هزینه‌های عمومی و خصوصی در حال افزایش باشد. بنا به گزارش سازمان جهانی بهداشت، در مالزی سالانه ۵۰۰ میلیون دلار آمریکا صرف طب سنتی / طب مکمل و جایگزین می‌شود و این در حالی است که تنها ۳۰۰ میلیون دلار آمریکا برای پزشکی رایج هزینه شده است. در ایالات متحده آمریکا مجموع هزینه‌های پیش‌بینی نشده طب مکمل و جایگزین در سال ۱۹۹۷ حدود ۲۷ میلیارد ۲۷۰۰ میلیون دلار آمریکا بوده که با رقم هزینه‌های پزشکی رایج رقابت می‌کرده است. بودجه‌ای که در سال ۲۰۰۰ در کشور آمریکا صرف درمان‌های



طبیعی و طب مکمل شده قریب به ۱۷ میلیارد دلار بوده است. در بریتانیا، رقم هزینه‌های سالانه طب مکمل و جایگزین حدود ۲۳۰۰ میلیون دلار آمریکا است. در کانادا، تخمین زده می‌شود که در سال ۱۹۹۷، ۲۴۰۰ میلیون دلار آمریکا صرف طب مکمل و جایگزین شده است. کراوفورد و همکاران این هزینه را در استرالیا (سال ۲۰۰۰ میلادی) حدود ۲۳۳۰ میلیون دلار تخمین زده‌اند که بیانگر ۶۲ درصد رشد است و نشان می‌دهد هزینه درمان‌های CAM حدود چهار برابر هزینه مصرف داروها در این کشور است. در آلمان از حدود ۸ میلیارد دلار هزینه دارو، حدود ۲/۸ میلیارد دلار آن به داروهای گیاهی اختصاص دارد. نتایج آخرین پیمایشی که موضوع هزینه‌های پرداختی مردم آمریکا بابت درمان‌های طب مکمل و جایگزین را مورد بررسی قرار داده است نشان می‌دهد مردم آمریکا در سال ۱۹۹۷ میلادی حدود ۳۶ تا ۴۷ میلیارد دلار جهت درمان‌های طب مکمل و جایگزین هزینه کرده‌اند. از این مقدار حدود ۱۲ تا ۲۰ میلیارد دلار به صورت پرداخت از جیب (out of pocket) و برای خدمات متخصصان طب مکمل و جایگزین (مثل متخصصان کایروپراکتیک، طب سوزنی و ماساژدرمانی) پرداخت شده است که این میزان بیش از کل مبلغ پرداخت شده نقدی برای مجموع هزینه بستری شدن در سال ۱۹۹۷ میلادی و حدود نصف مبلغی است که برای خدمات پزشکان از جیب پرداخت شده است. ۵ میلیارد دلار از هزینه پرداخت از جیب صرف فرآورده‌های گیاهی شده است. توماس و همکاران اظهار داشته‌اند که در سال ۱۹۹۸ میلادی، حدود ۹۰ درصد هزینه درمان‌های CAM در بریتانیا به شکل خصوصی پرداخت شده که حدود ۴۵۰ میلیون دلار آن در سال به صورت پرداخت از جیب است. طبق گزارش مجله NEJM مردم بریتانیا در سال ۲۰۰۳ میلادی حدود ۲۱۱ میلیون دلار صرف فقط درمان‌های گیاهی کرده‌اند. بنا به گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۰۰ بازار جهانی داروهای گیاهی که براساس دانش طب سنتی مصرف می‌شوند، بالغ بر ۶۰ میلیارد دلار ۶۰ هزار میلیون دلار آمریکا می‌شود. بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ میلادی میزان فروش در بازارهای اصلی داروهای گیاهی مشهور در آمریکا، ۱۰۱ درصد افزایش یافته است.

## فصل سوم - مروری بر طب مکمل و جایگزین براساس شواهد

### ۳-۱. پژوهش مبتنی بر شواهد در پزشکی

پژوهش مبتنی بر شواهد در پزشکی، حرکتی است نوین در زمینه پژوهش علوم پزشکی که برپایه استفاده از روش‌های علمی استوار بوده و در جست‌وجوی بررسی و استفاده دقیق و آشکار از



بهترین شواهد موجود است. این روش روندی سیستماتیک بوده که هدفش سعی در برقراری ارتباط میان بهترین یافته‌های پژوهشی در دسترس با شرح حال بالینی و نتایج آزمون‌های آزمایشگاهی در بیمار است تا روند تصمیم‌گیری درباره مراقبت از هر بیمار را به بالاترین سطح ارتقا دهد. شواهد مورد نظر از جست‌وجوی وسیع اطلاعات موجود، نقد اطلاعات و جدا کردن مطالعات معتبر برای پاسخ به سؤال ما به دست آمده و باید حداقل خطا در آن زمان را داشته باشد. در حقیقت، پژوهش مبتنی بر شواهد می‌خواهد به توافقی برسد که نتایج روند بررسی سیستماتیک متون علمی موجود را به طور خلاصه بیان کند. این توافق نتیجه روند مرور سیستماتیک و بررسی همه شواهد موجود است و مشکلات مرتبط با یافته‌ها را به چالش می‌کشد. همچنین، این روش ارتباط بالینی پژوهش مورد نظر، معتبر بودن روند انجام کار (معیارهای ورود و خروج، استراتژی جامع پژوهش) و مشکلات روند بررسی را مورد هدف قرار می‌دهد. مرکز توجه این توافق، دستیابی به آنالیز تست‌های حساسیت و ویژگی است و اینکه آیا مجموع یافته‌ها برای بیماران فایده‌ای دارند یا خیر. برای ارزیابی کیفیت روند انجام کار معمولاً بررسی‌کننده مستقلی به عنوان نفر سوم به طور سیستماتیک اعتبار مطالعات و معنادار بودن بالینی و آماری آنها را می‌سنجد.

منبع اصلی کسب اطلاعات برای یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد، کارآزمای‌های بالینی تصادفی (Randomized Clinical Trial, RCT) هستند. در چنین مطالعاتی تعداد زیادی از بیماران در شرایط یکسانی تحت مشاهده قرار می‌گیرند و در مورد این موضوع که درمانی شایستگی لقب «مؤثر» را دارد یا نه با روش‌های آماری تصمیم‌گیری می‌شود. علاوه بر آن متاآنالیز و مقالات مروری سیستماتیک نیز تعداد زیادی از کارآزمای‌های بالینی را جمع‌بندی کرده و در نتیجه شواهد قابل اطمینانی را ارائه می‌دهند.

این ایده که علم می‌تواند اطلاعاتی را برای تصمیم‌گیری‌های پزشکی فراهم کند، اخیراً به واقعیت پیوسته است. حدود ۱۰۰ سال پیش هیچ‌گونه ابزار علمی برای فراهم کردن اطلاعات پزشکی وجود نداشت. جالب آن است که اولین تجربه کارآزمای بالینی دو سوکور در تاریخ پزشکی توسط یک هومیوپات در سال ۱۸۳۵ میلادی و در آلمان انجام شده است. در این مطالعه فراورده هومیوپاتی (Natrum muriaticum C30) و ویال‌هایی که صرفاً حاوی آب بوده است به داوطلبانی که در دو گروه تقسیم شده بودند داده شده و گزارش آنها درخصوص اثرات مشاهده شده مورد بررسی قرار گرفته است. اگرچه نتایج این تجربه نهایی نشد، ولی اولین مطالعه دوسوکور در تاریخ پزشکی بود.

ماهیت ذهنی و ناپایدار تصمیم‌گیری‌های بالینی و عقیده فرد متخصص موجب تنوع روش‌های استاندارد حتی در یک منطقه نسبتاً کوچک جغرافیایی می‌شود. این اختلاف در مناطق جغرافیایی وسیع تا ۲۰ برابر نیز می‌رسد. بخشی از این اختلاف ناشی از تفاوت‌های داده‌ای ناشی از انجام





تحقیق در جمعیت‌های مختلف و وابسته به تخصص‌های مختلف است که امری طبیعی است. اما بخشی دیگر از این اختلاف ناشی از خطا و عدم همسان بودن قضاوت‌های بالینی حتی در میان یک گروه از متخصصان پزشکی است.

این موضوع در مورد طب مکمل و جایگزین نیز صادق است و حتی می‌توان گفت مشکلات تنوع بالینی در این طب شدیدتر است. برای مثال، در یک مطالعه مرور سیستماتیک که ۱۵ کارآزمای بالینی درمان آسم توسط طب سوزنی را مورد بررسی قرار داده بود، تعداد زیادی راهکار درمانی به‌کار رفته بود و فقط در دو کارآزمای - که آن هم توسط یک نویسنده انجام شده بود - از نقطه طب سوزنی یکسانی استفاده شده بود. درمان‌های طب سوزنی، همانند بسیاری از روش‌های طب مکمل و جایگزین دارای انواع بسیار زیادی است که بسته به درمانگر و حتی شاید وابسته به بیمار متفاوت است.

### ۲-۳. نقش پزشکی مبتنی بر شواهد در طب مکمل و جایگزین

ارزش استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد نه تنها در صحت روش علمی که در اعتبار نتیجه نهایی آن یعنی توافق ذکر شده است. پژوهش مبتنی بر شواهد و نتایج حاصل از آن استفاده مستقیم در برآورده کردن نیازهای فوری بیماران دارد. در صورتی که توافق به‌دست آمده از پژوهش مبتنی بر شواهد به‌خوبی طراحی شده باشد می‌تواند آنالیز مقرون به صرفه‌ای ارائه دهد که هم هزینه و هم خطرات احتمالی در تصمیم‌گیری را کاهش دهد. در روند انجام پژوهش مبتنی بر شواهد، ارتباط نتیجه به‌دست آمده با شواهد بالینی از سوی پزشک بالینی بررسی و ارزیابی شده، مؤثر بودن آن تخمین زده می‌شود تا در روند تصمیم‌گیری نهایی بالینی از آن یاری گرفته شود.

بی‌شک در آینده پژوهش مبتنی بر شواهد نقش مهمی در افتراق مداخلات مناسب برپایه طب مکمل - جایگزین از سایر موارد خواهد داشت. اولین نکته مشخص کردن ابزار و پروتکل‌های مورد نیاز در پژوهش مبتنی بر شواهد است. روند انتقادی موجود در این نوع پژوهش کمک می‌کند تا به متدولوژی، طراحی و آنالیز اطلاعات به دیده منتقدانه نگاه کند. براساس اینکه چه ابزاری برای ارزیابی مورد استفاده قرار گیرد، رتبه‌های متفاوتی در راستای کیفیت متدولوژی، طراحی و معادلات آماری استفاده شده در مطالعه داده می‌شود.

گسترش پژوهش مبتنی بر شواهد در طب مکمل و جایگزین باید بیش از گذشته عملی و مفهومی شود تا برای استفاده‌کنندگان از آن قابل فهم‌تر باشد. همچنین، لازم است تا استفاده از این روش به‌صورت روزمره در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و درمانی وارد شود. به همین دلیل باید تلاش شود تا بیش از گذشته آگاهی در زمینه روند، نتایج و استفاده‌های عملی از این روش ارتقا یابد.



متاآنالیز و بررسی سیستماتیک موجود در این زمینه باید مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته، خلاصه شود و نتایج حاصل از آنها در اختیار ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی، بیماران و متخصصان بیمه قرار گیرد.

در نهایت اینکه وجود یک متخصص در زمینه پژوهش مبتنی بر شواهد باید به‌طور جدی مورد توجه قرار گیرد تا از ابتدا برای خواندن، ارزیابی و معرفی بهترین شواهد در ارتباط با روش‌های مداخله‌ای طب مکمل و جایگزین در دسترس باشد. این متخصص کمک می‌کند تا معیارهای لازم و دستورالعمل‌های عملی برای فعالیت‌های بالینی مبتنی بر شواهد مشخص شود. لازم است تا همه مراحل ذکر شده توسط شبکه‌ای از متخصصان پژوهش مبتنی بر شواهد که در زمینه طب مکمل و جایگزین فعالند (تحت نظارت انجمن‌های ملی و بین‌المللی طب مکمل و جایگزین) کنترل شود. این متخصصان بر همه مراحل بررسی و ارزیابی توافقی‌های نهایی ارائه شده و ایراد مخالفت با انجام درمان‌های اشتباه برپایه دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد بالینی دخالت دارند. مورد آخر به این دلیل حائز اهمیت است که به‌طور معمول مداخلات انجام شده براساس طب مکمل و جایگزین از سوی پزشکی رایج (به سبب نبود شواهد تحقیقاتی کافی) مورد شک و تردید قرار می‌گیرد. چنین تخصصی کمک خواهد کرد تا یافته‌های بررسی‌های سیستماتیک در زمینه طب مکمل و جایگزین از طریق اینترنت گسترش داده شده، این روش به راحتی در دسترس قرار گیرد و راحت‌تر از گذشته قابل فهم و استفاده باشد.

در مجموع، به‌نظر می‌رسد پژوهش مبتنی بر شواهد می‌تواند ابزاری قدرتمند برای شناخت پرسش‌هایی باشد که شواهد قابل قبولی برای پاسخگویی به آنها در دسترس نیست؛ شرایطی که در طب مکمل و جایگزین بسیار اتفاق می‌افتد. البته باید به خاطر داشت که این روش در مواردی کارساز است که مطالعات استفاده شده در روند انجام آن دارای کیفیت مناسب، قابل قیاس و اعتماد باشد؛ درحالی‌که امروزه مطالعات انجام شده در زمینه طب مکمل و جایگزین از این کیفیت برخوردار نیستند. آنالیزهای قابل قبول و استفاده از ابزارهای موجود در پژوهش مبتنی بر شواهد کمک می‌کند تا نقاط ضعف موجود در مطالعات انجام شده در زمینه طب مکمل و جایگزین مشخص شود.

### ۳-۳. اثربخشی روش‌های طب مکمل و جایگزین براساس شواهد

در حال حاضر برخی از مراکز تحقیقاتی و مؤسسات به‌منظور تسهیل انتقال دانش مبتنی بر شواهد طب مکمل و جایگزین به متخصصان مراقبت‌های سلامت و عموم جامعه اقدام به جمع‌آوری، انجام مرور سیستماتیک و ارائه آنها در قالب پایگاه‌های اطلاعاتی کرده‌اند. یکی از پایگاه‌های اینترنتی که در توسعه شواهد طب مکمل و جایگزین برای متخصصان سلامت و عموم جامعه فعالیت می‌کند،



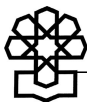
CAMLINe کانادا است که اطلاعات مربوط به سلامتی و اثربخشی این طب را از متخصصان مراقبت‌های سلامت جمع‌آوری کرده و پس از مرور هم‌تایان (peer-review) در اختیار عموم قرار می‌دهد. CAMEOL نیز یک پایگاه اطلاعاتی آن‌لاین است که شواهد اثربخشی CAM در برخی از بیماری‌های اولویت‌دار انستیتو سلامت آمریکا (شامل سرطان، سلامت روان، بیماری‌های قلبی، حمله قلبی و شرایط حادی چون آرتريت، آسم، درد کمر، دیابت و مالتیپل اسکلروزیس) را بررسی می‌کند. برای مثال اثربخشی طب سوزنی در درمان خشکی دهان، تهوع و استفراغ، درد و گرفتگی افراد مبتلا به سرطان.

با توجه به گستردگی شواهد اثربخشی شیوه‌های مختلف طب مکمل و جایگزین در اینجا فقط به ذکر چند نمونه از طب سوزنی بسنده می‌کنیم.

تاکنون تعداد زیادی مطالعات بالینی طب سوزنی منتشر شده‌اند. به طوری که کتابخانه کاکرین تا تاریخ ۳۰ آگوست سال ۲۰۰۷ میلادی ۵۸ مرور مبتنی بر شواهد طب سوزنی را ارائه کرده است که بیانگر ۲۰۴۷ کارآزمای بالینی ثبت شده در زمینه طب سوزنی بوده و ۱۷ مورد آنها ارزیابی اقتصادی این نوع درمان را نیز شامل می‌شده است. انستیتو سلامت آمریکا (NIH) کتابخانه‌ای دارد که شامل بیش از ۱۱۷ کارآزمای قلبی و فعلی اثربخشی طب سوزنی در بیماری‌های مختلف است. نتایج مرورهای نظام‌مند طب سوزنی که اخیراً منتشر شده است بیانگر تأثیر مثبت این روش در کمردردهای مزمن، دندان‌درد، فیبرومیالژیا، اندوسکوپي دستگاه معده - روده‌ای، سردردهای ایدیوپاتیک، تهوع و استفراغ پس از جراحی، درد پس از تلقیح تخمک در بارداری خارج رحمی (IVF) و استئوآرتريت زانو است. همچنین مطالعات اظهار می‌دارند شواهد اثربخشی طب سوزنی در بسیاری از موارد مثل اعتیاد، آسم، افسردگی و... کافی نیست و این روش احتمالاً در آرتريت روماتوئید، ترک سیگار و کاهش وزن مؤثر نیست.

#### ۳-۴. عوارض جانبی روش‌های طب سنتی / مکمل و جایگزین

به نظر می‌رسد باور غلطی در تمام دنیا وجود دارد که طبیعی بودن داروهای طب گیاهی و طب سنتی به‌منزله سالم بودن و ایمنی ۱۰۰ درصد آنهاست. درحالی‌که همان‌طور که شیوه‌های درمانی کاملاً اثبات شده ممکن است به‌دلایل مختلفی از جمله مصرف میزان نادرست دارو، بروز عوارض ناخواسته یا واکنش‌های نادر دارویی همچنین تداخل با سایر داروها، تأثیرات غیرعادی و غیرمنتظره بر بیمار داشته باشد، روش‌های درمانی سنتی / مکمل و جایگزین نیز ممکن است بیمار را دچار عوارض ناخواسته کنند. بنابراین دقت و توجه به شیوه مصرف، همچنین دانش کافی در مورد عوارض جانبی احتمالی و عدم مصرف هم‌زمان داروهای طب مکمل با داروهای طب رایج باید مد



نظر قرار گیرد. نکته مهم دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد آن است که روش‌های درمانی سنتی/مکمل و جایگزین حتی بدون مصرف دارو نیز ممکن است موجب آسیب و عوارض جانبی در مصرف‌کنندگان آن شود که بخش عمده آن به درمانگران فاقد صلاحیت (تشخیص نادرست، تجویزهای غلط و غیره) مربوط است.

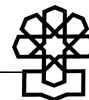
داروهای گیاهی و فراورده‌های گیاهی معمولاً ترکیبی از چند گیاه دارویی است که در اکثر موارد به دلیل پیچیدگی مولکول‌های طبیعی، همه ترکیبات گیاهان به‌کار رفته در این فراورده‌ها شناسایی نشده‌اند. در چین حدود ۷۰۰۰ گونه گیاه دارویی استفاده می‌شود که از هر ۱۵۰ گونه متداول، ۱۰ مورد آن سمی هستند. خاصیت سمی بودن ممکن است به دلیل آلودگی، تقلبی بودن، ناشناخته بودن و درنهایت به دلیل خاصیت سمی نهفته در خود گیاه باشد. کلیه‌ها، کبد و قلب از جمله اندام‌هایی هستند که به‌واسطه مصرف گیاهان مختلف و موادی که ترکیبات گیاهی دارند در معرض مسمومیت و آسیب قرار دارند.

درمان این نوع مسمومیت‌ها نه تنها به شیوه درمانی بستگی دارد، بلکه به عوامل دیگری نیز از قبیل سن، ژنتیک، بیماری‌های افراد و همزمانی مصرف داروهای گیاهی و داروهای دیگر مرتبط است. نوزادان و کودکان نسبت به دیگران استعداد بیشتری برای پذیرش اثرات سوء مصرف این داروها و مسمومیت به دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیکی، سوخت‌وساز نامناسب و عدم بلوغ دارند.

فلزهای سنگین از قبیل آرسنیک، کادمیوم، جیوه، سرب و تالیوم از جمله موادی هستند که در داروهای سنتی چین باعث مسمومیت مصرف‌کننده می‌شوند. فلزهای سنگین موجود در داروهای آسیایی تأثیرات مخربی بر سلامت بیماران دارند. در کشور هند بارها مسمومیت (آرسنیک و جیوه) بر اثر درمان‌های سنتی گزارش شده است. متأسفانه برگشت سلامتی از بیماری‌های عصبی ناشی از مصرف مواد سمی آرسنیک بسیار دشوار و سخت است. حتی فلزهای بسیار رقیق شده در داروهای هومیوپاتی (مثل جیوه) که موجب مسمومیت جهازی نمی‌شوند، واکنش خوبی در بدن بیماران نداشته است.

برخی از گیاهان خاصیت سرطان‌زایی دارند و در برخی موارد احتمال مصرف داروهای تقلبی از این دست بسیار زیاد است. بروز آلرژی، حساسیت و آماس‌های پوستی نیز به‌عنوان عوارض شایع داروهای گیاهی به‌شمار می‌روند. در این خصوص بروز آلرژی و آماس‌های پوستی از مواد طبیعی چون روغن درخت چای، بابونه، گل‌همیشه بهار فرانسوی، روغن زیره سبز و بسیاری دیگر از داروهای سنتی چینی مکرراً نام برده شد.

آماس‌های پوستی حتی در مواردی که ماساژ با روغن‌های با ترکیبات گیاهی مثل ضماد ریشه بابا آدم و دیگر ترکیبات گیاهی مورد استفاده در عطر درمانی صورت گرفته بود، مشاهده شد.



برخی از گیاهان خاصیت سرطان‌زایی دارند و در برخی موارد احتمال مصرف داروهای تقلبی از این دست بسیار زیاد است.

در تحقیقی که در هلند انجام شده مشخص شده که از هر ۱۰۳۲ بیمار ۱۱ نفر به یک یا چند روغن گیاهی حساسیت دارند. ظهور التهابات پوستی در خانمی ۳۱ ساله بعد از استفاده کردن از چای‌های گیاهی برای درمان کم‌دردهش یکی از این موارد است که پس از انجام تست Patch، دلیل بروز این التهابات، وجود ترکیبی از *Inula helenium* اعلام شد.

برخی شیوه‌های درمانی که از تکنیک‌های فیزیکی برای درمان استفاده می‌کنند ممکن است منجر به بروز تأثیرات نامناسب از قبیل جراحات فیزیکی شوند. طب سوزنی یکی از اولین شیوه‌هایی است که احتمال بروز این عوارض در آن وجود دارد.

جراحات‌های احتمالی که بعد از طب سوزنی در بدن ایجاد می‌شود ممکن است موجب آسیب رساندن به ریه، قلب، بروز HIV و آسیب‌های نخاعی شود. هپاتیت و عفونت باکتریال غشای درونی قلب نیز از جمله عفونت‌هایی است که بعد از طب سوزنی، احتمال‌شان اگرچه کم، اما وجود دارد. نتایج یک پژوهش نشان داد از ۳۲۲۲ بیماری که از طب سوزنی استفاده کردند ۶۴ نفر دچار عارضه نوموتراکس (Pneumothrax) شده‌اند.

استفاده نامناسب از سوزن‌های طب سوزنی یا استفاده مجدد از یک سوزن بدون استریلیزه کردن و یا شیوه‌های غلط استریلیزه کردن و بی‌دقتی در این زمینه باعث بروز عفونت بعد از انجام طب سوزنی می‌شود. عفونت‌های پوستی بعد از انجام طب سوزنی در ۱۲۸ نفر از ۳۲۲۲ موردی (۰/۰۴ درصد) که طب سوزنی را برای درمان انتخاب کرده بودند، گزارش شده است. هپاتیت، HIV، آماس غشای درونی قلب از جمله مواردی بوده که بعد از طب سوزنی در معدودی از افراد ایجاد شده است. در مورد ابتلا به عفونت HIV هرچند که این احتمال پایین است، اما طب سوزنی ممکن است موجب بروز این بیماری شود.

بنا به اظهار مسئولان سازمان جهانی بهداشت، کمبود تحقیقات موجب کند شدن سرعت توسعه استانداردهای بین‌المللی لازم برای تضمین کیفیت و ایمنی روش‌های درمان طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و محصولات آن شده است. به‌خصوص کمبود اطلاعات و پشتوانه تکنیکی، مانعی برای ایجاد سیستم ثبت و قانونمند کردن داروهای گیاهی شده که این امر نیز به نوبه خود سبب شدن روند توسعه سیستم نظارت ملی بر کنترل و ارزیابی عوارض جانبی روش‌های درمان طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین شده است. این واقعیت که تنها ۳ درصد از ۷۷۱ مورد شکایات مطرح شده علیه داروها به WHO تا آوریل ۱۹۹۷ مربوط به داروهای گیاهی بوده است، بیشتر نشانگر کمبود نظارت بر داروهای گیاهی است تا ناچیز بودن عوارض جانبی این داروها.



بنابراین لازم است، متخصصان این شیوه‌های درمانی حتماً در مورد عوارض احتمالی این درمان‌ها و ترکیبات گیاهی اطلاعات کافی داشته باشند و با مهارت لازم به‌گونه‌ای عمل کنند که میزان بروز این عوارض را در بیماران به حداقل برسانند.

## فصل چهارم - آموزش و پژوهش در طب سنتی، طب مکمل و جایگزین

### ۴-۱. آموزش و پژوهش طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا

فعالیت‌های آموزشی و ظرفیت‌های پژوهشی بین‌المللی در زمینه طب، طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ۱۰ سال اخیر برجسته‌تر شده است. در کشورهای توسعه‌یافته تأمین بودجه و احداث واحدهای تحقیقاتی طب مکمل و جایگزین در مراکز عالی تحقیقات رو به ازدیاد است. اتحادیه اروپا در اواخر دهه ۹۰ میلادی پروژه‌های درباره طب نامرسوم (سنتی) را تحت عنوان «همکاری اروپایی در زمینه تحقیقات علمی و تکنیکی» به اتمام رسانده است. این اتحادیه در سال ۱۹۹۹ میلادی در یک اجلاس پارلمانی با عنوان «یک ایده اروپایی از طب نامرسوم (سنتی)» از کشورهای عضو درخواست کرد CAM را در دانشگاه‌های خود به رسمیت شناخته، استفاده از آن را در بیمارستان‌ها ترغیب کرده و پزشکان طب رایج را به گذراندن دوره‌های طب سنتی در دانشگاه‌ها تشویق کنند. برای کشورهای اروپایی عضو WHO هم، استانداردهای آموزش، روش‌شناسی و اولویت دادن به تحقیقات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین از جمله موضوعاتی هستند که به سرعت اهمیت زیادی پیدا کرده‌اند.

تأسیس انجمن بین‌المللی تحقیقات طب مکمل در سال ۲۰۰۴ میلادی گامی مهم به سمت تشکیل یک مجموعه بین‌المللی در امر تحقیقات CAM بود که با حمایت انگلستان، کانادا و ایالات متحده شکل گرفت و به‌نظر می‌رسد آینده پژوهش‌های بین‌المللی در این حیطه را رقم بزند. در ادامه به بررسی وضعیت پژوهش و آموزش در کشورهای انگلستان، کانادا، آمریکا و چین می‌پردازیم.

### انگلستان

در سال ۱۹۸۲ میلادی شورای پژوهش در طب مکمل (Research Council for Complementary Medicine) به‌عنوان بخشی از یک استراتژی تحقیق دانشگاهی در انگلستان با هدف جمع‌آوری کمک‌های مالی به‌منظور توسعه ظرفیت پژوهش و یک برنامه پژوهشی در زمینه طب مکمل تأسیس شد. این شورا حامی برنامه‌های تحقیقاتی CAM در ۲۵ سال گذشته بوده است. اولین فلوشیپ

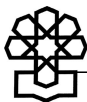


تحقیقاتی CAM در نیمه دهه ۸۰ میلادی در دانشگاه Glasgow، چاپ اولین مجله تحقیقاتی CAM با نام Complementary Medicine Research که بعدها با نام Complementary Therapies in Medicine توسط انتشارات Elsevier منتشر شد و اولین بانک اطلاعاتی طب مکمل (CISCOM) از جمله فعالیت‌های این شورا بود.

در سال ۱۹۹۹ میلادی مجلس اعیان بریتانیا از کمیته «علم و فناوری» خواست که در مورد این سیستم درمانی CAM تحقیقی به عمل آورد. این کمیته ایجاد یک مکانیسم مرکزی را پیشنهاد کرد (که توسط دولت و مؤسسات خیریه پشتیبانی مالی شود) تا هماهنگی، راهنمایی و سرپرستی آموزش تحقیقات در زمینه طب مکمل و جایگزین را برعهده گیرد. همچنین پیشنهاد کرد که هیئت مدیره توسعه و تحقیقات نظام ملی سلامت و شورای تحقیقات پزشکی، بودجه‌ای برای ایجاد مراکز تحقیقاتی مناسب طب مکمل و جایگزین که از مرکز ملی طب مکمل و جایگزین ایالات متحده آمریکا الگوبرداری شده باشند، اختصاص دهد.

در نیمه دهه ۹۰ میلادی بنیاد پزشکی با همکاری پرنس ویلز و با پشتیبانی انجمن پزشکی بریتانیا و کالج سلطنتی پزشکان به همراه سایر انستیتوهای پزشکی اقدام به توسعه یک استراتژی شفاف پنجساله کرد که مسائل اصلی طب مکمل و جایگزین را در برمی‌گرفت. این مسائل شامل توسعه برنامه استراتژیک به منظور بهبود ظرفیت پژوهش و دستاوردهای آن بود. به این منظور با توانمندسازی و انتقال طب مکمل به داخل نظام ملی سلامت، مقدمات آموزش طب مکمل و جایگزین برای دانشجویان و فارغ‌التحصیلان مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای رشته‌های پزشکی و ایجاد درکی منسجم از این حیطه طب آغاز شد. این فعالیت‌ها توسط انجمن پزشکی بریتانیا پیشنهاد شد و شورای پزشکان عمومی انگلستان و بنیاد طب جامع (Foundation for Integrated Medicine) آن را مورد حمایت قرار داد. یکی دیگر از اقدامات اولیه بنیاد پزشکی انگلستان، قانونمند کردن درمان‌های طب مکمل توسط پزشکان و غیرپزشکان آموزش دیده در این کشور بود. بنیاد طب جامع در سال ۲۰۰۰ میلادی با نام بنیاد طب جامع پرنس ولز (Prince of Wales's Foundation for Integrated Health) تولدی دوباره یافت.

دپارتمان سلامت بریتانیا متعاقب برنامه استراتژیک پنج ساله، کمیته‌ای منتخب از مجلس اعیان این کشور به سرپرستی Lord Walton تشکیل داد. طی مدت یک سال سند برنامه کاری قانونمند کردن و تحقیقات در زمینه طب مکمل و جایگزین را تدوین کرد. دپارتمان سلامت نیز سریعاً با پایه‌گذاری فرایند رسمی قانونمند کردن طب مکمل و جایگزین و برنامه‌ای برای فلوشیپ در مقطع دکترا و فوق دکترای طب مکمل به شکل کارآمدی به مواد این سند پاسخ داد. این فلوشیپ‌ها که توسط دپارتمان سلامت مدیریت می‌شد شامل فلوشیپ‌های دکترا و فوق دکترای اعطا شده در



سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۴ میلادی به دانشگاه‌هایی بود که از نظر داشتن ظرفیت حفظ و توسعه پژوهش‌های طب مکمل و جایگزین مورد ارزیابی قرار گرفته بودند.

در حال حاضر در ۱۴ دانشگاه انگلستان بیش از دو محقق تمام وقت یا نیمه‌وقت در تحقیقات طب مکمل و جایگزین مشغول فعالیت هستند. این موضوع منحصر به دانشکده‌های پزشکی نبوده و تحقیقات طب مکمل و جایگزین در دانشکده‌های پرستاری، فیزیوتراپی و دپارتمان‌های روانشناسی و علوم اجتماعی نیز در حال انجام است. حضور محققان متخصص در زمینه طب مکمل و جایگزین در دانشگاه‌های Exter, Leeds, Thames Valley, Westminster, Northampton و مثال‌های دیگری از اعتبار دانشگاهی طب مکمل و جایگزین هستند.

### کانادا

گروه‌های پژوهشی CAM کانادا، در اواخر دهه ۹۰ میلادی با حمایت‌های زیاد Health Canada (دپارتمان فدرال کانادا که مسئول حفظ و بهبود سلامت کانادا است) با سرمایه‌گذاری در برخی ابتکارات از طریق اداره محصولات طبیعی (NHPD) و شعبه استراتژی‌های منابع انسانی سلامت (HHRSD) شروع به رشد کرد. HHRSD مأمور شد تا گزارش جامعی از وضعیت CAM در کانادا و نقش آن در مراقبت‌های سلامت این کشور ارائه دهد. در سال ۱۹۹۹ میلادی طرح تأسیس انستیتو تحقیقات سلامت کانادا (CIHR) به‌عنوان آژانس اصلی مسئول برای سرمایه‌گذاری در پژوهش سلامت کانادا مطرح شد. این انستیتو به سرعت شکل گرفت و گروه بزرگی از محققان و Practitioner (درمانگرهای) طب مکمل و جایگزین برای اولین بار دور هم گرد آمدند تا پروپوزالی به‌منظور تأسیس دفتر کانادای مراقبت سلامت مکمل و جایگزین تحت حمایت مالی CIHR تهیه کنند. اگرچه این گروه موفق نشدند، ولی پایه‌های بررسی استراتژی‌های تحقیقات بعدی CAM در کانادا گذاشته شد. یکی از اولین اولویت‌هایی که این گروه تعریف کرده بود تشکیل هیئتی از محققان کارآموده و چیره‌دست برای تحقق نیازهای ویژه این حیطه بود.

در طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۲ میلادی چندین شبکه محلی و استانی راه‌اندازی شد و به دنبال آن شبکه بین‌رشته‌ای تحقیقات CAM کانادا (IN-CAM) توسعه یافت. IN-CAM با حمایت مالی NHPD، CIHR و انجمن تحقیقات فرآورده‌های طبیعی کانادا (NHPRSC) و پشتیبانی NHPD و شبکه غذاها و مواد پیشرفته (AFMnet) در سال ۲۰۰۳ میلادی شکل گرفت. تمرکز IN-CAM بر خدمات سلامت و سیاست‌گذاری پژوهش، همچنین تحقیقات روشمند و انتقال دانش (knowledge transfer) است.

در کانادا برنامه‌های آموزشی رسمی برای تحقیقات طب مکمل و جایگزین وجود ندارد. اما





دانشگاه‌های بسیاری در سراسر کانادا (مثل Montreal, Toronto, Edmonton, Calgary و Ottawa) به‌طور غیررسمی فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی در این زمینه انجام می‌دهند. این فعالیت‌ها با حضور حداقل یک محقق متخصص در رشته‌های مانند اپیدمیولوژی، جامعه‌شناسی، داروسازی و یک برنامه تحقیقاتی در زمینه طب مکمل و جایگزین شکل می‌گیرد. در ضمن مؤسسات خصوصی (مثل Hospital for Sick Children Foundation) نیز در حمایت مالی تحقیقات طب مکمل و جایگزین در کانادا نقش بسزایی دارند.

## آمریکا

مرکز ملی سرطان کشور آمریکا از دهه ۱۹۴۰ مطالعات خود را بر روی تأثیر طب مکمل و جایگزین در درمان سرطان آغاز کرد که براساس نتایج جالب تحقیقات انجام شده و سیاست این مرکز مطالعاتی برای گسترش مطالعات بر روی روش‌های جدید درمان براساس طب مکمل و جایگزین، مرکز مطالعات طب مکمل و جایگزین برای سرطان (OCCAM)<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۸ میلادی پایه‌گذاری شد. هدف از ایجاد این مرکز تحقیقاتی جهت‌دهی و ارتقای سطح تحقیقات در ارتباط با استفاده از CAM در درمان سرطان است. این تحقیقات استفاده از طب مکمل و جایگزین را در جلوگیری، تشخیص و درمان سرطان و همچنین درمان تأثیرات مخرب داروهای ضدسرطان را مورد بررسی قرار می‌دهد.

در سال ۲۰۰۵ میلادی، مرکز ملی سرطان کشور آمریکا مبلغ ۱۲۱ میلیون دلار را در جهت انجام تحقیقات در این زمینه اختصاص داده است که حدوداً ۴۰۰ پروژه در این رابطه را در بر می‌گیرد. حمایت‌های دانشگاهی از تحقیقات حوزه مراقبت‌های بهداشتی سلامت طب مکمل و جایگزین در آمریکا نیز همانند کانادا از حدود سال ۱۹۹۰ میلادی شروع شد. در سال ۱۹۹۲ میلادی کنگره ایالات متحده آمریکا دستور ایجاد «دفتر طب جایگزین» در انستیتوی ملی سلامت ایالات متحده آمریکا (NIH) را صادر کرد. این امر به دنبال یک پیمایش (survey) انجام شده توسط Eisenberg آغاز شد. در این مطالعه پیمایشی میزان بالای علاقه، شیوع مصرف و مقرون به صرفه بودن هزینه‌های طب مکمل و جایگزین طب CAM در جامعه آمریکا نشان داده شده بود. در سال ۱۹۹۳ میلادی دفتر طب جایگزین اولین گرانت پروژه‌های خارج سازمانی را اعطا کرد و دولت فدرال آمریکا توسط انستیتوی ملی سلامت برنامه‌هایی را به‌منظور تمرکز بر توسعه پژوهش‌های بین رشته‌ای طب مکمل و جایگزین در انستیتوهای دانشگاهی این کشور طراحی و تدوین کرد.

در سال ۱۹۹۹ میلادی حکم «دفتر طب جایگزین» به «مرکز ملی طب مکمل و جایگزین»



(NCCAM) در انستیتو ملی سلامت ارتقا یافت. بودجه NCCAM افزایش یافت و تا سال ۲۰۰۰ میلادی این رقم به مبلغ ۶۸/۴ میلیون دلار رسید. این مرکز با کمک بودجه‌های قابل توجه و قدرت اجرایی که در اختیارش قرار داده شده بود به انجام مسئولیت‌های محوله در امر آموزش و پژوهش پرداخت. این مرکز در سال ۲۰۰۵ میلادی بودجه‌ای معادل ۱۲۳ میلیون دلار و ۹۰ عضو فعال تمام وقت داشت. در حال حاضر این مرکز متولی حمایت‌های مالی و پشتیبانی تعداد بسیاری از فعالیت‌های تحقیقاتی CAM در ایالات متحده و خارج از آن است. NCCAM منبع جامعی از اطلاعات مبتنی بر پژوهش در زمینه CAM را در اینترنت ایجاد کرده است (CAM on PubMed). برگزاری دوره‌های فلوشیپ در پژوهش‌های CAM برای دانشجویان و فارغ‌التحصیلان از مقطع کارشناسی تا دکترا یکی دیگر از فعالیت‌های بی‌شمار این مرکز به‌منظور بسط و توسعه ظرفیت تحقیقات CAM و اثربخشی آن است.

