



مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور



سازمان  
جهانی  
بهداشت

# راہبرد طب سنتی

## سازمان جهانی بهداشت

### ۲۰۰۲ - ۲۰۰۵

ترجمه

دکتر دلارام صدرایی شاملو      دکتر حمیدرضا ادهمی

ویرایش

دکتر حمیدرضا ادهمی



به نام خداوند بخشنده و مهربان

**راهبرد طب سنتی**  
**سازمان جهانی بهداشت**  
**۲۰۰۲-۲۰۰۵**

ترجمه

دکتر دلارام صدرایی شاملو      دکتر حمیدرضا ادهمی

ویرایش

دکتر حمیدرضا ادهمی

۱۳۸۵

این کتاب با اجازه رسمی سازمان جهانی بهداشت ترجمه و چاپ گردیده است.

راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۵-۲۰۰۲ / [تهیه کننده] سازمان جهانی بهداشت؛ مترجمان  
دلارام صدراپی شاملو، حمیدرضا ادهمی؛ ویراستار حمیدرضا ادهمی. -- تهران: مرکز ملی تحقیقات علوم  
پزشکی کشور، ۱۳۸۵.

۷۵ ص.: مصور، نقشه، جدول، نمودار.

ISBN 964-8649-11-1

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا.

WHO traditional medicine strategy 2002 - 2005, 2002.

عنوان اصلی:

کتابنامه: ص. [۶۹] - ۷۲.

۱. پزشکی جایگزین. ۲. پزشکی سنتی. الف. صدراپی شاملو، دلارام، ۱۳۴۷ - ، مترجم. ب. ادهمی،  
حمیدرضا، ۱۳۵۳ - ، مترجم و ویراستار. ج. سازمان جهانی بهداشت World Health Organization. د. مرکز  
ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

۳۶۲ / ۱۰۴۲

R ۷۳۳ / ۲۳۵

۱۳۸۵

م۸۵-۱۴۴۲۸

کتابخانه ملی ایران

ریاست اداری سازمان جهانی بهداشت حقوق مربوط به ترجمه فارسی این

اثر را به مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور واگذار نموده است

که مسئول انحصاری ترجمه فارسی این اثر محسوب می شود.

نام کتاب: راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۵-۲۰۰۲

مترجمان: دکتر دلارام صدراپی شاملو - دکتر حمیدرضا ادهمی

ویراستار: دکتر حمیدرضا ادهمی

صفحه آرای: مرضیه رهنما

اجرای جلد: ماندانا جوانشیر

ناظر چاپ: سیامک نصیری

نوبت چاپ: اول، ۱۳۸۵

شابک: ۹۶۴-۸۶۴۹-۱۱-۱

ناشر: مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

چاپ: نقش پرداز - رسا نقش

نشانی الکترونیکی: hradhami@gmail.com

## مقدمه استاد

نخستین باورهای انسان از پزشکی یا بهتر تندرستی از ستیز بشر با طبیعت بدست آمده است. این باورهای تجربی در جریان تاریخ و با گذشت زمان در فرهنگ‌ها و تمدن‌های قومی، قبیله‌ای و گروهی، دستاوردهایی را در زمینه پیشگیری و درمان بیماری‌ها به همراه آورده، که سینه به سینه از یک نسل به نسل دیگر راه یافته است. باورهای بشر در مورد سلامت، بیماری و درمان با شهرنشینی و دادوستد از یک منطقه به مناطق دیگر رفت و آمد کرده، دگرگون شده، ولی همواره زیر تأثیر باورهای فرهنگی و تمدنی منطقه خودی قرار داشته است. این باورها بر پایه رشد تمدن در یک کشور به صورت مدون درآمد و مفاهیم و دانش شفاهی با پیدایش خط، نوشتاری شده و به تدریج مجموعه‌های نوشتاری، مدون یا بهتر به صورت کتاب درآمد و مورد کاربرد و آموزش قرار گرفته است.

انتقال دانش بشری در اثر کشورگشایی و یا دادوستد مهاجرت نموده، در سرزمینی دیگر بر آن افزوده شده و دوباره به سرزمین خویش باز گشته است. پزشکی و داروسازی نیز چنین سرنوشتی داشته و از شرق میانه به ویژه ایران به اروپا راه یافته و سرانجام به آنجا رسیده است که امروز پزشکی نوین خوانده می‌شود. واژه پزشکی یا طب سنتی که بیشتر از سوی سازمان جهانی بهداشت عنوان می‌شود تعریف چندان روشنی ندارد بلکه بیشتر طیف گسترده‌ای است از شیوه‌های درمانی با نام‌های طب بومی، قبیله‌ای، قومی، درونزاد، طب عوام، طب برزن‌ها، که طب کهن و قدیمی برخی از کشورها مانند چین، ایران را دربرمی‌گیرد. برای تمیز این شیوه‌های درمانی از پزشکی نوین با نام‌های طب غیررسمی، طب قراردادی، طب قدیمی و جز اینها هم نامیده شده است. گستره وسیع این شیوه‌های مراقبت از سلامت، از شیوه‌های علمی و مبتنی بر دستاوردهای علمی تا شیوه‌هایی مانند فال‌بینی، کف‌بینی، جادوگری و فراطبیعی را دربرمی‌گیرد. در سال‌های اخیر طب قدیم ایران را که مبتنی بر اصول و مبانی مشخصی است و کتاب‌های مدون و روش‌های مبتنی بر اصول علمی دارد، جزء طب سنتی ایران نام می‌برند. باید توجه داشت که این طب جهان‌شمول بوده و سهم بسزایی در گسترش و نوزایی علوم پزشکی نوین داشته است.

اگر چه سازمان جهانی بهداشت تعریفی برای پزشکی سنتی به دست داده است ولی همانطور که اشاره شد این تعریف مبهم است و نیازمند بررسی بیشتر می‌باشد. بطور کلی امروز واژه طب سنتی یا نظام‌های سنتی سلامت به نظام‌های دیرپا و درونزاد مراقبت از سلامت گفته می‌شود که در سراسر جهان و به ویژه در کشورهای رو به رشد دیده می‌شوند. الگوی نگرش این نظام‌ها چنان است که انسان را در خویشاوندی بس نزدیکی به طبیعت می‌بیند. سیمای اصلی نظام‌های سنتی سلامت بر پایه الگویی است که در آن پیشگیری و درمان را فراتر از پزشکی تنها می‌بیند و ابعاد فکری، روانی، فیزیکی، محیطی و جز اینها را برای ارزیابی سلامت و رفاه در نظر می‌گیرد.

با گسترش پزشکی نوین زیر نام پزشکی غربی، رسمی، آلوپات، قراردادی، قانونمند و جز اینها، پزشکی سنتی و درمانگران سنتی به حاشیه رانده شدند ولی هیچگاه از میان نرفتند زیرا با فرهنگ و خلق و خوی مردم وابستگی نزدیکی داشتند. عوامل متعددی در رانده شدن پزشکی سنتی از مراکز مراقبت‌های سلامت به حاشیه نقش داشته‌اند که از آن

جمله‌اند پیشرفت‌های چشمگیر علوم، عوامل تمدنی و از جمله سلطه‌های سیاسی و اجتماعی. در چند دهه گذشته با گسترش علوم و به ویژه پژوهش‌های علوم دارویی و پزشکی، طب سنتی نه تنها به واسطه میراث فرهنگی بلکه به عنوان میراثی از تجربه‌های ارزشمند تاریخی تمدن بشر مورد بررسی و کاوش دوباره قرار گرفت.

سازمان جهانی بهداشت از جمله مراکز جهانی پیشگام در تعریف، بازسازی و بکارگیری این نظام‌های سنتی مراقبت از سلامت بوده است. این سازمان نگاه به بیماری و سلامت در این نظام‌ها را تام‌گرایانه، کل‌نگر یا جامع‌نگر (Holistic) نام داده است. در این رویکرد انسان در تمامیت خود در یک طیف محیطی (اکولوژیک) دیده می‌شود و تاکید دارد که بیماری و ناخوشی، حاصل ناترازمندی انسان و نظام محیطی او در تمام ابعاد است. برابر تعریف این سازمان «طب سنتی» یکی از مطمئن‌ترین راه‌ها و وسیله‌ها برای دستیابی به یک نظام مراقبت از سلامت می‌باشد.

این برداشت‌ها در عمل با چالش‌های متعددی مواجه بوده است. علم نوین از نظر تاریخی این نظام‌ها را ابتدایی می‌بیند و بسیاری از دست‌اندرکاران جامعه پزشکی آنها ناکارآمد، غیربهداشتی و دور از معیارهای علمی می‌نگرد و داروهای گیاهی را چیزی هم‌تراز با «دارونما» می‌داند.

پیشرفت‌های اخیر در علوم زیستی، محیطی، پزشکی گیاهی، ایمن‌شناسی و فارماکونوزی سبب شده است که نظام‌های سنتی پزشکی و دارویی مورد بازنگری دقیق‌تر قرار گیرد. رویکرد جهانی به بازنگری و بکارگیری درمان‌های گیاهی و الگوهای پیشگیری و مراقبت از سلامت در کنار مسایل و مشکلات پیچیده و گرانی قیمت نظام‌های درمانی نوین و ناکامی‌های پزشکی در درمان بسیاری از بیماری‌های دیردرمان و در دسترس نبودن ساده و کم‌هزینه پزشکی نوین برای بسیاری از مردم در تمام جوامع به ویژه در جوامع فقیر، سبب گردیده است که شیوه‌های پیشگیری و درمانی سنتی، جایگزین و مکمل مورد توجه شایسته قرار گیرد.

جامعه پزشکی و به ویژه مردم بر ارزش‌های موجود در نظام‌های سنتی مراقبت از سلامت به ویژه گیاه‌درمانی پی‌برده‌اند و پژوهشگران بسیاری در این زمینه به فعالیت‌های چشمگیر پرداخته‌اند که پرداختن به آنها برون از این نوشته است.

در این راستا لازم است نظام مراقبت از سلامت در هر کشور با تکیه بر تجربه‌ای تاریخی و توان علمی بکوشد تا جایگاه واقعی این نظام‌ها را روشن کند و قوانین و مقررات روشنی برای آنها وضع نماید و راهکار و برنامه‌ریزی درستی را برای استفاده صحیح، خردمندانه و علمی از این شیوه‌های درمانی و این میراث علمی و فرهنگی به دست دهد و جایگاه و رابطه این نظام‌ها را با نظام پزشکی نوین مشخص سازد.

در این زمینه نوشته‌ها و رهنمودهای بسیاری از سوی مراکز علمی و جهانی در اختیار قرار گرفته است. سازمان جهانی بهداشت در این راستا فعالیت‌های چشمگیر داشته و رهنمودهای ارزنده‌ای برای بکارگیری درست، ایمن و کارآمد این نظام‌ها عرضه کرده است. یکی از این رهنمودهای علمی همین کتابی است که دو نفر از داروسازان جوانی که در این زمینه کار می‌کنند، آن را با اجازه رسمی از سازمان جهانی بهداشت به فارسی برگردانیده‌اند. اگرچه پاره‌ای از بخش‌های این رساله توسط گروهی از پزشکان علاقمند ترجمه شده است، بازهم تفاوت‌های قابل توجهی میان این دو ترجمه است. با توجه به پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی که در نظر است برای طب سنتی و داروهای گیاهی انجام گیرد، این هر دو ترجمه می‌تواند بسیار مفید و قابل استفاده باشد.

**حسن فرسام**

**استاد دانشکده داروسازی**

**دانشگاه علوم پزشکی تهران**

## مقدمه مترجمین

از زمان پیدایش آدمی تا کنون، مقوله شناخت انسان از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر بوده و می‌باشد. یکی از موارد مشمول این نکته، مسئله بیماری و درمان است. آفرینش بی‌نظیر انسان و استعدادهای بالقوه او در جهت درمان شدن یا درمان کردن، از ابتدا مورد توجه طبییان و مکاتب درمانی کهن در نقاط مختلف کره زمین بوده است.

پس از انقلاب علمی و صنعتی در اروپا که با پیشرفت چشمگیر و منطقی علوم مختلف همراه بود، بسیاری از روش‌های طبابت کهن و سنتی، به جهت آنکه در آن زمان در پاره‌ای از موارد قابل توجیه با علم روز نبودند، در نقاط بسیاری از جهان جای خود را به پزشکی نوین دادند. اما در قرون اخیر توانایی‌های جسمی، ارتباطات روحی و تأثیرات متقابل روح و جسم انسان موجب پیدایش روش‌های درمانی جدید (روش‌های مکمل و جایگزین) و رویکرد مجدد به روش‌های درمانی سنتی و کهن شده است؛ تاجایی که سازمان جهانی بهداشت توانمندی‌های روش‌های درمانی سنتی، مکمل و جایگزین را پذیرفته و دستورالعمل‌هایی در زمینه اثبات منطقی کارایی این روش‌ها منتشر نموده است. توجه به این نکته بسیار مهم است که هر علمی برای به رسمیت شناخته شدن، نیاز به اثبات به وسیله روش‌های علمی دارد و فقط از این طریق است که می‌تواند مورد پذیرش مجامع علمی و قانونی قرار گیرد.