تا اواخر دهه ۹۰ میلادی، تمرکز NCCAM بر فاز دوم و سوم کارآزمای‌های بالینی قرار داشت و بیشتر این فعالیت‌ها در مراکز علوم سلامت دانشگاهی و دانشکده‌های پزشکی انجام می‌گرفت. از سال ۲۰۰۰ میلادی مراکز دیگری با تمرکز بر توسعه بنیادی دانش در علوم انرژی/زمینه زیستی (biofield) تغذیه/مکمل‌های غذایی، گیاه‌شناسی و درمان‌های دستی (manipulative) نیز تأسیس شده‌اند. این مراکز عموماً به دنبال کارآزمای‌های بالینی گسترش یافته‌اند تا شامل پژوهش‌های علوم پایه و پیش‌بالینی باشند. امروزه تقریباً ۳۰ هسته تحقیقاتی طب مکمل و جایگزین در آمریکا شامل دانشگاه‌ها، مراکز پزشکی/نظام‌های ارائه مراقبت‌های سلامت و کنسرسیوم‌های پژوهشی/آموزشی طب مکمل و جایگزین که تحت حمایت مالی NCCAM هستند یا قبلاً بوده‌اند، فعالیت می‌کنند. متن برنامه استراتژیک پنج‌ساله NCCAM در سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۹ میلادی به روشنی بیانگر چشم‌انداز و مأموریت‌های این مرکز بر توسعه و حمایت از تحقیقات CAM در این کشور است. این مرکز در برنامه استراتژیک اولیه خود در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۵ میلادی نیاز به توجه و توسعه برنامه‌های آموزشی طب مکمل و جایگزین به‌منظور افزایش کمی، کیفی و اشتغال محققان طب مکمل و جایگزین CAM را مطرح کرده بود.

از طرف دیگر، در سال ۲۰۰۰ میلادی کاخ سفید، کمیسیون سیاست‌های طب مکمل و جایگزین کاخ سفید (WHCCAM) را تشکیل داد. این کمیسیون براساس حکم اجرای صادره در ۸ مارس ۲۰۰۰ میلادی موظف شد با توسعه یکسری توصیه‌های قانونی و اجرایی، کارایی طب جایگزین و مکمل را برای جامعه به حداکثر برساند. کمیسیون مذکور ۱۰ عضو دارد که شامل سناتورهای مجلس و متخصصین طب مکمل و جایگزین است. از گزارش نهایی این کمیسیون که در سال ۲۰۰۲ میلادی منتشر شده است در بخش توصیه‌های مجامع بین‌المللی گزارش حاضر استفاده شده است.



نتایج یک مطالعه پیمایشی که نگرش، مصرف و رفتار دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و هیئت علمی رشته‌های مختلف پزشکی را در خصوص جست‌وجوی اطلاعات طب مکمل و جایگزین در آمریکا بررسی کرده است بیانگر آن است که نگرش رزیدنت‌ها و دانشجویان پزشکی مشابه و مثبت است، ولی نگرش اعضای هیئت علمی در مقایسه با آنها بیشتر مثبت است. همچنین اعضای هیئت علمی از شیوه‌های طب مکمل و جایگزین بیشتر استفاده می‌کردند. نکته قابل توجهی که در این مطالعه مشخص شد آن است که نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به طب مکمل و جایگزین و استفاده از آن در طول سال اول تا سوم ثابت و مثبت باقی ماند در حالی که انتظار می‌رفت در این فاصله زمانی و در طی آموزش‌های بالینی پزشکی این موضوع بدتر شود. این مطالعه پیشنهاد کرد آموزش طب مکمل و جایگزین باید به سمت افزایش دانش دانشجویان و رزیدنت‌ها در خصوص شیوه‌های طب مکمل و جایگزین در دسترس جامعه، همچنین مهارت‌های دستیابی، نقد و تفسیر شواهد کاربرد طب مکمل و جایگزین به منظور توصیه مناسب به بیماران تغییر یابد.

## چین

طب سنتی چین (TCM) نام عمومی پزشکی ملیت‌های مختلف این کشور است که به‌طور عمده پزشکی‌های ملیت‌هایی از جمله، هان تبت، مغول و اویغور را شامل می‌شود. طب سوزنی بخش مهمی از پزشکی سنتی چین است، این بخش ابتدا فقط نوعی شیوه درمانی تلقی می‌شد و بعدها به‌تدریج توسعه یافت.

در طی سال‌های ۵۸۱ تا ۹۰۷ میلادی، طب سوزنی به یک مبحث تخصصی مبدل و در دفتر دولتی پزشکان ویژه امپراتور (ارگان آموزش پزشکی آن زمان) رشته تخصصی طب سوزنی دایر شد. سپس علم طب سوزنی به‌طور مستمر توسعه یافت. از قرن ۱۶ میلادی، طب سوزنی در اروپا گسترش و توسعه یافت. با این حال، در سلسله «چینگ»، اطباء به نقش داروها اهمیت داده و کمتر به طب سوزنی می‌پرداختند. این وضع تا اندازه‌ای مانع توسعه طب سوزنی شد.

پس از تأسیس جمهوری خلق چین در سال ۱۹۴۹ میلادی، طب سوزنی به‌طور گسترده توسعه یافت. در بیش از ۲۰۰۰ بیمارستان طب چینی که در حال حاضر در سراسر چین پراکنده‌اند، بخش طب سوزنی دایر شد.

دانشگاه طب سنتی چین پکن در سال ۱۹۵۶ میلادی تأسیس شده است. چین دارای ۱۵۶ دانشگاه علوم پزشکی و ۵۶ دانشگاه تخصصی طب سنتی است. در چین ۱۷۰ مرکز تحقیقات طب سنتی وجود دارد. سیستم خدمات بهداشتی-درمانی سنتی چین شامل ۵۲۵ هزار پزشک، ۸۳ هزار داروساز، ۲ هزار و پانصد بیمارستان با ۳۵ هزار تخت است.



دانشگاه طب چینی پکن در ۱۶ رشته، دانشجوی فوق لیسانس و ۱۵ رشته دانشجوی دکترا می‌پذیرد. در حال حاضر ۳۹۰ هزار دانشجو در زمینه طب سنتی در چین مشغول به تحصیل هستند و تاکنون ۱۳ هزار دانشجوی خارجی در رشته‌های مختلف طب سنتی چین از دانشگاه طب سنتی چین پکن فارغ‌التحصیل شده‌اند. دانشگاه طب سنتی چین، معتبرترین مرکز علمی این کشور در رشته طب سنتی است که در حال حاضر با ۴۰ دانشگاه از ۱۶ کشور جهان همکاری علمی دارد. سیستم آموزشی چین به درستی توانسته است از اساتید پیشکسوت طب سنتی چین بهره بگیرد. این اساتید هم‌اکنون که بیش از نیم قرن از آکادمیک شدن طب سنتی می‌گذرد در کنار فارغ‌التحصیلان آکادمیک این رشته در امر آموزش و پژوهش نقش بسزایی دارند. علی‌رغم عدم تسلط نسل قدیمی‌تر چین به زبان انگلیسی، چینی‌ها در انتقال و صدور طب سنتی چین به‌ویژه طب سوزنی به خارج از مرزهایشان بسیار موفق بوده‌اند. آمارها نشان می‌دهد، بیش از یک میلیون درمانگر در خارج از چین، از طب سوزنی برای تسکین دردهای مزمن استفاده می‌کنند که بیش از ۳۰۰ هزار نفر آنها پزشک هستند. در آمریکا بیش از ۱۱ هزار پزشک از طب سوزنی استفاده می‌کنند.

#### ۲-۴. چالش‌های پژوهش در طب سنتی / مکمل و جایگزین

ساختار و فلسفه طب، طب سنتی / طب مکمل و جایگزین با پزشکی رایج متفاوت است و هدفش نه تنها رهایی بیمار از علائم بیماری بلکه کمک به افراد است تا بتوانند با نگاهی جامع به سلامتی به خوددرمانی برسند. با توجه به طبیعت این نوع روش‌های درمانی، مشکلات و موانعی که در انجام مطالعات مرتبط با آن وجود داشته، همواره مورد بحث بوده است. یکی از سؤالاتی که درباره پژوهش در این حیطه مطرح می‌شود این است که چرا علی‌رغم محدود بودن منابع، بخش مهمی از آن به تکرار پژوهش‌های منتشر شده قبلی اختصاص می‌یابد. علت این است که مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده قبلی بیانگر آن است که در بیشتر موارد کاستی‌های چشمگیری در تمامی مراحل انجام آنها وجود داشته است. هدف ما در این نوشتار اشاره مختصر به مشکلات متدولوژیک پایه‌ای و رایج در مطالعات انجام شده در حیطه طب سنتی / طب مکمل و جایگزین و ارائه راه‌حل آن است.

#### مشکلات مرتبط با متدولوژی مطالعات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین: انواع روش‌های

درمانی موجود در طب سنتی / طب مکمل و جایگزین همگی در یک نکته مشترکند و آن استفاده از مداخلات پیچیده برای درمان است؛ مواردی مانند استفاده از داروهای گیاهی، تشخیص و درمان مبتنی بر فرد، تأکید بر توانایی ذاتی بدن برای بهبودی، درمان بیمار به‌عنوان یک کل با ارجاع به ویژگی‌های فیزیکی، ذهنی و روحی افراد. همین ویژگی مشترک زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات موجود در پژوهش‌های مرتبط با این شاخه از پزشکی می‌شود. مشکلات موجود در متدولوژی این



پژوهش‌ها را می‌توان به‌طور خلاصه در سه بخش بیان کرد: نمونه‌گیری، درمان و سنجش پاسخ. مشکلات مربوط به نمونه‌گیری از موارد زیر ناشی می‌شود:

۱. طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین در بطن سیستم بهداشتی قرار ندارد و هزینه تأمین درمان‌های آن بر سایر هزینه‌های پژوهش اضافه می‌شود.

۲. نتایج حاصل از مقایسه درمان بیماران با روش‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و رایج قابل تعمیم به یکدیگر نیست.

۳. افراد پیش از ورود به کارآزمای توقع رسیدن به درمان مطلوب را دارند و این بینش هنگام انجام کارآزمای بالینی در مرحله انتخاب تصادفی باید مورد توجه قرار گیرد.

۴. هدف طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین درمان علائم و ایجاد تعادل در کل بدن فرد است نه یک بیماری به‌طور خاص و طیف وسیع این علائم، پژوهشگر را دچار مشکل می‌کند و باید بیش از گروه‌های مختلف بیماری به گروه‌های مختلف علائم و مشکلات توجه کند. مشکلات موجود در رابطه با درمان شامل موارد زیر است:

۱. در طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین افراد براساس ویژگی‌های فردی خود تحت درمان قرار می‌گیرند و این رویکرد با استانداردسازی که در کارآزمای‌های بالینی معمول استفاده می‌شود، متناسب نیست.

۲. نقش درمانگر در روند درمان و ارتباط او با بیمار در این روش‌های درمانی سبب می‌شود تا در بسیاری از انواع کارآزمای‌های بالینی که لازم است درمانگر یا بیمار یا هر دو از نوع درمان بی‌خبر باشند، اختلال به‌وجود آید.

۳. انتخاب یک گروه کنترل به اندازه انتخاب گروه نمونه در این مطالعات دشوار است و باید با گروه کنترل که درمان‌های غیرواقعی دریافت می‌کنند با دقت بسیار رفتار شود.

۴. تشخیص اینکه چه جزئی در روند انجام درمان‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین مؤثر بوده و سبب بهبودی می‌شود، آسان نیست و معمولاً مطالعات جزئیات درمان را به‌طور محدود بررسی کرده و اطلاعات ناکافی نسبت به جزء مؤثر درمان ارائه می‌دهند.

آخرین مورد مشکلاتی است که پژوهشگر در زمینه سنجش پاسخ بیماران با آن روبه‌روست:

۱. بسیاری از پاسخ‌های بیماران بعد از دریافت درمان‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین مانند تغییرات روحی یا رشد شخصیت قابل اندازه‌گیری نبوده و ارزیابی این روش‌های درمانی را در مطالعات با مشکل مواجه می‌کند.

۲. فلسفه طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین مبتنی بر از بین رفتن تعادل در بدن و به طبع آن ایجاد بیماری است. درمان نیز هدفش ایجاد تغییراتی برای رسیدن به تعادل است. بنابراین پژوهش



باید به گونه‌ای طراحی شود تا این تغییرات را شناسایی کند.

۳. از آنجایی که بیشتر بیمارانی که به درمان‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین روی می‌آورند، از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند و این روش‌های درمانی نیز به برقراری بهبودی بلندمدت (و نه درمان قطعی) کمک می‌کنند، مطالعات در این زمینه باید براساس پیگیری بلندمدت بیماران طراحی شوند تا نتایج به‌دست آمده معنادار باشد.

۳. یک درمان در یک بیمار در زمان‌های مختلف و در بیماران مختلف بسیار متفاوت عمل می‌کند و ممکن است درمانی که در فردی در زمانی کوتاه به پاسخ ختم می‌شود، در فرد دیگر به زمان زیادی برای اثربخشی نیاز داشته باشد و این موضوع مقایسه روش‌های درمانی مختلف را دشوار می‌کند.

۴. بسیاری از بیماران به دلایل مختلف به پذیرش نقش بیمار عادت کرده، تلاشی برای رسیدن به بهبودی نمی‌کنند. این افراد باید در کارآزمای بالینی در گروه‌های مختلف به یک اندازه پخش شوند.

**رویکرد مناسب برای انجام یک طراحی صحیح در پژوهش: برای رسیدن به طراحی مطلوب**

در یک مطالعه در زمینه طب سنتی / طب مکمل و جایگزین سه رویکرد را می‌توان انتخاب کرد:

۱. در این مطالعات به هر سیستم از طب سنتی برای درمان یک بیماری خاص به صورت کل نگاه شود. به عنوان مثال، مطالعه‌ای طراحی شود که در آن دو سیستم مختلف از طب سنتی / طب مکمل و جایگزین (به عنوان نمونه هومیوپاتی و طب سنتی چین) برای درمان یک بیماری خاص مثلاً مشکلات مرتبط با مفصل فک در زنان با یکدیگر مقایسه شوند.

۲. طراحی مطالعه‌ای که در آن برای درمان یک بیماری از یک روش درمانی خاص از یک سیستم از طب سنتی / طب مکمل و جایگزین استفاده شود؛ برای مثال، طراحی یک کارآزمای بالینی برای بررسی اثر درمانی طب سوزنی در نقاطی که به طور خاص به درمان افسردگی اختصاص دارد و مقایسه آن با انجام طب سوزنی در سایر نقاط بدن.

۳. استفاده از یک مداخله خاص مثلاً طب گیاهی برای درمان یک بیماری خاص. این رویکرد بیش از موارد ذکر شده قبلی در مطالعات انجام شده در زمینه طب سنتی / طب مکمل و جایگزین استفاده می‌شود. اگرچه همه موارد ذکر شده برای طراحی کارآزمای بالینی استفاده می‌شوند، انجام مطالعات مشاهده‌ای دقیق و همه‌جانبه نیز به همان اندازه حائز اهمیت است.

در پایان می‌توان گفت که پژوهشگر با غلبه بر مشکلات ذکر شده، می‌تواند ارزیابی قابل اعتمادی از طب، طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در سطوح مختلف درمان ارائه دهد و یک جامعه پژوهشی مستعد این توانایی را دارد که اطلاعات مناسب و کافی در زمینه طب، طب سنتی / طب مکمل و جایگزین را برای جامعه و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی فراهم کند.



### ۳-۴. آموزش طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران

بنا به اظهارات دکتر عبدالله بهرامی، دبیر شورای آموزش طب سنتی و مکمل، ساماندهی احیای طب سنتی و مکمل از سال ۱۳۷۶ توسط ایشان شروع شده است. در سال ۱۳۸۱ دبیرخانه شورای آموزش طب سنتی و مکمل تشکیل شده و در سال ۱۳۸۲ تدوین برنامه کارشناسی ارشد طب سنتی ایران برای پزشکان عمومی در دستور کار قرار گرفته است. در آستانه سال ۱۳۸۳ شورای آموزش و پژوهش طب سنتی و مکمل به دستور وزیر بهداشت تشکیل شد. محور اصلی اهداف این شورا - متشکل از وزیر بهداشت و چهارتن از معاونین وزارتخانه (آموزشی، تحقیقات و فناوری، سلامت و غذا و دارو) و ۷ نفر از محققان و استادان مطلع در زمینه طب سنتی - پژوهش، مستندسازی و نهادینه کردن طب سنتی ایران، همچنین بهره‌گیری از شاخص‌های مختلف طب مکمل و ترویج فرهنگ استفاده از درمان‌های طبیعی عنوان شده است (که ظاهراً پس از چندین جلسه منحل شده است و دبیرخانه به فعالیت‌های آموزشی رسیدگی می‌کند). در سال ۱۳۸۶ نیز وزیر بهداشت، نسبت به انتصاب مشاور در امور طب سنتی، مکمل و گیاهان دارویی اقدام کرده است.

۲۰ دانشجوی ایرانی در حال تحصیل در رشته طب سنتی چین (Clinical PhD) در این کشور هستند که ۱۱ نفر آنها بورسیه وزارت بهداشت و بقیه با هزینه شخصی خود به تحصیل می‌پردازند. بنا به اظهار دبیر شورای آموزش طب سنتی و مکمل از مسئولان دانشگاه چین خواسته شده که برنامه آموزشی به‌گونه‌ای باشد تا بعد از ۴ سال دانشجویان ایرانی clinician شوند (دوره‌های این افراد پنج ساله است و آموزش‌های بالینی آنها به‌جای ۶ ماه، ۱/۵ ساله است)؛ یعنی دانشجویان باید قادر باشند از معلومات خود به‌درستی در بالین بیماران استفاده کنند و تنها یک محقق و دانشمند آزمایشگاهی نشوند. گرچه گزارش حاضر در این مورد به بررسی دقیق و همه‌جانبه نپرداخته است ولی به اعتقاد بسیاری از صاحب‌نظران، بورسیه تعدادی دانشجوی برای تحصیل در طب سنتی چین با توجه به تفاوت‌های بنیادی این طب با طب سنتی ایران نمی‌تواند کمک شایانی به نهادینه کردن طب سنتی ایران کند. به‌رحال پیشنهاد می‌شود معاونت آموزشی وزارت بهداشت نسبت به انجام مطالعه‌ای درخصوص هزینه-فایده این موضوع اقدام کند.

تنها آموزش رسمی در زمینه طب، سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران، دوره‌های تخصصی فارماکوتکونوزی (گیاهان دارویی) در دانشکده‌های داروسازی ایران و کارشناسی ارشد طب سنتی است. البته ضرورت تبدیل مقطع کارشناسی ارشد طب سنتی به PhD مورد پذیرش قرار گرفته است و در دستور کار شورای عالی برنامه‌ریزی برای تصویب است. همچنین رشته داروسازی سنتی در مقطع PhD که داروسازان عمومی می‌توانند در این دوره‌ها شرکت کنند نهایی شده و از مهرماه سال ۱۳۸۷ دانشجوی می‌پذیرد. رشته تاریخ پزشکی (با همکاری پژوهشکده تاریخ علم



دانشگاه تهران) نیز بنا به اظهارات مسئولان، مراحل نهایی تصویب را می‌گذرانند. افزون بر آن دبیرخانه شورای آموزش طب سنتی و مکمل راه‌اندازی مقطع کارشناسی ارشد در طب سوزنی، همیوپاتی و کایروپراکتیک را در دستور کار دارد. قابل ذکر است که شرکت در دوره‌های کارشناسی ارشد این رشته‌ها نیز همانند طب سنتی فقط برای پزشکان عمومی امکان‌پذیر است و سایر حرفه‌های پزشکی امکان ادامه تحصیل در این رشته‌ها را نخواهند داشت.

بنا به اظهارات آقای دکتر شمس اردکانی، رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه ع. پ تهران، پزشکی امری آیین‌مند است و شخصی که به حرفه پزشکی می‌پردازد باید صلاحیت این کار را داشته باشد. از همین رو، پزشکان وارد رشته طب سنتی ایران که باید آن را Traditional Iranian Medicine (TIM) نامید، شده‌اند. در کنار طب سنتی، نیازمند رشته‌هایی چون داروسازی سنتی، تغذیه، بهداشت و تندرستی براساس موازین و مفاهیم طب سنتی، پرستاری و بیماردراری طب سنتی و تاریخ پزشکی هستیم. ایشان در توضیح علل راه‌اندازی دانشکده طب سنتی اظهار داشتند، با توجه به کلاسیک شدن آموزش‌ها در تمام دنیا، آموزش طب سنتی نیز باید به صورت کلاسیک انجام شود تا پاسخگو باشد.

دوره‌های تخصصی فارماکونوزی که به‌عنوان یکی از تخصص‌های داروسازی به‌شمار می‌رود متخصصانی را تربیت می‌کند که در زمینه فراوری گیاهان، شیمی‌گیاهی، فرمولاسیون و فارماکولوژی گیاهان دارویی و داروهای گیاهی مهارت دارند. بنابراین به حوزه تولید داروی گیاهی مرتبط می‌شود. سابق بر این، درس گیاهان دارویی به‌عنوان یک کرسی مشخص برای دانشکده داروسازی، پزشکی، دندانپزشکی و بهداشت ارائه می‌شد و رئیس این کرسی هم در دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرحوم استاد دکتر گل‌گلاب بود. بعد کم‌کم این درس برای دانشجویان داروسازی ارائه شد و برای سایر رشته‌ها حذف شد. در سال‌های اخیر درسنامه فارماکولوژی در دانشکده‌های پزشکی دارای فصل داروهای گیاهی شده است. این درس‌نامه، ترجمه کتب فارماکولوژی پایه و بالینی کاتزونگ (Katzung) است.

رشته طب سنتی در اولین دوره (تاریخ برگزاری آزمون: خردادماه ۱۳۸۵) ۲۴ نفر از داوطلبان دوره دکترای عمومی در ۴ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، شاهد و علوم پزشکی شهید بهشتی را پذیرش کرد و این افراد از مهر ماه سال ۱۳۸۶ شروع به تحصیل کردند. بنا به اظهار دبیر شورای آموزش طب سنتی و مکمل، این تعداد در سال ۱۳۸۷ نیز ثابت باقی می‌مانند. اگرچه به اعتقاد ایشان بهتر بود دوره اول را با تعداد دانشجوی کمتر و در ۳ دانشگاه شروع می‌کردند؛ چرا که در حال حاضر امکانات و پتانسیل آموزشی در این رشته محدود است. از طرف دیگر بنا به اظهارات رئیس دانشکده طب سنتی، اگر ما اعتقاد داشته باشیم ۳۰ درصد درمان‌های ارائه شده در کشور توسط





طب سنتی قابل انجام است باید ۳۰ درصد پزشکان در این رشته آموزش ببینند که با این روند موجود، چندین ده سال زمان نیاز دارد. ضرورت ارائه چند واحد درسی در مورد طب سنتی در دوره پزشکی عمومی نیز کاملاً روشن به نظر می‌رسد.

وزارت بهداشت، تدوین کتاب درسی پزشکی در فرهنگ و تمدن اسلام و ایران را در سال ۱۳۸۶ به گروه طب اسلامی و طب سنتی فرهنگستان علوم پزشکی سفارش داد. این کتاب قرار است در پنج بخش مقدمه، مبانی طب سنتی، بیماری‌ها، نوآوری‌های پزشکی اسلام و ایران، گیاهان دارویی تدوین شود.

در ضمن، دبیرخانه شورای آموزش طب سنتی به منظور افزایش دسترسی منابع اصیل طب سنتی، ۹۵ کتاب و منبع طب سنتی را از دی‌ماه ۱۳۸۶ تاکنون تهیه و تکثیر کرده و به کتابخانه دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی ارسال کرده است و این کار همچنان ادامه دارد.

در حال حاضر اکثر افراد فعال در نظام بهداشتی-درمانی با حیطه‌های مختلف طب سنتی/مکمل و جایگزین ناآشنا هستند و شاید بتوان گفت آموزش و اطلاع‌رسانی علمی رسمی در این حیطه و در حرفه پزشکی منحصر به اطلاعات ارائه شده در دوره‌های بازآموزی آن هم عموماً در حیطه طب گیاهی است. البته تبلیغات شرکت‌های دارویی گیاهی که در مقایسه با سایر شرکت‌های داروسازی چندان فعال هم نیستند را نیز می‌توان به این اطلاع‌رسانی اضافه کرد. ضمن اینکه کتاب‌های متنوعی در حیطه طب سنتی/مکمل و جایگزین در بازار نشر ایران موجود است که در برخی موارد از پشتوانه علمی مناسبی برخوردار نیستند و برای افراد ناآگاه تشخیص سره از ناسره چندان ساده نیست.

برخی از مراکز و مؤسسات در ایران به آموزش‌های آزاد طب سنتی/طب مکمل و جایگزین می‌پردازند. در این میان گروهی از مراکز و مؤسسات توسط اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی زیر نظر وزارت بهداشت، وزارت علوم یا وزارت جهاد کشاورزی فعالیت می‌کنند، درحالی‌که برخی دیگر صرفاً با مجوز وزارت ارشاد (به‌عنوان مؤسسه فرهنگی، هنری و آموزشی) در این حیطه فعال هستند. جالب‌تر آنکه برخی از مؤسسات یا حتی افراد، خود را نماینده دانشگاه‌ها، مراکز یا مؤسسات بین‌المللی یا خارجی معرفی کرده و مدارکی با همین مضمون نیز به شرکت‌کنندگان دوره‌های آموزشی خود اعطا می‌کنند. دوره‌های آموزشی برخی از حیطه‌ها همانند طب انرژی، ریکی، علوم متافیزیک و ... به دلیل حساسیت‌هایی که به سبب ادعاهای درمانی افراد فاقد صلاحیت در جامعه ایجاد شده است به‌طور معمول در مکان‌های ناشناس برگزار می‌شود و افراد آموزش‌دیده نیز به‌طور نامحسوس و حتی در برخی موارد بدون هیچ‌گونه انتظار مادی به درمان بیماران می‌پردازند.



این گزارش اگرچه قادر به ارائه مشخصات همه مؤسسات فعال در زمینه آموزش این طب نبوده (به دلیل کاملاً واضح فقدان بانک اطلاعاتی یا مرکز اعتباربخشی این مؤسسات)، ولی سعی کردیم تا در ادامه به نمونه‌های از این مراکز و آموزش‌های آنها اشاره داشته باشیم. شناسایی و جمع‌آوری اطلاعات مراکز از طریق جست‌وجوی اینترنتی و در مورد انجمن‌ها به روش پرسشنامه‌ای صورت گرفته است.

**انجمن تحقیقات طب سنتی ایران:** از سال ۱۳۷۹ فعالیت‌های مستمری را در جهت آموزش طب سنتی ایران به صورت آزاد و فوق برنامه با همکاری اساتید و دانشگاه‌های مختلف آغاز کرده است که شامل:

(الف) آموزش کلیات و موارد کاربردی طب سنتی برای عموم جامعه در چند فرهنگسرای تهران (به درخواست شهرداری تهران و جهاد دانشگاهی)،

(ب) دوره آموزش مقدمات طب سنتی ایران برای دانشجویان (به درخواست اداره فوق برنامه دانشگاه ع. پ تهران)،

(ج) آموزش مقدمات طب سنتی ایران برای گروه علوم پزشکی (به درخواست جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه ع. پ تهران)،

(د) دوره آموزش مقدمات طب سنتی ایران برای عموم جامعه و نیز جامعه عطاران (بنا به درخواست انجمن ترویج گیاهان دارویی)،

(ه) همکاری با مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه شاهد در برگزاری چند دوره کلاس‌های آموزش مقدمات طب سنتی ایران در دانشکده داروسازی دانشگاه ع. پ تهران)،

(و) همکاری با مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه شاهد و شرکت دارویی باریج اسانس در برگزاری چند دوره کلاس‌های طب گیاهی همچنین آموزش مقدمات طب سنتی ایران (در بیمارستان بقیه‌الله)،

(ز) همکاری با دانشگاه شاهد در برگزاری دوره‌های تئوری و عملی فشرده آموزش مقدمات طب سنتی ایران برای پزشکان بورسیه طب سنتی چین (به درخواست معاونت آموزشی دانشگاه ع. پ مشهد در مشهد و تهران)؛ همکاری با دانشگاه شاهد در برگزاری دوره آموزش مقدمات طب سنتی ایران برای اساتید، محققین و دانشجویان دانشکده داروسازی دانشگاه ع. پ شیراز؛ همکاری با دانشگاه شاهد در برگزاری دوره عمومی آموزش مقدمات طب سنتی ایران؛ دوره تئوری و عملی طب سوزنی در مرکز رشد استعدادهای درخشان دانشگاه ع. پ تهران؛ دوره فشرده تئوری و عملی ماساژ درمانی سوئدی در دو مرحله مقدماتی و تکمیلی با حضور استاد بین‌المللی در دانشگاه ع. پ تهران؛ دوره مقدمات طب سنتی ایران با همکاری جهاد دانشگاه ع. پ تهران؛ همکاری با دانشگاه



شاهد در برگزاری دوره متوسطه طب سنتی ایران در دانشگاه شاهد؛ دوره مقدمات طب سنتی ایران در دانشگاه ع. پ تهران در پاییز ۱۳۸۶؛ دوره آموزش آیورودا (طب سنتی هند) با حضور استاد بین‌المللی در مرکز رشد استعدادهای درخشان دانشگاه ع. پ تهران؛ دوره مبانی هومیوپاتی در مرکز رشد استعدادهای درخشان دانشگاه ع. پ تهران (زمستان ۱۳۸۶)؛ دوره آموزشی تکمیلی طب سنتی ایران در دانشگاه ع. پ تهران به مدت ۶ هفته (سال ۱۳۸۶)

قابل ذکر است که بررسی فعالیت‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه طب سنتی با توجه به فعالیت‌های این دانشگاه در توانمندسازی اساتید و علاقمندان این رشته در طی جلسات منظم علمی و مهم‌تر از آن تأسیس دانشکده طب سنتی (برای اولین بار در ایران)، توجه مسئولان این دانشگاه به ضرورت پرداختن به این موضوع را تأیید می‌کند.

**مؤسسه تحقیقات حجامت ایران:** ۱۲۳ دوره آشنایی با حجامت و طب سنتی در طول ۲۰ سال گذشته (هر دوره ۱۰۰ ساعت و حدود ۳۵ نفر شرکت‌کننده)؛ دوره آشنایی با مبانی طب سنتی ایران در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۶ با همکاری دانشگاه تهران و دانشکده دامپزشکی (هر دوره ۲۰۰ ساعت و حدود ۲۵۰ نفر شرکت‌کننده)؛ برنامه‌ریزی برای برگزاری ۳ دوره آموزش دوره کامل طب سنتی ایران در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۷ با همکاری آکادمی طب کل‌نگر ارمنستان و دانشگاه طب سنتی ارمنستان (هر دوره ۵۲۰ ساعت در طی ۶ ماه و حدود ۴۵ نفر شرکت‌کننده).

**پژوهشکده گیاهان دارویی جهاد دانشگاهی** دارای دوره‌های آموزشی تخصصی کوتاه‌مدت متعدد از جمله:

(الف) آشنایی با گیاهان دارویی و داروهای گیاهی (مکاتبه‌ای)،

(ب) آموزش مبانی کاربرد گیاهان دارویی در درمان بیماری‌ها،

(ج) تکنولوژی تولیدات گلخانه‌ای،

(د) آشنایی با روش‌های تکثیر، کاشت، داشت و برداشت گیاهان دارویی است. همچنین فصلنامه گیاهان دارویی این پژوهشکده در شماره ۲۳ خود (تابستان ۱۳۸۶) یک مقاله برای کسب امتیاز بازآموزی درج کرده است که طبق مجوز اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت (آموزش مداوم خودآموزی ویژه پزشکان عمومی و داروسازان) دارای ۱/۵ امتیاز خودآموزی است. این فصلنامه در نظر دارد در شماره‌های آتی آن نیز حاوی یک مقاله بازآموزی باشد.

**دفتر آموزش‌های آزاد دانشگاه تهران:** دوره‌های مختلف علوم کل‌نگر همانند هومیوپاتی، طب سنتی/اسلامی، رفلکسولوژی، فنگ‌شوی و... را برگزار می‌کند.

**واحد علوم دارویی دانشگاه آزاد اسلامی:** سلسله سخنرانی‌های عمومی و تخصصی



هومیوپاتی به صورت دوره‌های مدون را از سال ۱۳۷۹ تاکنون برگزار می‌کند.

**دانشگاه علوم پزشکی ایران/ گروه علمی بسیج دانشجویی:** برنامه آموزشی طب هومیوپاتی کلاسیک را از سال ۱۳۸۱ تاکنون در دوره‌های مجزا برای الف) پزشکان و دانشجویان پزشکی (در قالب کارشناسی ارشد، دکترای تخصصی و فوق دکترای هومیوپاتی) و ب) فارغ‌التحصیلان رشته‌های پیراپزشکی و غیرپزشکی (در قالب دیپلما، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) برگزار می‌کند. بنا به اظهار مدرس این دوره‌ها (دکتر کامران جلالی) گواهینامه این دوره‌ها توسط دانشگاه بین‌المللی برکلی ([www.berkeleyuniversity.us](http://www.berkeleyuniversity.us)) صادر می‌شود.

**مؤسسه احیای طب طبیعی** (تأسیس: سال ۱۳۷۹ در قم) از واحدهای مختلفی از جمله آموزش تشکیل شده است. واحد آموزش در دو سطح مقدماتی و تکمیلی به سه گروه حوزویان، پزشکان و عطرها آموزش می‌دهد. واحدهای تحقیق و تألیف، دارو و درمان، کتابخانه تخصصی طب سنتی، هرپاریوم و انجمن احیاگران طب طبیعی از دیگر بخش‌های این مؤسسه است.

**مؤسسه فرهنگی - آموزشی صبح حضور:** این مؤسسه با هدف گسترش علوم کل‌نگر در سال ۱۳۸۳ از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی مجوز فعالیت خود را دریافت کرد و دوره‌های طب سوزنی و هومیوپاتی برگزار می‌کند.

**کلینیک طب مکمل و جایگزین بیمارستان میلاد:** برگزاری اولین دوره‌های دانشگاهی FCAM (مبانی طب مکمل - جایگزین) در دانشگاه تهران (بهار ۱۳۸۰) و دانشگاه شهید بهشتی (پاییز ۱۳۸۰) که حداقل ۶ دوره تاکنون برگزار شده و برگزاری دوره‌های دانشگاهی MT (فنون ذهنی) در دانشگاه‌های مذکور را در کارنامه خود دارد.

درخصوص سایر حیطه‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین همانند یوگا، ریکی، کارونا ریکی، تایشی، فنک‌شوی و مراقبه مؤسسات آزاد متعددی در امر آموزش فعال هستند که جمع‌آوری اطلاعات آنها با توجه به عدم نظارت و اعتباربخشی مؤسسات و موضوعات مذکور از عهده این گزارش خارج بود. در قسمت ۵-۱ این گزارش، اطلاعات مربوط به انجمن‌ها آمده است.

راه‌اندازی و ارتقای آموزش طب سنتی/ مکمل و جایگزین در ایران یکی از موضوعاتی است که نیازمند توجه جدی و تسریع امور مرتبط با آن است. از جمله مواردی که می‌توان به آن اشاره کرد گسترش رشته‌های این حیطه، افزایش تعداد دانشجویان و تخصصی شدن آموزش است. ذاکر صالحی با در نظر داشتن تحولاتی که هم‌اکنون در قلمرو آموزش به‌ویژه آموزش عالی مطرح است پیشنهاداتی را به بهانه راه‌اندازی دوره‌های مصوب کارشناسی ارشد طب سنتی مطرح کرده است که ذکر آن خالی از فایده نباشد:



در برنامه‌ریزی آموزشی سه قلمرو اصلی مورد توجه برنامه‌ریزان است؛ الف) جامعه و نیازهای آن، ب) یادگیرندگان و نیاز ایشان، ج) دانش روز. دوره‌های تحصیلات تکمیلی طب سنتی با توجه متوازن به هر سه این منابع می‌تواند پویایی و بالندگی مستمر خود را حفظ کند.

پیشنهاد می‌شود در آموزش طب سنتی بیش از آنکه به یک دوره آموزش‌های کلاسیک و واحدی متکی بر محفوظات تأکید شود بر خلق یک فضای یادگیری مبتنی بر مدیریت تجارب یادگیری و آموزش مستمر فراگیران تکیه شود. مسلماً قصد مؤسسان محترم این دوره‌ها نیز اعطای مدرک کارشناسی ارشد به تعدادی از فعالان عرصه طب سنتی نبوده است. اما استحاله تدریجی این دوره در بوروکراسی آموزشی موجود و انحراف آن از اهداف بلند اولیه نیز مخاطره‌ای است که نباید به سادگی از کنار آن گذشت.

این دوره‌ها با سرمایه فرهنگی گرانباری که خلق خواهد کرد می‌تواند به سمت تأسیس یک «شبکه هوشمند دانش» در حوزه طب سنتی ایران پیش رود. ارکان و عناصر این شبکه عبارتند از کلاس درس، استادان تجربی، استادان آکادمیک، درمانگاه‌های طب سنتی، آزمایشگاه‌ها، داروسازان و مراکز دارویی، کتابخانه‌ها و سایت‌های دیجیتالی طب سنتی، مروجان طب سنتی و ... تعامل فعال کنش‌گران این شبکه هوشمند دانش منجر به هم‌افزایی علمی، به روز شدن این حوزه علمی و تبدیل شدن فعالیت‌ها و جزایر پراکنده به یک نیروی اجتماعی است. نیروی اجتماعی که حمایت از دانش طب سنتی را تضمین کند.

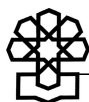
خطر تئوری‌زدگی و خطر عمل‌زدگی صرف، پیوسته این جریان علمی را تهدید می‌کند. ایجاد دیالکتیک بین نظریه و عمل (praxis) وضعیت مطلوبی است که می‌بایست مجریان این دوره‌ها، برای نیل به آن مراقبت‌ها و پایش لازم را به عمل آورند.

انعطاف در برنامه‌های درسی، بازخورد منظم تجارب دوره اول و اصلاح و تکمیل مستمر برنامه‌های درسی تا رسیدن به یک برنامه درسی کارآمد می‌بایست مدنظر قرار گیرد.

امروزه برنامه‌های درسی جامع، گسترده و متراکم کارایی خود را از دست داده است. از این‌رو طراحی برنامه درسی پاسخگو که به مسئله «مهارت» در کنار «دانش‌افزایی» توجه کافی داشته باشد، توصیه می‌شود.