کتاب حاضر ترجمه یکی از همین دستورالعمل‌هاست که مجوز رسمی ترجمه آن از طرف سازمان جهانی بهداشت به مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور داده شد و مجوز چاپ آن نیز برای انتشارات آن مرکز صادر گردید، اما با توجه به تغییرات اساسی ایجاد شده در مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور و توقف فعالیت گروه‌های پژوهشی آن مرکز، مرحله چاپ و انتشار آن متوقف ماند. اکنون این کتاب توسط خود مترجمین و با حمایت مالی مرکز رشد واحدهای فناوری فراورده‌های دارویی دانشگاه علوم پزشکی تهران به تعداد محدودی منتشر می‌گردد.

در این کتاب سعی شده است تا حد مقدور، ترجمه جملات، کاملاً مطابق با متن اصلی باشد، ضمن اینکه شیوایی کلام رعایت شود.

قبل از آغاز اصل کتاب، توضیح کلمات مخفف و ترجمه برخی از کلمات کلیدی آورده شده است که توصیه می‌شود قبل از ورود به متن اصلی، حتماً مطالعه شوند.

مترجمین امیدوارند که این کتاب برای همکاران و پژوهشگران مفید واقع شده و موجب ایجاد ثبات و قانونمندی در زمینه طب سنتی، مکمل و جایگزین در کشور گردد. همکاران محترم می‌توانند برای توضیحات بیشتر و یا ارایه پیشنهادات با نشانی الکترونیکی [dsadraini@gmail.com](mailto:dsadraini@gmail.com) یا [hradhami@gmail.com](mailto:hradhami@gmail.com) تماس حاصل فرمایند.

حمیدرضا ادهمی - دلارام صدرایی شاملو

این متن نخستین راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت در سطح جهانی می‌باشد که پس از مشاوره‌ها و بررسی‌های ویژه، پیش‌نویس آن تهیه شده است. اما با در نظر گرفتن گوناگونی منطقه‌ای استفاده از طب سنتی، مکمل و جایگزین و نقش آن، انجام تعدیلات با در نظر گرفتن شرایط منطقه‌ای لازم می‌باشد. ضمناً باید توجه داشت که مشکلات ارابه تعریفی دقیق از روش‌های درمانی و محصولات این طب، همچنان حل نشده باقی مانده است. ارزش اطلاعات موجود نیز اغلب گیج‌کننده است. روش‌شناسی استفاده شده برای جمع‌آوری اطلاعات معمولاً قابل مقایسه با یکدیگر نبوده و معیارهای مربوط نیز کاملاً معین نمی‌باشد.

لذا گروه طب سنتی دفتر مرکزی سازمان جهانی بهداشت از ابراز نظرهای شما درباره اطلاعات مطرح شده در این راهبرد استقبال می‌نماید. نظرات خود را به نشانی زیر و یا به آدرس پست الکترونیکی [zhangx@who.int](mailto:zhangx@who.int) ارسال فرمایید.

Dr Xiaorui Zhang, Acting Team Coordinator, Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy,  
World Health Organization,  
Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27,  
Switzerland.



## فهرست مطالب

vii	.....	سیاس‌گذاری
ix	.....	حروف اختصاری و مناطق سازمان جهانی بهداشت
۱	.....	نکات کلیدی
۱	.....	طب سنتی چیست؟
۲	.....	استفاده گسترده و رو به رشد
۲	.....	دلیل چنین استفاده گسترده‌ای چیست؟
۳	.....	شک و تردید بی‌پایه در تقابل با طرفداری ناآگاهانه
۳	.....	مشکلات توسعه توانمندی‌های بالقوه TM/CAM
۵	.....	نقش فعلی WHO
۶	.....	چارچوب فعالیت
۶	.....	نحوه اجرای راهبرد
۷	.....	فصل ۱. بررسی جهانی
۷	.....	۱-۱ طب سنتی چیست؟ رسیدن به تعریفی علمی
۱۲	.....	۲-۱ جذابیت و استفاده گسترده
۱۴	.....	۳-۱ هزینه‌ها
۱۶	.....	۴-۱ دلایل افزایش علاقه و استفاده
۱۹	.....	۵-۱ واکنش به محبوبیت TM/CAM
۲۵	.....	فصل ۲. چالش‌ها
۲۶	.....	۱-۲ چه باید کرد؟
۲۷	.....	۲-۲ سیاست‌گذاری ملی و چارچوب قانونی
۲۸	.....	۳-۲ ایمنی، اثربخشی و کیفیت
۳۳	.....	۴-۲ دسترسی
۳۴	.....	۵-۲ استفاده منطقی

فصل ۳. نقش فعلی سازمان جهانی بهداشت	۳۷
۱-۳ توسعه TM/CAM و گنجاندن آن در نظام ملی مراقبت سلامت	۳۷
۲-۳ تضمین استفاده مناسب، ایمن و اثربخش از طب سنتی	۴۰
۳-۳ گسترش دسترسی به اطلاعات TM/CAM	۴۲
فصل ۴. منابع ملی و بین‌المللی طب سنتی	۴۵
۱-۴ آژانس‌های سازمان ملل متحد	۴۵
۲-۴ سازمان‌های بین‌المللی	۴۷
۳-۴ سازمان‌های غیر دولتی	۴۸
۴-۴ انجمن‌های حرفه‌ای جهانی	۴۹
۵-۴ انجمن‌های حرفه‌ای ملی و بین‌المللی	۵۰
۶-۴ ابتکارهای ویژه	۵۱
فصل ۵. راهبرد و برنامه فعالیت‌ها: ۲۰۰۲-۲۰۰۵	۵۳
۱-۵ سیاست‌گذاری: گنجاندن مناسب TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت به واسطه توسعه و اجرای سیاست و برنامه‌های ملی در زمینه TM/CAM	۵۴
۲-۵ ایمنی، اثربخشی و کیفیت: ارتقاء ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM با گسترش مبتنی بر دانش و رایحه راهنمایی درباره ساماندهی و استانداردهای تضمین کیفیت	۵۷
۳-۵ دسترسی: افزایش سهولت دستیابی و کاهش هزینه TM/CAM به طور مناسب با تأکید بر دسترسی برای جوامع فقیر	۵۸
۴-۵ کاربرد منطقی: توسعه استفاده صحیح و مناسب از روش‌های درمانی TM/CAM توسط ارائه‌دهندگان خدمات و استفاده کنندگان آنها	۵۹
ضمیمه ۱: فهرست مراکز همکاری‌کننده با WHO در زمینه طب سنتی	۶۱
ضمیمه ۲: انتشارات منتخب و اسناد WHO در زمینه طب سنتی	۶۳
سیاست ملی و نظارت	۶۳
ایمنی، اثربخشی و کیفیت	۶۳
استفاده منطقی	۶۵
مراکز همکاری‌کننده با WHO در زمینه طب سنتی	۶۶
منابع	۶۷



این راهبرد توسط همکاران دفتر مرکزی و سایر دفاتر منطقه‌ای WHO که در پروژه داروهای ضروری و سیاست‌های دارویی فعالیت می‌کنند و با مشورت و هم‌فکری اعضاء سایر پروژه‌های WHO و شرکای اصلی این سازمان در امر توسعه، برنامه‌ریزی و تدوین شده است. نگارش نهایی این راهبرد پس از مشاوره با نمایندگان کشورهای عضو، دیگر واحدهای خانواده UN، سازمان‌های غیردولتی و دیگر سازمان‌های بین‌المللی، مراکز همکاری‌کننده با WHO در زمینه طب سنتی و کمیته‌های تخصصی WHO مکتوب گردید.

این راهبرد فعالیت‌های کشوری، منطقه‌ای، بین منطقه‌ای و جهانی را پوشش می‌دهد و براساس مباحث ارائه شده در «مشاوره WHO درباره روش‌شناسی و ارزیابی طب سنتی» (۱۱ تا ۱۴ آوریل ۲۰۰۰) که با حضور اساتید و خبرگان طب سنتی و همچنین همکاران دفتر مرکزی و منطقه‌ای WHO در بخش طب سنتی تشکیل گردید، تدوین شده است. پس از برگزاری ملاقات فوق چندین همایش در دفتر مرکزی و دفاتر منطقه‌ای WHO و همچنین بین کشورهای عضو و شرکای کاری UN، جهت بازبینی پیش‌نویس «راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت: ۲۰۰۵-۲۰۰۲» برگزار گردید.

**بدین وسیله WHO مراتب قدردانی خود را از مشارکت فعالانه و آرایه نظرهای سازنده اعضاء خانواده جهانی پزشکی، شامل کشورهای نام برده، اعلام می‌دارد:**

کشورهای عضو: ارمنستان (E. Gabrielyan)، استرالیا (G. Morrison)، بلژیک (J. Laruelle)،  
کانادا (Y. Bergevin, P. Chan)، چین (M. Chan, T. Leung, L. Peilong)، دانمارک (P. Rockhold)،  
آلمان (K. Keller)، غنا (E. Mensah)، هندوستان (S. Chandra)، اندونزی (K. Ritiasa)،  
ایتالیا (P. Procacci)، ایران (M. Cheraghali)، ژاپن (A. Yokomaku)، هلند (M. ten Ham)،  
نیجریه (T. Fakeye)، نروژ (O. Christiansen, E. Salvesen)، پاکستان (F. Chowdhary)،  
جمهوری کره (H.W. Han)، سوئد (A. Nordström)، تایلند (M.N. Songkhla)، بریتانیا (J. Lambert)،  
آمریکا (B. Clay, L. Vogel)، ویتنام (L. Van Truyen) و زیمبابوه (L. Matondo).

#### سایر آژانس‌های WHO و آژانس‌های چند جانبه

European Commission (L. Fransen), UNAIDS (J. Perriens), UNDP (M. Bali),  
UNESCO (MF. Roudil), WIPO (S. Bhatti), World Bank (R. Govindaraj).

#### سازمان‌ها و مؤسسه‌های غیر دولتی

Ford Foundation (V. Davis Floyd), Islamic Organization for Medicinal Sciences (A. Awady),  
John D. and Catherine T. Mac Arthur Foundation (D. Martin), Rockefeller Foundation

(A. So), WSML (H. Craz, J. Reinstein), Li Ka Shing Foundation (K. Lo).

### مراکز همکاری کننده با WHO در زمینه طب سنتی

National Center for Complementary and Alternative Medicine, Bethesda (N. Hazleton), University of Illinois at Chicago, Chicago (N. Farnsworth).

### کمیته‌های تخصصی و هیأت داوران WHO

F. Takaku, D. Jamison.

### دفاتر منطقه‌ای سازمان WHO

AFRO (O. Kasilo, E. Samba), AMRO/PAHO (G. Alleyne, C. Borrás, R. D'Alessio, S. Land, D. López-Acuña, J.C. Silva), EMRO (H. Gezairy, P. Graaff, A. Salih), EURO (M. Danzon, K. de Joncheere), SEARO (P. Abeykoon, U.M. Rafei, K. Shein), WPRO (K. Chen, S. Omi).

### دفتر اصلی WHO (کمیته داروهای ضروری و سیاست دارویی)

G. Baghdadi, A. Creese, J. Graham, H. Hogerzeil, Y. Maruyama, J. Quick, L. Ragö, J. Sawyer, G. Velásquez, D. Whitney, X. Zhang.

### دفتر اصلی WHO (سایر پروژه‌ها)

O.B.R. Adams (EIP/OSD), A.D.A.S. Alwan (NMH/MNC), A. Asamoah-Baah (EGB), R. Bengoa (NMH/CCH), J. Cai (WKC), J. Frenk (EIP), D. Heymann (CDS), Y. Kawaguchi (WKC), B. Kean (EGB/ECP), A. Kern (GMG), M. T. Mbizvo (FCH/RHR), A. Mboi (FCH/WMH), D. Nabarro (DGO), B. Saraceno (NMH/MSD), Y. Suzuki (HTP), D. Tarantola T. Türmen (FCH), E. M. Wallstam (SDE/HSD), D. Yach (NMH). (مشاور عالی سیاست‌گذاری)

J. Graham, J.D. Quick, J. و X. Zhang و T. Falkenberg, J. Sawyer پیش‌نویس راهبرد را آماده کرده و V.A. Lee و Sawyer, P. Thorpe, D. Whitney و X. Zhang بازنگری و ویراستاری آن را انجام دادند. Y. Maruyama نیز منشی پروژه بودند.



## حروف اختصاری و مناطق سازمان جهانی بهداشت

AFRO	WHO Regional Office for Africa	دفتر سازمان جهانی بهداشت در آفریقا
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
AM	Allopathic Medicine	طب رایج
AMRO/PAHO	WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization	دفتر سازمان جهانی بهداشت در آمریکا/ سازمان بهداشت آمریکا
CAM	Complementary and Alternative Medicine	طب مکمل و جایگزین
CDS	Communicable Diseases Cluster	مرکز بیماری‌های مسری
CITES	Convention on International Trade in Endangered Species of Flora and Fauna	معاهده تجارت بین‌المللی گونه‌های گیاهی و جانوری در معرض خطر
COST	Cooperation in the field of Scientific and Technical Research	مؤسسه همکاری در زمینه تحقیقات علمی و فنی
DGO	Director-General's Office	دفتر مدیر کل
EGB	External Relations and Governing Bodies Cluster	مرکز روابط خارجی و ارگان‌های سازمان‌دهنده
EGB/ECP	External Relations and Governing Bodies Cluster/Department of External Cooperation and Partnerships	روابط خارجی و ارگان‌های سازمان‌دهنده/ کمیته مشارکت‌ها و همکاری‌های خارجی مرکز
EIP	Evidence and Information for Policy Cluster	اطلاعات و شواهد برای مرکز سیاست‌گذاری

EIP/OSD	Evidence and Information for Policy Cluster/Department of Organization of Health Services Delivery اطلاعات و شواهد برای مرکز سیاست‌گذاری / کمیته سازماندهی ارائه خدمات بهداشتی
EMA	European Agency for the Evaluation of Medicinal Products اژانس ارزیابی محصولات دارویی اروپا
EMRO	WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در شرق مدیترانه
ESCOP	European Scientific Cooperative on Phytotherapy مؤسسه اروپایی همکاری علمی در گیاه‌درمانی
EURO	WHO Regional Office for Europe دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل متحد
FCH	Family and Community Health Cluster مرکز بهداشت خانواده و جامعه
FCH/RHR	Family and Community Health Cluster/Department of Reproductive Health and Research مرکز بهداشت خانواده و جامعه / کمیته تحقیق و بهداشت باروری
FCH/WMH	Family and Community Health Cluster/Department of Women's Health مرکز بهداشت خانواده و جامعه / کمیته بهداشت زنان
GIFTS	Global Initiative for Traditional Systems ابتکارهای جهانی برای نظام‌های سنتی
GMG	General Management Cluster مرکز مدیریت عمومی
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome ویروس نقص ایمنی انسان / سندرم نقص ایمنی اکتسابی
HTP	Health Technology and Pharmaceuticals Cluster مرکز امور دارویی و تکنولوژی سلامت
ICDRAs	International Conferences of Drug Regulatory Authorities کنفرانس بین‌المللی اولیای امور قانون‌گذار دارویی
IOMS	Islamic Organization for Medical Sciences سازمان اسلامی علوم پزشکی
IUCN	World Conservation Union اتحادیه حفظ منابع طبیعی
LMHI	International Homeopathic Medical League اتحادیه بین‌المللی پزشکی هومیوپاتی

NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine (USA) مرکز ملی داروهای مکمل و جایگزین (در آمریکا)
NGO	Nongovernmental Organization سازمان غیردولتی
NMH	Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster مرکز بیماری‌های غیرمسری و سلامت روانی
NMH/CCH	Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster/Department of Health Care مرکز بیماری‌های غیرمسری و سلامت روانی / کمیته مراقبت سلامت
NMH/MNC	Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster/Department of Management of Noncommunicable Diseases مرکز بیماری‌های غیرمسری و سلامت روانی / کمیته مدیریت بر بیماری‌های غیرمسری
NMH/MSD	Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster/Department of Mental Health and Substance Dependence مرکز بیماری‌های غیرمسری و سلامت روانی / کمیته سلامت روانی و وابستگی دارویی (اعتیاد)
RHR/TSC	Department of Reproductive Health and Research/Technical Support to Countries (part of Family and Community Health Cluster) کمیته پژوهش و سلامت باروری / پشتیبانی فنی به کشورها (که بخشی از مرکز بهداشت خانواده و اجتماع است)
RITAM	Research Initiative on Traditional Antimalaria Methods ابتکارهای پژوهشی در زمینه روش‌های سنتی ضد مالاریا
SDE/HSD	Sustainable Development and Healthy Environments Cluster/Department of Health in Sustainable Development مرکز توسعه مداوم و محیط سالم / کمیته بهداشت در توسعه مداوم
SEARO	WHO Regional Office for South-East Asia دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در جنوب شرق آسیا
TCM	Traditional Chinese Medicine طب سنتی چینی
TM	Traditional Medicine طب سنتی
UN	United Nations سازمان ملل متحد
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS برنامه مشترک سازمان ملل متحد درباره بیماری ایدز
UNCTAD	United Nation Conference of Trade and Development کنفرانس تجارت و توسعه سازمان ملل متحد
UNDP	United Nations Development Programme برنامه توسعه سازمان ملل متحد

UNEP	United Nation Environment programme برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization سازمان آموزش علمی و فرهنگی سازمان ملل متحد
UNIDO	United Nations Industrial Development Organization سازمان توسعه صنعتی سازمان ملل متحد
WFAS	World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies اتحادیه جهانی انجمن‌های طب سوزنی-موکسیباسشن
WFC	World Federation of Chiropractic اتحادیه جهانی کایروپراکتیک
WKC	WHO Centre for Health Development (Kobe, Japan) مرکز توسعه بهداشت سازمان جهانی بهداشت (کوبه- ژاپن)
WHO	World Health Organization سازمان جهانی بهداشت
WIPO	World Intellectual Property Organization سازمان جهانی مالکیت معنوی
WPRO	WHO Regional Office for the Western Pacific دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اقیانوس آرام
WSMI	World Self-Medication Industry صنعت جهانی خود درمانی
WTO	World Trade Organization سازمان تجارت جهانی
WWF	World Wide Fund for Nature صندوق جهانی بودجه برای طبیعت

## معانی کلمات ویژه

Access	دسترسی
Cost-effectiveness	هزینه- اثربخشی
Criteria	معیار
Efficacy	اثربخشی
Evaluating	ارزشیابی
Evidence-Base	مبندی بر شواهد
Framework	چارچوب
Guideline	دستورالعمل
Health Care System	نظام مراقبت سلامت
Health care	مراقبت سلامت
Health	سلامت
Intellectual property	مالکیت معنوی
Legislation	قانون گذاری
License	مجوز
Methodology	روش شناسی
Monitoring	نظارت
Outcome	دستاورد
Policy	سیاست، سیاست گذاری
Primary Health Care	مراقبت بهداشتی اولیه
Quality	کیفیت
Registration	ثبت
Regulation	ساماندهی
Safety	ایمنی
Strategy	راهبرد
Technical	فنی

## کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت

### کشورهای آفریقایی

الجزیره - آنگولا - بنین - بوتسوانا - بورکینافاسو - بروندي - جمهوری کنگو - گینه استوایی - اریتره - اتیوپی - گابن - گامبیا - غنا - گینه - گینه بیسائو - کنیا - لسوتو - لیبیا - ماداگاسکار - مالاوی - مالی - موریتانی - موریتیوسی - موزامبیک - نیجر - نیجریه - رواندا - سائوتومه و پرنسیپه - سنگال - ششل - سیرالئون - آفریقای جنوبی - سوازیلند - توگو - اوگاندا - جمهوری متحد تانزانیا - زامبیا - زیمبابوه.

### کشورهای آمریکایی عضو سازمان جهانی بهداشت

آنتیگو و باربودا - آرژانتین - باهاما - باربادوس - بلیزه - بولیوی - برزیل - کانادا - شیلی - کلمبیا - کاستاریکا - کوبا - دومینیکا - جمهوری دومینیکن - اکوادور - السالوادور - گرنادا - گواتمالا - گینه - هائیتی - هندوراس - جامائیکا - مکزیک - نیکاراگوئه - پاناما - پاراگوئه - پرو - پورتوریکو - سنت کیتس و نویس - سنت لوسیا - سنت وینسنت و گرنادینس - سورینامه - ترینیداد و توباگو - ایالات متحده آمریکا - اوروگوئه - ونزوئلا.

### کشورهای شرق مدیترانه

افغانستان - بحرین - قبرس - جیبوتی - مصر - ایران - اردن - عراق - کویت - لبنان - لیبی - مراکش - عمان - پاکستان - قطر - عربستان سعودی - سومالی - سودان - سوریه - تونس - امارات متحده عربی - یمن.

### کشورهای اروپایی

آلبانی - آندورا - ارمنستان - اتریش - آذربایجان - بلاروس - بلژیک - بوسنی و هرزگوین - بلغارستان - کرواسی - جمهوری چک - دانمارک - استونی - فنلاند - فرانسه - گرجستان - آلمان - یونان - مجارستان - ایسلند - ایرلند - اسرائیل - ایتالیا - قزاقستان - قرقیزستان - لاتویا - لیتوانی - لوگزامبورگ - مالت - موناکو - هلند - نروژ - لهستان - پرتغال - جمهوری مولداوی - رومانی - روسیه - سن مارینو - اسلواکی - اسلوانی - اسپانیا - سوئد - سوئیس - تاجیکستان - مقدونیه - ترکیه - ترکمنستان - اوکراین - بریتانیا - ازبکستان - یوگسلاوی.

### کشورهای جنوب شرقی آسیا

بنگلادش - بوتان - جمهوری دموکراتیک خلق کره - هندوستان - اندونزی - مالدیو - میانمار - نپال - سریلانکا - تایلند.

### کشورهای غرب اقیانوس آرام

استرالیا - برونی دارسلام - کامبوج - چین - جزایر کوک - فیجی - ژاپن - کیریباتی - جمهوری دموکراتیک خلق لائو - مالزی - جزایر مارشال - میکرونزی - مغولستان - نائورو - نیوزیلند - نیو - پالائو - گینه نو - پاپوئا - فیلیپین - جمهوری کره - ساموآ - سنگاپور - جزایر سولومن - توکیلاو - تونگا - تووالو - وانواتو - ویتنام.



## نکات کلیدی

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 (TM) در کشورهای در حال توسعه همچنان رایج است و در کشورهای توسعه یافته نیز استفاده از طب مکمل و جایگزین (CAM) به سرعت افزایش می‌یابد. در 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.

بنابراین اکنون این وظیفه WHO است که نقش خود را در زمینه طب سنتی، مکمل و جایگزین (TM/CAM) بوسیله ایجاد یک راهبرد که وضعیت مسائلی چون سیاست‌گذاری، ایمنی، اثربخشی، کیفیت، در دسترس بودن و استفاده منطقی از TM/CAM را روشن می‌سازد، ایفا نماید.

### طب سنتی چیست؟

طب سنتی اصطلاحی کلی است که هم‌زمان به انواعی از سیستم‌های طب سنتی از قبیل طب سنتی چینی، آیورودای هندی (Ayurveda)، طب عربی-اونانی (Arabic-Unani) و همچنین به اشکال مختلف طب بومی اطلاق می‌شود. روش‌های مختلف درمان بیماری‌ها در TM شامل روش‌های درمانی دارویی- در صورتی که از گیاهان دارویی<sup>۱</sup>، اجزاء حیوانی و یا مواد معدنی استفاده شود- و روش‌های درمانی غیر دارویی- به شرطی که روش درمان بدون استفاده از هر گونه دارویی باشد، مانند تکنیک‌های: ماساژ، طب سوزنی و درمان روحی- می‌باشد. در کشورهایی که نظام سلامت آنها بر پزشکی رایج استوار است و یا TM در سلامت عمومی آنها وارد نشده، معمولاً به TM **طب جایگزین، مکمل یا غیر مرسوم**<sup>۲</sup> اطلاق می‌شود.



۱- گیاهان دارویی شامل گیاهان، مواد گیاهی، مواد آماده شده از گیاه و محصولات نهایی گیاهی می‌باشد که واجد مواد مؤثره گیاه یا ترکیبی از آنها باشد.

۲- در این نوشته از اصطلاح **طب سنتی** برای مناطق آفریقا، آمریکای لاتین، آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوس آرام و از **طب جایگزین-مکمل** برای مناطق اروپا، آمریکای شمالی و استرالیا استفاده شده است. هنگامی که در یک معنای کلی به همه این مناطق اشاره شده، از اصطلاح جامع طب سنتی، مکمل و جایگزین (TM/CAM) استفاده شده است.

## استفاده گسترده و رو به رشد

امروزه به طور گسترده‌ای از TM استفاده می‌شود، در میان نظام‌های سلامت رشد فزاینده‌ای دارد و از ارزش اقتصادی بالایی برخوردار است. ۸۰٪ از مردم آفریقا برای رفع نیازهای درمانی خود از TM استفاده می‌کنند. در آسیا و آمریکای لاتین، مردم همچنان به عنوان یک ثمره تاریخی و از روی اعتقادات فرهنگی خود از TM بهره می‌برند. در چین ۴۰٪ از خدمات درمانی، توسط TM به جامعه ارائه می‌شود.

در این میان در کشورهای توسعه یافته CAM روز به روز محبوب‌تر می‌شود. درصدی از جامعه که حداقل یک بار از CAM استفاده کرده‌اند در استرالیا ۴۸٪، در کانادا ۷۰٪، در آمریکا ۴۲٪، در بلژیک ۳۸٪ و در فرانسه ۷۵٪ می‌باشد. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای دنیا نه تنها سرمایه‌گذاری فراوانی در TM/CAM انجام می‌پذیرد، بلکه، این روند به سرعت در حال رشد می‌باشد. در مالزی، سالانه تقریباً پانصد میلیون دلار آمریکا صرف این نوع خدمات درمانی می‌شود و این در حالی است که تنها ۳۰۰ میلیون دلار صرف پزشکی رایج می‌گردد. در ایالات متحده در سال ۱۹۹۷ دو میلیارد و هفتصد میلیون دلار آمریکا صرف CAM گردید. سالانه به طور متوسط در استرالیا، کانادا و بریتانیا به ترتیب هشتاد میلیون دلار، دو میلیارد و چهارصد میلیون دلار و دو میلیارد و سیصد میلیون دلار آمریکا صرف CAM شده است.