مراقبت لازم از کیفیت ورودی دوره‌ها، شرط اساسی برای تضمین کیفیت این آموزش‌هاست. ورودی‌های ضعیف و فاقد انگیزه‌های علمی و اجتماعی، این دوره‌ها را به کانون صدور مدرک تنزل خواهد داد. جذب مستعدترین‌ها به‌عنوان یک راهبرد توصیه می‌شود.

مستندسازی علمی حرکت مبارکی است که مدتی است آغاز شده است. در فرایند دوره‌های آموزشی طب سنتی به‌ویژه در مقاطع پایان‌نامه نویسی همچنین کارآموزی می‌توان این فرایند را



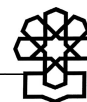
سرعت و عمق بخشیده از این طریق دانش ضمنی (Tacit knowledge) را به دانش آشکار تبدیل کرد. این دوره‌ها در عین حال که جنبه عرضه طب سنتی را تأمین می‌کند باید در جهت ایجاد «کشش تقاضا» نیز مؤثر باشند. اطلاع‌رسانی و ترویج با بهره‌گیری از مطبوعات و صدا و سیما، حمایت مالی از نشریات طب سنتی، توسعه کلینیک‌های تخصصی بخش خصوصی، ایجاد مطلوبیت بیشتر در داروها و بسته‌بندی آنها و ده‌ها فعالیت دیگر در کنار این دوره‌ها می‌تواند در شمار تأثیرات و کارکردهای پنهان (latent functions) آن تلقی شود.

توجه ویژه به «تحقیقات دانشجویی» راهبردی است که هم‌اکنون از سوی دانشگاه‌های معتبر پزشکی جهان دنبال می‌شود. تحقیقات دانشجویی در طب سنتی به دلیل جنبه‌های تجربی و تنوع و پراکندگی تجارب بالینی در زوایای جامعه و شهر و روستاهای ایران، معنا و ضرورت مضاعفی خواهد داشت.

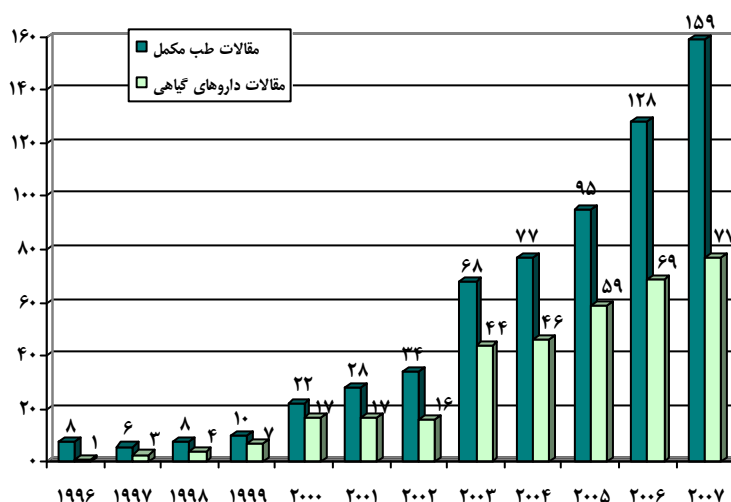
#### ۴-۴. پژوهش در طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران

دکتر شمس اردکانی رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه ع. پ. تهران در خصوص ضرورت پژوهش در طب سنتی اظهار می‌دارد: «عمده مسائل مطروحه در طب سنتی باید یا براساس شواهد و تجربیات باشد و یا بر مبنای پژوهش و تحقیق، رازی نیز به این مسئله در کتب خود به خوبی اشاره کرده است». به اعتقاد ایشان، پژوهش نقش زیادی در احیای طب سنتی و نیز توسعه و پیشرفت کشور دارد.

پژوهش در حیطه طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران به دلایل مختلف که برخی از آنها با چالش‌های سایر کشورها مشابه است از نظر کمی و کیفی در شرایط مطلوبی بسر نمی‌برد. روند انتشار مقالات طب مکمل و جایگزین و همچنین مقالات داروهای گیاهی ایران در پایگاه اطلاعاتی CAM on PubMed در طی ۱۰ سال اخیر با جست‌وجوی مقالات ایرانی در پایگاه اطلاعاتی Medline/PubMed (با ایجاد محدودیت موضوعی به CAM) مورد آنالیز قرار گرفت که نتایج آن در شکل ۴-۱ نشان داده شده است. این در حالی است که تعداد کل مقالات بیومدیکال ایرانی پایگاه اطلاعاتی PubMed در سال‌های ۲۰۰۵ لغایت ۲۰۰۷ به ترتیب ۱۷۱۹، ۲۴۶ و ۳۲۳۸ مقاله است. به بیان دیگر در ۳ سال اخیر سهم مقالات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین از مقالات بیومدیکال ایرانی PubMed به‌طور متوسط فقط ۵ درصد است.



شکل ۱-۴. روند انتشار مقالات طب مکمل و جایگزین و همچنین مقالات داروهای گیاهی ایران در پایگاه اطلاعاتی CAM on PubMed (۱۹۹۶ - ۲۰۰۷ میلادی)



تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود در بانک اطلاعات محققان علوم دارویی (حاوی کارنامه تحقیقاتی (CV) اعضای هیئت علمی دانشکده‌های داروسازی کشور) که به‌منظور تعیین وضعیت تحقیقات علوم دارویی در ایران در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت، نشان داد در میان ۲۳۸۳ مقاله که در ۱۰ حیطه اصلی طبقه‌بندی شده بودند موضوع فارماکونوزی (گیاهان دارویی) با ۵۲۵ مقاله پس از موضوع فارماکولوژی در مقام دوم حیطه‌های پژوهشی قرار دارد. این در حالی است که اکثر پژوهش‌های فارماکونوزی (۴۱۳ مورد) مربوط به فیتوشیمی و ۱۹۷ مورد آنها در زمینه فارماکولوژی گیاهان داروی است. بررسی جزئی‌تر مقالات پژوهشی مذکور نشان داد ۱۸۹ مورد از مقالات فیتوشیمی (معادل ۴۶ درصد) صرفاً به آنالیز اسانس گیاهان دارویی اختصاص دارد که این نوع مقالات از نظر پژوهشی جایگاه مناسبی ندارند.

در حال حاضر دو شبکه ملی در زمینه تحقیقات گیاهان داروی و یک شبکه تحقیقات طب سنتی در کشور فعالیت می‌کنند و معاون علمی و فنی ریاست جمهوری نیز در اسفندماه سال ۱۳۸۶ دو حوزه گیاهان دارویی و طب ایرانی را جزو اولویت‌های فناوری کشور اعلام کرده است. شبکه‌های تحقیقاتی مذکور عبارتند از:

**شبکه تحقیقات گیاهان دارویی** که در سال ۱۳۷۹ - ۱۳۸۱ زیر نظر معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت شروع به فعالیت کرد و پیگیری‌های مصرانه گزارش حاضر برای دریافت فعالیت‌های این شبکه با توجه به عدم اطلاع‌رسانی این موضوع از طریق پایگاه اینترنتی آن (mprn. II) بی‌نتیجه ماند. لازم به ذکر است که پایگاه اینترنتی این شبکه درخصوص اخبار و اطلاع‌رسانی عمومی نسبتاً فعال است، ولی از فعالیت‌های این شبکه در زمینه شبکه‌مند کردن تحقیقات این رشته و



تحقق اهداف برنامه راهبردی آن، هیچ گزارشی موجود نیست.

**شبکه ملی پژوهش و فناوری گیاهان دارویی (mpnet. ir):** مجمع شورای شبکه در سال ۱۳۸۳ با دعوت دفتر امور پژوهشی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری با حضور نمایندگان از واحدهای پژوهشی مختلف (دانشگاهها، مؤسسه‌ها و مراکز تحقیقاتی) تشکیل شد و در نهایت شبکه با انتخاب ۵ مرکز پژوهشی به‌عنوان اعضای اصلی حقیقی و دو عضو علی‌البدل، رسماً فعالیت خود را آغاز کرد. اعضای شورای راهبردی شبکه عبارتند از: مؤسسه تحقیقات جنگل‌ها و مراتع کشور (دبیر شبکه)، پژوهشکده گیاهان دارویی جهاد دانشگاهی (با مسئولیت سایت اینترنت)، پژوهشکده گیاهان و مواد اولیه دارویی دانشگاه شهید بهشتی (با مسئولیت امور بین‌الملل)، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه شاهد (با مسئولیت امور مالی)، پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری (با مسئولیت تشکیل کمیته‌های تخصصی)، اعضای علی‌البدل: مرکز تحقیقات اسانس دانشگاه کاشان و سازمان پژوهش‌های علمی و صنعتی ایران. فعالیت‌های این شبکه نیز در پایگاه اینترنتی آن گزارش نشده است. پایگاه اینترنتی این شبکه نیز همانند شبکه تحقیقات گیاهان دارویی صرفاً به ارائه اخبار، اساسنامه، اهداف و ... پرداخته است و اطلاعات مربوط به فعالیت‌های آن در زمینه شبکه‌مند کردن پژوهش و فناوری ارائه نشده است.

**شبکه تحقیقات طب سنتی** که در سال ۱۳۸۵ زیر نظر معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت شروع به فعالیت کرد. محل دبیرخانه این شبکه در مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران است و بنا به اطلاعات جمع‌آوری شده در این گزارش به‌تازگی نسخه‌ای از برنامه راهبردی این شبکه برای نظرخواهی صاحب‌نظران ارسال شده است. این شبکه فاقد پایگاه اینترنتی است و مسئولان آن عملکرد تفکیک شده‌ای از مؤسسه مذکور را برای درج در این گزارش ارائه ندادند.

مراکز تحقیقاتی مصوب وزارت بهداشت (شورای گسترش دانشگاه‌ها) در این زمینه عبارتند از: مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران (تاریخ تصویب: اسفند ۱۳۷۸)، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی جهاد دانشگاهی (تاریخ تصویب: ۱۳۸۰)، مرکز تحقیقات طب سنتی و مفردات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (تاریخ تصویب: ۱۳۸۱)، مرکز تحقیقات شیمی دارویی و گیاهی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (تاریخ تصویب: ۱۳۸۱)، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه علوم پزشکی تهران (تاریخ تصویب: اسفند ۱۳۸۳)، مرکز تحقیقات فارماکولوژی گیاهان دارویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (تاریخ تصویب: ۱۳۸۳)، مرکز تحقیقات داروهای گیاهی دانشگاه علوم پزشکی لرستان (تاریخ تصویب: ۱۳۸۵)، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (تاریخ تصویب: ۱۳۸۶).





سایر مراکز و مؤسسات تحقیقاتی شامل مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مازندران (تأسیس: سال ۱۳۷۶)، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشکده علوم کشاورزی دانشگاه شاهد (تأسیس: سال ۱۳۸۰)، مرکز تحقیقات طب اسلامی امام صادق (ع) (تأسیس: مهرماه ۱۳۷۸ درحوزه علمیه قم)، مؤسسه تحقیقات حجامت ایران (تأسیس: ۱۳۶۹) و ... لازم به ذکر است که مرکز تحقیقات علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی (ihsr ac. ir) نیز تحقیقات ارزشمندی را به خصوص در زمینه آگاهی، نگرش و رفتار مردم همچون پزشکان انجام داده است که گزارش حاضر نیز از آنها بهره برده است.

به اعتقاد آذین و همکاران تشکیل مراکز و مؤسسات تحقیقاتی اگرچه خود گامی به جلو است ولی پرواضح است که نتایج کار آنها به شدت مستعد انواع خطا و ..... مختلف است. در صورتی که تأثیرات مثبت این روش‌ها برپایه شواهد علمی، قابل قبول به نظر برسد دانشگاه‌ها خود می‌توانند زمینه را جهت آموزش کلاسیک و استاندارد برخی از این مکاتب آماده کنند و تنها در این صورت است که می‌توان اصول نظارتی را جهت تعیین صلاحیت پزشکان و ارزیابی عملکرد آنها تدوین کرد.

در ایران تاکنون مرکز رشد واحدهای فناوری در حیطه طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین با مجوز وزارت بهداشت راه‌اندازی نشده است. اگرچه وزیر محترم بهداشت در نیمه دوم سال ۱۳۸۶ از راه‌اندازی ۳ مرکز رشد گیاهان دارویی در کشور خبر داد، ولی بررسی‌های گزارش حاضر بیانگر آن است که تاکنون فقط تقاضای راه‌اندازی یک مرکز رشد گیاهان دارویی جهاد دانشگاهی (اسفندماه سال ۱۳۸۶) در این زمینه به وزارت بهداشت واصل شده است و تصویب آن (در صورت موافقت کمیته تخصصی فناوری وزارت) حداقل به خردادماه سال جاری موکول می‌شود، به تصویب معاونت فناوری وزارت علوم رسیده است.

گزارش حاضر، دو انجمن تحقیقاتی را نیز در این راستا شناسایی کرده است که عبارتند از:

**انجمن تحقیقات طب سنتی ایران و کانون پزشکی سنتی و مکمل:** فعالیت خود را از سال ۱۳۷۸ به‌عنوان یکی از زیرمجموعه‌های معاونت فرهنگی جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط عده‌ای از دانشجویان دانشکده پزشکی این دانشگاه آغاز کرد. با توسعه اهداف و بازبینی حیطه‌های کاری و به‌منظور حفظ استقلال گروه از پاییز سال ۱۳۸۲ تحت عنوان «گروه تحقیقات طب سنتی ایران» به‌عنوان یکی از گروه‌های پژوهشی مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان (وابسته به معاونت پژوهشی) و نیز «انجمن علمی دانشجوی طب مکمل» به‌عنوان اولین انجمن علمی - دانشجویی دانشگاه وابسته به معاونت دانشجوی فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌کار خود ادامه داد. در سال ۱۳۸۵ به دنبال تأسیس مرکز رشد استعدادهای درخشان در این دانشگاه، گروه تحقیقات طب سنتی ایران به «انجمن تحقیقات طب سنتی ایران» (وابسته به این مرکز) تبدیل شد. در



سال ۱۳۸۶ نیز انجمن طب مکمل به «کانون پزشکی سنتی و مکمل» تغییر نام داد. برگزاری دوره‌های آموزشی، جمع‌آوری منابع (۲۵۶ عنوان کتاب، ۳۰ عنوان جزوه، ۳۰ عنوان لوح فشرده، ۳۰ عنوان فیلم ویدیویی و نوار کاست، ۱۰۰ نمونه گیاه دارویی)، ترجمه و تدوین کتب، انجام طرح‌ها و پروژه‌های مرتبط (انجام بیش از ۵۰ مطالعه مروری) و تشکیل پایگاه‌های اطلاعاتی از جمله فعالیت‌های این انجمن و کانون است.

**انجمن تحقیق و توسعه گیاهان دارویی و معطر ایران:** تشکیلی غیردولتی و غیرانتفاعی است که با اهداف کمک به توسعه و بهبود تحقیقات، حفظ تنوع زیستی و مطالعه و گردآوری دانش بومی در زمینه گیاهان دارویی در ایران و با همکاری مجموعه‌ای از محققین در زمینه‌های مختلف تخصصی از قبیل اکولوژی و فیزیولوژی گیاهان زراعی، بیوشیمی گیاهی، بیوتکنولوژی، گیاه‌شناسی و داروسازی تأسیس شده است. این انجمن دارای ۴ واحد گیاه‌شناسی، واحد کشاورزی، واحد شیمی آلی و واحد داروسازی است.

همان‌طور که اشاره شد سه شبکه تحقیقاتی و هشت مرکز تحقیقاتی مصوب در زمینه طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین در ایران فعالیت می‌کنند که با توجه به فعال نبودن پایگاه‌های اینترنتی اکثر آنها و در برخی موارد نیز عدم اطلاع‌رسانی آنها در زمینه دانش تولید شده و تحقیقات انجام گرفته، گزارش حاضر نتوانست به ارزیابی عملکرد آنها بپردازد. اگرچه به نظر می‌رسد فعالیت سه شبکه در کشور که دو مورد آنها کاملاً در یک حیطه فعالیت می‌کنند و دیگری نیز با آنها همپوشانی دارد، در هیچ شرایطی هزینه - اثربخش نخواهد بود.

لازم به یادآوری است که گروه تخصصی- پژوهشی طب مکمل و جایگزین مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور از زمستان سال ۱۳۸۲ فعالیت‌هایی را به‌منظور بسترسازی و سازمان‌دهی امور پژوهشی درمان‌های مکمل و جایگزین در سطح ملی آغاز کرد. از جمله این فعالیت‌ها می‌توان جمع‌آوری اطلاعات مراکز تحقیقاتی، انجمن‌ها و متخصصان رشته‌های مربوطه و مستندات ملی و بین‌المللی را نام برد. حال آنکه پیرو انحلال مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور - در مهرماه سال ۱۳۸۴ - تمامی فعالیت‌های انجام شده به فراموشی سپرده شد و مراحل بعدی برنامه‌های پیش‌بینی شده در این گروه متوقف ماند.

#### ۴-۵. توصیه‌های مجامع بین‌المللی

##### ۱-۴-۵. توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت خلاصه‌ای از نیازهای اساسی برای انجام تحقیقات در زمینه تضمین ایمنی، اثربخشی و کیفیت مطلوب ارائه خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین را به شرح زیر اعلام کرده است:



زمینه‌های اولویت‌دار در تحقیقات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین
● تأثیرات هر روش درمان به‌طور مجزا از نظر: ایمنی، اثربخشی و مقوله هزینه - اثربخشی
● تحقیقات در زمینه سازوکار اثر روش‌های مختلف درمانی شامل الگوهای پاسخ به درمان
● در زمینه خود طب سنتی / طب مکمل و جایگزین به‌خصوص در مورد علل افزایش علاقه مردم به آن و الگوهای استفاده از آن
● یافتن استراتژی‌های جدید انجام تحقیقات در زمینه TM که مناسب‌تر از روش‌های قدیمی باشند
● مؤثر بودن روش‌های تشخیص بیماری و تأثیرات استفاده از طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در سیستم بهداشت و درمان

## ۲-۵-۴. توصیه‌های کمیسیون سیاست‌های طب مکمل و جایگزین کاخ سفید آمریکا (WHCCAM)

آموزش و تربیت درمانگرهای طب مکمل و جایگزین و طب رایج می‌بایست به‌نحوی طراحی شود تا ایمنی عموم، بهبود سلامتی و افزایش دسترسی به درمانگرهای مجرب و آشنا با طب مکمل و جایگزین و طب رایج تضمین شود و همکاری بین این دو گروه تقویت شود.

آژانس‌های فدرال می‌بایست از حمایت مالی بیشتری برای انجام تحقیقات بالینی، پایه و خدمات سلامت در زمینه طب مکمل و جایگزین برخوردار شوند.

کنگره و وزارت بهداشت می‌بایست انگیزه‌های قانونی و اجرایی را برای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در زمینه تحقیقات بر روی محصولات طب مکمل و جایگزین فراهم کنند که دارای حق انحصاری نباشد.

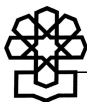
بخش‌های فدرال، خصوصی و غیرانتفاعی می‌بایست از کیفیت و رویکردهای تحقیقاتی در زمینه طب مکمل و جایگزین که به‌منظور بهبود مراقبت شخصی و رفتارهای ارتقای سلامت طراحی شده‌اند، حمایت کنند.

بخش‌های فدرال، خصوصی و غیرانتفاعی می‌بایست از نوآوری‌های تحقیقاتی در زمینه سؤالات بنیادین مطرح شده توسط طب مکمل و جایگزین در محدوده مطالعات علمی که می‌تواند موجب ارتقای درک ما از سلامت و بیماری شود، حمایت کنند.

محققان فعال در تحقیقات طب مکمل و جایگزین می‌بایست اطمینان دهند که افراد شرکت‌کننده در مطالعات بالینی از حمایت‌های یکسانی که نیازمند تحقیقات پزشکی رایج می‌باشد، برخوردار نیستند.

افزایش تلاش به‌منظور تقویت گفت‌وگو بین کاربران طب مکمل و جایگزین و طب رایج، محققان، انستیتوهای تحقیقاتی، مراقبت سلامت و آژانس‌های نظارتی، بخش‌های غیرانتفاعی، انتفاعی و عموم مردم.

افزایش منابع خصوصی و عمومی به‌منظور تقویت زیرساخت تحقیقات طب مکمل و جایگزین و آموزش تحقیقات در انستیتوهای طب رایج و در راستای توسعه محققان علوم پایه، بالینی و



به منظور برقراری و به روز کردن مرورهای نظام‌مند (سیستماتیک) هم‌تایان (peer-reviewed) در زمینه ایمنی، کارایی و هزینه - اثربخش بودن درمان‌ها و محصولات طب مکمل و جایگزین.

## فصل پنجم - بررسی وضعیت ارائه و عرضه اطلاعات در مورد شیوه‌های طبابت و فراورده‌های مربوط به طب سنتی و مکمل در ایران

### ۵-۱. ارائه و عرضه اطلاعات در مورد شیوه‌های طبابت و فراورده‌های طب سنتی / طب

#### مکمل و جایگزین در ایران

در کشورهای توسعه‌یافته، امکان دسترسی به اطلاعات در زمینه درمان‌ها و محصولات طب مکمل و جایگزین از طریق اینترنت، کتابخانه‌های عمومی و اطلاعات ارائه شده توسط سازمان‌های خصوصی و دولتی فعال در این زمینه برای عموم مردم فراهم می‌آید.

NCCAM به‌عنوان بخش مسئول در زمینه تمامی فعالیت‌های طب مکمل و جایگزین در ایالات متحده آمریکا بر قابل اعتماد بودن، مفید بودن و قابل دسترس بودن اطلاعات برای عموم نظارت دارد. این نهاد با ایجاد استانداردهای برای معرفی کیفیت و صحت این محصولات و درمان‌ها، سبب گسترش مصرف صحیح طب مکمل و جایگزین در جامعه می‌شود. قابل دسترس بودن اطلاعات صحیح در زمینه خطرات و فواید بالقوه و استفاده مناسب از محصولات طب مکمل و جایگزین باعث افزایش آگاهی جامعه و انتخاب آگاهانه‌تر نسبت به درمان‌ها و محصولات طب مکمل و جایگزین می‌شود.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ میلادی کتابی تحت عنوان «دستورالعمل‌های توسعه اطلاعات مصرف‌کنندگان در استفاده صحیح از طب سنتی، جایگزین و مکمل» به شکل مدون منتشر کرده است. در این کتاب با هدف افزایش اطلاعات مصرف‌کنندگان طب سنتی / طب مکمل و جایگزین کشورهای عضو را به رعایت مطالب ذکر شده در این کتاب دعوت کرده است. در حال حاضر این دستورالعمل‌ها در بسیاری از کشورهای WHO اجرا شده‌اند.

در حال حاضر در ایران، اطلاع‌رسانی در زمینه درمان‌ها و محصولات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین به شکلی بسیار پراکنده صورت می‌گیرد و از آنجایی که سیستم نظارتی و رعایت استانداردهای خاصی در این امر وجود ندارد، این مطالب می‌تواند طیفی از اطلاعات نادرست و جهت داده شده تا اطلاعاتی صحیح و مناسب برای مصرف‌کننده را دربر بگیرد. حال آنکه اطلاع‌رسانی به پزشکان در این مورد خیلی ضروری است، چرا که پزشک در سیستم درمان کشور فعال است و اگر اطلاعات لازم را داشته باشد بنا به ضرورت و نیاز از هر یک از روش‌های



درمانی طب آلوپاتیک و طب سنتی یا به صورت مخلوطی از هر دو استفاده خواهد کرد. مطالعه‌ای که با حضور ۳۳۹ نفر از پزشکان عمومی تهران درخصوص بررسی اطلاعات، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی شهر تهران درخصوص روش‌های طب تکمیلی انجام شده بیانگر آن است که اطلاعات پزشکان درخصوص اغلب روش‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین (به جز برخی روش‌های متداول تر مثل حجامت) بنا به اظهار خودشان بسیار محدود است و این آگاهی با بیشتر بودن سن رابطه معکوس دارد. با وجود فقدان اطلاعات قابل توجه، تمایل به یادگیری در اکثر روش‌ها بسیار بالا بوده است که متأسفانه در مورد اغلب آنها (به جز مواردی معدود) این تمایل به ویژه از طرف نظام آموزشی رسمی کشور از جمله دانشگاه‌ها بدون پاسخ مانده است.

به نظر می‌رسد آموزش پزشکی که در حال حاضر در سیستم بهداشت و درمان کار می‌کنند، به صورت برگزاری دوره‌های کوتاه مدت و بلندمدت آموزش طب سنتی بتواند به عنوان برنامه کوتاه مدت در ارائه خدمات این روش مؤثر باشد. این دوره‌ها باید در سراسر کشور برگزار شود و در تهران متمرکز نشود تا حتی پزشکی که در دورترین شهرهای این کشور در حال فعالیت است از این دوره‌ها بی بهره نماند. البته در بلندمدت باید سیستم آموزشی طراحی شود که پاسخگو باشد.

دکتر شمس اردکانی، رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه ع. پ. تهران اظهار می‌دارد: «طب سنتی از معدود رشته‌های به جا مانده از قدیم است که بیشترین مکتوبات را دارد. هزاران منبع طب سنتی داریم که نیازمندیم به زبان روز درآید تا برای دانشجویان رشته‌های طب سنتی و سایر پزشکان و محققان قابل استفاده باشد. سازوکار آن نیز تاکنون انجام شده است مانند: کتاب‌های تحفه حکیم مؤمن، ذخیره خوارزمشاهی، الحاوی و مخزن الادویه».

گروه طب اسلامی و طب سنتی فرهنگستان علوم پزشکی در زمینه ترجمه و بازنویسی کتاب‌های طب سنتی ایران از سال‌ها پیش اقداماتی را انجام داده است که از آن جمله می‌توان به بازنویسی و تحشیه کتاب ذخیره خوارزمشاهی و ترجمه کتاب الحاوی رازی اشاره کرد.

در سال‌های اخیر به دنبال چاپ مقالاتی در مجلات علمی همچنین با اطلاع‌رسانی برخی مراکز و افراد فعال در زمینه درمان‌ها و محصولات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین تا حدودی آشنایی فعالان عرصه بهداشت و درمان و مردم (به شکلی نامناسب یا مناسب) با این درمان‌ها و محصولات صورت گرفته است. از آنجایی که تاکنون نشریات (تخصصی و عمومی) فعال در این حیطه جمع‌بندی و معرفی نشده‌اند گزارش حاضر اقدام به جمع‌آوری اطلاعات این نشریات کرده است.

در حال حاضر نشریات دارای مجوز وزارت ارشاد که در حیطه‌های مختلف طب سنتی/ طب

مکمل و جایگزین فعالیت می‌کنند عبارتند از:

**طب گیاهی و طب سنتی:** فصلنامه‌های «گیاهان دارویی» (۲۳ شماره از زمستان ۱۳۸۰ تاکنون)



و «تحقیقات گیاهان دارویی و معطر ایران» (۳۷ شماره از سال ۱۳۷۷ تاکنون) با رتبه علمی-پژوهشی و «عطارنامه» (۷ شماره از سال ۱۳۸۴ تاکنون).

**طب سنتی و طب مکمل:** فصلنامه‌های «درمانگر» (۱۶ شماره از سال ۱۳۸۳ تاکنون) و فصلنامه طب کل‌نگر (۱۴ شماره تاکنون).

**یوگا:** دوماهنامه «دانش یوگا» (۲۹ شماره از سال ۱۳۸۱ تاکنون) و فصلنامه «یوگا پیام مهر» (۳۰ شماره از سال ۱۳۷۹ تاکنون).

**مکمل‌های غذایی:** فصلنامه «علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران» (۷ شماره از تابستان ۱۳۸۵ تاکنون) با رتبه علمی-پژوهشی، ماهنامه «دنیای تغذیه» (۷۱ شماره از اردیبهشت ۱۳۸۱ تاکنون)، فصلنامه «دانش تغذیه» (۵ شماره از سال ۱۳۸۵ تاکنون) و ماهنامه «تغذیه و سلامتی» (۵۹ شماره از سال ۱۳۸۲ تاکنون).

انتشار فصلنامه طب سنتی اسلام و ایران نیز در سال ۱۳۸۶ در دستور کار گروه طب اسلامی و طب سنتی فرهنگستان علوم پزشکی قرار گرفته است.

اداره داروهای طبیعی معاونت غذا و دارویی وزارت بهداشت نیز دو طرح «طراحی و اجرای بازآموزی جهت معرفی داروهای گیاهی» و «فرهنگ‌سازی و آموزش الکترونیک فراورده‌های گیاهی: فاز اول» را در دست اقدام دارد.

در زمینه اطلاع‌رسانی عمومی نیز شکاف‌های زیادی به‌خصوص در مورد طب سنتی و طب گیاهی که شیوه رایج طب سنتی/طب مکمل و جایگزین در ایران است مشاهده می‌شود. به‌طوری‌که عمده اطلاعات ارائه شده در این زمینه به عموم مردم از طریق نشریات (روزنامه‌ها، مجلات و غیره) است و در بسیاری از موارد مطالب و مقالات ارائه شده در این نشریات خود با استناد به کتب عمومی موجود در بازار ارائه می‌شود. کتب موجود در بازار هم به‌جز در موارد معدود یا توسط مترجمان (فاقد تجربه و دانش این طب) یا افراد فاقد دانش آکادمیک (در اغلب موارد با اهداف تجاری) به رشته تحریر درآمده است؛ بنابراین عموم مردم از دستیابی به اطلاعات روا و پایا در زمینه طب سنتی و طب گیاهی محروم هستند.

امروزه بازار مکمل‌های غذایی در ایران نیز همانند سایر کشورها داغ است و مشتریان می‌توانند از جدیدترین انواع خوراکی‌ها، غذاهای غنی شده و مکمل‌های رژیمی-غذایی استفاده کنند، ولی متخصصان باید ضمن ارزیابی این فراورده‌ها، اطلاعات جدید و صحیحی را در اختیار مصرف‌کنندگان قرار دهند. مکمل‌های غذایی موجود در ایران به‌طور معمول برای کامل کردن رژیم غذایی مورد استفاده قرار می‌گیرند و به اشکال قرص، کپسول، ژل نرم، کپسول ژلاتینی، مایع پودر در دسترس هستند. ضوابط جدید در مورد برچسب مکمل‌ها و ادعای فواید آنها، برای ارائه



کمک به مصرف‌کنندگان در اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه، بیشتر احساس می‌شود. آنچه که در مورد مکمل‌های غذایی می‌بایست به اطلاع عموم رسانده شود لزوم مصرف این فراورده‌ها صرفاً جهت تأمین و تکمیل مواد و عناصر مورد نیاز بدن و تأکید بر این نکته که بهترین روش کسب مواد مغذی جهت بهبود وضعیت و سلامتی و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، استفاده از انواع غذاهاست. با وجود آنکه ماده (۳۹) «ضوابط ساخت، ورود و عرضه مکمل‌های رژیمی - غذایی» معرفی و ارائه اطلاعات درخصوص مکمل‌های رژیمی - غذایی در سطح کشور را منوط به اجازه وزارت بهداشت نموده است، اما پایگاه‌های اینترنتی و شبکه‌های ماهواره‌ای به‌عنوان پایگاه‌های اطلاع‌رسانی آزاد و بدون نظارت (یا شاید بهتر بگوییم امکان نظارت) به ارائه اطلاعاتی غیرعلمی و با جنبه تجاری می‌پردازند.

برخی از پایگاه‌های اطلاع‌رسانی اینترنتی نسبتاً پویا (dynamic) که به اطلاع‌رسانی درخصوص طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین می‌پردازند، در ادامه آمده است. اگرچه گزارش حاضر فقط به معرفی آنها پرداخته است و ارزیابی آنها مطابق با معیارهای استاندارد پایگاه‌های اینترنتی، خود مطالعه دیگری را می‌طلبد.

درگاه طب مکمل و جایگزین ایران (گروه طب مکمل بیمارستان میلاد با همکاری دانشگاه شهید بهشتی و شورای عالی اطلاع‌رسانی): cam. ir؛ انجمن درمانگران ایران iranhealers.com؛ شبکه تحقیقات گیاهان دارویی mprn.ir؛ شبکه ملی پژوهش و فناوری گیاهان دارویی: mpnet.ir؛ پژوهشکده گیاهان دارویی جهاد دانشگاهی: imp.ac.ir؛ انجمن تحقیقات طب سنتی ایران: tim.ir؛ مؤسسه حکمت سرای طوبی (طب و بهداشت اسلامی) touba.ir؛ هومیوپاتی minutus.com؛ دادرمانی doadarmani.com؛ طب قرآنی tebbeghorani.com؛ مؤسسه تحقیقات حجامت ایران .hejamat.ir؛ مجمع پژوهشگران و احیاگران طب اسلامی: tebbeeslami.com؛ مؤسسه فرهنگی- آموزشی صبح حضور hamdardteb.org؛ گروه ایران متافیزیک gim.ir.

در این میان تعدادی وبلاگ نیز مشغول ارائه اطلاعات هستند که بررسی روایی و پایایی این اطلاعات خود تحقیق جداگانه‌ای می‌طلبد. برای مثال وبلاگ گیاهان سحرآمیز sehsramiz.blogfa.com؛ وبلاگ گیاهان دارویی plant.mihanblog.com؛ گیاهان دارویی و معطر ایران mdplant.blogfa.com؛ دارویی طبیعت (وبلاگ تخصصی گیاهان دارویی) ostadrooyesh.blogfa.com؛ وبلاگ تغذیه برتر fakouchaki.blogfa.com؛ رازهای زیست biology51.blogfa.com؛ وبلاگ اختصاصی دکتر هاشم‌بیگی drhashembeigi.blogfa.com؛ طب سنتی دکتر رحمت سخنی sahand2726.parsiblog.com؛ وبلاگ هیپنوتیزم hipnoz.mihanblog.com؛ متافیزیک reikienergy.blogfa.com؛ ریکی و انرژی metaphysics.parsiblog.com؛ بابونه (وبلاگ



تخصصی هومیوپاتی) (babooone.blogspot.com

گزارش حاضر به منظور دستیابی به مشخصات انجمن‌هایی که در زمینه طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین فعالیت می‌کنند با اداره سازمان‌های مردم‌نهاد مکاتبه نمود و خواستار دریافت فهرست انجمن‌های مرتبط با پزشکی و بهداشت شد (با توجه به گستردگی و احتمال ناشناخته بودن برخی موضوعات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین حیطة و کلاس اصلی بهداشت و پزشکی را مد نظر قرار دادیم) و پس از ۳ ماه پیگیری پاسخی به این مضمون دریافت کرد که هیچ‌گونه انجمنی در زمینه بهداشت پزشکی در بانک اطلاعاتی این اداره موجود نیست. از همین رو بر آن شدیم که به روش‌های دیگر، مشخصات اولیه این انجمن‌ها را به دست آورده و وضعیت آنها را مورد بررسی قرار دهیم. آنچه در این گزارش در خصوص انجمن‌های فعال در این زمینه آمده، حاصل جست‌وجو و پیگیری‌های همکاران ما به روش سال‌های قبل از اختراع ابزارهای سامان‌دهی اطلاعات است. شاید بتوان این روش را به نوعی مشابه یکی از روش‌های نمونه‌گیری کیفی به نام روش اتنوبالینگ یا گلوله برفی دانست.

**انجمن علمی کایروپراکتیک ایران (Irca. ir):** این انجمن با مجوز وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۲ فعالیت می‌کند. تعداد اعضای آن نامشخص و شرط عضویت آن، دارا بودن مدرک دکترا در رشته کایروپراکتیک است. کنفرانس‌های علمی ماهیانه تنها فعالیت آموزشی موجود در این انجمن است که پنجشنبه‌های آخر هر ماه برگزار می‌شود. انجمن کایروپراکتیک از طریق پایگاه اینترنتی، صدا و سیما، نشریات به ارائه و عرضه اطلاعات در مورد کایروپراکتیک می‌پردازد. انجمن، فعالیت پژوهشی ندارد و متخصصان این حیطة در ایران به درمان مشکلات ستون فقرات به روش‌های کایروپراکتیک می‌پردازند.

**انجمن هومیوپاتی ایران (homeopathyiran.org):** انجمن هومیوپاتی ایران در سال ۱۳۸۱ با اخذ مجوز از وزارت کشور تأسیس شده است. انجمن هومیوپاتی عضو مجمع بین‌المللی پزشکان هومیوپات یا LMHI است، LMHI در سال ۱۹۲۵ تأسیس شده و مورد تأیید و رجوع سازمان جهانی بهداشت است و بیش از ۷۰ کشور جهان عضو رسمی این مجمع هستند. تعداد اعضای رسمی آن ۲۱۰ نفر و شامل پزشکان عمومی و متخصص (با شرط گذراندن دوره دوساله هومیوپاتی) است. دندان‌پزشکان، داروسازان، دامپزشکان و پیراپزشکان از اعضای افتخاری انجمن هستند که تعداد آنها ۲۵۰ نفر است. این انجمن با برگزاری سمینارهای ۲-۴ ساعته با عنوان آشنایی با هومیوپاتی برای عموم در فرهنگسراهای شهرداری به امر اطلاع‌رسانی برای عامه مردم می‌پردازد و در خصوص آموزش‌های تخصصی نیز موارد زیر را در کارنامه خود دارد:

۱. دوره آموزش هومیوپاتی برای گروه پزشکی از سال ۱۳۸۲ تاکنون (۵ گروه تاکنون)





فارغ التحصیل شده‌اند). این دوره با همکاری و هدایت علمی انجمن و توسط آموزش‌های آزاد دانشگاه تهران برگزار می‌شود.

۲. دوره آموزش هومیوپاتی برای گروه پزشکی که توسط بسیج دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران و با همکاری و هدایت علمی انجمن از سال ۱۳۸۵ برگزار می‌شود.

۳. برگزاری سلسله سمینارهای ماهیانه بازآموزی هومیوپاتی برای اعضای انجمن از سال ۱۳۸۲ (تعداد شرکت‌کنندگان در هر سمینار حدود ۱۰۰ نفر)

۴. هماهنگی با انجمن پزشکان عمومی و سازمان نظام پزشکی شیراز برای برگزاری دوره دوساله هومیوپاتی برای پزشکان از خردادماه ۱۳۸۷ (در حال ثبت‌نام).

ارائه و عرضه اطلاعات این انجمن از طریق پایگاه اینترنتی انجمن، مجلات علمی پژوهشی، مجامع عمومی (فرهنگسراها) انجام می‌شود. انجمن هومیوپاتی در زمینه‌های پژوهشی نیز فعال است و تاکنون دو مقاله نمایه شده در PubMed را منتشر کرده است. این انجمن رأساً کلینیک ارائه خدمات پزشکی ندارد، ولی مسئولان آن اذعان می‌دارند که اکثر اعضای رسمی انجمن در مطب‌های شخصی خود به ارائه درمان‌های هومیوپاتی می‌پردازند.

**انجمن یوگای ایران:** این انجمن یکی از ۲۳ انجمن فدراسیون ورزش‌های همگانی است که مجوز آن را سازمان تربیت بدنی صادر کرده است. مسئولان این انجمن در ارائه فعالیت‌های خود با گزارش حاضر همکاری نکرد. یوگا در استان فارس و مشهد نیز انجمن دارد که اطلاعات پایگاه‌های اطلاع‌رسانی آنها بدین شرح است:

**انجمن مشهد یوگا:**<sup>۱</sup> در سال ۱۳۸۰ با برپایی اولین همایش استانی که میزبان رئیس انجمن یوگای کشور بود، شکل واقعی به خودش گرفت. همایش‌های برگزار شده توسط این انجمن عبارتند از: سه همایش یوگا: ۱۸ آبان ماه ۱۳۸۰ (۱۰۰۰ نفر شرکت کننده)، ۱۰ خرداد ماه ۱۳۸۱ و ۲۴ مهرماه ۱۳۸۱.

همایش یوگا و مدیتیشن: ۱۸ اردیبهشت ماه ۱۳۸۲.

همایش یوگا و آرامش: اول آبان ماه ۱۳۸۲.

همایش آشنایی با یوگا: ۲۷ اردیبهشت ماه ۱۳۸۳.

چهارمین کنگره کشوری یوگا: ۸ و ۹ مردادماه ۱۳۸۳ (۱۷۰۰ نفر شرکت کننده).

همایش سلامتی با یوگا: ۲۹ اردیبهشت ماه ۱۳۸۴.

**انجمن یوگای استان فارس:**<sup>۲</sup> از سوم بهمن ماه ۱۳۷۸ به صورت رسمی فعالیت خود را آغاز کرد. پس از تأسیس این انجمن مجموعه‌های متنوع و متمرکزی از جمله مرکز پژوهش‌های طب

1. Mashadyoga.com

2. Farsyoga.com



حاشیه (در محل دانشکده پزشکی وابسته به جهاد دانشگاهی دانشکده پزشکی)، انجمن یوگا، معاونت فرهنگی جهاد دانشگاهی استان فارس، تعاونی تحقیقات و خدمات رسانه اندیشه، مرکز پژوهش‌های ذهن - بدن، مدرسه یوگا وابسته به رسانه اندیشه، انجمن علم یوگا دانشگاه شیراز وابسته به مرکز ورزش درمانی و تحقیقات علوم ورزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، شکل گرفت. از فعالیت‌های این انجمن، برگزاری همایش‌ها و سمینارهای مختلف با حضور بیش از ۱۳۰۰۰ نفر، کارگاه‌های آموزشی با حضور بیش از ۲۵۰ نفر و اردوهای تفریحی - آموزشی با شرکت بیش از ۱۵۰۰ نفر و موارد زیر را می‌توان نام برد:

- برگزاری اولین کنگره سراسری یوگا در ۲۱-۲۲ اردیبهشت ماه ۱۳۸۰- شیراز.
- همکار اصلی در برگزاری اولین کنگره بین‌المللی یوگا در ۲۴-۲۵ اردیبهشت ماه ۱۳۸۱- شیراز.
- مشارکت در برگزاری اولین نمایشگاه اطلاع‌رسانی یوگا به میزبانی انجمن یوگا ایران و مرکز توسعه توان‌های فردی.

**انجمن هیپنوتیزم پزشکی ایران:** این انجمن مصوب کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ است و شرط عضویت آن دارندگان مدرک پزشکی است. البته شرکت در دوره‌های آموزشی این انجمن برای همه افرادی که پروانه‌ای از وزارت بهداشت برای کارهای درمانی دارند، امکان‌پذیر است. تعداد اعضای این انجمن حدود ۵۰۰۰ نفر است. دوره‌های آموزش هیپنوتیزم مقدماتی و پیشرفته را برگزار می‌کند. نشریه انجمن هیپنوتیزم بالینی ایران را منتشر می‌کند و از طریق مجلات علمی - پژوهشی و نشریات به ارائه اطلاع‌رسانی می‌پردازد.

**انجمن گیاهان دارویی ایران:**<sup>۱</sup> این انجمن در تاریخ ۱۳۸۴/۶/۲۳ با اخذ مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری فعالیت خود را آغاز کرده است. این انجمن به منظور گسترش و پیشبرد و ارتقای علم و توسعه کمی و کیفی نیروهای متخصص و بهبود بخشیدن به امور آموزشی و پژوهشی در زمینه‌های مربوطه تشکیل شده است و موضوع فعالیت آن، هماهنگی در جهت انجام تحقیقات علمی در سطح ملی و بین‌المللی در زمینه گیاهان دارویی و داروهای گیاهی همکاری با ارگان‌های اجرایی علمی و پژوهشی در زمینه ارزیابی و بازنگری طرح‌ها و برنامه‌های مربوطه به امور آموزش و پژوهش در ارتباط با موضوع فعالیت انجمن، ترغیب تشویق پژوهشگران و تجلیل از محققان و استادان ممتاز، ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی، تشکیل گردهمایی علمی در سطح ملی - منطقه‌ای و بین‌المللی، انتشار کتب و نشریات علمی (در قالب بولتن داخلی) و ترویج فرهنگ استفاده از گیاهان دارویی و داروهای گیاهی است. ۲۳۵ نفر (۱۴۷ نفر وابسته و ۸۸ نفر غیروابسته) عضو این انجمن هستند.



**انجمن طب سوزنی ایران:** این انجمن با اخذ مجوز از وزارت بهداشت در حال شکل‌گیری مجدد است (با توجه به تغییر قوانین پذیرش مدارک متخصصان این رشته و منوط کردن آن به دارا بودن مدرک تحصیلی آکادمیک طب سوزنی در طی بیش از ۲ سال). شرط عضویت در این انجمن برای پزشکان، دارا بودن تحصیلات آکادمیک طب سوزنی بیش از ۲ سال و در مورد غیرپزشکان، دارا بودن تحصیلات آکادمیک طب سوزنی بیش از ۴ سال است.

**انجمن طب مکمل ایران:** این انجمن با اخذ مجوز از کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی وزارت بهداشت در حال شکل‌گیری است.

**مؤسسه تحقیقات حجامت ایران:**<sup>۱</sup> با وجود دارا بودن نام مؤسسه به‌عنوان انجمن نیز فعالیت می‌کند. در سال ۱۳۶۹ تأسیس شده و در سال ۱۳۷۷ مجوز گرفته است. حدود ۳۴۰۰ پزشک و ۵۵ ماما عضو آن هستند. شرایط عضویت آن دارا بودن پروانه مطب، شرکت در دوره‌های آموزشی سالانه مؤسسه و حضور در طرح‌های تحقیقاتی است. دوره‌های آموزشی آن در قسمت‌های قبل اشاره شده است. پایگاه اینترنتی مؤسسه، صدا و سیما، مجامع عمومی (فرهنگسراها)، مجلات علمی - پژوهشی، نشریات، کارت ویزیت و برگزاری کلاس‌های آموزشی مواردی است که این مؤسسه طبق اظهار مدیر عامل آن به ارائه و عرضه اطلاعات در مورد حجامت می‌پردازد. با فصلنامه طب کل‌نگر و با دانشگاه‌های تهران و شاهد در زمینه طرح‌های تحقیقاتی همکاری می‌کنند. تاکنون حدود ۲۰ مقاله ایرانی و خارجی در مجلات داخل و خارج توسط این مؤسسه منتشر شده است؛ اگرچه بنا به اظهار مدیرعامل آن تاکنون کارهای علمی بیشتر به‌صورت بسترسازی و آماده‌سازی اعضا بوده است و در حال حاضر ۵۴۶ عنوان موضوع تحقیقاتی را معین کرده‌اند تا به‌صورت مدون از امسال (۱۳۸۷) به پژوهش در مورد آنها بپردازند. این مؤسسه علاوه بر اینکه رأساً به ارائه خدمات بالینی در زمینه طب سنتی و حجامت می‌پردازد، اظهار دارد که مجموعه پزشکان عضو نیز در مطب‌ها و درمانگاه‌های خود به این موضوع اشتغال دارند و گزارش‌های کار خود را به مؤسسه ارائه می‌دهند. این مؤسسه با گردآوری آمار ارائه خدمات اعضای آن، پوشش درمانی حجامت را تا آخر سال ۱۳۸۵ ۵ میلیون مورد (براساس پرونده‌های بیماران و لیوان‌های حجامت (برای هر فرد یک لیوان به‌کار می‌رود)) اعلام می‌کند.

در راستای شناسایی انجمن‌های مرتبط متوجه شدیم برخی از انجمن‌ها به‌دلیل عدم توانایی در کسب مجوز منحل شده‌اند همانند انجمن ترویج گیاهان دارویی که از سال ۱۳۷۸ فعالیتش را آغاز کرده و در سال ۱۳۸۳ حدود ۳۰۰ نفر عضو داشته است. این انجمن با همکاری انجمن‌های علمی

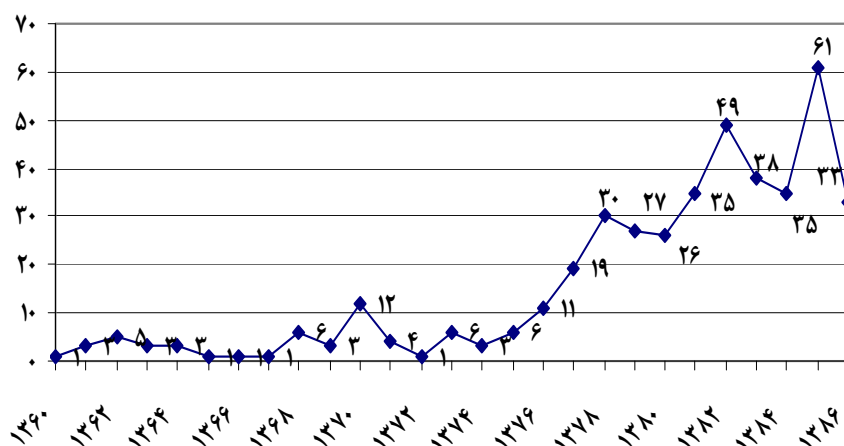


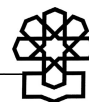
فعال در زمینه طب سنتی، کلاس‌های متعددی در زمینه گیاهان دارویی (با مجوز سازمان فرهنگی - هنری شهرداری!!) هم در سطح پزشکان و هم در سطح عطاری‌ها برگزار کرده است و مدارکی نیز به شرکت‌کنندگان اعطا کرده است (اگرچه اعتبار یا عدم اعتبار آن را نتوانستیم مشخص کنیم). این انجمن برگزاری دوره‌های عملی آموزش گیاهان دارویی برای دوره ابتدایی در سطح منطقه سیزده آموزش و پرورش تهران به منظور آشنایی بچه‌ها با فرهنگ و اصطلاحات عطاری، کاربرد گیاهان دارویی در صنعت، علوم غذایی و همچنین درمان و بهداشت را نیز در کارنامه خود دارد.

از آنجایی که یکی از منابع مهم اطلاعاتی کتاب‌های منتشر شده در ایران است گزارش حاضر با استفاده از داده‌های موجود در کتابخانه ملی ایران کتب مرتبط با طب سنتی / طب مکمل و جایگزین را شناسایی و مورد تقسیم‌بندی قرار داد که در جداول ۱-۵ و ۲-۵ آمده است. همان‌طور که جدول ۱-۵ نشان می‌دهد یوگا با ۱۹۲ عنوان (در میان ۴۲۳ عنوان) بیشترین کتب موجود را به خود اختصاص می‌دهد (۴۵ درصد) که البته ۷۴ درصد کتب یوگا را کتاب‌های ترجمه‌ای این موضوع تشکیل می‌دهند. طب سنتی و هومیوپاتی به ترتیب با ۷۷ و ۶۹ عنوان کتاب، دومین و سومین حیطه مورد توجه مترجمان و مؤلفان کتاب‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین است. در مجموع ۸۰ درصد عناوین به حیطه‌های یوگا، طب سنتی و هومیوپاتی اختصاص دارد. از نظر تألیف و ترجمه به ترتیب، طب سنتی با ۷۶ عنوان کتب تألیفی و یوگا با ۱۴۲ عنوان کتب ترجمه‌ای بیشترین کتب را به خود اختصاص می‌دهند. کمترین عناوین کتاب نیز به حیطه‌های طب سنتی چین و استئوپاتی با ۲ کتاب مربوط می‌شود.

بررسی کتب طب سنتی / طب مکمل و جایگزین از نظر سال انتشار، بیانگر رشد قابل ملاحظه نشر این کتب در سال ۱۳۸۰ و ادامه این روند تا سال ۱۳۸۵ (با ۶۱ عنوان کتاب) است. کاهش تعداد در سال ۱۳۸۶ به ۳۳ عنوان به احتمال زیاد با تأخیر زمانی ورود کتاب به بازار و ثبت آن در کتابخانه ملی مرتبط است؛ چرا که گزارش حاضر در اسفند ۱۳۸۶ این بررسی را انجام داده است.

شکل ۱-۵. روند انتشار کتب مرتبط با طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران  
براساس داده‌های کتابخانه ملی ایران (۱۳۶۰-۱۳۸۶)





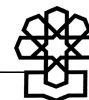
جدول ۱-۵. فراوانی تألیف و ترجمه کتب مرتبط با TM/CAM طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران براساس داده‌های کتابخانه ملی ایران (اسفند ۱۳۸۶)

موضوع	تألیف	ترجمه	مجموع
یوگا	۵۰	۱۴۲	۱۹۲
طب سنتی	۷۶	۱	۷۷
هومیوپاتی	۲۶	۴۳	۶۹
انرژی درمانی	۱۸	۲۳	۴۱
ماساژدرمانی	۳	۱۲	۱۵
طب فشاری	۰	۱۱	۱۱
شیاتسو	۱	۴	۵
طب مکمل	۲	۱	۳
آیورودا	۰	۳	۳
ریلکسیشن	۱	۲	۳
استئوپاتی	۰	۲	۲
طب سنتی چین	۰	۲	۲
مجموع	۱۷۷	۲۴۶	۴۲۳



جدول ۲-۵. فراوانی کتب مرتبط با طب سنتی / طب مکمل و جایگزین براساس داده‌های کتابخانه ملی ایران (اسفند ۱۳۸۶)

سال	طب سنتی		طب فشاری		طب سنتی چین		ماساژدرمانی		طب مکمل		هومیوپاتی		یوگا		استئوپاتی		ریلکسیشن		آیورودا		شیاتسو		انرژی درمانی	
	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه	تألیف	ترجمه
قبل از ۱۳۷۰	۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۸	۱۳	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۳	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۴	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۶	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۳	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
۱۳۷۷	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۲	۹	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
۱۳۷۸	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۶	۱۱	۳	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰
۱۳۷۹	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۶	۸	۴	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۲	۱	۱
۱۳۸۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۴	۱۱	۲	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۲	۱
۱۳۸۱	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷	۲	۱۲	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۳	۱
۱۳۸۲	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۶	۱۸	۲	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۶
۱۳۸۳	۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۲	۱۷	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۳
۱۳۸۴	۱۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۰	۸	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۴
۱۳۸۵	۷	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶	۱۵	۱۸	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۵
۱۳۸۶	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۵	۸	۱	۰	۱	۵	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰
مجموع	۷۶	۱	۰	۱۱	۰	۲	۳	۱۲	۲	۱	۲۶	۴۳	۱۴۲	۴۹	۱	۲	۱۲	۳	۲	۰	۱۱	۰	۱	۲۳



- نمونه‌هایی از همایش‌ها و سمینارهای طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران عبارتند از:
- اولین سمینار گیاهان دارویی و صنعت - ۱۳۷۶ - دانشگاه علوم پزشکی شیراز،
  - اولین همایش بین‌المللی طب سنتی و مفردات پزشکی - ۱۳۷۹ - دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،
  - اولین همایش سراسری گیاهان دارویی و داروهای گیاهی - ۱۳۸۲ - دانشگاه علوم پزشکی لرستان،
  - دومین همایش طب سنتی با محوریت گیاه درمانی در بیماری‌های داخلی - ۲۷ و ۲۸ فروردین ۱۳۸۳ - دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و سازمان نظام پزشکی،
  - همایش بین‌المللی ابن‌سینا - ۱ تا ۳ شهریور ماه ۱۳۸۳ - دانشگاه علوم پزشکی همدان،
  - سومین همایش بین‌المللی تندرستی و فراورده‌های طبیعی - ۳ تا ۶ مهر ۱۳۸۳ - دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشگاه منز فرانسه،
  - دومین همایش بین‌المللی طب سنتی و مفردات پزشکی - ۱۳ تا ۱۶ مهرماه ۱۳۸۳ - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات طب سنتی و مفردات پزشکی و همکاری سازمان بهداشت جهانی،
  - دومین همایش گیاهان دارویی - ۷ و ۸ بهمن ۱۳۸۳ - مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشکده کشاورزی دانشگاه شاهد،
  - همایش هیپنوتیزم درمانی - اردیبهشت ۱۳۸۴ - مشهد،
  - جشنواره ملی عسل و گیاهان دارویی - ۵ تا ۶ تیرماه ۱۳۸۴ - ارومیه،
  - همایش ملی توسعه پایدار گیاهان دارویی - ۲۶ تا ۲۸ شهریورماه ۱۳۸۴ - مشهد (سازمان تحقیقات و آموزش کشاورزی، سازمان جهاد کشاورزی خراسان، مرکز تحقیقات کشاورزی و منابع طبیعی خراسان، مؤسسه تحقیقات جنگل‌ها و مراتع)،
  - همایش آشنایی با داروهای گیاهی و طب سنتی ایران - یکشنبه‌های هر هفته در سال ۱۳۸۵ - فرهنگسرای مدرسه،
  - اولین همایش سراسری طب النبوی - ۱۱ اسفند سال ۱۳۸۵ - مرکز همایش‌های بین‌المللی رازی (معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)،
  - اولین همایش ملی مدیریت طب اسلامی - ۱۴ تیرماه ۱۳۸۶ - دانشگاه علوم پزشکی قم،
  - سومین همایش گیاهان دارویی (3<sup>rd</sup> comp. int) - ۲ و ۳ آبان ماه ۱۳۸۶ - مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه شاهد،



- اولین سمینار فیتوشیمی ایران - ۲۰-۲۲ آذرماه ۱۳۸۶- پژوهشکده گیاهان و مواد اولیه دارویی دانشگاه شهید بهشتی،  
- همایش دو روزه «طب هومیوپاتی و جایگاه آن در پزشکی امروز»- ۲۳ و ۲۴ دی ماه ۱۳۸۶- دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،  
- اولین کنگره بین‌المللی طب سنتی و مکمل- ۷ تا ۱۰ آبان‌ماه ۱۳۸۷- دانشگاه علوم پزشکی مازندران،  
- همایش کشوری مراقبت و درمان بیماران با طب مکمل و جایگزین- ۱۹ الی ۲۰ تیر ۱۳۸۷- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،  
- ۴۹ همایش یک روزه پزشکان طرفدار طب سنتی در طول ۱۵ سال اخیر با حضور ۲۰۰ تا ۵۰۰ نفر- مؤسسه تحقیقات حجامت،  
- همچنین نمونه‌هایی از نمایشگاه‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در ایران عبارتند از:  
اولین نمایشگاه گیاهان دارویی، داروهای گیاهی و سم‌های نباتی - اردیبهشت ۱۳۸۵- جزیره کیش،  
اولین نمایشگاه فناوری و محصولات گیاهی و ترکیبات طبیعی- ۱۲ لغایت ۱۵ دی‌ماه ۱۳۸۵- معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی (اداره داروهای گیاهی)،  
نمایشگاه ترویج گیاهان دارویی- آذرماه ۱۳۸۶- پردیس کشاورزی و منابع طبیعی دانشگاه تهران مستقر در کرج.

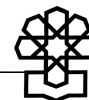
۲-۵. آگاهی، نگرش و عملکرد مردم و پزشکان در مورد درمان و فراورده‌های طب سنتی/

### مکمل و جایگزین در ایران

شناخت میزان آگاهی و مصرف افراد جامعه جهت استفاده از روش‌های مختلف طب سنتی / مکمل و جایگزین می‌تواند سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را برای ارائه خدمات و تدوین برنامه‌های آموزشی مورد نیاز یاری کند.

مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ با هدف تعیین میزان آگاهی و نگرش درخصوص طب مکمل و میزان استفاده از این روش‌ها در شهر تهران انجام شده بیانگر آن است که از میان ۴۱۲۳ نفر تحت بررسی ۸۲/۲ درصد از جمعیت تحت مطالعه از حداقل یکی از روش‌های طب مکمل آگاهی داشتند. با توجه به رواج آگاهی از طب گیاهی، با حذف این روش از لیست روش‌های تحت مطالعه، ۵۸/۶ درصد جمعیت از یکی از روش‌های طب مکمل آگاهی داشتند. میزان آگاهی از هر کدام از روش‌های تحت مطالعه به ترتیب عبارت بودند از: طب گیاهی (۷۵/۶ درصد)، طب سوزنی (۴۳/۶ درصد)، هیپنوتیزم (۳۹/۲ درصد)، انرژی درمانی (۲۸/۱ درصد)، یوگا (۲۲/۱ درصد)، مراقبه (۵/۳ درصد) و هومیوپاتی (۴/۱).





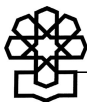
۴۲/۲ درصد از جمعیت تحت مطالعه از یکی از روش‌های طب مکمل استفاده کرده بودند. با توجه به رواج استفاده از طب گیاهی، با حذف این روش، ۹/۶ درصد از جمعیت از یکی از روش‌های طب مکمل استفاده کرده بودند. میزان استفاده از هر کدام از روش‌ها به ترتیب اولویت استفاده از آنها عبارت بودند از: طب گیاهی (۳۸/۴ درصد)، انرژی درمانی (۲/۴ درصد)، یوگا (۳ درصد)، طب سوزنی (۲/۷ درصد)، مراقبه (۱/۳ درصد)، هیپنوتیزم (۱/۲ درصد) و هومیوپاتی (۰/۴ درصد). میزان شیوع استفاده از این روش‌ها در بین افرادی که با طب مکمل آشنایی داشتند، به ترتیب اولویت استفاده از آنها عبارت بودند از: طب گیاهی (۵۰/۸ درصد)، مراقبه (۲۵/۱ درصد)، هومیوپاتی (۱۵ درصد)، یوگا (۱۳/۷ درصد)، انرژی درمانی (۱۲/۱ درصد)، طب سوزنی (۶/۳ درصد) و هیپنوتیزم (۲/۱ درصد).

طریقه آشنایی با روش‌های طب مکمل اغلب از طریق اطرافیان بوده است (به غیر از انرژی درمانی که رسانه‌ها نیز در آگاهی افراد در این زمینه نقش داشته‌اند). بنابراین برداشت‌های شخصی اطرافیان نسبت به این روش‌ها می‌تواند در میزان و صحت آشنایی افراد تأثیر گذاشته و این‌گونه اطلاعات کمتر براساس شواهد علمی است و رویکرد و استفاده مناسب از روش‌ها را نیز می‌تواند مخدوش کند. به نظر می‌رسد با توجه به آگاهی بالای افراد جامعه، برنامه‌ریزی جهت طریقه آشنایی جامعه با این روش‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است.

اغلب افراد معتقد بودند که روش‌های هومیوپاتی و طب سوزنی را گروه پزشکی و روش‌های انرژی درمانی، هیپنوتیزم، طب گیاهی و مراقبه را هر دو کادر پزشکی و غیرپزشکی و روش یوگا را گروه غیرپزشکی ارائه می‌دهند. اغلب افراد روش‌های یوگا و طب گیاهی را علمی و مؤثر دانسته و استفاده را به دیگران نیز توصیه می‌کردند. درخصوص روش مراقبه، باوجودی که اغلب افراد آن را علمی می‌دانستند، اما اطلاعی از میزان تأثیر آن نداشته و توصیه خاصی را در مورد این روش ابراز نکردند. درخصوص سایر روش‌ها (انرژی درمانی، هومیوپاتی، طب سوزنی و هیپنوتیزم)، اغلب اطلاعی راجع به میزان علمی بودن و تأثیر این روش‌ها نداشته و آن را به دیگران نیز توصیه نمی‌کردند.

اغلب افراد برای استفاده از روش‌های انرژی درمانی، هیپنوتیزم، یوگا، طب گیاهی و مراقبه به افراد غیرپزشک مراجعه کرده بودند و اغلب استفاده‌کنندگان از روش هومیوپاتی و طب سوزنی به گروه پزشکی مراجعه کرده بودند و اغلب استفاده‌کنندگان از روش هومیوپاتی و طب سوزنی به گروه پزشکی مراجعه کرده بودند. ایجاد نظام مراقبت بر این خدمات و آموزش گروه‌های پزشکی نسبت به جایگاه این شیوه‌ها امری ضروری به نظر می‌رسد.

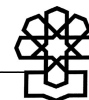
در میان استفاده‌کنندگان از طب گیاهی، ۵۷/۳ درصد تأثیر این روش درمانی را زیاد، ۳۴/۸ درصد کم و ۴/۴ درصد بدون تأثیر اعلام کردند. اکثر افراد (۷۱/۱ درصد) به کادر غیر پزشکی



مراجعه کرده و علت مراجعه آنها عمدتاً بیماری‌های گوارشی (۲۱/۵ درصد)، تنفسی (۱۸/۲ درصد) و اعصاب و روان (۱۶/۸ درصد) بوده است. اغلب افراد (۳۰/۳ درصد) به علت مؤثرتر بودن طب گیاهی از آن استفاده کرده‌اند. زنان، متأهلین و سالمندان بیش از سایر گروه‌ها از طب گیاهی استفاده کرده بودند. طبق نتایج این مطالعه، آگاهی زنان از طب گیاهی بیش از مردان است و گروه سنی ۳۰-۳۹ سال و گروه خانه‌دار بیشترین آگاهی از این شیوه درمانی را دارند.

مطالعه‌ای که بر روی ۱۶۸۰ نفر از افراد بالای ۲۰ سال جمعیت شهر اصفهان درخصوص آگاهی، اعتقاد و عملکرد آنان نسبت به داروهای گیاهی انجام شد نشان داد ۶ درصد مردان دارای سطح آگاهی ضعیف، ۵۷ درصد متوسط و فقط ۳۷ درصد آنان سطح آگاهی خوب داشتند در صورتی که ۵۹ درصد زنان دارای سطح آگاهی خوب بودند. همچنین حدود ۴۹/۴ درصد از افراد مورد مطالعه از همه گروه‌های سنی در هر دو جنس دارای سطح خوبی از نظر آگاهی بودند. از نظر اعتقاد به مصرف داروهای گیاهی در هر دو جنس سطح اعتقاد، خوب ارزیابی شد (۷۲/۹ درصد مردان و ۸۲ درصد زنان). از نظر عملکرد نسبت به مصرف داروهای گیاهی، هر دو جنس از عملکرد ضعیفی نسبت به مصرف داروهای گیاهی برخوردار بودند. به طوری که ۸ درصد مردان و ۳۴ درصد زنان عملکرد خوبی را بیان کرده‌اند. به طور کلی حدود ۷۴/۴۱ درصد از افراد تحت مطالعه در همه گروه‌های سنی از سطح ضعیف تا متوسط از نظر چگونگی عملکرد نسبت به مصرف داروهای گیاهی برخوردار بودند و ۲۵/۲۹ درصد افراد در سطح خوبی از نظر عملکرد قرار داشتند. بدین ترتیب سطح آگاهی، اعتقاد و عملکرد نسبت به مصرف گیاهان دارویی از نظر آماری در زنان بهتر از مردان بوده است ( $p = ۰/۰۰۱$ ). البته اختلاف معناداری بین گروه‌های سنی از نظر سطح آگاهی، عملکرد و اعتقاد نسبت به مصرف داروهای گیاهی مشاهده نشد ( $p < ۰/۰۵$ ).

مطالعه‌ای که با حضور ۳۳۹ نفر از پزشکان عمومی تهران درخصوص بررسی اطلاعات، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی شهر تهران درخصوص روش‌های طب تکمیلی انجام شده بیانگر آن است که به اعتقاد اغلب پزشکان (۸۵ درصد) این روش‌ها به مراتب بیش از گذشته با اقبال مردم مواجه شده است (به ترتیب طب گیاهی، حجامت و طب سوزنی رایج‌ترین شیوه‌های متداول در کشور است) تا آنجایی که معتقدند به طور متوسط ۲۰ درصد بیماران در سطح شهر تهران به نوعی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود این میزان حداقل برای برخی از روش‌ها در جوامع روستایی از این هم بیشتر باشد. گرچه طبق این مطالعه اطلاعات و آگاهی پزشکان عمومی در مورد این شیوه‌ها محدود است، ولی نگرش کلی آنها نسبت به این روش‌های درمانی منفی نیست. به طوری که اغلب آنها با این موضوع که این روش‌ها ایده‌هایی دارد که پزشکی متداول می‌تواند از آنها بهره بگیرد، موافقت و بر اینکه نیاز به ارائه آموزش در این خصوص وجود دارد، تأکید



می‌ورزند به‌علاوه با این موضوع موافقتند که حداقل برخی از روش‌ها باید تحت پوشش بیمه قرار بگیرند. به اعتقاد پزشکان این فعالیت‌ها باید تنها با مجوز رسمی و تحت نظارت وزارت بهداشت انجام پذیرد. با وجود آنکه حداقل ۱۰ درصد از پزشکان عمومی مطالعه مذکور از یک یا چند شیوه درمانی این طب استفاده می‌کردند ولی تنها ۲/۶ درصد از آنها اطلاعات خود را از دوره‌های رسمی (دانشگاهی) خارج یا داخل کشور کسب کرده‌اند.

به‌طور کلی با توجه به آگاهی نسبتاً بالای افراد نسبت به روش‌های طب مکمل و گستردگی استفاده از این روش‌ها در جامعه، برخوردهای غیراصولی و متعصبانه نمی‌تواند مانع از نگرش مثبت مردم به این روش‌ها شود، ضمن آنکه نمی‌تواند جلوی اثرات زیانبار احتمالی و یا سوءاستفاده‌های ممکن را بگیرد. لذا انجام تحقیقات منسجم درخصوص بررسی میزان اثربخشی و کارایی این روش‌ها و برنامه‌ریزی جهت استانداردسازی آنها و تعیین جایگاه این روش‌ها در درمان بیماران و آموزش دانشگاهی، امری ضروری و گریزناپذیر است.

### ۳-۵. توصیه‌های مجامع بین‌المللی

#### ۱-۳-۵. توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

این سازمان دستاوردهای مورد انتظار در سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵ میلادی را به‌شرح زیر اعلام کرده است:

- ارائه دوره آموزشی مقدماتی روش‌های درمان طب سنتی / طب مکمل و جایگزین به ارائه‌دهندگان طب رایج،

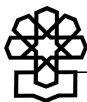
- ارائه دوره آموزش پایه مراقبت بهداشتی اولیه به درمانگران تجربی طب سنتی / طب مکمل و جایگزین،

- ارائه اطلاعات صحیح به مصرف‌کنندگان جهت استفاده صحیح ایشان از روش‌های درمان طب سنتی / طب مکمل و جایگزین،

- افزایش ارتباط و آگاهی دادن از طرف ارائه‌دهندگان پزشکی رایج به بیماران درباره امکان کاربرد طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در درمان آنها،

#### ۲-۳-۵. توصیه‌های کمیسیون سیاست‌گذاری طب مکمل و جایگزین کاخ سفید آمریکا (WHCCAM)

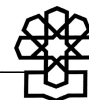
- دولت فدرال می‌بایست اطلاعاتی صحیح، مفید و با قابلیت دسترسی آسان را در مورد درمان‌ها و محصولات طب مکمل و جایگزین که شامل اطلاعاتی در زمینه ایمنی و کارایی آنها باشد، مهیا کند.



- کیفیت و صحت اطلاعات طب مکمل و جایگزین در شبکه گسترده جهانی (اینترنت) می‌بایست با تأسیس هیئت‌های داوطلبانه استاندارد، یکسری فعالیت‌های سازمان‌یافته به‌منظور آموزش عمومی و قوانینی که از حق فردی مصرف‌کننده حمایت می‌کند، ارتقا یابد.
- اطلاعات در زمینه تعلیم و آموزش ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین می‌بایست به آسانی در دسترس عموم قرار گیرد.
- محصولات طب مکمل و جایگزین که در ایالات متحده موجود است و در دسترس مصرف‌کننده قرار می‌گیرد، باید بی‌خطر بوده و از استانداردهای مناسب کیفیت و انسجام برخوردار باشد.
- فعالیت‌هایی که تضمین‌کننده حقیقی بودن و گمراه کننده نبودن تبلیغات مکمل‌های غذایی و دیگر درمان‌ها و محصولات طب مکمل و جایگزین است، می‌بایست افزایش یابد.
- جمع‌آوری و توزیع اطلاعات درباره عوارض جانبی که به‌دلیل استفاده از مکمل‌های غذایی به‌وجود آمده می‌بایست بهبود یابد.
- دپارتمان سلامت و خدمات انسانی می‌بایست موانع موجود را برای دستیابی مصرف‌کننده به درمان‌های بی‌خطر و مؤثر CAM ارزیابی کرده و به درمانگران مجوز اعطا کند. همچنین می‌بایست استراتژی‌های حذف این موانع را برای افزایش دسترسی و تضمین قابل اعتماد بودن این محصولات و درمان‌ها آماده کنند.

### فصل ششم - دسترسی و ارائه خدمات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین

چینی‌ها سابقه و تجربه ۵۰ ساله در آکادمیک کردن و به‌کارگیری طب چینی دارند. آنها توانسته‌اند طب سنتی چین و طب غربی را به‌صورت تلفیقی در بیمارستان‌هایشان به‌کار گیرند. سیستم خدمات بهداشتی - درمانی سنتی چین شامل ۵۲۵۰۰۰ پزشک، ۸۳۰۰۰ داروساز، ۲۵۰۰ بیمارستان با ۳۵۰۰۰ تخت است. دکتر بهرامی در ملاقاتی که از بیمارستان‌های چین داشته چنین نقل می‌کند که «همه اساتید و پزشکانی که در بخش‌های مختلف بالینی کار می‌کردند، هم از دانش پزشکی غربی و هم از دانش طب سنتی چین و طب سوزنی بهره‌مند بوده و بسته به ضرورت از آن استفاده می‌کردند. با استنادی در آنجا ملاقات کردیم که کرسی تدریس در دانشگاه‌های آمریکا و اروپا را داشتند ولی در بیمارستان‌های چین، از روش‌های درمانی طب چینی نیز بهره می‌گرفتند. در بخش چشم پزشکی از طب سوزنی برای درمان آتروفی عصب چشم استفاده می‌شد و نکته جالب این بود که در تمام بیمارستان‌ها، مراکز تحقیقاتی فوق‌العاده مجهزی وجود داشت».



در ویتنام طب سنتی از سال ۱۹۵۵ میلادی توسط دولت به رسمیت شناخته شد و اکنون این سیستم دارای ۲۵۵۰۰ پزشک، ۴۹ بیمارستان و مؤسسه تحقیقاتی است. در اوگاندا، هند و اتیوپی نقش طب سنتی در خدمات بهداشتی اولیه به ترتیب ۶۰، ۷۰ و ۹۰ درصد است. در هند ۲۸۶۰ بیمارستان خدمات بهداشتی ارائه می‌دهند.

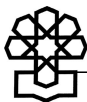
پوشش بیمه‌ای هزینه درمان و دارو و خدمات طب سنتی و مکمل در ژاپن، چین و کره و ویتنام به صورت کامل است و در کشورهای آلمان، استرالیا، نروژ، انگلستان، کانادا و امریکا قسمتی از هزینه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

مطالعات هزینه - اثربخشی برخی از درمان‌های CAM انجام گرفته است. هرمن و همکارانش مروری نظام‌مند در این خصوص انجام داده و اظهار داشته‌اند که این‌گونه درمان‌ها در برخی بیماری‌ها نسبت به طب رایج هزینه - اثربخشی بیشتری دارند. برای نمونه: طب سوزنی در درمان میگرن، درمان‌های که با دست انجام می‌شود (manual therapy) در دردهای گردن، درمان با آب‌های معدنی (spa therapy) در پارکینسون، بیوفیدبک برای بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی (مثل سندرم روده تحریک‌پذیر) و ...

#### ۱-۶. دسترسی و ارائه خدمات طب سنتی/گیاهی در ایران

ارائه خدمات طب سنتی در ایران به‌طور عمده توسط عطارها صورت می‌گیرد؛ اگرچه در شیوه درمانی عطارها جای بحث است که آیا آنها بر مبنای طب سنتی عمل می‌کنند یا طب گیاهی!! شکاف اطلاعاتی عموم مردم ایران به همراه عدم نظارت بر عطاری‌ها سبب شده است که صاحبان این حرفه به راحتی هر نسخه‌ای را بدون کسب اطلاعات دقیق از بیمار و نسخه‌های دارویی طب رایج وی برای بیماران و یا حتی بستگان (بدون حضور بیمار) تجویز کنند برخی از تجویزکنندگان تجربی گیاهان اطلاعاتی از پاتوفیزیولوژی بیماری‌ها ندارند و بسیاری از عطاران، جوان و کم‌سن بوده و فقط جهت کسب درآمد به این حرفه روی آورده‌اند و با اصول آموزشی این علم که مبتنی بر انتقال تجربه از اشخاص متبحر است، آشنایی ندارند. آنچه که موجبات آسودگی خیال بیمار و درمانگران فاقد صلاحیت را فراهم کرده است تصور غلط شایعی است که داروی گیاهی اگر فایده نداشته باشد، ضرر هم ندارد که در این باره در فصل‌های قبل به تفصیل شرح داده شده است.

در نظام بهداشتی - درمانی ایران نیز هنوز دانش طب گیاهی از جمله سودمند بودن فراورده‌های گیاهی و شناسایی انواع خطرناک آنها به‌طور کامل وجود ندارد و در شرایط حاضر مردم به‌ناچار با دانش سنتی خود و عطاران از این روش درمانی سود می‌برند که گاه نیز ممکن است دچار عواقب ناخوشایند مصرف نابه‌جا یا عوارض ناخواسته گیاهان دارویی شوند. این

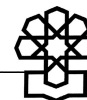


موضوع زمانی پیچیده‌تر می‌شود که انواع فراورده‌های گیاهی خاجی با مارک‌های مختلف به‌صورت غیرمجاز وارد کشور شده و در عطاری‌ها و حتی در فروشگاه‌های مواد خوراکی عرضه می‌شوند. به اعتقاد دکتر نورمحمدی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات امام صادق (ع)، طب سنتی و طب جدید هر کدام دارای معایب و مزایای خاص خودشان هستند که نیاز به پالایش گسترده دارند. هم طب جدید باید پالایش شود و هم طب سنتی و شاید بتوان فصل مشترکی برای آن دو پیدا کرد. از سوی دیگر برای دور ساختن طب جدید و طرد آن هم نمی‌توان فرهنگ مسلمانان را مورد سوءاستفاده قرار داد و مطالب موجود در کتاب‌های طب سنتی را به‌طور کامل با نام طب اسلامی معرفی کرد تا زمینه پذیرش این طب در میان افراد مسلمان بیشتر شود. همچنین این را هم باید پذیرفت که با روشن شدن بسیاری از حقایق جدید می‌توان با قاطعیت گفت که برخی از مواضع طب سنتی در حال حاضر قابل قبول **نیست گرچه** بسیاری از موضوعات آن قابل قبول و دفاع است. مهم الان پالایش اینهاست.