## دلیل چنین استفاده گسترده‌ای چیست؟

### ۱- ارزان و در دسترس بودن آن در کشورهای در حال توسعه

در کشورهای در حال توسعه معمولاً هزینه مناسب و در دسترس بودن طب سنتی، از دلایل اصلی استفاده گسترده آن می‌باشد. برای مثال در اوگاندا نسبت تعداد درمانگران تجربی TM (TM practitioner) ۳ به جمعیت کشور بین ۱ به ۲۰۰ تا ۱ به ۴۰۰ است. این نسبت برای پزشکان طب رایج موجود بسیار کمتر است (۱ به ۲۰ هزار یا حتی کمتر). علاوه بر این توزیع پزشکان نیز غیرعادلانه است یعنی اکثر آنها در شهرها و حومه آنها مستقر هستند و دسترسی به ایشان برای روستاییان دشوار است.

در برخی مواقع TM تنها منبع درمانی قابل استفاده برای بیماران فقیر می‌باشد. تحقیقات در غنا، کنیا و مالی نشان داده است که یک دوره درمانی مالاریا توسط داروهای ضد مالاریا (پیریمتامین و سولفادوکسین)، چندین دلار هزینه در بر دارد. در حالی که نرخ سرانه سرمایه‌گذاری در بخش سلامت در غنا و کنیا سالانه ۶ دلار است.

در مقابل، داروهای گیاهی برای درمان مالاریا بسیار ارزانتر بوده و حتی در بعضی مواقع بیمار هزینه را به نسبت درآمدش پرداخت می‌کند. از آنجایی که در بسیاری از کشورهای در حال

توسعه، مردم اعتماد عمیقی به طب سنتی دارند، این روش درمانی در این کشور بسیار محبوب می‌باشد.



### ۲- دیدگاه جایگزین در نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته محبوبیت استفاده از CAM با توجه به عوارض جانبی داروهای شیمیایی و

۳- معمولاً مردم درمانگران تجربی TM را شفابخش، شکسته بند، متخصص گیاهان دارویی و غیره می‌نامند. اصطلاح ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM (TM/CAM provider) شامل درمانگران تجربی TM و ارائه‌دهندگان خدمات طب رایج- مانند پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و پرستاران- که روش‌های درمانی طب سنتی را برای درمان بیماران ارائه می‌کنند، استفاده شده است. برای مثال بسیاری از پزشکان طب رایج از طب سوزنی نیز برای درمان بیماران خود بهره می‌برند.

همچنین پرسش‌هایی در مورد دیدگاه و فلسفه پزشکی رایج و دسترسی بیشتر عموم مردم به اطلاعات بهداشتی، سبب تقویت این امر شده است. در ضمن با افزایش امید به زندگی میزان بروز بیماری‌های مزمن و تضعیف‌کننده‌ای چون سرطان، امراض قلبی، دیابت و امراض روانی افزایش یافته است. برای بسیاری از بیماران این طور به نظر می‌رسد که CAM روش‌های مناسب‌تری نسبت به پزشکی رایج برای کنترل این بیماری‌ها ارائه می‌دهد.

## شک و تردید بی پایه در تقابل با طرفداری ناآگاهانه

بسیاری از ارائه‌دهندگان TM/CAM جویای پشتیبانی، به رسمیت شناخته شدن و شهرت بیشتری برای حرفه خود هستند؛ در مقابل متخصصان پزشکی رایج، حتی آنهایی که در کشورهای دارای پیشینه طولانی TM زندگی می‌کنند، به نکات مثبت TM/CAM اعتقادی نداشته و نسبت به آن موضع‌گیری خصمانه نشان می‌دهند. قانون‌گذاران با سؤالاتی از قبیل ایمن و اثربخش بودن داروهای گیاهی مواجه و درگیر می‌باشند، در حالی که بسیاری از قطب‌های صنعتی و مصرف‌کنندگان در مقابل سیاست‌هایی که دسترسی به TM/CAM را محدود می‌سازد، مقاومت می‌کنند.

گزارش‌هایی در مورد اثرات محرک برخی از داروهای طب سنتی بر روی سیستم ایمنی، سبب زنده شدن امید در بیماران آلوده به ویروس ایدز گردیده است، اما بعضی نیز از این نگرانند که استفاده از این گونه درمان‌ها در بیماران مبتلا به ویروس ایدز سبب گمراهی شده و درمان آنها را توسط روش‌های اثبات شده به تعویق اندازد.

به همین جهت در کنار افزایش استفاده از TM/CAM، نیاز به شواهد کافی برای موثر و ایمن بودن این روش‌های درمانی و کیفیت محصولات آن نیز بیشتر شده است. جالب است که اکثر متون علمی درباره TM/CAM از نوعی روش تحقیق استفاده می‌کنند که با روش‌شناسی متونی که در پشتیبانی از تکنیک‌های جراحی مدرن نوشته می‌شوند قابل قیاس هستند: گزارشی از موارد بیماری افراد به طور مجزا و یا گروهی، بدون گروه کنترل یا مقایسه‌ای. با این وجود دلایل و شواهد علمی بدست آمده از بررسی‌های بالینی، موارد استفاده فراوان از طب سوزنی و داروهای گیاهی را تأیید می‌کند. اما به طور کلی گسترش استفاده از TM/CAM با افزایش کیفیت، کمیت و دسترسی آسان‌تر با شواهد بالینی که ادعاهای TM/CAM را تأیید کنند همراه نبوده است.



## مشکلات توسعه توانمندی‌های بالقوه TM/CAM

برای به حداکثر رساندن توانمندی طب سنتی و مکمل به عنوان یک منبع مراقبت سلامت، چند مسأله را باید در ابتدا حل کرد. این مسائل مربوط می‌شوند به: سیاست‌گذاری، ایمنی، اثربخشی، کیفیت، دسترسی و استفاده منطقی.

### ۱- سیاست‌گذاری: اساس اقدامات صحیح در TM/CAM

تنها تعداد اندکی از کشورها سیاست خود را درباره TM/CAM توسعه داده‌اند و تنها ۲۵ کشور از ۱۹۱ کشور عضو WHO دارای سیاست ملی برای TM و یا CAM می‌باشند. این سیاست‌گذاری سبب ارائه تعریفی صحیح از نقش TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت شده، تضمین‌کننده ایجاد نظم و سازوکارهای قانونی لازم به منظور ارتقاء و پایداری کاربرد مناسب آن می‌شود و باعث تضمین رسمیت، ایمنی و اثربخشی این گونه درمان‌ها می‌گردد. این امر همچنین به تخصیص بودجه لازم جهت تحقیق، کارورزی و آموزش طب سنتی نیز کمک می‌کند.

در واقع اکنون بسیاری از کشورهای توسعه یافته متوجه این مطلب شده‌اند که با وجود یک سیاست ملی، بهتر

می‌توان از عهده مشکلات طب مکمل و جایگزین از قبیل ایمنی، کیفیت، صدور جواز فعالیت، استانداردهای آموزش و اولویت‌های تحقیقات برآمد. با این حال نیاز به یک سیاست ملی برای طب سنتی در کشورهای در حال توسعه‌ای که اصولاً طب سنتی را تحت نظارت سازمان بهداشت خود قرار نداده‌اند، بیشتر احساس می‌شود، خصوصاً اگر درصد زیادی از جامعه آنها جهت دریافت خدمات سلامت متکی به طب سنتی باشند.

افزایش تعداد کشورهای دارای سیاست ملی این حسن را نیز خواهد داشت که فعالیت در زمینه مسایل جهانی مانند: توسعه و اجرای استانداردهای قابل قبول جهانی برای تحقیق درباره ایمنی و اثربخشی TM/CAM، بهره‌برداری مناسب از گیاهان دارویی و همچنین حراست و استفاده عادلانه از دانش بومی و طب سنتی را تسهیل خواهد نمود.

## ۲- ایمنی، اثربخشی و کیفیت: سه اصل ضروری جهت توسعه TM/CAM

روش‌های درمانی TM/CAM در فرهنگ‌های متفاوت و مناطق مختلفی از جهان به صورت جداگانه شکل گرفته‌اند. بنابراین هیچگونه استاندارد و روشی - شامل جهانی یا منطقه‌ای - همزمان با توسعه این طب، جهت ارزیابی آن ایجاد نشده است. ارزیابی محصولات و داروهای TM/CAM نیز با دشواری‌هایی همراه است. این مسأله به ویژه در مورد گیاهان دارویی بسیار صادق است چرا که تأثیرگذاری و کیفیت آنها تحت تاثیر عوامل زیادی قرار می‌گیرد. پس تعجبی ندارد که تحقیقات به عمل آمده درباره TM/CAM ناکافی باشد و باعث کم بودن اطلاعات و عدم پیشرفت مناسب در روش‌های تحقیق گردد. این امر نیز به نوبه خود باعث شده که روند قانون‌گذاری و مدیریت بر TM/CAM کند گردد.

سیستم‌های نظارت ملی برای ارزیابی و بررسی عوارض جانبی نیز به ندرت موجود می‌باشد. لذا اگرچه تعداد زیادی از روش‌های درمانی TM/CAM مفید و امیدوارکننده هستند و روز به روز بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما بسیاری از آنها کنترل نشده‌اند و استفاده از آنها تحت مطالعه قرار نگرفته است. بنابراین از عوارض جانبی احتمالی آنها هم اطلاع چندانی در دست نیست. این موضوع پیدا کردن مؤثرترین و بی‌زیان‌ترین روش‌های درمانی و توسعه استفاده منطقی از آنها را مشکل‌تر می‌سازد، اگر قرار باشد که TM/CAM توسعه یافته و به عنوان یک منبع مراقبت سلامت استفاده شود، تلاش جهت توسعه استفاده منطقی و یافتن مؤثرترین روش‌های درمانی آن، کاملاً ضروری است.

## ۳- دسترسی: در دسترس و ارزان ساختن TM/CAM

گرچه گزارش می‌شود که درصد قابل توجهی از جمعیت ممالک در حال توسعه جهت دستیابی به نیازهای خود در بخش سلامت کاملاً به TM وابسته‌اند اما باز هم اطلاعات دقیقی در دست نیست. تحقیقات کمی جهت تعیین سطح دسترسی موجود به TM (اعم از مالی و جغرافیایی) و تحقیقات کیفی جهت شناخت موانع موجود در این زمینه ضروری می‌باشد. تمرکز این تحقیقات باید بیشتر بر آن دسته از بیماری‌هایی باشد که فشار بیشتری بر اقشار کم درآمد جامعه وارد می‌آورد. اگر هم مقرر شود که دسترسی به نحو چشمگیری افزایش یابد، لازم است از منابع طبیعی که سرچشمه بعضی داروها و روش‌های درمانی می‌باشند حفاظت بعمل آید. برای مثال گاهی اوقات مواد خامی که در داروهای گیاهی مورد استفاده قرار می‌گیرند به طور بی‌رویه‌ای از طبیعت برداشت می‌شوند.

مسأله مهم دیگر، موضوع حقوق اکتشاف و مالکیت معنوی است. سودهای تجاری بدست آمده از تولید انبوه یک داروی گیاهی با استفاده از دانش TM می‌تواند قابل توجه باشد. سوالات و منازعات موجود بر سر بهترین نحوه تقسیم این گونه فواید بین صاحبان دانش TM و مکتشفین آنها هنوز حل و فصل نشده است.

## ۴- استفاده منطقی: تضمین برای مناسب و مقرون به صرفه بودن

استفاده منطقی از TM/CAM جنبه‌های فراوانی دارد: ارزیابی و اعطای مجوز به ارائه‌دهندگان، استفاده صحیح از

محصولات دارای کیفیت تضمین شده، ارتباط مناسب بین ارائه‌دهندگان TM/CAM، پزشکان طب رایج و بیماران و همچنین ارائه راهنمایی و اطلاعات علمی لازم به جامعه.

مشکلات بر سر راه آموزش و تربیت نیز حداقل دو جنبه دارد. اول تضمین اینکه دانش، تجربیات و تحصیلات ارائه‌دهندگان TM/CAM کافی است. دوم اینکه ارائه‌دهندگان طب سنتی و پزشکان طب رایج باید با آموزش‌های لازم، نسبت به منزلت و جایگاه آن نوع از خدمات سلامت که ارائه می‌دهند واقف گردند.

استفاده مناسب از محصولات دارای کیفیت تضمین شده می‌تواند کمک شایانی به کاهش خطرات احتمالی محصولات TM/CAM - مانند داروهای گیاهی - بنماید. حال آنکه، قانون‌گذاری و ثبت داروهای گیاهی در اکثر کشورها شکل نگرفته است، و کیفیت محصولات گیاهی فروخته شده، معمولاً تضمین شده نمی‌باشد.

افزایش آگاهی درباره زمان استفاده مناسب از TM/CAM، مقرون به صرفه بودن و مواقعی که این درمان‌ها توصیه نمی‌شوند، به علاوه دقت در استفاده از محصولات TM/CAM، مطالعات و تلاش بیشتری را می‌طلبد.

### نقش فعلی WHO

مأموریت WHO در زمینه داروهای ضروری این است که نسبت به نجات جان انسان‌ها و ارتقاء سلامت آنها اقدام نماید و در این میان با دو موضوع روبروست؛ اینکه داروها برای درمان بیماری‌ها به وجود آمده‌اند



و در عین حال این واقعیت که برای میلیون‌ها انسان - به ویژه افرادی که در شرایط نامناسب و فقر هستند - داروها در دسترس، قابل خریداری و ایمن نیستند. WHO این مأموریت را با ایفای چند فعالیت اصلی انجام می‌دهد: سیاست‌گذاری جزء به جزء و وضعیت حقوقی، همکاری، راهنمایی و ارائه رهنمودهای عملی، توسعه استانداردها و معیارها، راه‌اندازی تحقیقات راهبردی و عملی، توسعه منابع انسانی و مدیریت اطلاعات.

WHO مأموریت‌های فوق را درباره TM/CAM توسط موارد زیر به انجام می‌رساند:

- ◀ سهولت پذیرش TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت با کمک به کشورهای عضو در راستای توسعه سیاست ملی آنها در TM/CAM.
- ◀ ارائه رهنمودهایی برای TM/CAM به واسطه تدوین، توسعه و ارائه استانداردهای بین‌المللی، رهنمودهای تکنیکی و روش‌های تحقیق لازم برای پژوهش در درمان‌ها و محصولات TM/CAM و همچنین جهت استفاده در تولید این محصولات.
- ◀ ترغیب به مطالعات راهبردی در زمینه TM/CAM جهت تأمین پشتیبانی برای مطالعات بالینی در زمینه‌های ایمنی و اثربخشی TM/CAM، به خصوص با توجه به بیماری‌هایی مانند مالاریا و ایدز.
- ◀ حمایت از استفاده منطقی در زمینه TM/CAM به واسطه توسعه استفاده از TM/CAM مبتنی بر شواهد.
- ◀ مدیریت اطلاعات موجود از TM/CAM با فعالیت به عنوان مرکزی جهت تسهیل تبادل اطلاعات.

اما درباره حل مشکلاتی که قبلاً توضیح داده شد، به افزایش فعالیت‌های WHO در این مقوله‌ها نیاز می‌باشد.

## چارچوب فعالیت

راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵ وضعیت TM/CAM را در جهان مرور کرده و نقش WHO و فعالیت‌های آن را در زمینه TM/CAM معین می‌کند. اما مهم‌تر از آن ایجاد محدوده‌ای برای فعالیت WHO و اعضایش می‌باشد که هدف آن توانا ساختن TM/CAM جهت ایفای نقشی بسیار مهم‌تر در زمینه کاهش مرگ‌ومیر و بیماری‌ها به خصوص بین جوامع فقیر می‌باشد.



این راهبرد چهار هدف عمده دارد:

- ۱- **سیاست‌گذاری:** گنجاندن مناسب TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت کشورها به واسطه توسعه و اجرای سیاست و برنامه‌های ملی در زمینه TM/CAM.
- ۲- **ایمنی، اثربخشی و کیفیت:** ارتقاء ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM با گسترش مبتنی بر دانش و آرایه راهنمایی در زمینه ساماندهی و استانداردهای تضمین کیفیت.
- ۳- **دسترسی آسان:** افزایش سهولت دسترسی و کاهش هزینه TM/CAM با تأکید بر دسترسی برای جوامع فقیر.
- ۴- **استفاده منطقی:** گسترش استفاده صحیح و مناسب از روش‌های درمانی TM/CAM توسط ارائه‌دهندگان این خدمات و استفاده‌کنندگان آنها.

اجرای این راهبرد در ابتدا بر دو هدف اولیه آن تأکید خواهد داشت. دسترسی به ایمنی، اثربخشی و کیفیت، زمینه رسیدن به اهداف بعدی یعنی دسترسی آسان و استفاده منطقی را نیز فراهم می‌نماید.

## نحوه اجرای راهبرد

به حداکثر رساندن ظرفیتی که TM/CAM در ارتقاء جهانی سلامت دارد، امری بسیار مشکل می‌باشد که لازمه آن انجام فعالیت‌های متعدد و گوناگونی در این زمینه است و این مسأله خود، گردهم آمدن چندین نوع تخصص مختلف را می‌طلبد.

خوشبختانه WHO شبکه جهانی TM/CAM را تشکیل داده که اعضای آن عبارتند از: مقامات بهداشت ملی، متخصصان مراکز همکاری‌کننده WHO و مراکز تحقیقاتی و همچنین سایر نمایندگی‌های سازمان ملل و سازمان‌های غیردولتی که در زمینه TM/CAM فعالیت می‌نمایند و آنهايي که WHO بر روی همکاری آنها حساب می‌نماید.

سازمان‌های زیادی در توسعه راهبرد طب سنتی سازمان جهانی بهداشت برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵، WHO را یاری کرده و بسیاری از آنها اعلام آمادگی نموده‌اند تا در اجرای آن نیز همکاری داشته باشند.

استفاده از شاخص‌های مهم سبب تسهیل نظارت بر میزان پیشرفت هر کشور در زمینه هر یک از اهداف این راهبرد

خواهد شد.

# فصل ۱

## بررسی جهانی



امروزه طب سنتی (TM) و طب مکمل - جایگزین (CAM) با توجه به ارایه خدمات بهداشتی- درمانی و ایجاد تحول در نظام جهانی سلامت توجه بیشتری را به خود معطوف می‌دارد. عوامل بسیاری در گسترش استفاده از TM/CAM دخیل می‌باشند، اما برای توسعه موفقیت‌آمیز توانمندی آنها، در ابتدا باید به طرح چند مورد پرداخت.

### ۱-۱ طب سنتی چیست؟ رسیدن به تعریفی علمی

هم‌اکنون، سیستم‌های متعددی از طب سنتی وجود دارد، مانند: طب سنتی چینی، آیورودای هندی (Ayurveda) و طب اونانی - عربی (Unani-Arabic) در طول تاریخ نیز تعدادی سیستم بومی TM توسط اقوام آسیایی، آفریقایی، عرب، آمریکایی (مرکزی و جنوبی) سرخپوستان آمریکا، اقیانوسیه و دیگر فرهنگ‌ها شکل گرفته است. نحوه درمان در این سیستم‌ها در هر کشور و حتی در هر منطقه بسته به عوامل تاریخی، سلیقه‌ای و فلسفی، بسیار متفاوت می‌باشد. ناگفته پیداست که تئوری و نحوه اجرای این سیستم‌های TM نیز اغلب با پزشکی رایج بسیار متفاوت است (نمایه ۱).

نمایه ۱

#### طب سنتی چیست؟

طب سنتی را می‌توان مدون ساخت، قانونمند کرد، آموزش داد و به طور گسترده و سازماندهی شده از آن استفاده نموده و از هزاران سال تجربه آن بهره برد.

طب سنتی می‌تواند بسیار اسرارآمیز، عرفانی و شدیداً بومی - منطقه‌ای باشد به طوری که روش‌های آن تنها به صورت شفاهی و سینه به سینه منتقل گردند و اساس این طب می‌تواند بر نشانه‌های آشکار بیماری و یا به عوامل ماوراءالطبیعه و معنوی متکی باشد.

واضح است که برای طب سنتی نمی‌توان تعریف جهانی ارایه نمود، چرا که خصوصیات و نقطه نظرهای بسیار گوناگون و حتی گاهی متناقض وجود دارد. با این حال یک تعریف علمی می‌تواند مفید باشد. از نظر WHO این تعریف باید جامع و کامل باشد.

بنابراین WHO طب سنتی را چنین تعریف می‌نماید:

«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 و یا توأم به منظور حفظ تندرستی و همچنین تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها استفاده شود».

بر اساس نوع درمان‌هایی که انجام می‌گیرد، روش‌های درمانی TM/CAM را می‌توان به درمان‌های دارویی-به شرطی که از داروهایی با منشأ گیاهی، حیوانی و معدنی استفاده شود- و روش‌های غیر دارویی- اگر بدون استفاده از دارو انجام شوند مانند طب سوزنی، ماساژ، کی‌گنگ، تای‌شی، حرارت‌درمانی، یوگا و سایر روش‌های درمانی فیزیکی، ذهنی، معنوی و واکنش‌های متقابل جسم و روح- تقسیم کرد.

## طب مکمل - جایگزین (CAM)

اصطلاحات **مکمل** و **جایگزین** (و نیز گاهی اوقات غیرمرسوم یا موازی) جهت اشاره به مجموعه گسترده‌ای از روش‌های درمانی است که بخشی از سنت‌های یک کشور نبوده و 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 اروپایی طب سوزنی و طب سنتی چین را به طور کلی به عنوان CAM 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 نگشتند و تحت عنوان CAM از آنها یاد شد. برخی از روش‌های درمانی رایج TM/CAM در سال ۱۹۹۹ در سلسله مقالاتی درباره CAM در نشریه «British Medical Journal» نام برده شده‌اند که در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱

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

● - 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 غیر رسمی 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.

صعبت «ربره طب یایگزین مانند صعبت کردن» ربره «یگانه‌ها» است- هر دو این عبارات تعریف مشفهی نداشتی و به مجموعه‌ای وسیع و نا همگون اطلاق می‌شود که بیشتر با توصیف آنچه که نیستند همراهند تا آنچه که هستند (۱).

## وارد کردن TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت

WHO سه نوع نظام سلامت را جهت نشان دادن میزان به رسمیت شناختن TM/CAM به عنوان شکلی از مراقبت سلامت تعریف کرده است.

در یک **نظام یکپارچه (Integrative System)**، روش‌های TM/CAM به رسمیت شناخته شده، در تمامی زمینه‌های نظام مراقبت سلامت از آن استفاده می‌شود. این بدان معناست که TM/CAM در سیاست ملی دارویی گنجانده شده، ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و محصولات آن به ثبت رسیده و قانونمند شده‌اند و همچنین درمان‌های TM/CAM در بیمارستان‌ها (شامل خصوصی و دولتی) در دسترس می‌باشد. هزینه درمان TM/CAM توسط بیمه بازپرداخت می‌شود، تحقیقات در زمینه آن در جریان بوده و تحصیلات در TM/CAM مقدور می‌باشد. تنها کشورهای چین، جمهوری دموکراتیک خلق کره، جمهوری کره و ویتنام نظام یکپارچه را اتخاذ کرده‌اند (جدول ۲).

**نظام دربرگیرنده (Inclusive System)**، روش‌های درمانی TM/CAM را به رسمیت می‌شناسد ولی هنوز در همه جوانب نظام مراقبت سلامت خود، شامل ارائه خدمات مراقبت سلامت، آموزش و تحصیل و قانون‌گذاری گنجانده نشده است. ممکن است TM/CAM در تمام سطوح مراقبت‌های سلامت موجود نباشد، بیمه درمانی هزینه درمان‌های آن را بازپرداخت نکند و آموزش رسمی TM/CAM در سطح دانشگاهی وجود نداشته باشد. قانونی برای ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و محصولات آن وجود نداشته و یا محدود باشد. با توجه به آنچه ذکر شد، در این نظام کار بر روی سیاست، قانون‌گذاری، ارائه خدمات، پوشش بیمه درمانی، تحقیقات، آموزش و تحصیلات TM/CAM، در حال انجام می‌باشد. از جمله کشورهایی که دارای نظام دربرگیرنده هستند می‌توان از کشورهای در حال توسعه‌ای چون: گینه استوایی، نیجریه و مالی نام برد که سیاست ملی TM/CAM دارند، اما قانونی برای محصولات آن نداشته و یا به طور محدود می‌باشد. همچنین از کشورهای توسعه یافته‌ای مثل: کانادا و بریتانیا می‌توان نام برد که تحصیلات دانشگاهی در رشته TM/CAM ارائه نمی‌دهند اما زحمات زیادی برای اطمینان از کیفیت و ایمنی آن متحمل می‌شوند. به طور کلی از کشورهایی که نظام دربرگیرنده دارند می‌توان انتظار داشت که در آینده دارای نظام یکپارچه شوند. (جدول ۳)

در کشورهای دارای **نظام متحمل (Tolerant)**، نظام ملی مراقبت سلامت کاملاً بر پزشکی رایج استوار است ولی قانون برخی از درمان‌های TM/CAM را نیز دربرمی‌گیرد.

جدول ۲

برخی از کشورهای که در زمینه TM/CAM دارای سیستم یکپارچه می‌باشند

آموزش رسمی در سطح	موسسات تحقیقاتی	پوشش بیمه	به کارگیری در کلیه سطوح (بموان)	TM	قانون گذاری بر محصولات و صنعت داروهای گیاهی	واحد TM/CAM در وزارت بهداشت	سیاست ملی TM/CAM
آموزش رسمی در سطح دانشگاهی که TM و AM را برای پزشکان، داروسازان و پرستاران آموزش می‌دهد	TM/CAM	درمانی برای درمان و دارو	بیمارستان های عمومی بکار برده شده، یعنی در نظام ملی مراقبت سلامت گنجانده شده است)	منابع انسانی	قانون گذاری شامل فهرست داروهای گیاهی		سیاست ملی TM/CAM
TCM دانشگاه ۳۰	۱۷۰ مرکز	کامل	TCM بیمارستان ۲۵۰۰	TCM ۵۳۵/۰۰۰ پزشک	قانونمند است	اداره سنتی	۱۹۴۹ قوانین
۳ دانشگاه TCM برای گروه های کوچک	تحقیقات ملی و استانی		TCM/AM بیمارستان ۴۹	TCM/AM ۱۰/۰۰۰ پزشک	فارماکوپه چین شامل فهرست داروهای گیاهی، ۶۰۰ تولیدکننده داروهای گیاهی و ۳۴۰/۰۰۰ زراعت گیاهان دارویی می‌باشد.		شامل سیاست ملی TM نیز می‌شود
۵۱ دانشگاه تکنولوژی پزشکی در TCM			۱۲۷ بیمارستان AM برای گروه های کوچک	TCM ۷۲/۰۰۰ پزشک، ۵۵/۰۰۰ AM داروساز			
۱۱ دانشگاه طب شرقی	۱ مرکز ملی تحقیقات	کامل	۱۰۷ بیمارستان طب شرقی	۹۹۱۴ طبیب طب شرقی	قانونمند است	کمیته طب سنتی	جمهوری سانسات ملی ۱۹۶۹
۳ مرکز آموزش طب سنتی در دانشگاه های پزشکی	۳ مرکز ملی تحقیقات	کامل	۴۸ بیمارستان دارای بخش طب سنتی	۲۵۵۰۰ پزشک TM	قانونمند است	کمیته طب سنتی	سیاست ملی ۱۹۵۵ TM
۳ دانشگاه تکنولوژی پزشکی در TM			۵۰۰۰ در مانگر تجربی TM	۳۰/۰۰۰ متخصص طب سوزنی	فهرست داروهای ضروری شامل داروهای گیاهی نیز می‌شود و تولیدکنندگان داروهای گیاهی در کشور فعال هستند.		