متأسفانه عده‌ای هم از روش‌های درمانی طب سنتی (مثل زالو درمانی و حجامت) سوءاستفاده می‌کنند و با ایجاد امیدهای واهی در افرادی که به ایدز، سرطان یا بیماری‌های صعب‌العلاج یا لاعلاج دچارند مردم را سردرگم می‌کنند. آیا واقعاً در طب سنتی روش‌های درمانی برای این بیماری‌ها هست؟ طب سنتی ریشه در باور و فرهنگ دینی مردم دارد. وقتی فرد جواب نگرفت، در ابتدا باور دینی‌اش زیر سؤال می‌رود کسانی که مدعی‌اند با زالو، بیماری‌های سخت را درمان می‌کنند آیا واقعاً اندیکاسیون‌های زالو را مشخص کرده‌اند. مشخص کرده‌اند که زالو چه کارایی‌هایی دارد. ممکن است زالو در درمان واریس کارایی داشته باشد، ولی آیا برای تنگی عروق قلب هم کارایی دارد؟ به‌نظر می‌رسد باید هر چه سریع‌تر این موارد توسط مراجع نظارتی و سازمان‌های مرتبط سیاست‌گذاری و پالایش شود.

بنا به اظهارات آقای دکتر شمس اردکانی، رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه ع. پ. تهران «طب سنتی ایران جایگاه مناسبی در سیستم سلامت کشور ندارد. آن‌قدر که از امکان و بناهای فرهنگی و تاریخی کشور محافظت کرده‌ایم، طب سنتی را پاس نداشته‌ایم. تا آنجا که در مورد دانشگاه جندی‌شاپور که روزگاری بزرگ‌ترین دانشگاه دنیا بوده است، قادر نیستیم ۱۰ صفحه بنویسیم».

در حال حاضر بیمار وقتی به یک مرکز درمانی مراجعه می‌کند، معلوم است که چه روندی برایش طی می‌شود. پزشکی وجود دارد که بیمار را معاینه می‌کند و نسخه می‌نویسد. داروخانه‌ای وجود دارد که آن نسخه را می‌خواند. اما در طب سنتی سیستمی وجود ندارد. برای مثال وقتی پزشکی جوشانده اعصاب تجویز می‌کند کدام داروخانه مطمئنی هست که این نسخه را بپیچد. بنابراین تا سیستمی کارآمد برای ارائه خدمات درمانی طب سنتی نباشد، انتظار ارائه خدمات



مطلوب، انتظاری نابه‌جاست.

بنا به اطلاعات حاصل از گزارش حاضر، اولین درمانگاه طب سنتی دانشگاهی همچنین اولین داروخانه طب سنتی ایران در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (وابسته به دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شاهد) در سال ۱۳۸۱ راه‌اندازی شد و از آبان ۱۳۸۵ دانشگاه علوم پزشکی تهران مسئولیت هدایت داروخانه طب سنتی ایران در کلینیک سلامت خانواده را به‌صورت مستقل و با همکاری دانشکده پزشکی شاهد بر عهده گرفت. آقای دکتر شمس اردکانی رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز یکی از رویکردهای آینده این دانشکده را تأسیس مجتمع طب سنتی شامل بخش‌های مختلف آموزشی، پژوهشی، کلینیک و بیمارستان اعلام کرده است.

درخصوص مراکز و درمانگاه‌های غیردانشگاهی که به طبابت سنتی می‌پردازند، اطلاعات بسیار پراکنده و غیرقابل اعتماد است.

## ۲-۶. دسترسی و ارائه خدمات در زمینه طب مکمل و جایگزین در ایران

به اعتقاد سجادیان و همکاران، به‌نظر می‌رسد مهم‌ترین علت استفاده کمتر از طب مکمل در کشور ما عدم وجود و یا در دسترس نبودن مراکز تخصصی مجاز و مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای انجام روش‌های طب مکمل باشد. این موضوع به‌طور غیرمستقیم موجب استفاده نادرست بیماران از این رشته‌های درمانی توسط افراد بدون صلاحیت و در مکان‌های غیرمجاز می‌شود.

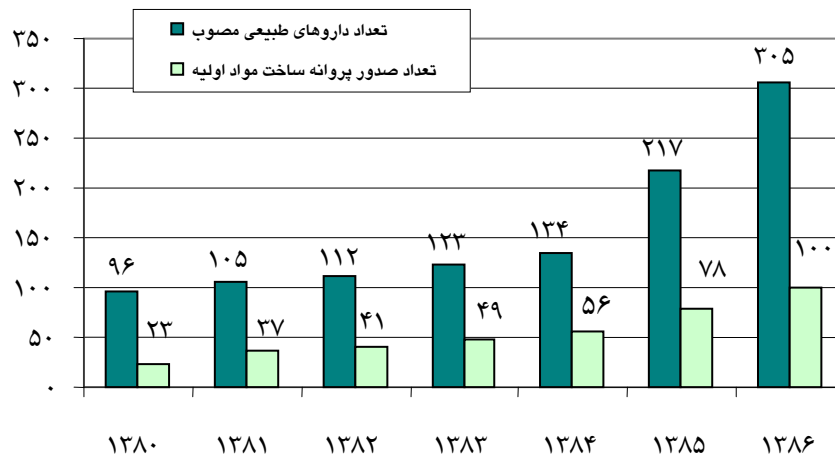
**طب گیاهی:** در حال حاضر، ساخت داروهای گیاهی در ایران با مجوز اداره داروهای طبیعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ([herbal@fdo.ir](mailto:herbal@fdo.ir)) انجام می‌شود و فروش این داروها در داروخانه‌ها و عطاری‌ها انجام می‌شود. کارخانه‌های داروسازی گیاهی در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته‌اند و فارماکوپه رسمی داروی گیاهی ایران در سال ۱۳۸۴ توسط معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده است. روند تصویب فرآورده‌های طبیعی و صدور مجوزهای ساخت مواد اولیه این فرآورده‌ها شامل عصاره و اسانس در طی ۷ سال گذشته (۱۳۸۰-۱۳۸۶) در شکل ۶-۱ آمده است. همان‌طور که در شکل ۶-۲ ملاحظه می‌شود رشد تصویب و صدور مجوز در همه سال‌های مورد بررسی افزایشی و در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ قابل ملاحظه است. اگرچه به‌نظر می‌رسد تعداد اقلام داروهای طبیعی با در نظر گرفتن جایگاه واقعی، درخواست جامعه، توانمندی‌های کشور از نظر نوع اقلیم و رویشگاه‌های مختلف پایین است. چرا که تعداد گیاهان دارویی رویش یافته در ایران بیش از ۱۴۰۰ نوع است و بنا به اظهار مدیرکل دفتر گل و گیاهان زینتی، دارویی و قارچ‌های خوراکی وزارت جهاد کشاورزی، سطح زیر کشت گیاهان



دارویی در کشور حدود ۷۰ هزار هکتار است که از این میزان سطح زیر کشت به‌طور متوسط سالانه ۶۰ هزار تن انواع گیاهان دارویی تولید می‌شود. درحالی‌که فقط ۱۰۱ گونه در فراورده‌های طبیعی ایران موجود است. بنابراین از حجم بالایی از استعداد بالقوه کشور استفاده بهینه نمی‌شود.

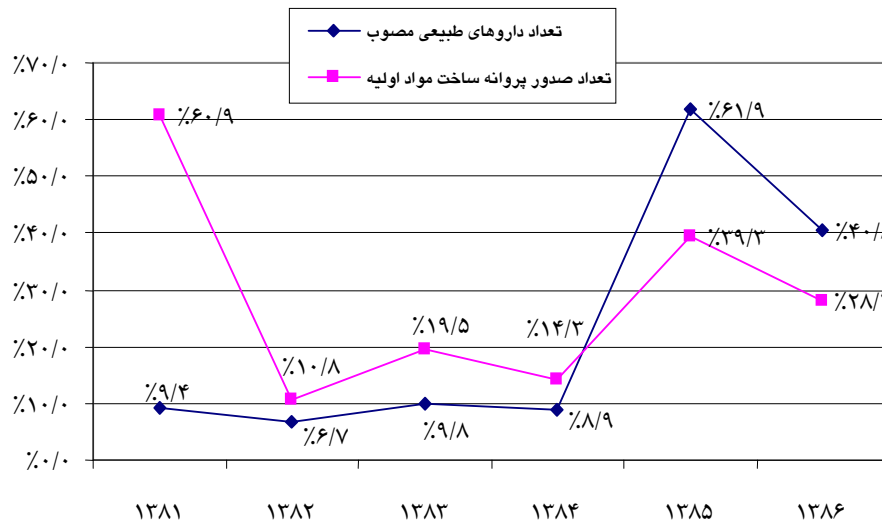
شکل ۱-۶. روند تصویب فراورده‌های طبیعی و صدور مجوزهای ساخت مواد اولیه

این فراورده‌ها در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۶



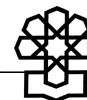
شکل ۲-۶. روند رشد تعداد فراورده‌های طبیعی مصوب و صدور مجوزهای

ساخت مواد اولیه در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۶



اداره داروهای طبیعی معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ داروهای طبیعی موجود را (براساس آمار سه ماهه اول سال) بر طبق نظام ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) که یک روش بین‌المللی برای طبقه‌بندی داروهاست، فهرست کرد که خلاصه آن در جدول





۱-۶ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود داروهای طبیعی دارای مجوز براساس این نوع طبقه‌بندی به ۲۹ حیطه تقسیم می‌شوند که ملین‌ها و مسهل‌ها، داروهای تسکین سرفه و سرماخوردگی، محرک‌های روانی و داروهای ناراحتی‌های عملکرد دستگاه گوارش به ترتیب با ۲۷، ۲۶، ۲۵ و ۲۲ فراورده، بیشترین تعداد داروهای طبیعی را به خود اختصاص می‌دهند. تحلیل طبقه‌بندی داروهای طبیعی براساس حیطه‌های درمانی بیانگر آن است که هم‌اکنون فقط برای درمان یک‌چهارم از بیماری‌ها، مجوز داروهای طبیعی در کشور وجود دارد. از همین رو اداره داروهای طبیعی در سال ۱۳۸۶ تسهیلاتی را در مراحل صدور مجوز برای داروهای با اثر درمانی جدید اعمال کرد که انتظار می‌رود در سال‌های بعد توزیع فراوانی اقلام داروهای طبیعی در سایر حیطه‌های درمانی افزایش یابد.

#### جدول ۱-۶. وضعیت داروهای طبیعی مصوب بر طبق طبقه‌بندی ATC (۱۳۸۶)

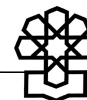
تعداد فراورده	حیطه‌های درمانی	کلاس ATC
۵	Stomatological preparations (فراورده‌های دهانی)	A01
۲۲	Drugs for functional gastrointestinal disorders (داروهای ناراحتی‌های عملکرد دستگاه گوارش)	A03
۲	Anti emetics and anti nauseates (ضدتهاوع و ضداستفراغ)	A04
۱۰	Bile and Liver Therapy (درمان مشکلات کبدی و صفراوی)	A05
۲۷	Laxatives (ملین و مسهل)	A06
۱۱	Anti diarrheas, intestinal anti inflammatory/ anti infective agents (عوامل ضداسهال، ضدالتهاب و ضدعفونی کننده روده‌ای)	A07
۳	Anti obesity Preparations (فراورده‌های ضد چاقی)	A08
۴	Drugs used in diabetes (داروهای مورد مصرف در دیابت)	A010
۹	Tonics (تونیک)	A13
۶	Cardiac therapy (درمان بیماری‌های قلبی)	C01
۱	Anti hypertensives (ضدپرفشاری خون)	C02
۱۲	Diuretics (مدرها)	C03
۹	Serum lipid reducing agents (عوامل کاهش‌دهنده چربی خون)	C10
۳	Anti fungals for dermatological use (داروهای ضدقارچ پوستی)	D01
۹	Emollients and protectives (نرم کننده‌ها و محافظ‌ها)	D02
۵	Preparations for treatment of wounds and ulcers (فراورده‌های درمان زخم و جراحات)	D03
۶	Antibiotics and chemotherapeutics for dermatological use (پادزیست‌ها و داروهای شیمی درمانی جهت درمان بیماری‌های پوستی)	D06
۱	Other dermatological preparations (سایر فراورده‌های پوستی)	D11
۶	Sex hormones and modulators of the genital system (هورمون‌های جنسی)	G03
۷	Urologicals (داروهای دستگاه ادراری)	G04
۵	Immunostimulants (تحریک کننده دستگاه ایمنی)	L03



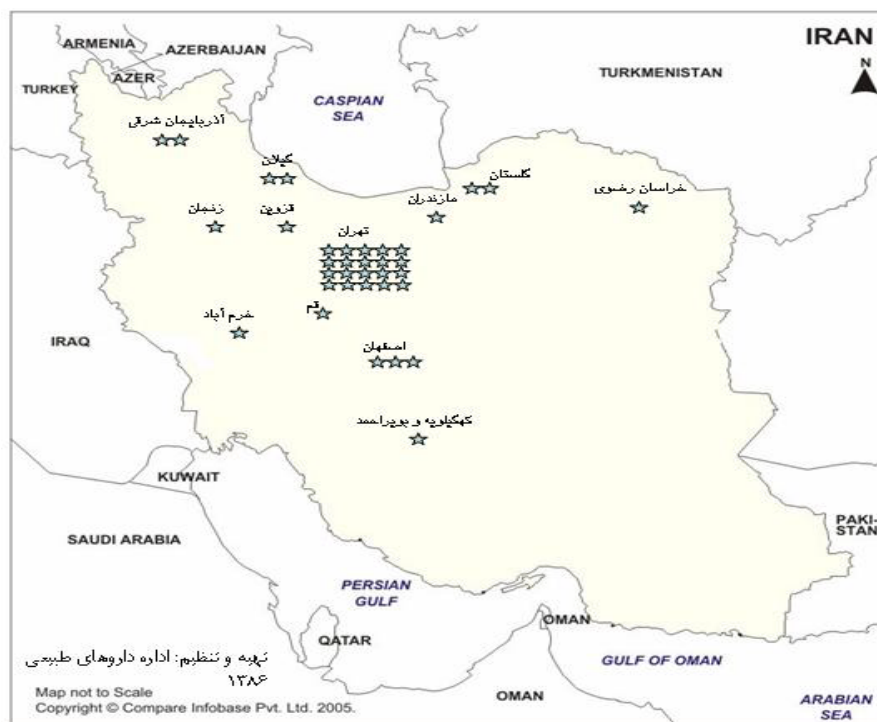
تعداد فراورده	حیطه‌های درمانی	کلاس ATC
۸	Topical products for joint and muscular pain (فراورده‌های موضعی جهت دردهای (مفاصل و عضلات	M02
۵	Analgesics (مسکن‌ها- ضددردها)	N02
۲۵	Psychoanaleptics (محرک‌های روانی)	N06
۳	Throat preparations (فراآورده‌های مربوط به بیماری‌های حلق)	R03
۳	Drugs for obstructive airway disease (داروهای مؤثر در بیماری‌های انسدادی تنفسی)	R03
۲۶	Cough and cold preparations (فراآورده‌های تسکین سرفه و سرماخوردگی)	R05
۱	Otologicals (فراآورده‌های مربوط به بیماری‌های گوش)	S02
۳	All other therapeutic products (سایر فراآورده‌ها)	V03
۲۳۷	مجموع فراآورده‌ها	

تولید داروهای گیاهی و فراآورده‌های طبیعی در حال حاضر در ۳۶ شرکت و لابراتوار دارویی انجام می‌گیرد که پراکنش جغرافیایی آنها در شکل ۶-۳ نمایش داده شده است. تعداد گیاهان دارویی مورد استفاده در فراآورده‌های طبیعی موجود در کشور نیز ۱۰۱ گونه است درحالی‌که در بازار جهانی گیاهان دارویی ۴۰۰ گونه گیاه دارویی دادوستد می‌شود.

**مکمل‌های غذایی:** درخصوص مکمل‌های غذایی، تجویز مکمل‌های حاوی ویتامین و مواد معدنی با مقاصد درمانی باید حتماً زیر نظر یک پزشک انجام گیرد. متخصصان تغذیه نیز باید از میزان مواد مغذی موجود در غذاهای غنی شده و مکمل‌های رژیمی آگاهی داشته باشند تا بتوانند برآورد دقیقی از میزان مواد مغذی که بدن یک فرد طی یک رژیم غذایی خاص از منابع مختلف دریافت می‌کند داشته باشند و مشوق تغذیه خوب بوده و از مصرف اضافی مواد مغذی و آثار سوء مواد مغذی در مداوای طبی یا تأخیر در مداوای بیماران جلوگیری کنند. متخصصان تغذیه همچنین باید اطلاعات مربوط به میزان مصرف مکمل‌های غذایی یک بیمار را به‌علاوه تأثیراتی که بر درمان دارد با پزشک در میان بگذارند. در گزارشات اخیر عنوان شده است فروش محصولات مغذی و مکمل‌ها در مطب پزشکان رایج است؛ این در صورتی است که تنها محل عرضه این قبیل محصولات داروخانه است.



شکل ۳-۶. پراکنش شرکت‌های تولیدکننده فراورده‌های طبیعی در ایران



در چند سال اخیر وضعیت محصولات مکمل رژیم غذایی در کشور با تدابیر خاص وزارت بهداشت روند رو به رشدی داشته است. در حال حاضر تعداد اقلام دارای مجوز واردات به بیش از ۵۲۰ قلم و اقلام تولید داخل به بیش از ۱۶۰ قلم است که البته اقلام تولید داخل در اکثر موارد ویتامین‌ها و عناصر معدنی را شامل می‌شود. البته در سطح عرضه، فراورده‌هایی که بدون نظارت وزارت بهداشت وارد کشور شده است، وجود دارند (به‌خصوص در مواردی که تقاضا برای مصرف زیاد است مثل مکمل‌های لاغری) که دقت نظر متخصصان درخصوص تجویز یا توصیه آنها و عدم تشویق مراجعین به مصرف این‌گونه فراورده‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است.

سایر حیطه‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین: بنا به اطلاعات جمع‌آوری شده در گزارش حاضر، تنها مرکز طب مکملی که به‌صورت رسمی از روش‌های تشخیصی و درمانی این طب استفاده می‌کند، مرکز طب مکمل بیمارستان میلاد است. تشخیص‌ها و اقدامات درمانی که در این مرکز ارائه می‌شود، عبارتند از:

۱. تشخیص سلامت یا عدم تعادل در حوزه انرژی زیستی به روش GDV

Bioelectrography

۲. کوآنتوم‌تراپی که بویژه برای مبتلایان به آسم، آرتروز و درد زانو انجام می‌شود.

۳. طب سوزنی.



۴. هومیوپاتی.

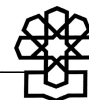
۵. لیزرتراپی.

برخی از اطلاعات روش‌های مختلف طب مکمل در بخش انجمن‌ها آمده است؛ اگرچه اطلاعات جامعی در این خصوص موجود نیست.

**هزینه طب مکمل در ایران:** نتایج مطالعه‌ای که درخصوص بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم تهران درخصوص طب مکمل انجام شده نشان داد که هزینه پرداخت شده در هر کدام از روش‌ها از طیف گسترده‌ای برخوردار است. با وجودی که میانگین هزینه‌های پرداخت شده در روش‌های انرژی درمانی، هومیوپاتی و طب سوزنی بالاتر از سایر روش‌ها بوده، اما با توجه به مقدار بالای انحراف معیار در هزینه هر کدام از روش‌ها، می‌توان دریافت که میانگین شاخص مناسبی نبوده و طیف پرداخت هزینه‌ها بسیار گسترده است. به بیان دیگر در برخی از موارد هزینه‌ای از افراد دریافت نشده و در برخی موارد هزینه‌های بسیار بالایی پرداخت شده است (این موضوع در طب گیاهی که از روش‌های سنتی جامعه ما محسوب می‌شود، بسیار بارزتر است). این موضوع بیانگر لزوم طراحی و اجرای سیستم نظارتی مناسب برای این نوع از خدمات است.

### ۳-۶. رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده به خدمات طب سنتی / مکمل و جایگزین

در مطالعه موردی - شاهدهی که به‌منظور مقایسه خصوصیات پزشکان طب سنتی با پزشکان طب کلاسیک و همچنین مقایسه ویژگی‌های بیماران گیرنده خدمات طب سنتی با بیماران گیرنده خدمات کلاسیک در شهر تهران انجام شد، دو گروه از پزشکان و بیماران مربوط به هر یک از شاخه‌های کلاسیک و سنتی انتخاب شدند به‌طوری که پزشکان طب سنتی انحصاراً روش‌های درمانی رایج در طب سنتی را تجویز کرده و بیماران نیز منحصراً از این روش‌ها بهره بردند؛ گروه دیگر نیز صرفاً روش‌های درمانی طب کلاسیک را ارائه کرده و بیماران فقط از درمان‌های کلاسیک استفاده کردند. به همین منظور ۸۰ پزشک فعال در طب کلاسیک با ۸۰ پزشک فعال در طب سنتی و نیز ۱۰۰ بیمار بهره‌گیرنده از طب کلاسیک با ۱۰۰ بیمار بهره‌گیرنده از درمان‌های طب سنتی مورد بررسی قرار گرفتند.



جدول ۲-۶. توزیع فراوانی بیماران استفاده‌کننده از طب سنتی رایج بر حسب میزان رضایتمندی از نحوه درمان کنونی

نوع طب دریافتی	رضایتمندی تعداد (درصد)				آزمون کای دو
	خیلی کم و کم	متوسط	زیاد و خیلی زیاد	نمی‌دانم	
سنتی	۶ (۵/۹ درصد)	۲۱ (۲۰/۶ درصد)	۶۷ (۶۵/۷ درصد)	۸ (۷/۶ درصد)	۰/۰۰۰
رایج	۳۷ (۳۷ درصد)	۲۶ (۲۶ درصد)	۳۱ (۳۱ درصد)	۶ (۶ درصد)	
مجموع	۴۳ (۲۱/۳ درصد)	۴۷ (۲۳/۳ درصد)	۹۸ (۴۸/۶ درصد)	۱۴ (۶/۹ درصد)	

جدول ۳-۶. توزیع فراوانی بیماران استفاده‌کننده از طب سنتی و رایج بر حسب اعتقاد به تأثیر دعا و خواست خدا در درمان بیماری

نوع طب دریافتی	تأثیر دعا و خواست خدا در درمان بیماری تعداد (درصد)			آزمون کای دو
	کم	متوسط	زیاد	
سنتی	۱ (۱ درصد)	۱۶ (۱۵/۷ درصد)	۸۵ (۸۳/۳ درصد)	۰/۰۵
رایج	۸ (۸ درصد)	۲۳ (۲۳ درصد)	۶۹ (۶۹ درصد)	
مجموع	۹ (۴/۴۵ درصد)	۳۹ (۱۹/۳۵ درصد)	۱۵۴ (۷۶/۲ درصد)	

جدول ۴-۶. توزیع فراوانی نسبی بیماران استفاده‌کننده از طب سنتی و رایج بر حسب نظرشان درباره مزایا و معایب روش درمانی

مزایا و معایب	طب سنتی (درصد)				طب رایج (درصد)				آزمون کای دو
	زیاد	متوسط	کم	نمی‌دانم	زیاد	متوسط	کم	نمی‌دانم	
میزان عوارض جانبی	۰/۰	۱/۰	۹۳/۱	۵/۹	۶۶	۸	۲۰	۶	۰/۰۰۰
هزینه درمان	۱۹/۶	۱۶/۷	۵۷/۸	۵/۹	۶۷	۱۰	۱۹	۴	۰/۰۰۰
دسترسی به روش درمانی	۲۲/۵	۲۰/۶	۵۱/۰	۵/۹	۷۰	۱۶	۱۳	۱	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۲-۶ ملاحظه می‌شود بیماران مراجعه‌کننده به طب سنتی در مقایسه با بیماران کلاسیک از نحوه درمان کنونی‌شان رضایت بیشتری داشتند که این اختلاف از نظر آماری هم معنادار بود. همچنین اعتقاد به تأثیر دعا و خواست خدا در درمان بیماری از نظر بیماران استفاده‌کننده از روش طب سنتی بیشتر بوده است (جدول ۳-۶). جدول ۴-۶ نشان می‌دهد هزینه درمان، عوارض جانبی و دسترسی به روش درمانی از نظر بیماران در روش کلاسیک بیشتر بوده است. مقایسه سن پزشکان و طول مدت طبابت آنها در این مطالعه نیز بیانگر آن بود که میانگین



سنی پزشکان در دو گروه طب سنتی و طب رایج تقریباً یکسان بود و پزشکان با سابقه طبابت کمتر، گرایش بیشتری به سمت طب سنتی داشتند.

در تحقیقی که در سال ۱۳۸۴ در ۳۱۷ بیمار بالای ۱۵ سال شهر اصفهان، میزان رضایتمندی بیمارانی که حداقل سه نوبت از روش هومیوپاتی برای درمان بیماری خود استفاده می‌کردند، مورد بررسی قرار گرفت. میانگین نمره رضایتمندی از روش درمانی هومیوپاتی در بیماران  $77/3 \pm 13$  بود. این بیماران از تأثیر داروهای هومیوپاتی بر (۱) سلامت عمومی (۲) کاهش نشانه‌های بیماری و (۳) از عملکرد پزشکان رضایت داشتند. شایع‌ترین شکایات بیماران مراجعه‌کننده برای هومیوپاتی عصبانیت، خستگی و اضطراب بود. علائمی که بیشترین بهبودی را در پی داشت شامل سردرد، اختلال گوارشی و اختلال قاعدگی بود.

#### ۶-۴. توصیه‌های مجامع بین‌المللی

##### ۶-۴-۱. توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

کاربرد منطقی: گسترش استفاده صحیح و مناسب از روش‌های درمانی طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین توسط ارائه‌دهندگان این خدمات و استفاده‌کنندگان آنها.

- استفاده مناسب از خدمات طب مکمل و جایگزین به واسطه ارائه‌دهندگان خدمات آن: بالا

بردن ظرفیت علمی ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین برای ایجاد استفاده مناسب از محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین.

- کاربرد صحیح طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین توسط مصرف‌کنندگان آن: ارتقای

اطلاعات مصرف‌کنندگان درباره و تصمیم‌گیری آگاهانه در زمینه استفاده از محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین.

سازمان جهانی بهداشت همچنین منابع اطلاعاتی و آموزشی (شامل مدارک ترجمه شده) و وب

سایتی را در این زمینه جهت افزایش آگاهی عموم از کاربرد طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و راهنمای آنها برای استفاده صحیح این نوع درمان فراهم کرده است.

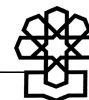
##### ۶-۴-۲. توصیه‌های کمیسیون سیاست‌گذاری طب مکمل و جایگزین کاخ سفید آمریکا

(WHCCAM)

دولت فدرال می‌بایست به سازمان‌های ایالتی و تخصصی در زمینه الف) توسعه و ارزیابی

دستورالعمل‌های برای قابل اعتماد بودن درمانگران طب مکمل و جایگزین و کارایی در ارائه طب

مکمل و جایگزین شامل قانونمندی درمان و ب) مرور و ارزیابی دوره‌ای اثرات قوانین بر حمایت از



مصرف کننده، پیشنهاد همکاری دهد.

- ایالت‌ها می‌بایست قوانین مربوط به درمانگران طب مکمل و جایگزین را ارزیابی و مرور کنند و قابل اعتماد بودن آنها را برای عموم مردم تضمین کنند. ایالت‌ها می‌بایست به شکل مناسب تدارکات لازم را برای گرفتن مجوز، ثبت و معافیت مالیاتی هماهنگ با آموزش، تعلیم درمانگران و حیطه درمان آماده کنند.

- تشکل‌های دارای امتیاز رسمی شناخته شده ملی می‌بایست چگونگی استفاده از درمان‌های طب مکمل و جایگزین را در سازمان‌های مراقبت سلامت تحت نظارت خود ارزیابی کرده و استراتژی‌هایی را برای استفاده بی‌خطر و مناسب از درمانگران مجاز طب مکمل و جایگزین و استفاده از محصولات بی‌خطر و مؤثر طب مکمل و جایگزین را در این سازمان‌ها توسعه دهند.

- دولت فدرال می‌بایست ارزیابی و اجرای درمان‌های بی‌خطر و مؤثر را به منظور کمک برای دستیابی به نیازهای مراقبت سلامت گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر، تسهیل و پشتیبانی کند.

## فصل هفتم - نظام‌های قانونی و قوانین طب سنتی / طب مکمل و جایگزین

### ۷-۱. نظام‌های قانونی و قوانین طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا

#### ۷-۱-۱. قوانین نظارت بر درمانگرها و محصولات طب سنتی / طب مکمل و جایگزین در دنیا

وجود یک نظام قانونی کارا و مؤثر در در حوزه طب سنتی / مکمل و جایگزین باعث حمایت از مصرف‌کنندگان در مقابل افراد غیرمجبرب، محصولات غیرایمن و ادعاهای گمراه‌کننده درباره این طب می‌شود. قانونمند کردن درمانگرها (Practitioner) می‌تواند به صورت قانونی یا اختیاری باشد که البته شکل قانونی آن مورد تأیید است. در این شکل معمولاً درمانگرها می‌بایست در یک مرکز ملی یا ایالتی یا انجمن صدور مجوز ثبت‌نام کنند و فقط تحت این نوع قانونمندی است که این افراد اجازه استفاده از عنوان‌های تخصصی را دارند. قانونمند کردن اغلب برای شیوه‌های پرخطر این طب مثل (کایروپراکتیک و استنوپاتی) و روش‌های تهاجمی (طب سوزنی) یا مواد خوراکی (فراورده‌های گیاهی و طبیعی) به کار می‌رود. فراورده‌های مانند مکمل‌های خوراکی و داروهای گیاهی نیز به همین صورت قانونمند شده‌اند. البته قانونمند شدن اختیاری و خود قانونمندی (self regulation) بر درمانگرهای طب سنتی / مکمل و جایگزین بیشتر حاکم است. قانونمند کردن درمانگرها و محصولات کشورهای نیوزیلند، انگلستان، آمریکا، کانادا، استرالیا، سنگاپور و چین در ادامه مورد بحث قرار گرفته است.



## نیوزیلند

در حال حاضر تنها قوانینی که برای نظارت درمانگرهای طب مکمل و جایگزین موجود است مربوط به کایروپراکتورها می‌شود. هرچند چندین سری قوانین و سیاست‌های نظارتی اثرگذار بر کاربرد و محصولات طب مکمل و جایگزین وجود دارد. در حال حاضر قوانین و سیاست‌های وابسته به سازمان‌دهی درمانگرها و محصولات بهداشتی به صورت کلی در حال توسعه هستند. تعداد زیادی از این سیاست‌ها به طب مکمل و جایگزین مربوط می‌شوند.

**قانونمند کردن درمانگرها:** متخصصین بهداشتی (به‌عنوان مثال پزشکان، پرستاران و دندانپزشکان) که تحت نظارت قانونی هستند، چنانچه در زمینه طب مکمل و جایگزین فعالیت کنند با سیستم نظارتی طب مکمل و جایگزین نیز کنترل می‌شوند. کایروپراکتورها می‌بایست یک دوره رسمی آموزشی را گذرانده و در مورد کایروپراکتورهای نیوزیلند ثبت‌نام کنند. عضویت در انجمن کایروپراکتورهای نیوزیلند اختیاری است و اعضا می‌بایست در دوره بازآموزی تخصصی شرکت کنند. در صورت تمایل درمانگرهای سایر رشته‌های طب مکمل و جایگزین می‌توانند به صورت داوطلبانه رشته تخصصی خود را سازمان‌دهی کنند. گروه‌های با قانونمندی اختیاری نیز برای اعضای خود گذراندن دوره‌های بازآموزی را الزامی می‌دانند.

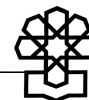
**قانونمندی محصولات:** محصولات طب مکمل و جایگزین به یکی از انواع داروها، مکمل‌های خوراکی یا غذا طبقه‌بندی و تقسیم می‌شوند. این طبقه‌بندی به طبیعت محصول و خاصیت مورد انتظار آن بستگی دارد. برای فراورده‌های طب مکمل و جایگزین در حال حاضر قوانین و سیاست‌های خاصی وضع شده است. بیشتر محصولات طب مکمل و جایگزین به‌عنوان مکمل‌های خوراکی که نیاز به تأییدیه قبل از فروش ندارند، فروخته می‌شوند. کنترل ایمنی و کیفیت محصولات کم بوده و اثر سوء آن را تنها پس از بروز آن می‌توان شناسایی کرد. در حال حاضر هیچ سیستم گزارش‌دهنده مشخصی برای بررسی اثرات سوء وابسته به محصولات طب مکمل و جایگزین وجود ندارد. هرچند مرکز بررسی اثرات سوء دانشگاه اتاگو گزارش دادن این وقایع را تشویق می‌کند. در حال حاضر ادعای خصوصیت درمانی برای مکمل‌های خوراکی و گیاهی و داروهای هومیوپاتی غیرقانونی است. هرچند این وضعیت با به‌وجود آمدن آژانسی برای نظارت فراورده‌های درمانی تغییر می‌کند.

## قانون‌گذاری و سیاست در حال توسعه

- سیستم‌های بیمه‌ای به‌عنوان حمایت‌کننده سلامت و ایمنی جامعه، سیستمی را پایه‌ریزی می‌کنند که با آن می‌توان از صلاحیت درمانگرهایی که در زمینه طب مکمل و جایگزین فعالیت دارند، مطمئن شد.

- این سیستم به‌منظور کاهش خطرات درمانی طب مکمل و جایگزین برای عموم و پاسخ به





رویگرد جامعه به این درمان‌ها، چارچوبی را برای نظارت، ثبت مراجع و تأمین قانونی مدون برای متخصصین طب مکمل و جایگزین ارائه می‌دهد.

## انگلستان

درمانگرها و محصولات طب مکمل و جایگزین در انگلستان تحت نظارت قانونی هستند. قوانین عمومی دربرگیرنده طب مکمل و پزشکی هستند. با توجه به قوانین عمومی، فعالیت‌های طب مکمل و پزشکی تا زمانی که ممنوع نشده باشد قابل انجام است. درمانگرهای CAM در انگلستان از آزادی بسیاری برخوردارند. این آزادی تا جایی است که ادعای دروغین (مانند پزشک یا استئوپات بودن) نکرده و در اموری مانند دندانپزشکی، مامایی یا تأمین داروهایی که تنها با نسخه پزشک امکان‌پذیر است، دخالت نکنند.

**قانونمند کردن درمانگرها:** استئوپاتها و کایروپراکتورها تنها درمانگرهای طب مکمل و جایگزین تحت نظارت قانون هستند. باید به این نکته توجه داشت که قانونمندی بیشتر برای درمانگرها اعمال می‌شود تا شیوه درمان آنها. کمیته انتخابی مجلس اعیان در زمینه علوم و تکنولوژی در سال ۲۰۰۰ پیشنهاد قانونمند شدن طب سوزنی، گیاه درمانی و هومیوپاتی را مطرح کرد. اکنون در انگلستان تخصص‌های گیاه‌درمانی و طب سوزنی در حال آماده شدن کاربرد قانون مدون هستند. مشابه این امر برای درمانگرهای سنتی که از طب سوزنی و طب گیاهی (درمانگرهای آیورودا یا طب سنتی چین) قابل اجراست.

**قانونمندی محصولات:** داروهای قابل فروش یا توزیع در انگلستان، تحت نظارت قانون هستند. محصولات طب مکمل و جایگزین (اگر به واسطه قانون به عنوان دارو شناخته شده‌اند) قبل از ورود به بازار نیاز به مجوز بازاریابی (مجوز محصول) دارند. برای تضمین این مجوز، تولیدکنندگان می‌بایست مدارکی را به منظور ایمنی کیفیت و کارایی محصول ارائه دهند. داروهای گیاهی که شرایط زیر را داشته باشند از داشتن مجوز معاف می‌شوند:

- داروهایی که توسط درمانگرهای گیاهی به دنبال مشاوره با فرد تهیه می‌شود (اما با توجه به پاراگراف بالا امکان تغییر در نظارت بعضی محصولات گیاهی وجود دارد).
- این داروها حاوی گیاهانی باشند که برای درمان‌های ساده استفاده می‌شوند.
- این داروها با نام گیاه‌شناسی خود فروخته می‌شوند.
- این داروها بدون هیچ تجویزی برای استفاده و تنها با توجه به خصوصیت گیاه فروخته می‌شوند.

## آمریکا

**قانونمند کردن درمانگرها:** استئوپاتها و کایروپراکتورها در تمامی ایالت‌های آمریکا به رسمیت

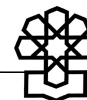


شناخته شده‌اند. استتوپات‌ها پزشکان دارای مدرک استتوپاتی هستند و دارای عنوان دکترای استتوپاتی می‌باشند (DO). آنها می‌توانند در همه ایالت‌ها به‌عنوان استتوپات یا پزشک عمومی فعالیت کنند. استتوپات‌ها دانشکده پزشکی مخصوصی داشته و می‌بایست دوره آموزشی را مشابه پزشک‌های عمومی بگذرانند. وضعیت سایر رشته‌های طب مکمل و جایگزین به‌دلیل سیاست‌های مستقل ایالتی برای قانونمند کردن فعالیت درمانگرها متفاوت است. طبق توصیه کمیسیون سیاست‌گذاری طب مکمل و جایگزین کاخ سفید (WHCCAMP) ایالت‌های مختلف چگونگی قانونمند کردن درمانگرهای طب مکمل و جایگزین را مورد ارزیابی و بازبینی قرار داده تا از پاسخگو بودن عملکرد آنها برای جامعه مطمئن شوند. این کمیسیون همچنین به دولت فدرال توصیه کرده تا به ایالات و انجمن‌های تخصصی جهت بهبود سازمان‌دهی درمانگرهای طب مکمل و جایگزین کمک کند.