منبع: برگرفته از گزارش های دولتی به سازمان جهانی بهداشت

جدول ۲

برخی از کشورهایی که در زمینه TM/CAM دارای سیستم دربرگیرنده می‌باشند

نام کشور	دارای سیاست ملی TM/CAM بهداشت	واحد TM/CAM در وزارت نظارت و قانون گذاری بر TM	به کارگیری TM/CAM در تمام پوشش هزینه‌های دارایی مؤسسه‌های آموزش رسمی در سطح دانشگاهی	تحقیقاتی TM/CAM درمائی و دارویی طب سنتی توسط TM/CAM	درمائی و دارویی طب سنتی توسط بیمه در سطح دانشگاهی و AM و TM برای پزشکان، پرستاران و داروسازان	ملی	در سطح دانشگاهی و AM و TM برای پزشکان، پرستاران و داروسازان	تحقیقاتی TM/CAM درمائی و دارویی طب سنتی توسط بیمه در سطح دانشگاهی و AM و TM برای پزشکان، پرستاران و داروسازان	تحقیقاتی TM/CAM درمائی و دارویی طب سنتی توسط بیمه در سطح دانشگاهی و AM و TM برای پزشکان، پرستاران و داروسازان	تحقیقاتی TM/CAM درمائی و دارویی طب سنتی توسط بیمه در سطح دانشگاهی و AM و TM برای پزشکان، پرستاران و داروسازان	تحقیقاتی TM/CAM درمائی و دارویی طب سنتی توسط بیمه در سطح دانشگاهی و AM و TM برای پزشکان، پرستاران و داروسازان
هند	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
سريلانكا	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اندونزی	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ژاپن	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
استرالیا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
امارات متحده عربی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
آلمان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ترورز	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
بریتانیا	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
کانادا	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
آمریکا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غنا	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
نیجریه	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

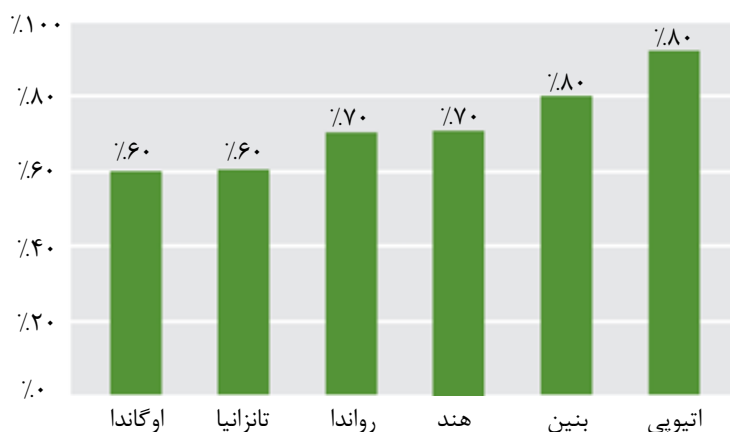
منبع: برگرفته از گزارش‌های دولتی به سازمان جهانی بهداشت

## ۲-۱ جذابیت و استفاده گسترده

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه- همانگونه که در گزارش‌های دولتی بیان می‌گردد- قسمت اعظم جمعیت همچنان از TM جهت دستیابی به نیازهای سلامت استفاده می‌نماید (شکل ۱). به طور مشابه بیانیه «ارتقاء نقش TM در نظام مراقبت سلامت: راهبرد برای منطقه آفریقا» که در پنجاهمین اجلاس منطقه‌ای WHO در آگوست سال ۲۰۰۰ در آفریقا صادر شد، اعلام می‌دارد که حدود ۸۰٪ از جمعیت کشورهای آفریقایی عضو WHO جهت رفع نیازهای بهداشتی- درمانی خویش از TM بهره می‌جویند (۲). رقم فوق شامل موارد زایمان به کمک ماماها<sup>۴</sup> 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 ارتقاء مهارت و دانش پایه آنها در زمینه مراقبت‌های سلامت ترتیب داده‌اند (شکل ۲). حتی بعضی از این کشورها آموزش‌های TM را به داروسازان، پرستاران و پزشکان نیز ارائه می‌دهند.

شکل ۱

گسترش استفاده از طب سنتی جهت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بعضی از کشورهای در حال توسعه



منبع: گردآوری شده از گزارش‌های دولتی به سازمان جهانی بهداشت

در بسیاری از کشورهای آسیایی با وجود در دسترس بودن پزشکی رایج، TM همچنان به طور گسترده‌ای استفاده می‌شود. در ژاپن ۵۰ الی ۶۰ درصد از پزشکان طب رایج، داروهای کامپو<sup>۵</sup> را نیز برای بیماران خود تجویز می‌کنند. در مالزی نیز طب سنتی مالایی، چینی و هندی با وسعت زیادی استفاده می‌شوند. در چین ۴۰٪ از کل مراقبت‌های پزشکی ارائه شده، توسط TM ارائه می‌گردد و سالانه حدود دویست میلیون بیمار با TM مداوا می‌شوند (۴). در آمریکای لاتین، دفتر AMRO/PAHO سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌دهد که ۷۱٪ جمعیت شیلی و ۴۰٪ جمعیت کلمبیا از TM استفاده می‌کنند (۵).

۴- (TBAs: Traditional Birth Attendants)

۵- طب کامپو (Kampo) براساس طب سنتی چینی می‌باشد که با فرهنگ ژاپنی سازگاری یافته است. این طب در ژاپن استفاده می‌شود.

## کشورهای آفریقایی دارای برنامه آموزشی مراقبت‌های سلامت برای ماما‌های تجربی

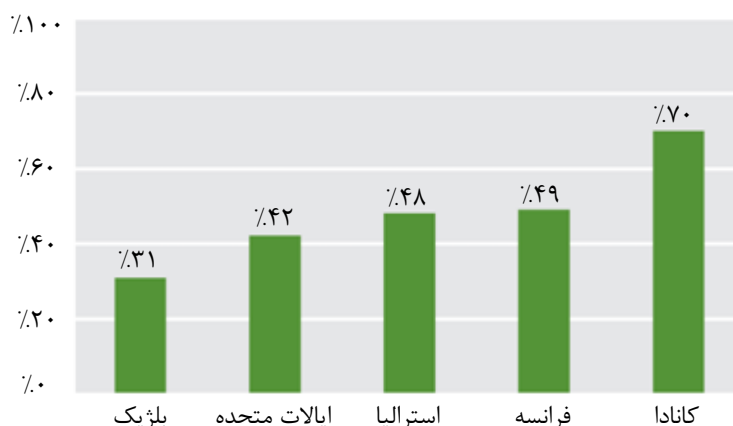


منبع: سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰ (۳)

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته برخی از روش‌های درمانی CAM بسیار محبوب هستند. گزارش‌های دولتی و غیردولتی مختلف (شکل ۳) حاکی از آن است که در استرالیا ۴۶٪، در فرانسه ۴۹٪ و در کانادا ۷۰٪ مردم از CAM استفاده می‌کنند (۸-۶). تحقیقی که از ۶۱۰ پزشک سوئیسی بعمل آمده، نشان داده است که ۴۶٪ از آنها از روش‌های درمانی CAM به خصوص طب سوزنی و هومیوپاتی استفاده کرده‌اند. این رقم با آمار موجود از کل کشور سوئیس نیز همخوانی دارد (۹). در بریتانیا حدود ۴۰٪ از کل پزشکان طب رایج نوعی از خدمات CAM را هم‌ارایه می‌دهند (۱۰). به گزارش یک بررسی ملی در ایالات متحده آمریکا که در مجله «American Medical Association» چاپ شده است، استفاده از حداقل یکی از ۱۶ روش درمانی CAM، از ۳۴٪ در سال ۱۹۹۰ به ۴۲٪ در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است (۱۳). در ایالات متحده، تعداد مراجعه به‌ارایه‌دهندگان خدمات CAM از رقم مشابه برای پزشکان مراقبت‌های اولیه، بیشتر است.

طب سوزنی یکی از روش‌های درمانی بسیار محبوب می‌باشد. منشأ این طب در چین است ولی اکنون حداقل در ۷۸ کشور جهان استفاده می‌شود و نه تنها متخصصان این طب بلکه پزشکان طب رایج نیز آن را‌ارایه می‌دهند (شکل ۴). طبق آمار فدراسیون جهانی جمعیت‌های طب سوزنی و موکسیبشن حداقل ۵۰/۰۰۰ متخصص طب سوزنی در قاره آسیا وجود دارد. در اروپا این رقم به ۱۵/۰۰۰ نفر می‌رسد که شامل پزشکان طب رایج که خدمات طب سوزنی هم‌ارایه می‌دهند نیز می‌شود. در بلژیک ۷۴٪ از خدمات طب سوزنی توسط پزشکان طب رایج‌ارایه می‌گردد. در آلمان ۷۷٪ از درمانگاه‌های درد، طب سوزنی‌ارایه می‌دهند. در بریتانیا، ۴۶٪ از پزشکان طب رایج یا به بیمارانشان طب سوزنی را توصیه می‌نمایند و یا خود خدمات آن را‌ارایه می‌دهند. در ایالات متحده ۱۲/۰۰۰ متخصص طب سوزنی دارای مجوز می‌باشند، در ۳۸ ایالت طب سوزنی قانونی است و شش ایالت دیگر نیز در حال سیاست‌گذاری در زمینه طب سوزنی هستند (۱۱،۱۴،۱۵).

آمار درصدی از جمعیت در برخی کشورهای توسعه یافته که حداقل یکبار از خدمات CAM استفاده نموده‌اند



منبع: Fisher P et Ward A, 1999; Health Canada, 2001. سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ (۶-۸)

### ۳-۱ هزینه‌ها

گزارشی از هزینه‌های جهانی TM/CAM در دست نیست. اطلاعات درباره هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی که برای درمان یک فرد توسط TM/CAM مصرف می‌گردد نیز بسیار اندک است. البته با ازدیادی که در استفاده جهانی از TM/CAM مشاهده می‌شود، بدیهی است که هزینه‌های عمومی و خصوصی در حال افزایش باشد. در مالزی سالانه ۵۰۰ میلیون دلار آمریکا صرف TM/CAM می‌شود و این در حالی است که تنها ۳۰۰ میلیون دلار آمریکا برای پزشکی رایج هزینه شده است (۶). در ایالات متحده آمریکا مجموع هزینه‌های پیش‌بینی نشده CAM در سال ۱۹۹۷ حدود ۲۷۰۰ میلیون دلار آمریکا بوده که با رقم هزینه‌های پزشکی رایج رقابت می‌کرده است (۱۳). در بریتانیا، رقم هزینه‌های سالانه CAM حدود ۲۳۰۰ میلیون دلار آمریکا است (۱۶). در کانادا، تخمین زده می‌شود که در سال ۱۹۹۷، ۲۴۰۰ میلیون دلار آمریکا صرف CAM شده است (۸).

بازار جهانی داروهای گیاهی که بر اساس دانش طب سنتی مصرف می‌شوند، بالغ بر ۶۰ هزار میلیون دلار آمریکا می‌شود (۱۷). بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ میزان فروش در بازارهای اصلی داروهای گیاهی مشهور در آمریکا، ۱۰۱٪ افزایش یافته است. محبوب‌ترین داروهای گیاهی عبارتند از: Ginseng, Gingko biloba, Garlic, Echinacea و St. John's wort (جدول ۴) (۱۸).