**قانونمندی محصولات:** فراورده‌های طب مکمل و جایگزین به‌عنوان مکمل‌های خوراکی در نظر گرفته شده و در حال حاضر تحت پوشش قانون متفاوت و با سخت‌گیری کمتری نسبت به طب رایج هستند. تولیدکنندگان قبل از تولید یا فروش مکمل‌های خوراکی نیاز به تأییدیه سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) ندارند. این سازمان پس از ورود تولیدات به بازار موظف به بررسی ایمنی این محصولات است.

## کانادا

**قانونمند کردن درمانگرها:** در هر یک از ایالات کانادا قانون مخصوص آن ایالت در مورد متخصصین بهداشتی اجرا می‌شود، هر چند که فدراسیون صدور پروانه‌های پزشکی یکسری شاخص‌هایی را برای راهنمایی مجریان امور هر ایالت تنظیم کرده تا آنها بتوانند سازمان‌دهی درمانگرهای طب مکمل و جایگزین را بهبود بخشند. این فدراسیون همچنین پیشنهاد کرده که در همه حوزه‌های قانونی درمانگرها موظف به تهیه شواهدی مبنی بر ایمنی و کارایی آن زمینه هستند. **قانونمندی محصولات:** اداره نظارت محصولات بهداشتی طبیعی (NHDP) که در سیستم بهداشت کانادا در سال ۱۹۹۹ به‌وجود آمده به‌تازگی مجموعه قوانینی را در مورد محصولات طب مکمل و جایگزین منتشر کرده است. این سری قوانین، تولیدکنندگان محصولات بهداشتی طبیعی را ملزم به دریافت مجوز ساخت و برچسب زنی با حداقل اطلاعات محصول می‌نماید. برای اخذ مجوز، تولیدکنندگان می‌بایست، اطلاعات کامل محصولات و شواهد دال بر ایمنی و کارایی آنها را قبل از بازاریابی برای محصول خود ارائه دهند. دارندگان مجوز محصولات طبیعی می‌بایست اثرات جانبی مربوط به محصولات خود را شناسایی و هر واکنش جدی را به اداره بهداشت کانادا گزارش کنند.



## استرالیا

**قانونمندی در مانگرها:** قانونمندی درمانگرهای طب مکمل و جایگزین به صورت جداگانه بر عهده ایالات یا بخش‌هاست. کایروپراکتورها و استئوپات‌ها در حال حاضر در همه بخش‌های استرالیا قانونمند شده‌اند. خدمات استئوپاتی کایروپراکتوری تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار می‌گیرد.

**قانونمندی محصولات:** استرالیا دارای سیستم نظارت ملی با نام کنترل کالاهای درمانی (TGA) است که کلیه کالاهای درمانی را تحت پوشش قرار می‌دهد. TGA خود شامل اداره طب مکمل است که اختصاصاً به طب مکمل و جایگزین می‌پردازد. کمیته قانون‌گذاری با عنوان کمیته ارزیابی طب مکمل (CMEC) جهت فراهم کردن توصیه‌های تخصصی در مورد محصولات طب مکمل و جایگزین برای TGA تأسیس شده است. این کمیته (CMEC) داروهای جدید طب مکمل را ارزیابی کرده و شواهدی را جهت حمایت از ادعاها یا موارد استفاده این داروها در نظر می‌گیرد. محصولات کم‌خطر در لیست قرار می‌گیرند. مواد تشکیل‌دهنده از نظر ایمنی و کیفیت ارزیابی شده و تولیدکنندگان ملزم به ارائه شواهدی برای هرگونه ادعا دال بر کارایی محصول هستند. محصولات پرخطر نیز ثبت شده و می‌بایست به وسیله کمیته متخصصین از نظر کارایی مورد ارزیابی قرار گیرند. تولیدکنندگان کالاهای درمانی می‌بایست مطابق دستورالعمل‌های مناسب GMP کالای خود را تولید کنند. گیاهان خام خارج از محدوده TGA هستند.

## سنگاپور

مراقبت‌های بهداشتی در سنگاپور بیشتر بر پایه طب غربی است. هرچند مسئولین بهداشتی سنگاپور اهمیت طب مکمل و جایگزین را تشخیص داده و در راه اطمینان یافتن از ایمنی کاربرد طب مکمل و جایگزین تلاش می‌کنند. وزارت بهداشت سنگاپور بخش طب سنتی را در سال ۱۹۹۵ پایه‌گذاری کرد. معروف‌ترین شکل طب مکمل و جایگزین در سنگاپور، طب سنتی چینی (TCM) است. طب سنتی مالزیایی و هندی هم مثل طب سنتی غربی نظیر آروماتراپی و کایروپراتیک در دسترس هستند.

**قانونمندی در مانگرها:** قانونمندی طب سنتی چینی در حال حاضر به صورت قانونی در حال پیشرفت است. به این منظور از اوایل سال ۲۰۰۲ میلادی جهت شناسایی متخصصان طب سوزنی ثبت نام به عمل آمده است. درمانگرهای عمومی طب سنتی چینی هم ظرف ۲ تا ۳ سال بعد از آن می‌بایست ثبت نام شوند. ثبت نام متخصصان گیاهی طب سنتی چینی TCM بعد از این مدت خواهد بود.

**قانونمندی محصولات:** تمامی داروهای اختصاصی طب سنتی چینی می‌بایست قبل از وارد شدن به کشور یا فروش آنها توسط وزارت بهداشت سنگاپور مورد تأیید قرار گیرند. همچنین قوانینی در مورد لزوم برجسب‌گذاری که اطلاعاتی را در مورد طب سنتی چینی بیان می‌کند، موجود است.



این‌گونه قوانین به‌صورت مستقیم برای دیگر انواع طب مکمل و جایگزین CAM وضع نشده است.

## چین

در اولین کنفرانس ملی بهداشت سال ۱۹۵۰ میلادی مصوب شد که طب سنتی چین و طب غربی در یک سیستم بهداشت جهانی ادغام شوند. در حال حاضر تقریباً ۹۵ درصد بیمارستان‌های عمومی چین دارای بخش طب سنتی هستند.

**قانون‌مندی در مانگرها:** درمانگرها توسط بخش دولتی طب سنتی چین سازمان‌دهی می‌شوند (SATCM). قوانین نظارتی طب سنتی چینی در مجموعه سیاست‌گذاری‌ها قرار گرفته است (SATCM 1997). درمانگرها می‌بایست مدرک معتبری را قبل از شروع درمان اخذ کنند و برای پزشک طب سنتی چینی شدن نیز مدرک لازم است. کسانی که دیپلم طب سنتی چینی می‌گیرند به‌صورت محدود و به‌عنوان دستیار می‌توانند کار کنند.

**قانون‌مندی محصولات:** قوانین نظارتی محصولات طب سنتی چینی در مجموعه سیاست‌گذاری‌ها قرار دارد (SATCM 1997). محصولات باید از نظر داشتن استانداردهای کیفیت و ایمنی قبل از ورود به بازار فروش چین یا صدور برای سایر کشورها بررسی شوند.

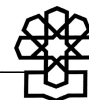
## ۷-۱-۲. جایگاه قانونی داروهای گیاهی در دنیا

رویکردهای گوناگون در حیطه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، قانونی و... سبب شده تا کشورهای مختلف هر یک ابزار و راهبردهای قانونی ویژه‌ای را در امر نظارت بر گیاهان دارویی و داروهای گیاهی مورد استفاده قرار دهند و از طرف دیگر آنها را به شکل ویژه‌ای در سامانه خدمات بهداشتی - درمانی خود به‌کار گیرند. دکتر طالب در این زمینه دو مقاله تدوین کرده است که در ادامه به بخش‌هایی از آن (بررسی این موضوع در کشورهای آلمان، آمریکا، ایتالیا، هند، چین و انگلستان) می‌پردازیم.

## آلمان

در این کشور داروهای گیاهی از نظر قانون به‌عنوان دارو تلقی می‌شوند. با تدوین استانداردهایی که در سال ۱۹۷۸ میلادی صورت گرفت، تأیید کیفیت، ایمنی و کارایی از نکات ضروری جهت ثبت داروهای گیاهی در نظر گرفته می‌شود. طبق مندرجات ماده (۳۹) قانون ۷۵/۳۱۹ شورای سرپرستی، تمامی فراورده‌های عرضه شده در یک دوره زمانی دوازده ساله می‌باید تحت کنترل قرار داشته باشند و بازنگری تمامی مدارک مربوطه در این فاصله زمانی الزامی است.

بازنگری روی فراورده‌ها توسط شورای کارشناسی بسیار سختگیر، تحت عنوان کمیسیون E،



صورت می‌گیرد که متشکل از داروسازان، فارماکولوژیست‌ها، متخصصین بالینی، کارشناسان آمار حیاتی، پزشکان بیمارستانی و پزشکان عمومی است. این کمیسیون مسئولیت ارزیابی بیش از ۳۰۰ گیاه دارویی را بر عهده دارد که نتایج آن به صورت تک نگارهایی از سال ۱۹۸۴ تا به حال در روزنامه رسمی دولت آلمان Bundesanzeiger به چاپ رسیده است.

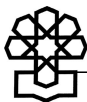
تمامی اطلاعات حاصل از تحقیقات فارماکولوژیکی صنعتی، عوارض جانبی و ... از شرکت‌های علاقمند به تولید و عرضه این قبیل داروها، سازمان‌های بین‌المللی و ... توسط گروه Kooperation phytopharmaka جمع‌آوری و نتایج آن در اختیار کمیسیون قرار می‌گیرد.

پنجمین اصلاحیه قانون دارو در آلمان (مصوب سال ۱۹۹۴) با گسترش محدوده قانونی پذیرش این فراورده‌ها، روند جدیدی را درباره کیفیت ایمنی و کارایی آنها در پیش گرفته است؛ به طوری که در مورد بسیاری از فراورده‌های فاقد مدارک کافی جهت اثبات کارایی، کاربرد سنتی آنها پذیرفته می‌شود، ولی می‌بایست خارج از داروخانه به فروش برسند. در واقع این نکته دلیل درج فراورده‌های دارای ارزیابی منفی توسط کمیسیون است. این فراورده‌ها همگی واجد برچسب «مصرف سنتی» هستند. در این روش بسیاری از فراورده‌ها که فاقد مدارک علمی معتبر هستند، تأییدیه قانونی لازم جهت عرضه به بازار مصرف به دست می‌آورند. در آلمان در یک سطح بالاتر این راهبرد، عدم درج عبارت «مصرف سنتی» روی فراورده، نمایانگر استناد به تک نگارهای استاندارد، یا تکیه بر مطالعات بالینی ویژه در تولید و عرضه داروی گیاهی مزبور است.

### ایالات متحده آمریکا

داروهای گیاهی در آمریکا نسبت به سایر کشورهای توسعه یافته گسترش کمتری دارد که دلیل آن عرضه این قبیل فراورده‌ها در «مغازه‌های اغذیه سالم» است که تنها بخش اندکی از جمعیت را تحت پوشش خود قرار می‌دهند. پخش و توزیع وسیع‌تر این فراورده‌ها از طریق داروخانه‌ها نیز با مشکل مواجه است؛ چرا که به دلیل عدم ذکر خاصیت درمانی، مصرف‌کنندگان نیاز به توصیه و مشاوره داروسازانی دارند که خود فاقد اطلاعات کافی از فراورده‌های مزبور هستند.

در اواخر دهه ۱۹۳۰ با تصویب قانون غذا، دارو و مواد آرایشی، سازمان غذا و داروی آمریکا هر فراورده‌ای را که به منظور درمان، مراقبت، تخفیف یا پیشگیری از بیماری به کار رود، دارو تلقی کرد. بنابراین تمامی نقطه‌نظراتی که درباره داروهای شیمیایی لحاظ می‌شود بر روی داروهای گیاهی نیز لازم‌الاجراست. اغلب فراورده‌های طبیعی به عنوان غذا یا افزودنی‌های غذایی در نظر گرفته می‌شوند گرچه بسیاری از آنها توسط عموم مردم به عنوان داروهای سنتی به کار می‌روند. همان‌گونه که انتظار می‌رود در این کشور بیشتر فعالیت سیستم نظارتی بر ایمنی فراورده‌های



مزبور متمرکز است. وقتی گیاهی به عنوان «به طور کلی ایمن» یا Gras شناخته می‌شود، مفهوم آن یکی از موارد ذیل خواهد بود:

- عدم وجود ادعایی خلاف واقعیت موجود،

- عدم وجود تقلب یا بروز اشتباه در الصاق برچسب فراورده‌های آن.

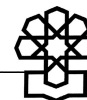
از نظر تئوری تمامی فراورده‌های طبیعی وضعیت Gras را دارند مگر آنکه کیفیت آنها توسط کارشناسان مورد شک و تردید قرار گیرد (و به عبارتی خلاف آن ثابت شود). تنها برخی از گیاهان دارویی معروف و کاملاً شناخته شده توسط FDA در فهرست داروهای بدون نسخه قرار گرفته‌اند. با وجود این انجام یک مطالعه بازنگری ۱۸ ساله سبب حذف بسیاری از این گیاهان از فهرست داروهای OTC شده که علت آن عمدتاً ناشی از عدم ارائه مدارک کافی جهت حمایت از ساخت و عرضه آنها توسط صنایع گیاهی آمریکا می‌باشد.

با تصویب قانون جدید از سال ۱۹۷۶ میلادی تمامی غذاها از جمله مکمل‌های غذایی و فراورده‌های حاوی گیاهان دارویی، دارو تلقی نمی‌شوند. این قانون، سازمان غذا و داروی آمریکا را از تدوین و نگارش تکنگارهای ویژه ویتامین‌ها، مواد معدنی، مکمل‌های غذایی و گیاهان به کلی معاف کرده است. در سال ۱۹۹۴ میلادی به دنبال تصویب قانون آموزش سلامت و مکمل‌های رژیم غذایی<sup>۱</sup> قانون سلامت و آموزش رژیم مکمل و با مشخص شدن اثر مفید رژیم‌های غذایی و ممانعت از بروز بیماری‌های مزمن و نقش کمی آنها در تأمین سلامت به صورت درازمدت، گیاهان دارویی، ویتامین‌ها و مواد معدنی در تعریف مکمل‌های غذایی قرار گرفته‌اند و بر این اساس می‌توانند به شکل کپسول، قرص، شربت و ... با دوزاژ مشخص مورد استفاده قرار گیرند. این قانون تصریح کرده که مکمل‌های غذایی به عنوان غذا یا افزودنی‌های غذایی نیازی به اخذ مجوز عرضه به بازار از سوی FDA ندارند.

طبق قانون روی برچسب این قبیل فراورده‌ها می‌بایست قید شود که مکانیسم اثر یا مورد مصرف ذکر شده برای آنها، توسط سازمان غذا و داروی آمریکا مورد ارزیابی قرار نگرفته و به تشخیص، درمان، مراقبت یا پیشگیری از بیماری اختصاص ندارند. علاوه بر این اجزای فراورده‌های مزبور، گیاه یا اندام‌های گیاهی مورد استفاده در تهیه آنها، باید مشخص شده باشد.

## ایتالیا

در سال ۱۹۸۱ میلادی آیین‌نامه‌ای توسط وزارت بهداشت ایتالیا صادر شد که طی آن فراورده‌های گیاهی در دو بخش فراورده‌های غذایی سالم یا دارو قرار داده می‌شوند.



**گروه اول:** گیاهانی را در بر می‌گیرد که به‌طور سنتی به‌عنوان غذا یا چاشنی و فقط به‌منظور تغذیه به‌کار می‌روند و کاربردهای درمانی آنها جایز شمرده نمی‌شود. براساس این مقررات، محصولات مزبور در گروه فراورده‌های رژیمی دسته‌بندی می‌گردند که نیاز به تأیید ندارند ولی صاحب امتیاز آنها می‌باید اطلاعاتی را روی برچسب فراورده ارائه کند.

این فراورده‌ها تنها در خارج از داروخانه‌ها اجازه فروش دارند که لفظ Erboristerias نیز به این نکته اشاره می‌کند. شخص مسئول این مغازه یعنی Erborista نیز اجازه توصیه و راهنمایی مراجعین را به کاربرد درمانی این گروه از فراورده‌های گیاهی ندارد. این فرد همچنین مجاز به تهیه و فروش مخلوط‌های گیاهان دارویی به مردم نیست.

**گروه دوم:** فراورده‌های گیاهی که با مقاصد درمانی تهیه شده، واجد فعالیت فارماکولوژیک مشخصی هستند. بر این اساس فراورده‌های مزبور باید تنها در داروخانه‌ها و توسط داروساز به فروش برسند. مخلوط‌های گیاهی، چای‌ها و فراورده‌های مشابه، با نام تجاری یا مورد مصرف درمانی مشخص، فراورده‌های دارویی تلقی می‌شوند. مطابق قانون مزبور این فراورده‌ها نیز تنها توسط داروسازان و در داروخانه‌ها اجازه فروش دارند. علاوه بر این داروسازان اجازه تهیه و فروش مخلوط‌های گیاهان دارویی را به عموم مردم ندارند. آیین‌نامه مزبور واجد دو فهرست ضمیمه است: یکی برای گیاهان دارویی جهت فروش در داروخانه‌ها و دیگری فهرست گیاهانی که می‌توانند خارج از داروخانه‌ها عرضه و به فروش برسند. بر طبق این آیین‌نامه پرونده درخواست باید واجد مدارک روش ساخت و آنالیز مربوط به فراورده مورد نظر باشد.

## هند

در این کشور دانش بومی زیادی جهت استفاده از داروهای گیاهی در بین عموم مردم وجود دارد و گستردگی بازار عرضه و تقاضای داروهای گیاهی و همچنین وجود فرمول‌ها و نسخه‌های ویژه پزشکان سنتی به‌حدی است که تخمین تعداد و تنوع داروهای سنتی در این کشور را با مشکل مواجه می‌کند.

در هند فراورده‌های دارویی گیاهی (اعم از سنتی و جدید) تحت نظارت قوانین داروها و مواد آرایشی مصوب سال ۱۹۴۰ میلادی و همچنین اصلاحات مقررات دارویی و آرایشی مصوب سال ۱۹۴۵ میلادی قرار دارند. این قوانین روند واردات، تولید و فروش داروها و مواد آرایشی را نیز شامل می‌شوند. (در سال ۱۹۵۹ میلادی دولت هند سیستم‌های سنتی طب هندی را مورد تأیید قرار داد و قانون داروها و مواد آرایشی را به‌گونه‌ای اصلاح کرد تا در برگیرنده داروهای مشتق از سیستم‌های سنتی هند نیز باشد).

همه فراورده‌هایی که براساس معیارهای موجود در انواع مکاتب طب سنتی رایج در هند ارائه



می‌شوند، بدون اخذ مجوز از اداره‌های ایالتی کنترل دارو امکان تولید ندارند. داروهای ثبت شده و همچنین داروهای تجارتي مشتق از سیستم‌های سنتی واجد اجزایی هستند که در کتب معتبر و شناخته شده هر مکتب درمانی وجود دارند و در قوانین دارو و مواد آرایشی نیز نام آنها درج شده است. دولت دارای کمیته‌های تخصصی و یک گروه کارشناسی برای داروهای آیورودا<sup>۱</sup>، سیدا<sup>۲</sup> و یونانی<sup>۳</sup> در تشکیلات وزارت بهداشت است. همچنین کمیته‌های فارماکوپه برای تدوین و نگارش فارماکوپه‌های ویژه هر یک از این مکاتب درمانی نیز تأسیس شده است.

در سال ۱۹۹۳ میلادی با گزینش یک کمیته کارشناسی توسط دولت مرکزی، دستورالعمل‌های جدیدی برای ارزیابی ایمنی و کارایی داروهای گیاهی در نظر گرفته شد که در قوانین و مقررات داروها و مواد آرایشی درج شد. در تدوین این دستورالعمل‌ها چنین فرض شده است که به هیچ نوع داروی گیاهی جدیدی غیر از مواردی که فرمول آنها در کتب معتبر آیورودا، سیدا و یونانی آمده باشد، اجازه تولید داده نمی‌شود.

در هند طبقه‌بندی داروهای گیاهی براساس وجود آنها در بازار و طبیعت گیاهان موجود در آنها به صورت زیر صورت انجام می‌گیرد:

**گروه اول:** داروهای که بیشتر از ۵ سال پیش از این مصرف می‌شده‌اند.

**گروه دوم:** داروهایی که از ۵ سال پیش تاکنون مصرف شده‌اند.

**گروه سوم:** داروهای جدید.

به‌علاوه ضوابط مورد نیاز جهت بررسی ایمنی و کارایی این داروها براساس طبقه‌بندی و همچنین وجود آنها در بازار مصرف متفاوت است. اضافه بر این بسته به طبیعت گیاهان و وجود آنها در بازار مصرف، ضوابط گوناگونی جهت ارائه اطلاعات حاصل از تحقیقاتی بالینی و سم‌شناسی فراورده به مراجع ذی‌صلاح وجود دارد.

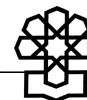
## چین

قانون داروهای گیاهی چین دارای ۳۱ ماده است که کلیه امور مربوط به گیاهان دارویی و داروهای گیاهی، فروش، صادرات و واردات، تکنولوژی ساخت و کشت، نیروی کار متخصص، مطالعات بالینی و ... را در بر می‌گیرد. برای مثال طبق ماده ۲۱ مقررات دارویی چین، مطالعات بالینی یا اثبات صحت انجام آن باید به تأیید وزارت بهداشت چین یا اداره کل بهداشت ایالت، بخش خود مختار یا حتی شهرداری (در برخی مناطق) برسد.

---

1. Ayurveda  
2. Siddha  
3. Unani





علاوه بر این جهت داروهای جدید موارد ویژه‌ای در نظر گرفته می‌شود. داروهای جدید در چین به داروهای اطلاق می‌گردد که قبلاً وجود نداشته‌اند یا اخیراً کاربردی جدید، تغییر در شیوه تجویز یا شکل دارویی پیدا کرده‌اند. براساس آیین‌نامه قانونی در مورد پذیرش داروهای گیاهی، این قبیل داروها در پنج گروه تقسیم‌بندی می‌شوند:

**گروه اول:** از روی گیاهان دارویی مورد مصرف در طب سنتی چین، مشابه‌سازی صورت گرفته باشد؛ گیاهان دارویی که جدیداً کشف و شناسایی شده‌اند؛ ترکیبات فعال منفرد که از گیاهان دارویی متداول در طب سنتی چین استخراج شده‌اند.

**گروه دوم:** داروهای گیاهی چینی که به‌صورت تزریقی تهیه می‌شوند؛ بخشی از گیاهان دارویی متداول در طب سنتی چین که جدیداً به‌عنوان دارو به‌کار می‌روند؛ مخلوطی از ترکیبات که در داروهای سنتی چین و گیاهان طبیعی جداسازی شده‌اند.

**گروه سوم:** فراورده‌های جدید که برای اولین بار ارائه شده‌اند؛ فراورده‌های ترکیبی از داروهای سنتی چین و داروهای جدید که در آنها داروی سنتی جزء اصلی است؛ گیاهان دارویی که به‌طور سنتی وارد کشور می‌شوند.

**گروه چهارم:** اشکال دارویی جدید یا روش‌های جدید تجویز داروهای سنتی چین؛ مواد اولیه وارد شده از دیگر نقاط کشور و آنهایی که به‌جای برداشت از طبیعت، کشت شده‌اند.

**گروه پنجم:** فراورده‌های سنتی چینی که کاربرد جدید و تازه‌ای برای آنها کشف شده است.

در چین تمامی تحقیقات روی داروهای گیاهی باید مبتنی بر اطلاعاتی در زمینه ویژگی فارماکولوژیک، سم‌شناسی و مطالعات بالینی همراه با مدارک کافی در زمینه کیفیت مواد اولیه و شکل دارویی باشد. داروهای مورد قبول فارماکوپه ملی و داروهای جدید مورد تأیید وزارت بهداشت از انجام آزمایشات بالینی تا زمانی که تغییر در شکل دارویی فرآورده ایجاد نشده باشد، معاف هستند.

درخواست ارائه شده در زمینه مواد اولیه دارویی به مراجع ذی‌صلاح باید در برگیرنده مواردی نظیر: هدف تحقیق، تجربه قبلی یا دستاورد تحقیقات جدید، منبع ماده اولیه، کشت، فرایند تولید، ویژگی‌ها، اطلاعاتی براساس فارماکولوژی چینی، کارایی روی نشانه‌های اصلی بیماری، آزمایش‌های سم‌شناسی حاد، اطلاعات درباره قابلیت جهش‌زایی، سرطان‌زایی و تولید مثل، پیش‌نویس استانداردهای کیفیت، پایداری و طرح پیشنهادی برای مطالعه بالینی باشد. همچنین درخواست جداگانه‌ای باید برای تولید دارو تنظیم شود که نیاز به مدارکی در زمینه استانداردهای کیفیت، پایداری، خلاصه‌ای از مطالعات بالینی و مواد بسته‌بندی دارد. علاوه بر این گزارش‌های مربوط به فرآورده دارویی ساخته شده نیز باید مشابه با اطلاعات مواد اولیه، بسته به نوع و بسته‌بندی گروه دارویی مورد نظر باشد. همچنین جهت هریک از گروه‌های پنج‌گانه فوق



دستورالعمل‌های ویژه‌ای وجود دارد که بسته به گروه دارو می‌بایست انجام و نتایج آن به مراجع ذی‌صلاح ارائه شود.

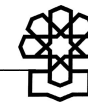
## انگلستان

در انگلستان قوانین مربوط به اخذ مجوزهای مورد نیاز جهت تمامی انواع داروها در بخش دوم قوانین دارویی مصوب سال ۱۹۶۸ میلادی آمده است. بدون اخذ مجوزهای لازم اقدام به هرگونه تولید، فروش، نگهداری، صادرات یا واردات دارو به انگلستان تخلف و تخطی از قانون تلقی می‌شود. داروهای گیاهی که برای یک منظور درمانی خاص تهیه می‌شوند تنها در صورتی موفق به اخذ مجوز دارو می‌شود که از شواهد و مدارک کافی برخوردار باشند و از طرفی صاحب امتیاز آن می‌بایست عبارت‌ها نظیر «داروی گیاهی سنتی جهت مصرف در رفع علائم...» یا «در صورت وجود علائم... به پزشک خود مراجعه کنید» را روی برچسب آن قید نمایند.

برای فراورده‌های ترکیبی حاوی تعدادی از افزودنی‌های گیاهی یا مخلوط‌های گیاهی و دیگر اجزا، مجوز دارو صادر نمی‌شود. فراورده‌هایی که دارای ایمنی قابل قبول باشند، مجوز فروش و عرضه در داروخانه‌ها را به دست می‌آورند. اسامی این قبیل داروها در فهرست فروش درج می‌شود و تنها تحت نظارت و سرپرستی داروساز قابل فروش خواهند بود. داروهایی که دارای معافیت از اخذ مجوز باشند، در مغازه‌ها و فروشگاه‌ها قابل عرضه هستند. هدف از این تفکیک، اعمال نظارت بیشتر روی گیاهان سمی است که با این روش آنها را از گروه فهرست کلی داروها خارج می‌کنند. به این ترتیب داروهای مزبور را با عنوان «عرضه فقط در داروخانه» مشخص می‌کنند یا آنها را با محدودکردن دوز یا تجویز، جهت مصرف در خارج از داروخانه عرضه می‌کنند.

## توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

به موازات افزایش هزینه مراقبت‌های سلامت کشورها، کاربرد طب سنتی و جایگزین روز به روز اهمیت بیشتری می‌یابد، از ۱۹۱ کشور عضو سازمان بهداشت جهانی تاکنون تنها ۲۵ کشور سیاست ملی طب سنتی و جایگزین خود را تدوین کرده‌اند. در سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان بهداشت جهانی بهداشت راهبرد طب سنتی را تنظیم کرد تا براساس آن، روش‌های به‌کار رفته در این طب را بررسی کند. از بی‌خطری فراورده‌هایی که در آن به‌کار می‌رود مطمئن شود. درمانگران را آموزش دهد و مسائل مربوط به مالکیت معنوی را مورد توجه قرار دهند. جدول ذیل، مختصری از نظرات این سازمان در خصوص داروهای گیاهی است.



### استراتژی داروی WHO در طب سنتی و طب مکمل و جایگزین ۲۰۰۴-۲۰۰۷ میلادی

شاخص‌ها	نتایج مورد انتظار			چالش‌ها	
	پیشرفت کشوری	عملکرد منطقه‌ای و کشوری WHO	عملکرد جهانی WHO		
پیشرفت کشوری	پیشرفت کشوری	عملکرد منطقه‌ای و کشوری WHO	عملکرد جهانی WHO	چالش‌ها	
قانون‌گذاری و وضع آیین‌نامه درخصوص محصولات گیاهی در تعدادی از کشورهای واجد سیاست ملی جامع درخصوص طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و تدوین فهرست داروهای ضروری ملی شامل داروهای گیاهی	توسعه و اجرای سیاست‌ها و قوانین ملی طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین به منظور حمایت از استفاده صحیح و ادغام آن در سیستم بهداشتی- درمانی کشور مطابق با وضعیت ملی	فراهم آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو به جهت ادغام طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین در سیستم ملی بهداشتی درمانی شامل حمایت از مطالعات ملی به منظور معتبر ساختن طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و ارتقای شناخت نقش تأمین‌شدگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین	گسترش یافتن اطلاعات مبتنی بر شواهد (Evidence-based) درخصوص کیفیت، سلامت و مقرون به صرفه بودن طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین، جهت تصمیم‌گیری‌های آگاهانه به منظور ادغام این روش‌ها در سیستم‌های بهداشتی- درمانی	عدم وجود مقررات ثبت شده برای درمان و استفاده از محصولات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین طب سنتی و ارائه‌دهندگان خدمات آن اغلب شناخته شده نیستند و مورد حمایت قرار نمی‌گیرند. فقدان اطلاعات کافی مبتنی بر شواهد درخصوص ضریب اطمینان، کیفیت و مقرون به صرفه بودن طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین شواهد مستدل برای ادغام آن در سیاست‌گذاری ملی و سیستم‌های بهداشتی- درمانی ضروری است. ناکافی بودن منابع جهت تحقیق و توسعه طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین درخصوص بیماری‌های شایع و معضلات عمومی	۱. ادغام طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین در سیستم بهداشتی- درمانی ملی
وجود استاندارد کیفیت ملی برای داروهای گیاهی (از جمله GMP, GAP فارماکوپیه، مونوگراف‌های ملی و غیره) و دیگر محصولات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین بر طبق وضعیت جهانی در تعدادی از کشورهای دارای سیستم کنترل ایمنی (safety monitoring) داروهای گیاهی	توسعه یافتن و تقویت سیاست‌ها و قوانین ملی، کنترل ایمنی (safety monitoring) و اقدامات کنترل کیفی برای داروهای گیاهی و دیگر محصولات و روش‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین مطابق با وضعیت ملی	فراهم آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو به جهت تقویت ظرفیت ملی به منظور تدوین قوانین، کنترل ایمنی (safety monitoring) و کنترل بر کیفیت داروهای گیاهی و دیگر محصولات و درمان‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین	وجود دستورالعمل‌ها و استانداردهای جدید جهانی در مورد قوانین، کنترل ایمنی (safety monitoring)، تضمین کیفیت و کنترل داروهای گیاهی و دیگر محصولات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین درمان‌های توسعه یافته	بیش از دو سوم کشورهای عضو WHO فاقد قانونی در مورد داروهای گیاهی هستند. بنابراین ضریب اطمینان، اثربخشی و کیفیت داروهای گیاهی در اکثر کشورها تضمین شده نیست. فقدان کنترل ایمنی (safety monitoring) ملی درخصوص روند شناسایی داروهای گیاهی در اکثر کشورها. رشد تجارت ملی و بین‌المللی محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین خصوصاً داروهای گیاهی، بدون دستورالعمل‌های بین‌المللی و عدم وجود استاندارد در کنترل کیفیت و ایمنی فقدان روش تحقیق نظام‌مند در داروهای سنتی	۲. ارتقا ضریب اطمینان، اثربخشی و کیفیت طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین



شاخص‌ها	نتایج مورد انتظار			چالش‌ها	
	پیشرفت کشوری	عملکرد منطقه‌ای و کشوری WHO	عملکرد جهانی WHO		
وجود فهرست گیاهان دارویی در تعدادی از کشورها وجود حقوق مالکیت معنوی در حفظ دانش طب سنتی در برخی از کشورها وجود تعدادی سازمان‌های ملی تأمین‌کنندگان خدمات وضعیتی ملی جهت ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین	انجام اقداماتی درخصوص حفظ و نگهداری دانش بومی و منابع دارویی طبیعی برای توسعه پایدار TM شامل حفظ حقوق مالکیت معنوی مطابق با وضعیت ملی جهت ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین	فراهم آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو، جهت ارتقای ثبت و حفظ دانش بومی طب سنتی و اجرای دستورالعمل‌های فنی جهانی جهت تداوم استفاده از گیاهان دارویی	حفظ و نگهداری دانش طب سنتی و منابع طبیعی، منظور تداوم آنها	<ul style="list-style-type: none"> <li>اقداماتی در جهت حفظ و نگهداری دانش و منابع طبیعی، جهت تضمین دوام آنها صورت نگرفته است</li> <li>فقدان اطلاعات درخصوص مقرون به صرفه بودن طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین. (اگرچه در برخی از زمینه‌ها می‌تواند گران باشد و در اکثر موارد توسط طرح‌های بیمه‌های درمانی پوشش داده نمی‌شود)</li> </ul>	۳. افزایش دسترسی و کاهش هزینه در درمان‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین
احراز صلاحیت و اعطای مجوز در تعدادی از کشورهای دارای طرح ثبت ملی برای تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین فراهم کردن موارد اطلاع‌رسانی برای مصرف‌کنندگان در استفاده مناسب از طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین در تعدادی از کشورها	فراهم آوردن آموزش‌های عمومی، احراز صلاحیت و اعطای مجوز برای تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و راهنمایی مصرف‌کنندگان آن در استفاده مناسب از محصولات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین	فراهم آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو جهت ارتقای استفاده منطقی از طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین توسط تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و مصرف‌کنندگان مطابق شرایط ملی آنان از طریق ابزار و معیارهای متفاوت	افزایش استفاده درمانی صحیح و منطقی از طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین به‌واسطه آموزش، کارورزی و احراز صلاحیت، توسط تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و مصرف‌کنندگان آن	<ul style="list-style-type: none"> <li>با توجه به اینکه کارآزمای‌های بالینی در معالجات سنتی اثبات نشده است، استفاده منطقی طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین باید با استناد به مرجع معتبر باشد</li> <li>عدم وجود دستورالعمل‌های آموزشی استاندارد شده برای درمان‌های طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و همچنین عدم وجود شبکه‌های ارتباطی تأمین‌کنندگان داروهای سنتی</li> <li>محدودیت آموزش و احراز صلاحیت در تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین</li> <li>فقدان اطلاعات قابل اطمینان و آموزش مناسب برای مصرف‌کنندگان در زمینه استفاده صحیح از طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین</li> </ul>	۴. استفاده صحیح از خدمات طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین توسط تأمین‌کنندگان و مصرف‌کنندگان آن



## ۷-۲. قوانین موجود در ایران درباره طب سنتی / طب مکمل و جایگزین

**طب گیاهی:** شاید به جرئت بتوان گفت در میان حیطه‌های مختلف طب سنتی / طب مکمل و جایگزین بیشترین قوانین به طب گیاهی مرتبط می‌شود؛ چرا که داروهای گیاهی بخشی از داروهای رسمی کشور هستند. از همین رو طب گیاهی را به‌طور جداگانه از سایر حیطه‌ها مورد بررسی قرار می‌دهیم.

در قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ هجری شمسی نگاه خاصی نسبت به گیاهان دارویی صورت نگرفته بود و جایگاه بررسی و ثبت فرآورده‌های دارویی گیاهی همانند سایر داروهای شیمیایی رسمی در اداره نظارت بر امور دارویی وزارت بهداشتی وقت تعیین شده بود.

اما در اصلاحات این قانون پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی نگرش‌ها تغییر کرد. در تبصره «۳» ماده (۶) قانون اصلاح بعضی از مواد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی (مصوب ۱۳۳۴) که در سال ۱۳۶۷ به تصویب رسید چنین آمده است: داروهای گیاهی به فرآورده‌هایی اطلاق می‌شود که در تهیه و ترکیب آنها کلاً یا اکثر آن، از اجزا یا عصاره‌های گیاهی استفاده شده باشد، تشخیص دارویی گیاهی تأیید اثر درمانی و تعیین یا تأیید نام آن با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

براساس ماده (۱۶) قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴ هجری شمسی این وزارت موظف است با همکاری وزارت کشاورزی طرح احیای داروهای گیاهی و استفاده گسترده از آن را به اجرا درآورد.

در ماده (۱۸) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ هجری شمسی، نیز انجام پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص دارویی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه‌های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شمرده شده است.

در آیین‌نامه تعیین ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو و لیست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) مصوب ۱۳۸۳ هجری شمسی داروهای گیاهی جزء مشمول خدمات پزشکی و دارویی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) قرار گرفته است

براساس فصل ۹ سیاست ملی دارویی ایران داروهای گیاهی و طب سنتی (مصوب ۱۳۸۳ هجری شمسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) استفاده منطقی از طب سنتی و به‌خصوص داروهای گیاهی باید مورد حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. در این سند آمده است:



با توجه به سابقه ارزشمند ایران در استفاده از طب سنتی و به خصوص گیاهان دارویی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید با تنظیم ضوابط و مقررات لازم ضمن نظارت دقیق بر سلامت و اثربخشی داروهای گیاهی مصرف آنها را در جامعه تشویق کند. با وجود این نظارت بر تولید و عرضه داروهای گیاهی باید به صورتی انجام شود که مانع سوءاستفاده‌های اجتماعی از این داروها گردد. اطلاع‌رسانی دارویی در مورد داروهای گیاهی بومی ایران باید منجر به تشویق بیماران و پزشکان برای مصرف و تجویز داروهای گیاهی مورد تأیید نظام دارویی کشور شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید از طریق همکاری با سایر سازمان‌های مسئول نسبت به سامان‌دهی عرضه داروهای گیاهی، گیاهان دارویی و داروهای طب سنتی و مکمل اقدام نماید تا مانع عرضه ناسالم این فرآورده‌ها شود.

صنایع داروسازی کشور باید با تولید داروهای گیاهی با کیفیت و مؤثر درمانی، سهم این داروها را از بازار دارویی کشور افزایش دهند.

براساس آیین‌نامه‌های موجود در کشور تدوین مقررات و ضوابط ساخت، توزیع و عرضه فرآورده‌های طبیعی، تدوین فهرست داروهای گیاهی و گیاهان دارو ایران، صدور پروانه تأسیس و مسئول فنی واحدهای تولید داروهای طبیعی، بسته‌بندی گیاهان دارویی، تولید مواد اولیه گیاهی عصاره و اسانس‌ها، داروهای هومیوپاتی، فرآورده‌های طب سنتی، فرآورده‌های فرآوری نشده و فرآورده‌های تشخیصی آلرژی، بازدید از شرکت‌های تولید و بسته‌بندی داروهای گیاهی مورد مطالعه و مطابقت با GMP در ایران توسط اداره داروهای طبیعی که از ادارات معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، انجام می‌گیرد.

این اداره در سال ۱۳۶۰ همزمان با شروع فعالیت واحدهای تولیدی فرآورده‌های گیاهی به صورت گروه کارشناسی و از سال ۱۳۷۶ به عنوان یکی از ادارات تابعه اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر در معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت و تحت عنوان «اداره داروهای گیاهی» به رسمیت شناخته شد. از اواخر سال ۱۳۸۵ با هدف افزایش تنوع فرآورده‌های طبیعی و برای تمرکز بیشتر بر روی این داروها، نام این اداره به اداره داروهای طبیعی، تغییر نام یافت.

شورای بررسی و تدوین داروهای طبیعی ایران متشکل از چند کمیته تخصصی از جمله کمیته تخصصی بررسی داروهای گیاهی، کمیته تخصصی بررسی داروهای هومیوپاتی، کمیته تخصصی بررسی فرآورده‌های طب سنتی ایران و کمیته تخصصی بررسی فرآورده‌های تشخیصی و درمانی آلرژی است.

اداره داروهای طبیعی در سال ۱۳۸۵ «آیین‌نامه تهیه و عرضه فرآورده‌های طب سنتی ایران» را به منظور به روز کردن و جهت‌دهی علمی به استعدادها و توانایی‌های کشور در مورد پیشینه طب



سنتی و بافت متنوع گیاهی، توسعه فراورده‌های مبتنی بر کتب طب سنتی ایران، برقراری نظام یکپارچه عرضه داروهای سنتی در داروخانه‌ها و عطاری‌ها و ...، ترویج و گسترش فرهنگ استفاده از طب سنتی و به تبع آن ارتقای سلامت مردم همچنین مهیا کردن زمینه افزایش آگاهی و آشنایی بیشتر پزشکان و داروسازان در ارتباط با طب سنتی و درمان با داروهای طبیعی و ... مصوب کرد. براساس این آیین‌نامه فراورده‌های طب سنتی به فراورده‌های اطلاق می‌شود که به‌طور متواتر در کتب مرجع طب سنتی ایران ذکر شده‌اند. کتب مرجع طب سنتی ایران نیز شامل منابع زیر هستند:

۱. الحاوی (رازی)،

۲. قانون فی الطب (ابن سینا)،

۳. الابنیه عن حقایق الادویه (ابومنصور هروی)،

۴. ذخیره خوارزمشاهی (جرجانی)،

۵. الاغراض الطیبه (جرجانی)،

۶. اختیارات بدیعی (انصاری شیرازی)،

۷. تحفه المؤمنین (حکیم مؤمن)،

۸. قرابادین کبیر (عقیلی خراسانی)،

۹. مخزن الادویه (عقیلی خراسانی)،

۱۰. کامل الصناعه (علی بن عباسی اهواز).

مجوز تهیه فراورده‌های طب سنتی ایران، طبق این آیین‌نامه به داروسازان و سایر افرادی که حداقل ۱۰ سال سابقه فعالیت در زمینه طب سنتی (با تأیید صنف مربوطه یا اداره داروهای گیاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) داشته باشند، داده خواهد شد. اجازه تهیه هر فراورده پس از تأیید شورای بررسی و تدوین داروهای گیاهی و طبیعی ایران، منوط به اخذ تأییدیه از اداره کل آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو و سرانجام تأیید کمیسیون قانونی تشخیص (صلاحیت ساخت و ورود دارو و مواد بیولوژیک) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اخذ مجوز است. عرضه این فراورده‌ها در کلیه مراکز دارویی، درمانی و طب سنتی امکان‌پذیر است.

بر روی برچسب این فراورده‌ها علاوه بر درج جمله «فراورده طب سنتی ایران» می‌باید نام محصول، نام و آدرس مرکز تولیدکننده، دستور مصرف، تاریخ تولید، تاریخ انقضا و شرایط نگهداری نیز ذکر شود.

طبق این آیین‌نامه، متقاضیان صرفاً می‌توانند اقدام به تهیه آن دسته از فراورده‌ها کنند که نام اجزای آنها در فهرست مفردات طب سنتی ایران تهیه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود باشد. جنس و گونه گیاهان و نام مواد خام به‌کار رفته در فرمولاسیون فراورده‌ها



نیز باید به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برسد. عملیات تهیه این فراورده‌ها صرفاً شامل مواردی است که کتب مرجع طب سنتی ایران ذکر شده است. همچنین اخذ مجوز تهیه این فراورده‌ها نیاز به ارائه مطالعه بالینی ندارد. اعتبار مجوز تهیه این اقلام ۴ سال است و تقاضای تجدید مجوز باید شش ماه قبل از انقضای مدت به عمل آید.

آیین‌نامه ثبت ورود داروهای گیاهی در اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۶ نهایی شده است و آیین‌نامه بسته‌بندی گیاهان دارویی نیز در همان تاریخ مورد تصحیح و تصویب قرار گرفته است تا آنچه در طب سنتی به‌عنوان فراورده طبیعی مطرح است براساس این آیین‌نامه قابل ارائه جهت صدور مجوز باشد. قابل ذکر است این آیین‌نامه ضوابط بسته‌بندی چند گیاه دارویی را نیز تعریف کرده است.

عطاری‌ها در ایران زیر نظر وزارت بازرگانی هستند و یکی از رسته‌های زیرمجموعه سقط‌فروش‌ها هستند. بنابراین تخصصی بودن این فن مد نظر قرار نگرفته است و در نتیجه نظارت بر نحوه تشخیص، تجویز و عرضه فراورده توسط این قشر با چالش روبه‌رو است. کمیته سامان‌دهی عطاری‌ها با هدف قانونمند کردن فرایندهای عرضه و توزیع فراورده‌های طبیعی در سال ۱۳۸۵ در معاونت غذا و دارو تشکیل شده است. نتیجه جلسات این کمیته به‌صورت طراحی یک سیستم عرضه با حضور مسئول فنی شده است که مراحل اجرایی شدن خود را می‌گذراند.

از کل داروهای مجاز به ارائه در خانه‌های بهداشت (حدود ۳۰ عدد) در حال حاضر فقط یک داروی گیاهی (پماد گیاهی کالاندولا) موجود است. معاونت غذا و دارو اجرای طرحی مشترک و تفاهم‌نامه‌ای با معاونت سلامت وزارت بهداشت درباره افزایش این تعداد به حداقل سه مورد و افزایش سالانه آن را در دستور کار خود دارد.

درخصوص بیمه داروهای طبیعی مکاتباتی از طرف وزارت بهداشت با وزارت رفاه انجام شده است. یک جلسه هم در وزارت رفاه تشکیل شده است. وزارت رفاه ورود دارو به بیمه را مستلزم تکمیل فرم‌های مخصوصی می‌داند که این موضوع به کارخانجات تولیدکننده داروهای طبیعی اطلاع داده شده است. بنا به گزارش معاونت غذا و دارو برخی از فرم‌ها نیز تکمیل و ارسال شده و مسئولان وزارت رفاه قرار است در این مورد تصمیم‌گیری کنند. همچنین اداره داروهای طبیعی معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت با سندیکای تولیدکنندگان داروهای گیاهی مذاکراتی انجام داده تا در مواردی که برای یک فراورده محصولات تجاری مختلفی توسط کارخانجات تولید می‌شود، یک فراورده تجاری با Brand مشخص تهیه شود تا بتوان فرایند بیمه کردن آن را تسهیل کرد.

دبیر شورای آموزش طب سنتی و مکمل وزارت بهداشت از تهیه پیش‌نویس آیین‌نامه درمانگاه‌های طب سنتی توسط این دبیرخانه و ارسال آن به معاونت سلامت خبر داده است. ضمن آنکه استراتژی طب سنتی و مکمل نیز در اسفند سال ۱۳۸۵ توسط این دبیرخانه تهیه و به شورای





سیاست‌گذاری وزارت بهداشت ارجاع شده، ولی تاکنون اقدامی انجام نشده است که شاید به دلیل عدم مشارکت ذی‌نفعان در تدوین این برنامه و در نتیجه عدم جامعیت آن باشد.

**سایر حیطه‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین:** شورای گسترش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۴ هومیوپاتی را به‌عنوان یک روش درمانی تأیید کرد و در سال ۱۳۷۷ دستورالعمل تعیین تکلیف پزشکان هومیوپات توسط وزیر بهداشت وقت، به معاونت آموزشی وزارتخانه اعلام شد. بدین‌ترتیب مدرک پزشکی که دوره دوساله را در یک مرکز معتبر آموزشی طی کرده باشند، توسط شورای عالی ارزشیابی مورد ارزشیابی قرار گرفته و در صورت تأیید به‌عنوان پزشک عمومی، متخصص هومیوپات فعالیت کنند. آنچه که در این مورد نادیده گرفته شده است بی‌اعتبار شناختن دوره‌های آموزشی برگزار شده در ایران است. حال آنکه به‌نظر می‌رسد این روش درمانی در ایران سابقه طولانی ندارد و احتمالاً پزشکان نیز حاضر به سرمایه‌گذاری برای ادامه تحصیل و اخذ مدرک در این رشته در خارج از ایران نباشند.

در مورد داروهای هومیوپاتی نیز اداره داروهای طبیعی، آیین‌نامه‌های ساخت، توزیع و عرضه داروهای هومیوپاتی را تهیه کرده در کمیته مستندسازی نهایی کرده و منتظر ابلاغ آن از طرف وزیر بهداشت است.

در سال ۱۳۷۱ رشته کایروپراکتیک با فعالیت‌های گسترده و منسجم این گروه و با همکاری نماینده سازمان نظارت بر دانشگاه‌های کایروپراکتیک یا CCE (Council on Chiropractic Education) و برطبق استانداردهای بین‌المللی به تأیید و تصویب شورای عالی ارزشیابی و معاونت دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید. به‌منظور استقلال و حفظ ارزش‌های این رشته و با پیگیری‌های معاونت آموزشی، قوانین مربوطه به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

چگونگی فعالیت و آیین‌نامه فارغ التحصیلان رشته کایروپراکتیک براساس آیین‌نامه و قانون چگونگی تعیین وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته به آن مصوب سال ۱۳۷۶ مجلس شورای اسلامی تدوین و ابلاغ شده و طبق قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۷۹ مجلس شورای اسلامی جزو گروه پروانه‌دار محسوب شد.

طبق استعلام از سازمان نظام پزشکی، در حال حاضر هیچ‌گونه تعرفه خصوصی و دولتی برای درمان‌های طب سنتی / طب مکمل و جایگزین وجود ندارد. همان‌طور که سیستم بیمه‌ای نیز آن را پوشش نمی‌دهد. متخصصان طب سوزنی و هومیوپات‌ها در صورتی که پزشک باشند، عضو سازمان نظام پزشکی باشند و دو سال دوره آموزشی معتبر را گذرانده باشند (با تأیید وزارت بهداشت) می‌توانند در تابلو و سرنسخه خود عنوان هومیوپات را ذکر کنند. از نظر سازمان نظام



پزشکی (اداره کل نظارت) پزشکان حجامت را می‌توانند به‌عنوان خدمات پزشکی انجام دهند، ولی اجازه نوشتن آن در سرنسخه را ندارند. اداره نظارت و اعتباربخشی معاونت سلامت وزارت بهداشت کارگروهی را برای بررسی طب مکمل درست کرده است تا نظارت بر نحوه درمان در این حیطه را تدوین کند، ولی تاکنون نتیجه مشخصی در بر نداشته است.

### ۳-۷. مالکیت معنوی در طب سنتی و ترکیبات طبیعی

براساس مباحث مالکیت معنوی (Intellectual Property)، تا زمانی که موضوعات مرتبط به فکر و اندیشه مانند دانش، اطلاعات، مفاهیم و غیره آشکار نشوند و دسترسی به آنها ممکن نباشد، برای دیگران قابل فهم و استفاده نیستند. از طرف دیگر، پتنت حقی انحصاری است که دولت‌ها به اختراعات نو، بدیع و کارآمد می‌دهند تا استفاده از آن، ساخت و یا فروش آن اختراع برای مدتی محدود از دیگران سلب شود. بسیاری از درخواست‌های پتنت (حق اختراع) برای ثبت هیچ‌گاه به این مرحله نمی‌رسند و بسیاری دیگر که ثبت می‌شوند نیز در نهایت هیچ‌گاه مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. از این نمونه می‌توان پتنت‌ها را نام برد که در مراحل ابتدای تولید دارو به ترکیبات اولیه داده می‌شود؛ اما مشخص نیست داروی نهایی مفید واقع شده و مؤثر خواهد بود یا خیر. درحال حاضر قوانین موجود درباره حمایت از مالکیت‌های معنوی به هیچ‌عنوان نتوانسته است به دانش سنتی و افراد بومی کمک کند. گروه‌های محلی معتقدند که مورد بهره‌برداری‌های غیرمجاز در زمینه علوم زیستی قرار گرفته‌اند و از دانش محلی و منابع بیولوژیک آنها به‌طور غیرقانونی استفاده می‌شود.

به سبب مشکلاتی که در استفاده از قوانین مالکیت‌های معنوی در دانش و طب سنتی وجود دارد، فراخوانی برای تأسیس یک نظام (sui generis) برای حمایت از دانش سنتی صورت گرفته است. بسیاری از متخصصان معتقدند تأسیس چنین نظامی جدا از نظام ثبت مالکیت‌های معنوی رایج به حمایت از اختراعات و فعالیت‌های وابسته به منابع زیستی کمک می‌کند. درحال حاضر حدود ۹۵ درصد از پتنت‌های ثبت شده در دنیا مربوط به کشورهای توسعه‌یافته است و به‌نظر می‌رسد بیشتر قوانین مربوط به ثبت پتنت و معاهده‌های موجود برای دانش سنتی و تنوع‌های زیستی قابل استفاده نباشند. بنابراین با ایجاد تغییرات و به‌کارگیری نمونه‌های جدیدی از مالکیت‌های فکری که با نیازهای موجود مطابق باشد، می‌توان از طب سنتی حمایت کرد.

#### ۱-۳-۷. ارتباط میان معاهده تنوع زیستی و توافق‌نامه TRIPS در دانش سنتی

گروه بزرگی از داروها با کمک دانش قومی - گیاه‌شناسی (Ethno-Botany) در استفاده از گیاهان به‌دست آمده‌اند. کشورهای سرچشمه این دانش، به سادگی تنها به‌عنوان منبعی برای دانش خام مورد استفاده قرار می‌گیرند. این موضوع سبب شده تا برخی فعالان از واژه سرقت زیستی (bio-



piracy) برای نام بردن بعضی محصولات مفید تجاری استفاده کنند؛ زیرا در تولید این محصولات از دانش سنتی استفاده شده بدون آنکه سودی عاید صاحبان این دانش شود. سرقت زیستی، یکی از مسائل مهم امروز در کشورهای در حال توسعه است.

در حال حاضر، کشورهای در حال توسعه منبعی غنی از گیاهان دارویی هستند. در گذشته، بسیاری از شرکت‌های چندملیتی با تبدیل این کشورها به منبعی برای تولید این محصولات با ارزش تجاری، در عین حال که همراه با این مواد، دانش را نیز منتقل می‌کردند، این منابع را زائل کردند. در معاهده تنوع زیستی (Convention on Biological Diversity) در ریودوژانیرو در سال ۱۹۹۲ میلادی شرکت‌کنندگان متعهد شدند منابع زیستی تنها مایملک بسیاری از دولت‌های مستقل است و آنها این آزادی را دارند که از این محصولات به عنوان کالای قابل تجارت استفاده کنند. با وجود این، بسیاری از کشورهای در حال توسعه، قوانین لازم برای استفاده از مفاد این تعهدنامه را تصویب نکرده‌اند. برای انتقال منابع بومی استفاده شده در تحقیقات و توسعه یا تولیدات تجاری، لازم است که به توافق‌نامه‌های چندگانه برپایه اصول این تعهدنامه متوسل شویم.

معاهده تنوع زیستی، تنها معاهده بین‌المللی است که به مسئله مالکیت تنوع زیستی توسط گروه‌های بومی و افراد می‌پردازد و از حقوق آنها برای حفظ این دانش حمایت می‌کند. مواد این تعهدنامه به طور مستقیم به این موضوع می‌پردازد:

**بند «۸»** - گروه‌های دولتی باید به دانش، اختراعات و فعالیت‌های گروه‌های بومی و محلی که از شیوه زندگی سنتی لازم برای حفظ و استفاده مؤثر از این تنوع زیستی نگهداری می‌کنند، احترام بگذارند و آن را حفظ کنند. برای توسعه و استفاده وسیع‌تر از این دانش با دارندگان آن توافق کنند و در سود حاصل از استفاده‌های تجاری آن شریک شوند.

**بند «۱۸»** - گروه‌های متعهد باید به توسعه و تشویق مدل‌های همکاری برای گسترش و استفاده از تکنولوژی سنتی و بومی در کنار سایر انواع تکنولوژی بپردازند.

در حال حاضر دو معاهده بین‌المللی مهم به مسئله حقوق مالکیت‌های فکری در نظام‌های دانش بومی می‌پردازد. یکی مالکیت‌های فکری در رابطه با تجارت (Trade Related Aspects of Intellectual Property, TRIPS) در سازمان تجارت جهانی (World Trade Organization) و دیگری معاهده تنوع زیستی (CDC) است. TRIPS مانند کلیدی بین‌المللی در پیشبرد هماهنگی نظام‌های ملی ثبت مالکیت‌های فکری است. تأکید TRIPS بر آن است که پتنت باید برای مخترعان همه محصولات و فراورده‌ها در همه زمینه‌های تکنولوژی در دسترس باشد؛ به این شرط که ویژگی‌های لازم یعنی تازگی، خلاقیت و کارآمدی را داشته باشد.

حقوق مربوط به مالکیت‌های فکری، هر چیزی را که زاید فکر بشر باشد در بر می‌گیرد. تقریباً



در همه سیستم‌های قانونی، افراد و شرکت‌ها می‌توانند حقوق مربوط به دارایی‌های خود را طلب کنند و سود اقتصادی ناشی از سرمایه‌گذاری خود را درخواست کنند. در حال حاضر، گرایش زیادی وجود دارد که نظام ثبت مالکیت‌های فکری موجود را از نظام sui generic جدا کنند تا از این طریق از دانش سنتی وابسته به منابع ژنتیک حفاظت کنند. در بند «۲۷». «۳» TRIPS به نظام sui generic اشاره شده است: «حمایت از همه گونه‌های گیاهی با کمک پتنت یا نظام مؤثر sui generic یا ترکیبی از هر دو».

قوانین ملی، اولین مکانیسم برای حفاظت و در نظر گرفتن منفعت دارندگان دانش سنتی است. برای مثال کشورهای برزیل، کاستاریکا، هند، پرو، پاناما، فیلیپین، پرتغال، تایلند و امریکا همگی قوانین ملی متناسب با sui generic دارند که دست کم بعضی زمینه‌های دانش سنتی را پوشش می‌دهد. اگرچه در قانون ثبت مالکیت‌های فکری موجود، به بعضی جنبه‌های طب سنتی مانند پتنت، پرداخته شده است، ولی بقیه موارد نیاز به کار و توجه بیشتری دارند. نظام sui generic به‌ویژه برای بعضی جنبه‌های دانش سنتی مانند طب سنتی، مناسب‌تر است. حمایت از مالکیت‌های فکری در زمینه طب سنتی باید توسعه یابد؛ زیرا القای واژه‌هایی مانند نو بودن، اصالت و قابل استفاده بودن در صنعت که از ملزومات و شرایط بنیادین مالکیت فکری هستند، دشوار است.

### ۲-۳-۷. حمایت از مالکیت‌های فکری در زمینه طب سنتی گیاهی

هزینه تولید یک داروی شیمیایی جدید آن قدر سنگین است که تولید یک نوع داروی خاص به‌طور متوسط بالغ بر ۸۰ میلیون تا چندین میلیارد دلار هزینه دارد. پتنت با یک تاریخچه طولانی سعی دارد تا از ایده‌های جدید و ارائه آنها به‌صورت یک محصول یا فرایند جدید حمایت کند. هم‌اکنون، پتنت‌های دارویی تنها موضوع کلیدی مرتبط و قابل دفاع در قانون پتنت هستند:

- پتنت برای کشف ترکیبات شیمیایی جدید،

- پتنت برای چگونگی ساخت تولیدات جدید،

- پتنت برای علامت تجاری.

در معاهده اروپایی پتنت به صراحت آمده است که هیچ حمایتی برای گونه‌های حیوانی و گیاهی یا فرایندهای خاص بیولوژیک برای تولید حیوانات و گیاهان وجود ندارد.

پتنت از سه راه می‌تواند نقش حفاظتی خود را در زمینه طب سنتی گیاهی و محصولات درمانی

گیاهی اعمال کند:

الف) پتنت برای ترکیبات شیمیایی به‌دست آمده از محصولات طبیعی.

طبیعت سرچشمه‌ای بی‌پایان برای ترکیبات شیمیایی متنوع به‌عنوان درمان‌های جدید است و

تاکنون بسیاری از این ترکیبات از میلیون‌ها گونه گیاهی، حیوانی و مخلوقات دریایی و



میکروارگانسیم‌ها جداسازی و تلخیص شده‌اند. به‌طور تقریبی حدود یک سوم داروهای پرفروش در دنیا از دسته محصولات طبیعی یا ترکیبات آنها هستند. با وجود پیشرفت‌های اساسی علمی و تکنولوژیک در زمینه شیمی ترکیبی، داروهایی که از محصولات طبیعی به‌دست می‌آیند، همچنان گروه بزرگی را تشکیل می‌دهند. خلاقیت در هر مرحله کلیدی از تولید داروها از ترکیبات طبیعی می‌تواند اتفاق افتد: استخراج، پالایش و توضیح ساختار یک ماده مؤثر جدید، کشف و بیان ویژگی‌های یک ماده مؤثر جدید، نامشخص و مفید از نظر ویژگی‌های بیولوژیک و درنهایت ساخت یک ترکیب جدید یا مشتقات آن.

یافتن صرفاً یک ماده آزاد در طبیعت، تنها یک کشف به حساب می‌آید و غیرقابل پتنت شدن است؛ اما اگر بتوان آن ماده را با ویژگی‌های ساختاری‌اش مشخص کرد، چگونگی به‌دست آوردن آن را بیان کرد، درعین‌حال آن ماده به‌طور واضح جدید باشد، یعنی قبل از آن وجودش مشخص نشده باشد، می‌توان آن را قابل پتنت شدن در نظر گرفت. یافتن یک ترکیب طبیعی برای اولین بار، نمی‌تواند به‌عنوان یک مورد قابل پتنت شدن در نظر گرفته شود؛ زیرا چنین ترکیبی طی یک فرایند نو به‌دست نیامده است. یعنی اگرچه این ترکیب شناخته نشده بوده، ولی به‌همین صورت وجود داشته است. اما ترکیباتی که در ساختارشان نوگرایی بوده یا مشتقاتی که اطلاعاتی در مورد رابطه ساختار و فعالیتشان به ما ارائه دهند و مکانیسم‌های بیولوژیک آنها منحصر به فرد باشد، ارزش قابل توجهی برای پتنت شدن دارند. مراحل مختلف فرایندهای توسعه‌ای از طریق سنتز نیمه‌صنعتی با در نظر گرفتن افزایش قدرت، کاهش سمیت و اصلاح حلالیت، تعدیل خواهند شد.

(ب) پتنت برای ترکیبات شناخته شده از محصولات طبیعی.

باید توجه داشت که در ارائه پتنت به ترکیبات (قدیمیا جدید) باید به نامشخص بودن فعالیت‌های زیستی آنها توجه شود. امکان تقاضای پتنت برای استفاده‌های جدید از ترکیبات شناخته شده قبلی یا موجود در طبیعت وجود دارد. بنابراین پتنت کردن داروهای طب سنتی از این دست است. همواره این امکان وجود دارد که برای بسیاری از ترکیبات شناخته شده، فعالیت‌های جدید، جالب و قابل بهره‌برداری کشف کرد. روش‌های استخراج و پالایش ترکیبات موجود در طبیعت و ساخت آنالوگ‌های مفید و جدید قابل پتنت شدن هستند.

(ج) پتنت برای طب سنتی گیاهی و محصولات درمانی گیاهی.

ارزش‌های اقتصادی طب سنتی از فعالیت‌های مختلفی منشأ می‌گیرد؛ برای مثال، پرورش گیاهان دارویی برای فروش، تولید یا توزیع داروهای طب سنتی. همچنین طب سنتی می‌تواند محلی برای غربالگری ترکیبات طبیعی از نظر خواص درمانی آنها باشد یا به‌طور مؤثر نتایج به‌دست آمده در آزمایشگاه را از نظر بی‌خطر و مؤثر بودن بررسی کند. در بسیاری از موارد مشخص شده



شرکت‌های دارویی در استفاده از طب سنتی سوده‌های کلانی به‌دست آورده‌اند.

با کمک قوانین موجود در مورد پتنت می‌توان از بسیاری از ترکیبات درمانی حمایت کرد. با این وجود ترکیبات و داروهای گیاهی، بسیار متفاوت از ترکیبات شیمیایی هستند و با استفاده از قوانین موجود نمی‌توان به راحتی از آنها حمایت کرد. به سبب محدود بودن اطلاعات در این مورد و نامشخص بودن گیاهان دارویی موجود و مورد استفاده در کشورهای مختلف، شناسایی بانیان آنها بسیار مشکل است.

پتنت «فرایند» نسبت به پتنت «محصول» از ارزش اقتصادی کمتری برخوردار است. زیرا رسیدگی و قانون‌مند کردن آنها دشوارتر است. گاهی محققان و شرکت‌ها، بعد از کمی تغییر در منابع زیستی یا دانش سنتی، پتنت آنها را درخواست می‌کنند. استفاده از تکنولوژی به‌ویژه تکنولوژی زیستی برای ساخت ترکیبات مفید با دانش سنتی مورد حمایت پتنت است.

اختراعات مربوط به داروهای گیاهی که توسط پتنت مورد حمایت قرار می‌گیرند، در چهار گروه طبقه‌بندی می‌شوند:

- پتنت فرمولاسیون در گیاهان دارویی: منظور از پتنت فرمولاسیون، حمایت از فراهم کردن داروهای سنتی گیاهی یا محصولات درمانی گیاهی با استفاده از دوز و تکنولوژی جدید برای به‌دست آوردن اثرات درمانی بهتر است.

- پتنت ترکیب در داروهای گیاهی: پتنت ترکیب شامل داروهای گیاهی جدید یا جایگزین یا فراهم‌سازی داروهای گیاهی است به‌شرطی که:

۱. داروی گیاهی از داروهای متعدد تشکیل یافته باشد و این ترکیب جدید به تازگی عرضه شده و نسبت ترکیبات یا ساختار قبلی آن تغییر کرده باشد،

۲. داروی گیاهی جدید، مورد مصرف جدید یا عوارض جانبی کمتری نسبت به داروهای دیگر داشته یا مؤثرتر باشد.

- پتنت فرایند در داروهای گیاهی: پتنت در صورتی به روشی جدید در زمینه داروهای گیاهی تعلق می‌گیرد که گامی کلیدی در زمینه خلاقیت محسوب شود؛ مانند:

۱. تولید داروی گیاهی،

۲. فراهم کردن مقدمات داروسازی برای تولید داروی گیاهی،

۳. استخراج و جدا کردن ماده مؤثر از داروی گیاهی که در فرایندهای تولید دارو استفاده شود،

۴. استخراج ماده جامد یا مایع استاندارد یا پودر و تنتور از داروهای گیاهی،

۵. فرایند دانه کردن و خشک کردن عصاره‌های استاندارد،

۶. ممانعت از خشک شدن و آلودگی میکروبی عصاره‌های استاندارد،



۷. جدا کردن مقادیر جزئی آلودگی محصولات گیاهی به موادی مثل حشره‌کش‌ها، سموم و سورفاکتانت‌ها،
۸. افزایش تولید عصاره‌های استاندارد از محصولات گیاهی،
۹. کاهش هزینه فراهم کردن عصاره‌های استاندارد از محصولات گیاهی،
۱۰. افزایش خلوص عصاره‌های جدا شده از داروهای گیاهی،
۱۱. کاهش عوارض جانبی داروهای گیاهی.

### ۳-۷. راهکارهای پیشنهادی برای حمایت از دانش سنتی

به نظر می‌رسد کشورهای اندکی به اهمیت دانش سنتی و قانون‌گذاری در مورد آن پی برده‌اند و بیشتر کشورها قانونی برای نظم بخشیدن به منابع ژنتیک و زیستی خود ندارند. همچنین، قوانین مالکیت فکری در حد لزوم از دانش سنتی حمایت نمی‌کند. هند یکی از کشورهایی است که به سبب منابع و دانش غنی در این مورد سعی کرده تا قوانینی را برای حمایت و حفاظت از منابع دانش سنتی وضع کند.

یک استراتژی جامع برای حمایت و حفاظت از دانش سنتی باید همه ابعاد محلی، ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی موضوع را در نظر بگیرد. هرچه قدر هماهنگی و همکاری سطوح مختلف با هم بیشتر باشد، نتیجه نهایی بهتر خواهد بود. در حال حاضر قوانین بین‌المللی اولین مکانیسم برای حمایت از صاحبان این دانش سنتی است. برای مثال، کشورهای برزیل، کاستاریکا، هند، پرو، پاناما، فیلیپین، پرتغال، تایلند و ایالات متحده آمریکا قوانین sui generic را که دست کم از بعضی از حقوق دانش سنتی حمایت می‌کند، به رسمیت شناخته‌اند.

در حقیقت، تحقق معاهده تنوع زیستی به‌ویژه، بند «۸»، در سطح ملی، گامی بسیار مهم در راستای حمایت از دانش سنتی محسوب می‌شود. با وجود این، کشورهای در حال توسعه باید به حمایت‌های بین‌المللی که در چارچوب این معاهده به‌وجود می‌آیند، توجه بیشتری نشان دهند.

یکی از مسائل مهم دیگر در سطح دنیا این است که با تغییرات اجتماعی - فرهنگی این دانش از بین می‌رود و از طرفی بوروکراسی موجود در بسیاری از موارد، مانع از مستند شدن این دانش و انتقال آن می‌شود. یکی از نمونه‌های خوب این مورد بانک اطلاعاتی طب سنتی چینی (TCM) است که توسط دفتر مالکیت معنوی چین پایه‌ریزی شده و از سال ۲۰۰۲ میلادی برای بررسی‌های لازم در انجام ثبت در این دفتر استفاده می‌شود. در حال حاضر، این بانک اطلاعاتی در دسترس کارشناسان بررسی‌کننده در چین قرار دارد و حاوی ۳۰,۰۰۰ رکورد و نزدیک به ۶۰,۰۰۰ فرمول طب سنتی است.

در صورت امکان باید بانک‌های اطلاعاتی از طب سنتی همه گروه‌ها در همه کشورها توسط



دفتر ثبت پتنت آنها راه‌اندازی شود و برای رسیدن به یک بانک اطلاعاتی قدرتمند همه این اطلاعات در یک مجموعه مرکزی در هم آمیخته شود.

دفاتر پتنت در کشورهای مختلف، همچنین به افرادی خبره که آگاهی کافی در زمینه قومیت شناسی گیاهان داشته باشند، نیاز دارند و به نظر می‌رسد دانشگاه‌ها برای رسیدن به چنین هدفی باید بخشی تحت عنوان مالکیت معنوی دایر کنند تا دانشکده‌ها و مؤسسات به اطلاعات صحیح در زمینه فعالیت‌های تحقیقاتی خود دسترسی داشته باشند. چنین اقدامی همه مشکلات موجود را برطرف نمی‌کند، اما پژوهشگران را در حفظ یافته‌هایشان یاری می‌کند و همکاری بین بخش تجارت و سطوح بالاتر علمی را غنا می‌بخشد.

#### ۷-۴. توصیه‌های مجامع بین‌المللی

##### ۷-۴-۱. توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت در خصوص نوآوری و حقوق مالکیت معنوی طب سنتی موارد زیر را توصیه کرده است:

- کتابخانه‌های دیجیتالی دانش طب سنتی، به منظور اطمینان از توجه به اطلاعات آنها در طی فرایند ثبت مالکیت انحصاری، باید جزو حداقل فهرست مستندات ادارات مالکیت انحصاری باشند. صاحبان دانش سنتی باید در تصمیم‌گیری در مورد ورود چنین دانشی به هر یک از بانک‌های اطلاعاتی نقش محوری داشته باشند. همچنین باید از هرگونه استفاده تجاری از این اطلاعات سود ببرند.
- همه کشورها باید در نظر داشته باشند که چگونه می‌توانند به بهترین شکل ممکن، اهداف انجمن تنوع بیولوژیکی را اجرا کنند. برای مثال این امور ممکن است از طریق ایجاد رژیم‌های کشوری مناسب برای اکتشاف منابع ژنتیک و به‌کارگیری و استفاده تجاری متعاقب آن، توافق قراردادی، فاش کردن محل جغرافیای کسب اطلاعات منابع ژنتیک مورد استفاده در نوآوری و سایر موارد در هنگام درخواست ثبت مالکیت انحصاری تحقق یابد.

### فصل هشتم - ضرورت احیای طب سنتی

در حال حاضر، در بیشتر کشورهای دنیا - به‌خصوص کشورهایی مانند آمریکا، انگلستان، فرانسه و آلمان که خود از سردمداران طب غربی هستند - از این شیوه‌ها در کنار پزشکی رایج به‌منظور تشخیص و درمان بیماری‌ها استفاده می‌شود و روش‌های طب مکمل هر روز از محبوبیت و استقبال گسترده‌تری بهره‌مند می‌شوند. با وجود این تاکنون جایگاه طب سنتی و مکمل در کشور ما





به‌درستی مشخص نشده و درباره کارایی، لزوم استفاده و فواید این روش‌ها نظرات مختلف و حرف و حدیث بسیاری وجود دارد.

امروزه شاید بالغ بر ۲۵۰ نوع روش درمانی در دنیا وجود دارد که هرکدام از آنها عمدتاً ریشه در تاریخ برخی ملل جهان دارد و بعضی از آنها فراگیرتر از آن هستند؛ یعنی به علت مؤثر بودن آن روش درمانی شهرتی جهانی پیدا کرده و تقریباً همه ملل با آن روش آشنایی دارند و در دنیای مدرن پزشکی امروز هم گم نشده‌اند. چرا که از نظر علمی بسیاری از علل اثرگذاری بر بیماری‌ها در آن روش درمانی کشف شده است. اما متأسفانه طب سنتی ایران توسط خود ایرانیان مورد بی‌مهری قرار گرفته است.

طب سنتی ایران، یک مکتب طبی کامل و پویاست که جهان را به‌عنوان نظام احسن و آفریده خالق علیم و حکیم می‌نگرد و پزشک را از بابت تسلط و احاطه او به علوم مختلف و درک صحیح او از جهان هستی حکیم نامیده است.

در ایران آمار کلی میزان استفاده از طب سنتی و مکاتب مختلف طب مکمل مشخص نیست، ولی مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ در شهر اصفهان انجام شده، نشان داد که طی پنج سال گذشته ۶۲/۵ درصد از افراد، حداقل یک بار از روش‌های طب جایگزین استفاده کرده‌اند و استفاده از گیاهان دارویی، دعا درمانی، حجامت و طب سوزنی با ۵/۱۰، ۵/۹، ۵/۱۰، ۵/۱۱، ۷/۶ درصد به‌ترتیب بیشتر از روش‌های دیگر مورد توجه بوده است. در ایران فروش داروهای گیاهی در سال ۱۳۷۶ حدود ۷ میلیارد ریال بوده که در سال ۱۳۸۰ به ۳۷ میلیارد ریال رسیده است. با توجه به اینکه بیش از ۵۰ درصد مراجعه‌کنندگان به پزشکان نیاز به دارو ندارند، اگر از روش‌های درمانی دیگر استفاده کنیم مصرف داروهای شیمیایی کاهش یافته و می‌توانیم با صدور دارو به خارج، کشور را در مسیر پرسودی قرار دهیم و از این طریق وابستگی خود را نیز کم کنیم. داروهای شیمیایی جدید و گران‌قیمت می‌توانند تمامی منابع نظام سلامت ما را به خود اختصاص دهند. درحالی‌که کشور ما خاستگاه طب سنتی است و انواع گونه‌های گیاهی با خواص دارویی فراوان و تنوع و کیفیت بالا، سرمایه‌های با ارزش ما محسوب می‌شوند.

از سوی دیگر امروزه که بحث روابط اقتصادی ناسالم پزشک و بیمار بیش از پیش مطرح است رویکرد طب سنتی ایران که ریشه در دارالحکمه‌ها دارد و به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتزاق کمتر مطرح بوده بسیار لازم و مفید است.

در جوامعی با سابقه تاریخی و فرهنگی طولانی از جمله ایران، طب سنتی جایگاه ویژه‌ای دارد. علاوه بر این، سنتی بودن این جوامع، فقدان پوشش بیمه اجتماعی مناسب و هزینه سرسام‌آور درمان، از جمله عواملی هستند که باعث رونق انواع درمان‌های سنتی می‌شوند. طب سنتی ایران که



ثمره تجربیات گسترده دانشمندان و حکمای این سرزمین طی اعصار و قرون متمادی است، توانایی ارائه راه حل در بعضی از بیماری‌هایی که امروزه طب جدید در برخورد با آنها ناتوان است، یا در بسیاری از موارد تنها به درمان علامتی بسنده می‌کند را داراست.

با تمام مزایای موجود تا زمانی که در این رشته سامان‌دهی صورت نگیرد، نه تنها شاهد سوءاستفاده‌های زیادی خواهیم بود، بلکه با مقاومت دانشگاهیان و پزشکان نیز روبه‌رو خواهیم شد. بحث آموزش طب سنتی یکی از شاخص‌های مهم سامان‌دهی طب سنتی است که خوشبختانه از سال گذشته آغاز شده است.