جدول ۴

افزایش فروش محبوب‌ترین داروهای گیاهی در ایالات متحده آمریکا طی سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸			
نام محصول گیاهی	فروش به میلیون دلار		درصد افزایش فروش
	در سال ۱۹۹۷	در سال ۱۹۹۸	
کل مکمل‌های گیاهی	۲۹۲	۵۸۷	٪۱۰۱
Echinacea	۳۳	۶۴	٪۹۶
Garlic	۶۶	۸۱	٪۲۴
Gingko biloba	۵۲	۱۲۶	٪۱۴۳
Ginseng	۷۶	۹۶	٪۲۶
St. John's wort	۱	۱۰۳	٪۱۰۲
سایر داروهای گیاهی	۶۴	۱۱۸	٪۸۵

منبع: داده‌های Scanner data, FDM, Inc., USA. (۱۸)

شکل ۴

کشورهایی که در آنها طب سوزنی یا فقط توسط پزشکان طب رایج و یا هم توسط آنها و هم توسط متخصصان طب سوزنی ارائه می‌شود



منبع: فدراسیون جهانی انجمن‌های طب سوزنی - موکسیبشن، ۲۰۰۰ (زیر چاپ)

### قابل تهیه و در دسترس بودن در کشورهای در حال توسعه

در برخی از کشورهای در حال توسعه، TM نسبت به پزشکی رایج، به طور گسترده‌تری در دسترس مردم قرار دارد. بررسی‌ها در تانزانیا، اوگاندا و زامبیا نشان داده است که در این کشورها به ازای هر ۲۰۰ الی ۴۰۰ نفر یک درمانگر تجربی TM وجود دارد. این رقم با معادل آن برای دسترسی به پزشکان طب رایج (۱ به ۲۰ هزار بلکه کمتر) تفاوت قابل توجهی دارد (۱۹،۲۰).

یک بررسی درباره پیشرفت جهانی در سال ۱۹۹۱ توسط آژانس توسعه جهانی ایالات متحده آمریکا نشان داد که در مناطق نیمه‌صحرائی آفریقا نسبت تعداد درمانگران تجربی TM به پزشکان طب رایج ۱۰۰ به ۱ است (۲۱). علاوه بر این، پزشکان طب رایج، بیشتر ساکن شهرها و حومه آنها هستند. لذا برای بسیاری از ساکنان مناطق روستایی، TM تنها وسیله رسیدن به مراقبت‌های سلامت است. بررسی‌هایی که در برنامه WHO برای مبارزه با مالاریای عودکننده در سال ۱۹۹۸ بعمل آمد، نشان داد که در غنا، مالی، نیجریه و زامبیا بیش از ۶۰ درصد بچه‌هایی که تب بالا دارند، در منزل با گیاهان دارویی مداوا می‌شوند (۲۵-۲۲). یکی از دلایل اصلی این امر دسترسی آسان به این داروهای گیاهی در مناطق روستایی است (شکل ۵).

TM در برخی موارد- به خصوص برای بیماران فقیر- تنها منبع قابل تهیه مراقبت‌های سلامت می‌باشد که مردم قادر به استفاده از آن هستند. در غنا، کنیا و مالی تحقیقات نشان داده که هزینه یک دوره درمان مالاریا توسط پیریمتامین و سولفادوکسین چندین دلار می‌باشد، در صورتی که در کشور غنا و کنیا کل هزینه‌های پیش‌بینی نشده سالانه سلامت، تنها حدود ۶ دلار به ازای هر نفر است. به بیان دیگر، بعضی از اقشار جامعه توانایی خرید داروهای شیمیایی را ندارند (۲۷). از طرف دیگر، داروهای گیاهی نه تنها خیلی ارزاترند، بلکه فروشنده بهای آن را معمولاً بسته به وضعیت مالی خریدار تعیین می‌کند. به عنوان مثال در سالوادور هزینه درمان سرپایی یک کودک که بیماری اسهال دارد در بیمارستان‌های عمومی (شامل حق ویزیت و خرید دارو) حتی ممکن است به ۵۰ دلار آمریکا نیز برسد، در حالیکه درمان همین مورد توسط TM تنها با ۵ دلار آمریکا- یا کالای معادل آن- امکان‌پذیر است (۲۸).

دسترسی آسان‌تر به درمانگران تجربی TM و اعتقاد مردم به توانایی آنان در درمان بیماری‌های لاعلاج و صعب‌العلاج می‌تواند توجیه‌کننده استفاده بیماران ایدزی آفریقا از داروهای گیاهی جهت تسکین علائم بیماری و جلوگیری از امراض عفونی فرصت‌طلب باشد. درمانگران تجربی TM، بیشتر به جهت تب‌خیز در مراقبت‌های سلامت و همچنین پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در جامعه شناخته شده‌اند<sup>۶</sup>. در حال حاضر مردم، TM را عمیقاً در باورهای خود گنجانده‌اند و آن را بخش مهمی از زندگی خود می‌دانند. به همین دلیل UNAIDS در برنامه پیشگیری و درمان ایدز، از کمک درمانگران تجربی TM در مناطق نیمه‌صحرائی آفریقا استفاده کرده است (۲۹،۳۰).

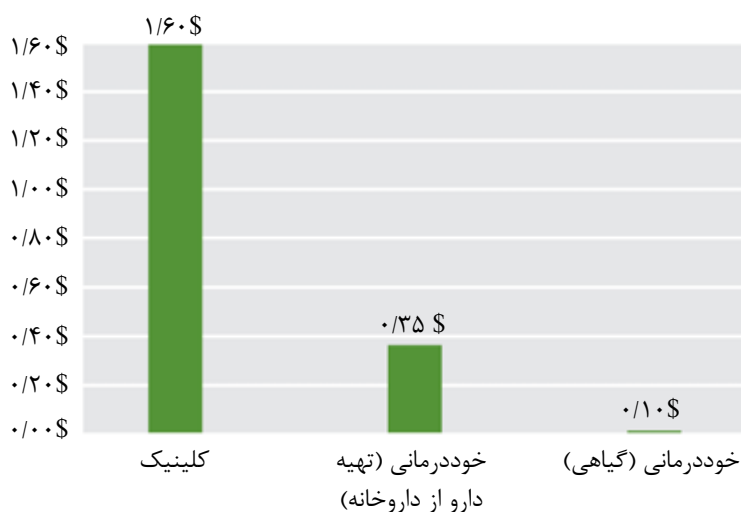
۶- محققین در برخی کشورها متوجه شده‌اند که بعضی از بیماری‌هایی که در دانش بیماری‌شناسی پزشکی جزو امراض منتقل شونده از طریق آمیزش جنسی رده‌بندی نمی‌شوند، در بعضی مناطق توسط درمانگران تجربی TM و مراجعه‌کنندگان به آنها جزو امراض منتقل شونده از طریق آمیزش جنسی تلقی می‌گردند.

در سال ۲۰۰۰ در مجمع حمایت‌کنندگان UNAIDS در شهر کامپالا مطرح گردید که طب سنتی در آفریقا، عملاً بار مراقبت‌های بالینی بیماران مبتلا به ایدز را بر عهده دارد. این روند توسط وزارت بهداشت کشورهای آفریقایی مربوط و آژانس‌های بین‌المللی تأیید گردیده است (۳۱).

TM در کشورهای آسیایی در حال توسعه نیز، به طور گسترده‌ای استفاده می‌گردد. دولت هند گزارش کرده است که TM تنها منبع مراقبت‌های سلامت برای ۶۵٪ از جمعیت آن کشور می‌باشد. در برخی از کشورهای آسیایی، دولت به صورت فعال در حال توسعه TM است. سازمان بهداشت و درمان جمهوری دموکراتیک خلق لائو مردم را به استفاده از TM تشویق کرده و گزارش داروهای موجود در باغچه شما<sup>۷</sup> را به طور گسترده‌ای در جامعه توزیع می‌نماید. در تایلند، وزارت بهداشت و درمان برای افزایش آگاهی مردم و تشویق آنها به استفاده از داروهای گیاهی جهت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، فعالیت می‌کند و کتابی تحت عنوان «راهنمای گیاهان دارویی برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه» نیز به چاپ رسانده است.

شکل ۵

هزینه درمان مالاریا توسط گیاهان دارویی در غنا به نسبت روش‌های دیگر درمانی، به طور قابل توجهی کمتر است



منبع: برگرفته شده از Ahorlu C et al, ۱۹۹۷ (۲۶)

### نگرش جایگزین یا مکمل به مراقبت‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته

گسترش استفاده از CAM در کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد که دلایلی غیر از هزینه و سنت باعث این امر بوده است. نگرانی درباره تأثیرات گوناگون داروهای شیمیایی، شک در مورد دیدگاه‌ها و فرضیات روش‌های پزشکی رایج،

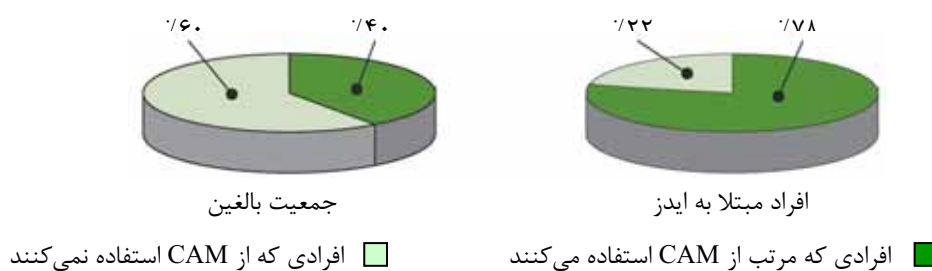
دسترسی بیشتر مردم به اطلاعات بهداشتی، تغییر ارزش‌ها و عقاید، و کاهش قبول الگوسالاری از جمله این دلایل می‌باشند (۱۶،۳۲).

طب سنتی براساس نیاز مردم شکل گرفته است. در طب سنتی ممکن است برای دو بیمار که هر دو طبق پزشکی رایج از بیماری یکسانی رنج می‌برند، روش‌های درمانی متفاوتی استفاده شود. طب سنتی معتقد است که هر بیمار سرشتی منحصراً به فرزند دارد و شرایط اجتماعی خاص می‌تواند باعث بروز واکنش‌های متفاوت به علل بیماری و درمان آن شود (۶).

در حال حاضر امید به زندگی بیشتر با خود خطر مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن و ناراحت‌کننده‌ای مانند امراض قلبی، سرطان، دیابت و بیماری‌های روانی را به همراه داشته است (۲۷). گرچه فناوری‌ها و روش‌های درمانی پزشکی رایج بسیار فراوانند اما برخی از بیماران دریافته‌اند که آنها راه‌حل‌های موفقیت‌آمیزی نمی‌باشند. این فناوری‌ها و روش‌های درمانی یا به حد کافی ثمر بخش نبوده‌اند و یا عوارض جانبی بر جای گذاشته‌اند. یک بررسی ملی در ایالات متحده آمریکا نشان داد که اکثر استفاده‌کنندگان از CAM، در حقیقت CAM را جایگزین پزشکی رایج نمی‌دانند بلکه آن را مکمل پزشکی رایج محسوب می‌کنند (۳۳). بررسی جدید دیگری نشان داد که ۷۸٪ از بیماران مبتلا به ایدز ایالات متحده آمریکا از برخی از درمان‌های CAM استفاده کرده‌اند (شکل ۶) (۳۴-۳۶).

شکل ۶

آمار استفاده از CAM توسط بیماران مبتلا به ایدز در آمریکا



منبع: Ostrow MJ et al, 1997, Mason F, 1995, Anderson W et al, 1993 (۳۴-۳۶)

در کشورهای توسعه یافته بررسی‌های بعمل آمده از افرادی که جویای مراقبت‌های سلامت بودند نشان داد که آنها از کیفیت خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات CAM تا حد زیادی راضی بوده‌اند. کم‌ضرر بودن روش‌های درمان TM که براساس تجربه بنا شده‌اند، از دیگر دلایل گسترش محبوبیت آن می‌باشد. بررسی اطلاعات موجود از شکایت‌های پزشکی بعمل آمده از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۶ در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که از متخصصان کایروپراکتیک، ماساژ درمانی و طب سوزنی نسبت به پزشکان طب رایج شکایت کمتری شده و صدمه کمتری نیز به بیماران وارد آمده است. در یک بررسی جهانی که از کلیه کتب و گزارش‌های مکتوب در یک دوره ۱۵ ساله بعمل آمد، تنها در ۱۹۳ مورد عوارض جانبی متعاقب معالجات طب سوزنی (عوارض به نسبت خفیفی مانند گیجی بیمار و کبودی پوست) گزارش شده بود.

قدردانی و تصدیق نقش حیاتی پزشکی رسمی، با تمامی توانایی‌های آن در صلاحیت پاسخ‌گویی به درمان بیماری‌های حاد و آسیب‌ها (Trauma)، اختراع فناوری‌هایی در تشفیص و درمان، و ارتقاء وسایل بالینی بر اساس کوشش‌های علوم پایه، الزامی است. هر چند که علم پزشکی رایج، در معروده مراقبت‌های همه‌بازنه و مواجعه با شرایط بیماری‌های مزمن با دیدگاه‌های بژه‌گرایی (Reductionistic)، ماشین‌گرایی (Mechanistic) و اندام‌گرایی (Organ-specific) دچار کمبود می‌گردد (۳۷).

## ۵-۱ واکنش به محبوبیت TM/CAM

دولت‌ها به استفاده روزافزون از TM/CAM واکنش نشان می‌دهند. چندین کشور در حال تدوین قوانینی برای کایروپراکتیک هستند و این در حالی است که ۲۴ کشور این مقوله را قبلاً قانونمند نموده‌اند (شکل ۷).

شکل ۷

قوانین کایروپراکتیک، اکنون گستردگی زیادی پیدا کرده است



□ کشورهای دارای قانون کایروپراکتیک به صورت ارجاعی

■ کشورهای دارای قانون کایروپراکتیک

منبع: گزارش شده توسط فدراسیون جهانی کایروپراکتیک و اتحادیه جهانی کایروپراکتیک در سال ۲۰۰۰ (۳۹،۴۰).