درحقیقت، امروز جامعه ما در آغاز راه استفاده از روش‌های درمانی طب سنتی و مکمل قرار گرفته است، لذا دستیابی به اطلاعات صحیح و علمی درباره این شیوه‌های پزشکی - چه برای پزشکان و چه برای بیماران - یک امر ضروری به حساب می‌آید. به نظر می‌رسد که تنها راه درستی که می‌تواند منجر به دستیابی طب سنتی و مکمل به جایگاه واقعی خود در جامعه شود، آشنایی علمی و به دور از هرگونه غرض‌ورزی و تعصب با این علوم - شیوه‌های عملکرد و توانایی هر یک از آنها در تشخیص و درمان بیماری‌ها- و در کنار آن سنجش ادعاهای آنها به وسیله تحقیقات علمی و مطالعات بالینی معتبر است. هر یک از این روش‌ها توانایی‌های تشخیصی و درمانی منحصر به فردی را دارند. برخی از آنها در محدوده بسیار کوچکی از بیماری‌ها کارایی دارند، درحالی‌که بعضی دیگر سیستم‌های پزشکی جامع و کاملی هستند که در طیف وسیعی از بیماری‌ها می‌توان از آنها استفاده کرد.

دکتر غلامعلی حداد عادل در کتاب مجموعه مقالات درباره طب سنتی ایران درخصوص احیای طب سنتی چنین می‌نویسد: «چرا احیای طب سنتی لازم است؟ تاکنون قصد ما این بوده که ثابت کنیم طب سنتی، طبی است ممکن و معقول که می‌تواند در بخشی از قلمرو طب، کارساز و گره‌گشا باشد، اما بعید نیست کسی بپرسد گیریم که طب سنتی این چنین باشد، دیگر با وجود طب جدید و دانش نوین پزشکی چه احتیاجی به طب سنتی باقی می‌ماند؟ آیا در روزگاری که وسایل سریع‌السیری از قبیل اتومبیل و هواپیما اختراع شده، این مسخره نیست که کسی همگان را تشویق به الاغ سواری کند و دلیل و برهان بیاورد که الاغ هم توانایی طی طریق دارد و می‌تواند مسافری را از جایی به جایی برساند؟ آری؟ کاملاً ممکن است چنین سؤالی پیش بیاید و چنین مقایسه‌ای لااقل در ذهن صورت گیرد.

بد نیست این مقایسه را تحلیل کنیم و بپرسیم علت چیست که در دنیای کنونی سوار شدن بر الاغ و اشتر و اسب نمی‌تواند جایگزین سوار شدن بر اتومبیل و هواپیما باشد؟ حقیقت امر این است انسان که در گذشته از چارپایان برای سواری در محیط طبیعی خود استفاده می‌کرد، همه چیز طبیعی بود. جمعیت و وسعت شهرها و عوامل متعدد دیگر با سرعت سیر چارپایان هماهنگی داشت



و استفاده از آنها هیچ اشکالی تولید نمی‌کرد. اما در سه چهار قرن اخیر در عالم، تحولی به ظهور رسید که محیط بیرونی انسان را دگرگون کرد. تکنولوژی جدید با ابعاد وسیع و انرژی‌های عظیم آشکار شد و اجتماع بشری، آن حالت طبیعی خود را از دست داد و ارتباطات ضرورت و فوریت بیشتر پیدا کرد و اتمبیل جایگزین چارپایان شد؛ به عبارت روشن‌تر در گذشته انسان همیشه چارپایان را برای رفع حوائجی که در محیط بیرونی خود می‌داشت به کار می‌گرفت، ولی استفاده از این مرکب‌های کندرو در دنیای کنونی از آن جهت امکان ندارد که آن محیط بیرونی به جبر تکنولوژی و عوامل دیگر، با محیط بیرونی گذشته به کلی فرق پیدا کرده است. اما اگر بشر قدیم از گیاهان دارویی برای حفظ سلامت و رفع بیماری‌های خود استفاده می‌کرده است، در واقع بخشی از طبیعت را یعنی آن گیاهان را برای تأثیر در بخش دیگری از طبیعت، که همان بدن او می‌بوده به کار می‌گرفته است.

اینجا دقیقاً جای طرح این سؤال است که آیا با ظهور تحولات علمی و صنعتی و اجتماعی جدید که موجب دگرگونی محیط بیرونی بشر شده، جسم او و بدن او هم دچار دگرگونی شده است؟ آیا همان تحولی که در شهرها و ساختمان‌ها و راه‌ها به ظهور رسیده، در اندام و اعضای درون آدمی نیز ایجاد شده است تا دیگر نتوان آنچه را که بشر قدیم برای بدن خود به کار می‌گرفته، به کار بست؟ مسلماً چنین نیست. اگر دنیای بیرون ما دیگر آن محیط طبیعی گذشته نیست، بدن ما همان جسم طبیعی است که بوده است و همان‌طور که گیاهان در گذشته بر این جسم طبیعی اثر داشته‌اند، امروز نیز اثر دارند.

پس نمی‌توان به صرف اینکه زمان گذشته، و زمانه دگرگون شده است بر طب سنتی مهر ابطال زد. در پاسخ به این مقایسه که از جانب مخالفان طب سنتی و مدافعان بی‌قید و شرط طب جدید به عمل می‌آید، مقایسه دیگری می‌کنیم. ما می‌گوییم کاری که طب جدید با بدن آدمی می‌کند، تا اندازه‌ای شبیه کاری است که تکنولوژی جدید با طبیعت جهان می‌کند. اگر صرفاً توجه خود را به نتایج آنی و فردی و حتی منطقه‌ای تکنولوژی جدید معطوف کنیم؛ البته ممکن است خوشحال و خندان شویم، اما وقتی تأثیر دراز مدت این تکنولوژی را بر طبیعت و برای همه افراد بشر و در سراسر جهان در نظر بگیریم، آینده‌ای تیره و تاریک را خواهیم دید که به نابودی بشریت منتهی خواهد شد. خوشبختانه امروزه این سخن شاعران، ادیبان و حتی فیلسوفان نیست که عالمان و مهندسان بتوانند در آن تردید کنند، این گزارش رسمی معتبرترین دانشگاه‌های علمی و صنعتی جهان است که ادامه جریان کنونی تکنولوژی را به مدد ارقام و اعداد، قطعاً موجب نابودی بشر می‌داند. وجه اشتراکی که مقایسه ما را صحیح می‌کند این است که همان‌طور که تکنولوژی جدید با استفاده از وسایل گول‌آسا و انرژی‌های متمرکز و شدید، طبیعت را مورد تسخیر و نفوذ قرار داده



است، همان‌طور هم طب جدید با استفاده از داروهای شیمیایی ساختگی که تأثیرات شدید و فوری دارند، اعضای بدن را مورد تأثیر قرار داده است و همان‌طور که طبیعت نمی‌تواند تأثیر تکنولوژی جدید بشری را به‌نحو مداوم و طولانی تحمل کند، بدن نیز در مقیاس خود نمی‌تواند تأثیر داروهای شیمیایی شدید را که آزادکننده فوری انرژی‌های موجود در بدن و محرک دفعی اعضای آدمی است، تحمل کند.

طبیعت، تنها با طبیعت سازگاری کامل دارد، هر امر غیرطبیعی که به‌دلیل غیرطبیعی بودنش، از لحاظی تأثیر خارق‌العاده و غیرمعمولی مثبتی دارد، از لحاظ دیگر تأثیری منفی به‌جا خواهد گذاشت. هواپیماهای سریع‌السیر البته از حیث سرعت بر چارپایان کندرو ترجیح دارند، اما اگر میزان اکسیژنی را که این هواپیماها مصرف می‌کنند و آثار نامطلوبی را که از سرعت زیاد آنها عارض موجودات زنده می‌شود در نظر آوریم، در آن صورت با احتساب مجموع عوامل و با توجه به تأثیرات درازمدت این‌گونه اختراعات صنعتی بر طبیعت، در ستایش بی‌قید و شرط آنها دچار تردید خواهیم شد. آثار زیان‌مند جنبی داروها در بدن انسان دقیقاً شبیه آثار تنه‌ای‌آور و مسموم‌کننده صنایع جدید در طبیعت است. تکنولوژی جدید، طبیعت را مسموم کرده است و داروهای جدید، بدن آدمی را. این آثار زیان‌آور جنبی، که از ماهیت داروهای شیمیایی برمی‌خیزد، مثل خماری است که در پی یک شرابخواری بی‌حساب، ایجاد می‌شود. تهییج و تحریک فوری بدن و استفاده سریع از انرژی‌های آن، موجب اختلالات و عوارض نامطلوبی می‌شود که شبیه آن را در تمام مواردی که یک وسیله مصنوعی قوی بر یک امر طبیعی اثر می‌کند، می‌توان مشاهده کرد.

اگر ما نمی‌توانیم جهان را از چنگال تکنولوژی جهانخوار کنونی نجات دهیم، آیا حتی بدن خود را یعنی این عالم صغیر را هم نمی‌توانیم در اختیار داشته باشیم؟ استفاده از داروهای شیمیایی، به‌دلیل تأثیر قوی و فوری آنها کاری حساس است. اگر مختصری در مقدار تجویز شده این داروها اشتباه شود، ضرری جبران‌ناپذیر به بار خواهد آمد. به‌طور کلی، هرچه انرژی مورد استفاده ما شدیدتر و نفوذی‌تر باشد، استفاده از آن خطرتر می‌شود و از اشتباه در مصرف آن، ضررهای بزرگتری به‌بار خواهد آمد. داروهای گیاهی از آنجا که محصول طبیعی طبیعت هستند، از لحاظ سرعت تأثیر، با سرعت تأثیرپذیری اعضای بدن که جزئی دیگر از همین طبیعتند، هماهنگی دارند و استفاده از آنها به‌دلیل همین معتدل بودن سرعت تأثیرشان کار خطرناک و حساسی نیست و اشتباه در مقدار مصرف آنها معمولاً ضرر مهمی به‌بار نمی‌آورد. می‌توان دلایل ضرورت احیای طب سنتی را به دو دسته دلایل فردی و دلایل اجتماعی تقسیم کرد؛ آنچه گفتیم دلایلی بود که به‌فرد و به سلامتی او که درواقع غایت نهایی علم طب نیز همان است مربوط می‌شد. اما احیای طب سنتی نتایج اجتماعی مهمی نیز در بردارد که اکنون بدان‌ها اشاره می‌کنیم. مهم‌ترین نتیجه اجتماعی احیای طب



سنتی، این است که با این کار ما می‌توانیم تا حدودی به نوعی خودکفایی برسیم. این خودکفایی دو جنبه دارد که یکی علمی و دیگری اقتصادی است. ما امروزه در طب جدید از نظر علمی یکسره ریزه‌خوار و جیره‌خوار علم غربی هستیم.

داروهای شیمیایی را یا مستقیماً از خارج وارد می‌کنیم یا اگر در کارخانه‌های داخلی تهیه می‌کنیم، فرمول و طرز تهیه آنها به دنیای غرب تعلق دارد و از این نظر از لحاظ علمی وابسته به دیگرانیم.

از لحاظ اقتصادی نیز پولی که بابت خرید داروها یا بابت خرید امتیاز ساخت آنها به دیگران می‌پردازیم، رقم هنگفتی است. با احیای طب سنتی، این هر دو وابستگی دست‌کم تا اندازه‌ای کم خواهد شد؛ نه تنها از خروج مقداری از ارز کشور به خارج جلوگیری می‌شود بلکه با عطف توجه به کشت گیاهان دارویی و صنایع وابسته بدان، در داخل کشور از روستا گرفته تا شهر، کار تولیدی مفیدی ایجاد خواهد شد.

تنوع آب و هوا و خصوصیات اقلیمی فلات ایران به اندازه‌ای است که انواع بسیاری از گیاهان نادر طبی در این سرزمین می‌روید که بی‌تردید با رونق گرفتن تهیه گیاهان دارویی، می‌توان قسمتی از آن را نیز صادر کرد. نتیجه اجتماعی دیگری که از احیای طب سنتی عاید همگان می‌شود، ارزانی این طب است. با احیای طب سنتی در بسیاری موارد، بسته‌های گیاهان دارویی ارزان‌قیمت، جای شیشه‌ها و جعبه‌های گران‌قیمت را خواهد گرفت و این نکته‌ای است که از فرط وضوح نیازی به توضیح آن نیست و تأثیری که کاهش مخارج درمان می‌تواند در همه طبقات اجتماع و مخصوصاً طبقات کم‌درآمد داشته باشد، ناگفته آشکار است. «آسان بودن تربیت طبیبان سنتی» نیز یکی دیگر از دلایلی است که احیای طب سنتی را ایجاب می‌کند. با سروسامان گرفتن طب سنتی، می‌توان در دوره‌های کوتاه‌مدت، گروه قابل توجهی را به‌عنوان متخصص این طب تربیت کرد. البته همین جا باید گفت که تربیت طبیبان سنتی ما را یکسره از طب جدید بی‌نیاز نخواهد کرد.

مهم این است که ما بتوانیم قلمرو سودمندی و صلاحیت طب سنتی را مشخص کنیم و سپس در آن قلمرو به طبیبان سنتی اجازه فعالیت و مداوا دهیم. ما که در جامعه خود در همه شئون و مخصوصاً در طب با کمبود نیروی انسانی مواجهیم، خواهیم توانست با صرف نیروی نسبتاً کمی، قسمتی از این کمبود را جبران کنیم.

در این مورد مخصوصاً می‌توانیم از تجربیات کشورهای نظیر هند و پاکستان که در آنها طب سنتی ما به‌صورتی رسمی و مستقل تدریس می‌شود، به‌خوبی استفاده کنیم. چرا با طب سنتی مخالفت می‌شود؟ در اینجا ممکن است پس از این همه دلایلی که برای اثبات امکان موجودیت و مفید و حتی ضروری بودن طب سنتی اقامه شده، این سؤال پیش می‌آید که پس اصولاً چرا با طب سنتی



مخالفت می‌شود؟ وقتی گفته می‌شود که غرض از احیای طب سنتی، نفی مطلق طب جدید بلکه استفاده از جنبه‌های مثبت این طب است، و وقتی به جرئت می‌توان گفت که حتی سرسخت‌ترین مخالفان طب سنتی نیز نمی‌توانند منکر این شوند که در طب سنتی جنبه‌های مفیدی هم وجود دارد، دیگر مخالفت با طب سنتی و حتی کوتاهی در احیای آنچه دلیلی می‌تواند داشته باشد؟ حقیقت امر این است که مخالفت با احیای طب سنتی، آن هم بدین‌گونه که مورد نظر است نمی‌تواند دلیل علمی و طبی داشته باشد. علت عمده افول طب سنتی در ایران دو چیز است: نخست خودباختگی ماست نسبت به تمدن غربی، و روی گردانی از هر آنچه خود داشته‌ایم و از هر آنچه نام «سنت» بر آن نهاده شده است».

خوشبختانه اکنون نظر متولیان امر بر این قرار گرفته تا از «طب سنتی» دفاع کنند. مسلماً این به معنای آن نیست که بخواهیم ثابت کنیم که در کار پزشکی، ما را به چیزی غیر از طب سنتی احتیاج نیست؛ به معنای آن هم نیست که ثابت کنیم که طب جدید باید یکسره منسوخ و معدوم شود و طب سنتی به جای آن بنشیند؟ هیچ‌کس هم دعوی آن را ندارد که بگوید همه آنچه در طب جدید است نامعقول و نامقبول و همه آنچه عنوان طب سنتی بر خود دارد پسندیده و معقول است.

سخن این است که طب سنتی را نباید به دور انداخت. بلکه باید ارزش‌ها و جنبه‌های مثبت این طب را بازشناسیم و آن را در کنار دستاوردهای مفید طب جدید به کار گیریم. سخن این نیست که طب جدید را یکسره رها کنید که چنین کاری نه ممکن است و نه معقول، بلکه غرض ایجاد نوعی همزیستی مسالمت‌آمیز میان این دو شیوه طبی است.

به بیان دیگر هدف این است که توانایی‌های طب سنتی را شناخت و به کار بست. با شناختن و شناساندن طب سنتی می‌توان بسیاری از گره‌هایی را که هم‌اکنون به دندان طب جدید باز می‌شود با دست باز کرد؛ هر چند باز هم گره‌هایی باقی خواهد ماند که گشودن آنها جز با دندان میسر نخواهد شد.

## سخن آخر

در اصول و مبانی طب سنتی / مکمل و جایگزین به راه‌حل‌های ساده، کم‌هزینه، خوشایند، نشاط‌بخش و مورد پذیرش طبع آدمی و فرهنگ محلی توجه بسیار شده است. به همین دلیل حتی در این زمان که پیشرفت‌های علمی سیر فزاینده‌ای دارد، هنوز طب سنتی طرفداران و طالبان زیادی دارد و با گذشت زمان گرایش به طب سنتی در همه جای جهان رو به افزایش است. موضوع طب سنتی / مکمل و جایگزین طیف وسیعی از بازتاب‌ها را به خود اختصاص داده است: از شک و تردید بی‌پایه تا طرفداری ناآگاهانه. این در حالی است که استفاده از طب سنتی در کشورهای در حال توسعه



همچنان رایج است و در کشورهای توسعه‌یافته نیز استفاده از طب مکمل و جایگزین به سرعت افزایش می‌یابد.

توسعه طب سنتی یکی از مباحث جهانی مهم در چند دهه اخیر بوده است. دولت‌ها و در عین حال سازمان بهداشت جهانی بهداشت و سازمان ملل متحد به‌مثابه مهم‌ترین نهادهای بین‌المللی، طب سنتی را دانش بومی کشورها دانسته و درصدد برآمده‌اند تا با استفاده از سیاست‌ها و ابزارهای مختلف مانند روزآمدسازی، استانداردسازی، استفاده از فناوری‌های نوین از جمله فناوری اطلاعات به احیا و ترویج این علم به‌ویژه در کشورهایی که در این امر پیشینه تاریخی دارند، بپردازند. هر یک از این سیاست‌ها دامنه وسیع و گسترده‌ای در جهان دارند.

بیش از پنج دهه از فعالیت جدی و سرمایه‌گذاری چین در عرصه طب چینی می‌گذرد، ولی ایران با وجود داشتن مبانی فلسفی و حکمت بسیار قوی‌تر از طب سنتی چینی در این زمینه، تاکنون کار چندانی نکرده است. تلاش برای تبلیغ طب سنتی را به‌وضوح می‌توان در فعالیت‌های فرهنگی کشورهای مختلف مشاهده کرد. کشور کره جنوبی درحالی‌که هیچ قدمتی در تاریخ طب ندارد با تولید سریال «جواهری در قصر» و نمایش آن در بیش از هشتاد کشور از جمله ایران، داروهای گیاهی و طب سنتی خود را تبلیغ می‌کند. جالب اینجاست که بازیگر نقش اول آن درمان آبله، جراحی سزارین، بیماری بهجت و ... را در این سریال به‌نام خود و طب سنتی کره ثبت می‌کند.

حال آنکه در شهرهای مختلف ایران نیز طب محلی‌ای رایج است که بازبینی و احیای آن ضروری به‌نظر می‌رسد. چرا که پرداختن به طب سنتی و داروهای مبتنی بر طب سنتی و محلی (که مواد اولیه آن نیز داخلی است) می‌تواند زیربنایی برای تولید دانش فنی بومی کشور باشد و تنها در این صورت است که توسعه پایدار نیز حاصل خواهد شد.

در ایران نیز همانند بسیاری از کشورهای جهان، سیاست‌گذاران و متخصصان سلامت و جامعه با سؤال‌هایی درباره ایمنی، اثربخشی، کیفیت، در دسترس بودن، حفظ و توسعه این نوع از مراقبت‌های بهداشتی، درگیر هستند. با توجه به آگاهی بالای افراد نسبت به طب مکمل و میزان استفاده بالا از این روش در جامعه، انجام تحقیقات منسجم درخصوص تعیین میزان اثربخشی این روش و برنامه‌ریزی جهت چگونگی ارائه این روش در آموزش‌های دانشگاهی امری ضروری به‌نظر می‌رسد. سیاست‌گذاران امر سلامت در راستای در دسترس قرار دادن روش‌های اثربخش و پیشگیری از اثرات نامناسب احتمالی باید نظام آموزشی مورد نیاز و نظام ارزیابی اثربخشی این روش‌ها را نیز تعیین کنند.

همچنین برنامه‌ریزی دقیق جهت آموزش پزشکان در زمینه طب، طب سنتی/ طب مکمل و جایگزین و نیز بهبود بخشیدن ارتباط بین پزشکان و بیماران در راستای استفاده‌های صحیح‌تر و



مفیدتر از روش‌های طب مکمل در ایران و همچنین جلوگیری از بروز عوارض خطرناک آن و پیشگیری از سوءاستفاده افراد فاقد صلاحیت به وضوح احساس می‌شود.

مطابق نظریه سازمان بهداشت جهانی بهداشت هر انسانی اجازه دارد که روش درمان خود را شخصاً تعیین کند و هیچ جریانی اجازه تحمیل مستقیم یا غیرمستقیم روش یا روش‌هایی را برای درمان دیگران ندارد و نقض آن در واقع نقض حقوق بشر است. در صورتی که روشی بدون وجود دلایل موجه و دنیا پسند و بدون طی کردن مراحل مطالعاتی و تحقیقاتی، منع قانونی پیدا کند، بیماران را به طور غیرمستقیم از تجربه آن روش محروم کرده است که باید در پیشگاه وجدان بشری مورد مؤاخذه قرار بگیرد. البته عکس این موضوع نیز صادق است.

همان‌طور که صدیقی و همکاران در مقاله خود اشاره کرده‌اند، تأیید یا نهي استفاده از روش‌های طب مکمل باید مبتنی بر شواهد و مستندات قابل قبول باشد. سیاست‌گذاران امر سلامت در راستای شناسایی و در دسترس قرار دادن روش‌های اثربخش و همچنین پیشگیری از اثرات نامناسب احتمالی ناشی از ارائه درمان‌های نامناسب توسط افراد فاقد مهارت، باید براساس مستندات علمی و تحقیقاتی اقدام کنند و قوانین متناسب، شیوه‌های مستندسازی اقدامات درمانی، شیوه‌های ارزیابی افراد ارائه‌کننده خدمت و نیز نظام آموزشی و نظام ارزیابی اثربخشی این روش‌ها را تعیین کنند.

گیاهان دارویی از ارزش و اهمیت خاصی در تأمین بهداشت و سلامتی جوامع هم به لحاظ درمان و هم پیشگیری از بیماری‌ها برخوردار بوده و هستند. این بخش از منابع طبیعی قدمتی همپای بشر داشته و یکی از مهم‌ترین منابع تأمین غذایی و دارویی در طول نسل‌ها بوده‌اند.

گرایش عمومی جامعه جهانی به سمت و سوی استفاده از داروها و درمان‌های گیاهی و به طور کلی فراورده‌های طبیعی به‌ویژه در طی سال‌های اخیر، رو به افزایش بوده و مهم‌ترین علل آن، اثبات اثرات مخرب و جانبی داروهای شیمیایی از یک طرف و ایجاد آلودگی‌های زیست‌محیطی از سوی دیگر است.

استفاده مطلوب، منطقی و بهینه از این منابع که به لحاظ فناوری بسیار کم‌هزینه و ساده‌تر از صنایع دارویی شیمیایی است می‌تواند ضمن تأمین بخشی از نیازهای عمده بهداشتی و درمانی جامعه از خروج مقادیر معتناهی ارز جلوگیری کرده و مانع گسترش وابستگی به بیگانگان شود. بنابراین، با اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهای مناسب و مبتنی بر یک شناخت واقع‌گرایانه از وضعیت موجود این منابع و کاربرد روش‌های علمی و صحیح در تمام ابعاد اعم از کاشت، داشت، برداشت و بهره‌برداری صنعتی و اقتصادی آنچه از طبیعت و چه در صورت کشت مکانیزه، می‌توان به درکی واقعی و اصولی در خصوص نقش و بازدهی گیاهان دارویی در جوامع رو به رشدی همچون ایران





رسید و علاوه بر حفظ و حراست از این سرمایه‌های ملی به شکوفایی و توسعه پایدار جامعه نیز دست یافت.

در پایان لازم به تذکر است که نهادهای سیاست‌گذار سلامت در کشور موظفند که نقش خود را در زمینه طب سنتی/مکمل و جایگزین به‌وسیله تدوین یک راهبرد با حضور همه ذی‌نفعان که وضعیت مسائلی چون سیاست‌گذاری، آموزش، پژوهش، ایمنی، اثربخشی، کیفیت، تولید، عرضه، ارائه خدمات و استفاده منطقی از طب سنتی/طب مکمل و جایگزین را روشن می‌سازد، ایفا کنند. البته بدیهی است راه‌اندازی و ایجاد تشکیلاتی تحت عنوان «سازمان طب سنتی ایران» به‌عنوان سازمانی مستقل و با اختیارات کافی تحت نظارت ریاست جمهوری یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند در سامان‌دهی و انسجام امور مرتبط با این مقوله نقش به‌سزایی داشته و نقطه عطفی در ارتقای جنبه‌های مختلف طب سنتی ایران باشد.

### تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس و قدردانی خود را از همه افرادی که ما را در تهیه این گزارش همکاری کردند، اعلام می‌کنیم؛ به‌ویژه جناب آقایان دکتر عبدالله بهرامی، دکتر امیرمهدی طالب و دکتر محمد مهدی اصفهانی از دبیرخانه آموزش طب سنتی و مکمل وزارت بهداشت، جناب آقای دکتر محمدرضا شمس اردکانی ریاست محترم دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کارشناسان اداره داروهای طبیعی و اداره مکمل‌های غذایی معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت، اعضای انجمن تحقیقات طب سنتی ایران و کانون پزشکی سنتی و مکمل، جناب آقای حسین خیراندیش مدیر عامل مؤسسه تحقیقات حجامت ایران، جناب آقای دکتر کامکار جایمند رئیس هیئت مدیره انجمن علمی گیاهان دارویی، جناب آقای دکتر علی مظاهری‌نژاد رئیس هیئت مدیره انجمن هومیوپاتی، جناب آقای دکتر حشمت رئیس هیئت مدیره انجمن طب سوزنی ایران، جناب آقای دکتر صباغ رئیس هیئت مدیره انجمن کایروپراکتیک ایران، جناب آقای دکتر ایرانمنش رئیس هیئت مدیره انجمن هیپنوتیزم پزشکی ایران و رئیس هیئت مدیره انجمن طب مکمل، جناب آقای دکتر مقیمی‌مدیر کل نظارت سازمان نظام پزشکی و جناب آقای دکتر سیدعلی حسینی تهرانی مدرس دوره‌های هومیوپاتی در واحد علوم دارویی دانشگاه آزاد اسلامی جناب آقای دکتر کامران جلالی مدرس دوره‌های هومیوپاتی در دانشگاه علوم پزشکی ایران که در ارائه اطلاعات این گزارش ما را یاری کردند و سرکار خانم دکتر اخگر قصابیان که در ترجمه چند متن با ما همکاری داشتند.



## منابع و مآخذ

۱. آذین، سیدعلی، سیدمهدی، نورایی، زهرالسادات، مشکانی، اطلاعات، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی شهر تهران در خصوص روش‌های طب تکمیلی، پایش تابستان ۱۳۸۲، ۲(۳): ۱۶۵-۱۷۲.
۲. تولایی، علیرضا، رویکردهای فرهنگی، بومی و زیست‌محیطی طب سنتی، درمانگر، ۳، ۱۳۸۳، (۳و۴).
۳. حداد عادل، غلامعلی، مجموعه مقالات درباره طب سنتی ایران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۴. جواهری، فاطمه، طب جایگزین، واکنشی اجتماعی در برابر پزشکی علمی، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی (تربیت معلم) ۱۳۸۰-۱۳۸۱، ۱۰(۳۹-۳۵): ۲۹-۵۰.
۵. خلیج، علی و همکاران، گزارش نهایی طرح تحقیقاتی تدوین اولویت‌های تحقیقات علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی تهران: شبکه تحقیقات علوم دارویی، در حال انتشار.
۶. دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت غذا و دارو، سلامت عمومی، نوآوری و حقوق مالکیت معنوی، تهران: انتشارات سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۶.
۷. ذاکر صالحی، غلامرضا، طب سنتی، آموزش مدرن، درمانگر ۱۳۸۶، ۴(۱۶): ۳۰-۳۳.
۸. سازمان جهانی بهداشت (WHO)، راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۲-۲۰۰۵، صدرای شاملو دلارام، ادهمی‌حمیدرضا (مترجم)، تهران: مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۵.
۹. سجادیان، اکرم‌السادات، احمد، کاویانی، منتظری علی و همکاران، استفاده از طب مکمل در بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پایش ۱۳۸۴، ۴(۳): ۱۹۷-۲۰۵.
۱۰. سلامی‌عبدالنبی، طب قدیم ایران: طب سنتی دوان، تهران: کازرونیه، ۱۳۸۱.
۱۱. سلطانی اکبر و گروه نویسندگان، پزشکی مبتنی بر شواهد، چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۶.
۱۲. صدیقی، ژیلا، فرزانه، مفتون، و ضیایی سید علی، طب گیاهی: آگاهی، بینش و عملکرد در جمعیت شهر تهران، فصلنامه گیاهان دارویی ۱۳۸۳، ۴(۱۳): ۶۱-۶۷.
۱۳. صدیقی، ژیلا، فرزانه، مفتون و مشرفی، مهوش، آگاهی و بینش نسبت به طب مکمل و میزان استفاده از این خدمات در جمعیت شهر تهران، فصلنامه پایش ۱۳۸۳، ۳(۴): ۲۷۹-۲۸۹.
۱۴. ضیایی سید علی، مسگرپور، بیبا، احتیاط مصرف و تداخلات دارویی گیاهان دارویی براساس شواهد و مستندات، تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۴.
۱۵. طالب، امیرمهدی، جایگاه قانونی داروهای گیاهی در جهان، درمانگر ۱۳۸۵، ۳(۱۱ و ۱۲): ۱۲-۱۶.
۱۶. طالب، امیرمهدی، نگاهی به قوانین تولید فرآورده‌های طبیعی در ایران، درمانگر ۱۳۸۶، ۴(۱۳): ۳۶-۳۹.
۱۷. فرخی، فرشته، درعرصه طب اسلامی و طب سنتی نیازمند جهش هستیم (گفتگو با دکتر غلامرضا نورمحمدی)، درمانگر ۱۳۸۶، ۴(۱۴ و ۱۵): ۹.
۱۸. فرخی، فرشته، طب اسلامی به‌مثابه یک نظام تفکری (گفتگو با دکتر محمد مهدی اصفهانی)، درمانگر ۱۳۸۶، ۴(۱۳): ۱۸-۲۴.
۱۹. گلشادی، ایمان دخت، انصاری رضوان، عسگری صدیقه و همکاران، آگاهی، اعتقاد و عملکرد نسبت به داروهای گیاهی در مردم شهر اصفهان، گیاهان دارویی بهار ۱۳۸۱، ۱(۲): ۲۱-۲۹.
۲۰. گروه تحقیقات طب سنتی ایران براساس تقریرات دکتر محسن ناصری، آموزش مقدمات طب سنتی ایران، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۴.



۲۱. محمودیان، سید احمد، صدری، غلامحسین، حسین، عزیزی (استاد راهنما)، بررسی رضایت‌مندی بیماران از روش درمانی هومیوپاتی در شهر اصفهان، پایان‌نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۴.
۲۲. مسگرپور، بیتا، اخگر، قصابیان، بررسی و تحلیل وضعیت و روند ثبت پتنت در حوزه‌های مختلف نظام سلامت در ایران، منطقه و جهان، مستندات پشتیبان کارگروه‌های آینده نگاری نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت: کتاب اول، شورای سیاست‌گذاری و معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶.
۲۳. مفتون، فرزانه، ژیلا، صدیقی، سیدعلی، آذین، منتظری علی، طب مکمل و نظام سلامت، پایش ۱۳۸۵، ۶۲-۵۵: (۱)۶.
۲۴. نورمحمدی، غلامرضا، بررسی مقایسه‌ای طب اسلامی در ایران و سایر کشورهای اسلامی، درمانگر ۱۳۸۶، ۴ (۱۴ و ۱۵): ۴۰ - ۴۴.
۲۵. نور محمدی، غلامرضا، نگرشی به مفهوم طب اسلامی، پژوهش و حوزه ۱۳۸۳، (۱۷ و ۱۸): ۱۸ - ۴۶.
۲۶. نور محمدی، غلامرضا، نگرشی نوین به «طب»، ۱۳۸۳، (۱۷ و ۱۸): ۱۷ - ۵.
۲۷. نیگمین، بادو، اثرات جانبی طب مکمل و جایگزین، آمنه فرخی (مترجم) درمانگر، ۱۳۸۵، (۱۱ و ۱۲).
28. Adhami HR, Mesgarpour B, Farsam H. Herbal Medicine in Iran. *HerbalGram: The Journal of American Botanical Council* 2007; 74:34- 43.
29. Ananth S, Martin W. Health Forum 2005 Complementary and Alternative Medicine Survey of Hospitals: Summary of Results. Chicago: Health Forum LLC; 200
30. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998; 279 (19):1548- 53.
31. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, 2002 Advance Data 2004; 343.
32. CAM Offerings in U. S. Hospitals, Volume XIII, Number 3: Fall 2006, Available at [http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2006\\_fall/hospitals.htm](http://nccam.nih.gov/news/newsletter/2006_fall/hospitals.htm)[Access 31 July 2008]
33. Casimiro L, Brosseau L, Milne S, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of RA. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002;3(Art. No. : CD003788).
34. Chiappelli F, Prolo P, Rosenblum M, et al. Evidence-Based Research in Complementary and Alternative Medicine II: The Process of Evidence-Based Research. *eCAM* 2006;3(1)3-12
35. Cohen MH. Complementary and integrative medical therapies, the FDA, and the NIH: definitions and regulation. *Dermatologic Therapy* 2003; 16:77-84.
36. Crawford NW, Cincotta DR, Lim A, et al. A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine use by children and adolescents attending the University Hospital of Wales. *BMC Complement Altern Med*. 2006; 6: 16.
37. De Smet PAGM. Herbal Medicine in Europe – Relaxing Regulatory Standards. *NEJM*. 2005; 352:1176-1178
38. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280(18):1569-1575.
39. Ernst E, Pittler M, Wider B. *The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine: An evidence-based approach*. Second ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006.
40. Ernst E, Pittler M. The effectiveness of acupuncture in treating acute dental pain: a systematic review. *Br Dent J*. 1998;184:443-7.
41. Ernst E. Acupuncture/acupressure for weight reduction? A systematic review. *Wien Klin Wochenschr*. 2001;109:60-2.
42. Ezzo J, Hadhazy V, Birch S, Lao L, Kaplan G, Hochberg M, et al. Acupuncture for



- osteoarthritis of the knee: a systematic review. *Arthritis Rheum.* 2001;44:819-25.
43. Furlan A, van Tulder M, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes B, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005;1(Art No. : CD001351).
  44. Jonas WB, Levin JS. *Essentials of Complementary and Alternative Medicine.* Philadelphia: Williams and Wilkins; 1999.
  45. Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2005, 5:11.
  46. Kartal M. Intellectual Property Protection in the Natural Product Drug Discovery, Traditional Herbal Medicine and Herbal Medicinal Products. *Phytotherapy Research* 2007; 21: 113-119.
  47. Kunz S, Schulz M, Syrbe G, Driessen M. Acupuncture of the ear as therapeutic approach in the treatment of alcohol and substance abuse - a systematic review. *Sucht.* 2004;50:196-203.
  48. Lee A, Done M. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004;3(Art. No. CD003281).
  49. Lee H, Ernst E. Acupuncture for GI endoscopy: a systematic review. *Gastrointest Endosc.* 2004;60:784-9.
  50. Lewith G, Verhoef M, Koithan, et al. Developing CAM research capacity for complementary medicine. *eCAM* 2006; 3(2): 283-289.
  51. Lie DA, Boker J. Comparative survey of Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes, use, and information-seeking behaviour among medical students, residents & faculty. *BMC Medical Education* 2006; 6:58
  52. Longworth W, McCarthy P. A review of research on acupuncture for the treatment of lumbar disc protrusions and associated neurological symptomatology. *J Altern Complement Med.* 1997;3:55-76.
  53. Manheimer E, White A, Berman B, Forys K, Ernst E. Meta-analysis: acupuncture for back pain. *Ann Intern Med.* 2005;142:651-63.
  54. Mason S, Tovey P, Long AF. Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;325;832-834
  55. Martin J, Donaldson A, Villarroel R, Parmar M, Ernst E, Higginson I. Efficacy of acupuncture in asthma: systematic review and meta-analysis of published data from 11 randomised controlled trials *Eur Resp J.* 2002;20:846-52.
  56. Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, et al. Acupuncture for idiopathic headache. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001;1(Art. No. : CD001218).
  57. Mills E, Wu P, Gagnier J, Ebbert J. Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis. *Harm Reduct.* 2005;2:4.
  58. Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Health, Ministry of Health. *Complementary and Alternative Medicine: Current Policies and Policy Issues in New Zealand and Selected Countries, Discussion document.* 2003; Available at <http://www.newhealth.govt.nz/maccah/CAMSubmissionBooklet.pdf> [Access 27 Feb 2008]
  59. Nahin RL, Straus SE. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. *BMJ* 2001;322;161-164
  60. National Center of Complementary and Alternative Medicine. *Expanding Horizons of Healthcare Five-Year Strategic Plan 2001-2005.*
  61. National Center of Complementary and Alternative Medicine. *Strategic Plan 2005-2009;* 2004.
  62. Smith C, Hay P. Acupuncture for depression. *The Cochrane Database of Systematic*



- Reviews. 2004;3(Art. No. : CD004046).
63. Sparber A, Wootton JC. Surveys of complementary and alternative medicine: Part II use of alternative and complementary cancer therapies. *J Altern Complement Med* 2001; 7(3):281–7.
  64. Stener-Victorin E. The pain-relieving effect of electro-acupuncture and conventional medical analgesic methods during oocyte retrieval: a systematic review of randomized controlled trials. *Hum Reprod.* 2005;20:339-49.
  65. ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *Br J Gen Pract.* 1990;40:379-82.
  66. The Cochrane Library. Available from: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)
  67. Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med.* 2001;9:2–11.
  68. White A, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002;2(Art. No. : CD000009).
  69. Wootton JC, Sparber A. Surveys of complementary and alternative medicine: Part III use of alternative and complementary therapies for HIV/AIDS. *J Altern Complement Med* 2001;7(4):371–7.
  70. World Health Organization. Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. WHO. 2004.
  71. World Health Organization . Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review, World Health Organization 2001.



شماره مسلسل: ۹۱۸۷

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: تحلیل وضعیت طب سنتی، طب مکمل یا جایگزین در ایران

Report Title: TM/TCM in Iran

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: بیتا مسگریور

سایر همکاران: دلارام صدرایی شاملو، امیرحسین جمشیدی، سمیه جعفری

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهشی

ویراستار: —

واژه‌های کلیدی و معادل انگلیسی آنها:

۱. طب سنتی (Traditional Medicine)

۲. طب مکمل (Alternative Medicine)

تاریخ انتشار: ۱۳۸۷/۶/۲۶