دیگر کشورها نیز در حال قانون‌گذاری برای داروهای گیاهی هستند. تعداد کشورهای عضو WHO که دارای قوانین بدون برای داروهای گیاهی هستند از ۵۲ کشور در سال ۱۹۹۴ به ۶۴ کشور در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است (شکل ۸). تنها در سال ۲۰۰۰ قانون داروهای گیاهی کشورهای استرالیا، کانادا، ماداگاسکار، نیجریه و ایالات متحده آمریکا تدوین

گردید. (در این راستا WHO به ماداگاسکار و نیجریه یاری رساند). در بعضی کشورها نیز، ساختار، بودجه و آموزش TM/CAM در حال توسعه مداوم است (جدول ۵).

در ضمن، در کشورهای در حال توسعه، واکنش نسبت به شهرت و محبوبیت CAM روز به روز افزایش می‌یابد. در سال ۱۹۹۵ مجلس کشور نروژ بهترین راه گنجاندن CAM در نظام سلامت خود را بررسی کرد. این بررسی شامل بررسی شیوه اعطای مجوز به مؤسسات ارایه‌دهنده آموزش حرفه‌ای CAM و نحوه ثبت درمان‌های انجام شده توسط این طب بود. در سال ۱۹۹۷ وزارت بهداشت و امور اجتماعی جهت بررسی جوانب مختلف CAM، کمیته‌ای تشکیل داد که گزارش ارایه شده توسط آن، پایه و اساس نحوه ثبت و اعطای مجوز فعالیت ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM شد. این گزارش منابع تأمین بودجه پنج سال آینده را جهت افزایش دانش موجود درباره CAM و همچنین بهبود همکاری‌ها مابین ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM و نظام سلامت آن کشور نیز معرفی می‌کرد (۴۲). در سال ۱۹۹۹ به واسطه امضای یادداشت تفاهم همکاری در بخش سلامت، بین وزرای بهداشت جمهوری خلق چین و دولت نروژ، به این امر در سطح بین‌المللی بها داده شد. این توافق به دنبال توسعه سلامت و خدمات آن در هر دو کشور، بر پیشرفت TM/CAM، قانونمند شدن و نهادینه شدن بیمارستان‌های آن توجه ویژه دارد.

همچنین در کشورهای در حال توسعه، افزایش تعداد مؤسسه‌های ملی تحقیقاتی در زمینه TM، نشانگر افزایش اهمیت آن می‌باشد. در حقیقت امروزه اکثر کشورهای در حال توسعه دارای مؤسسات تحقیقاتی TM هستند، کشورهایی مانند چین، غنا، جمهوری دموکراتیک خلق کره، هند، مالی، ماداگاسکار، نیجریه، تایلند، اندونزی، جمهوری دموکراتیک خلق لائو، سری‌لانکا و ویتنام (شکل ۹).

#### نقشه ۸

#### کشورهای بیشتری در حال قانونگذاری برای داروهای گیاهی هستند



منبع: سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ و اطلاعات جمع‌آوری شده توسط سازمان جهانی بهداشت در طول سال‌های ۱۹۹۹ الی ۲۰۰۰ (۴۱).

## بسیاری از کشورهای آفریقایی دارای مؤسسه‌های تحقیقاتی درباره TM هستند



منبع: سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰ (۳).

در بریتانیا نیز ارایه و استفاده از CAM، با توجه بر ایمنی آن، مورد بررسی رسمی قرار گرفته است. در حال حاضر - به غیر از استثنوایی و کایروپراکتیک که مورد حمایت قانون هستند - هر کسی می‌تواند خدمات CAM را ارایه دهد، بدون آنکه آموزش دیده باشد. در سال ۱۹۹۹ مجلس اعیان بریتانیا از کمیته علم و تکنولوژی خواست که در مورد این نوع سیستم درمانی (CAM) تحقیقی بعمل آورد. این کمیته ایجاد یک مکانیزم مرکزی را پیشنهاد نمود - که توسط دولت و مؤسسات خیریه پشتیبانی مالی گردد - تا هماهنگی، راهنمایی و سرپرستی آموزش تحقیقات در زمینه CAM را بر عهده گیرد. همچنین پیشنهاد کرد که هیأت مدیره توسعه و تحقیقات نظام ملی سلامت و شورای تحقیقات پزشکی، بودجه‌ای برای ایجاد مراکز تحقیقاتی مناسب CAM، که از مرکز ملی طب مکمل و جایگزین ایالات متحده آمریکا الگو برداری شده باشد، اختصاص دهند (۱۶).

افزایش امکانات آموزش در زمینه CAM در بریتانیا، نشانگر افزایش علاقه مردم به این طب است. آموزش طب سوزنی در محیط‌های دانشگاهی روز به روز بیشتر می‌شود. دوره‌های CAM به دانشجویان پزشکی ارایه می‌گردد، گرچه در این دوره‌ها به جای مهارت‌های بالینی خاص، تنها یک مقدمه و معرفی ارایه می‌شود. از سال ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷ تعداد دانشکده‌های پزشکی که دوره‌های مذکور را در بریتانیا ارایه می‌کردند از ۱۰٪ به ۴۰٪ افزایش یافته است (۴۳). در ایالات متحده آمریکا نیز تعداد بسیار زیادی از دانشکده‌های پزشکی کلاس‌های انتخابی و سمینارهای CAM دارند (۴۴).

در کشورهای توسعه یافته تأمین بودجه و احداث واحدهای تحقیقاتی CAM در مراکز عالی تحقیقات رو به ازدیاد است. سازمان ملی سلامت بریتانیا اخیراً دو برنامه تحقیقاتی درباره استفاده از طب سوزنی برای درمان دردهای مزمن ترتیب داده است، همچنین در آلمان، یک مرکز تحقیقات CAM در Technische Universität شهر مونیخ ایجاد شده که در حال تهیه یک سری از مقالات مروری در این زمینه می‌باشد.

جدول ۵

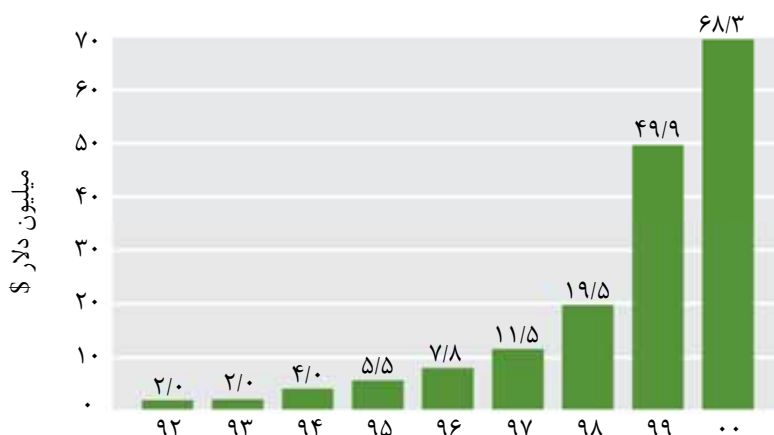
تعداد رو به رشدی از کشورهای آفریقایی ساختار، بودجه و آموزش TM را محقق ساخته‌اند					
کشور	چارچوب قانونی برای TM	مدیریت ملی یا هیأت هماهنگ‌کننده	انجمن‌های درمانگران تجربی TM	فهرست درمانگران تجربی TM	بودجه ملی اختصاص داده شده به TM
آنگولا		●	●	●	
بوتسوانا			●		
بورکینافاسو	●	●	●		
کامرون			●	●	
کوت‌دلووار	●	●	●		●
کنگو	●	●			
گینه‌استوایی	●	●	●		
اریتره					●
اتیوپی	●		●		●
گامبیا				●	
غنا	●	●	●		●
لسوتو	●	●	●		●
ماداگاسکار	●	●	●		●
مالاوی		●	●		
مالی	●	●	●	●	●
موریتانی			●		
موزامبیک	●		●		
نامیبیا	●	●	●		
نیجر	●	●	●	●	
نیجریه	●	●	●		●
رواندا	●	●	●	●	●
سائوتومه و پرنسیپ	●	●	●		
سنگال			●		●
زامبیا	●	●	●		●
زیمبابوه	●	●	●		●

منبع: سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲ (۳)

در سال ۱۹۹۲ کنگره ایالات متحده آمریکا نیز دستور ایجاد دفتر طب جایگزین در انستیتوی ملی سلامت (NIH) را صادر کرد. حکم اولیه این دفتر در سال ۱۹۹۹ با تبدیل آن به مرکز ملی طب مکمل و جایگزین (NCCAM) ارتقاء یافت. NCCAM از بودجه بیشتری برخوردار گشت و تا سال ۲۰۰۰ این رقم به مبلغ ۶۸/۴ میلیون دلار رسید (شکل ۱۰). در سال ۲۰۰۰ کاخ سفید، همزمان کمیسیون طب جایگزین کاخ سفید را تشکیل داد. این کمیسیون بر اساس حکم اجرایی صادره در ۸ مارس ۲۰۰۰ موظف شد با توسعه یک سری توصیه‌های قانونی و اجرایی، کارایی طب مکمل و جایگزین را برای جامعه به حداکثر برساند. کمیسیون مذکور ۱۰ عضو دارد که شامل سناتورهای مجلس و متخصصین CAM می‌باشد. ایالات متحده همچنین تعداد زیادی مرکز تحقیقات CAM دارد که در مؤسسات تحقیقاتی مانند دانشگاه مری‌لند، دانشگاه کلمبیا در نیویورک، دانشگاه هاروارد در ماساچوست، و مرکز تحقیقات سرطان (Memorial Sloan-Kettering) در نیویورک واقع شده‌اند (۴۳).

شکل ۱۰

در آمریکا بودجه CAM به طور قابل توجهی افزایش یافته است



منبع: مرکز ملی طب مکمل و جایگزین، ۲۰۰۰ (۴۵)

فعالیت‌های بین‌المللی در زمینه TM/CAM نیز برجسته‌تر شده است. اتحادیه اروپا (EU)، نیز اخیراً پروژه‌های درباره طب نامرسوم (سنتی) را تحت عنوان همکاری اروپایی در زمینه تحقیقات علمی و فنی (COST) به اتمام رساند. در یک اجلاس پارلمانی اتحادیه اروپا در سال ۱۹۹۹ نیز تحت عنوان «یک نگرش اروپایی به طب نامرسوم»<sup>۸</sup> از کشورهای عضو درخواست شد که CAM را در دانشگاه‌های خود به رسمیت شناخته، استفاده از آن را در بیمارستان‌ها ترغیب نموده و پزشکان طب رایج را به گذراندن دوره‌های طب سنتی در دانشگاه‌ها تشویق کنند (۴۶). در اروپا آژانس اروپایی ارزیابی محصولات دارویی (EMA) نیز در حال فعالیت جهت ارتقاء کیفیت، ایمنی و کارایی داروهای گیاهی و سایر محصولات مربوط به آن است. آژانس مذکور در سال ۱۹۹۷ یک تیم ویژه برای داروهای گیاهی تشکیل داد. (به فصل ۴ مراجعه کنید)

اخیراً مقامات دول ۵۳ کشور آفریقایی در سال ۲۰۰۰ بخشنامه‌ای را تحت عنوان «بخشنامه آبوجا درباره مالاریای برگشتی» به امضاء رساندند که در آن نقش مهم TM در این مبارزه به رسمیت شناخته شده است. این بخشنامه همچنین از کشورهای عضو خواست که ترتیبی اتخاذ نمایند تا تضمینی بر اثربخشی درمان‌های ارابه شده توسط TM باشد و در دسترس فقیرترین اقشار جامعه قرار گیرد.



## فصل ۲

# چالش‌ها

درمان با روش‌های TM/CAM ویژگی‌های مثبت بسیاری دارد، مانند گوناگونی روش‌ها، انعطاف‌پذیری، دسترسی آسان، قابل تهیه بودن در بسیاری از مناطق، مورد قبول و اعتماد بودن نزد اکثریت مردم کشورهای در حال توسعه، محبوبیت در کشورهای توسعه یافته، هزینه نسبتاً کم، حداقل نیازمندی به فناوری پیشرفته و افزایش اهمیت اقتصادی آن. تمامی موارد بالا بعنوان فرصت‌هایی هستند که می‌توان آنها را به حداکثر رساند. اما این نوع از مراقبت‌های سلامت خصوصیات دیگری نیز دارد که ممکن است به عنوان چالش محسوب شوند که باید بر آنها فائق آمد. این چالش‌ها شامل درجات مختلف به رسمیت شناخته شدن توسط دولت‌ها، کمبود شواهد علمی صحیح برای اثبات اثربخشی درمان‌های آن، دشواری‌های حفظ دانش بومی TM و وجود مشکلاتی در استفاده مناسب از آن می‌باشد.

طیف گسترده کارشناسی WHO در زمینه TM/CAM بدین معنی است که این سازمان توان بر آمدن از عهده بسیاری از چالش‌های مذکور را دارد. در حقیقت بسیاری از کشورهای عضو WHO بطور فزاینده و مکرر تقاضای کمک و راهنمایی بیشتری را از این سازمان در زمینه مسائل مربوط با TM/CAM دارند، برای مثال طی اجلاس دفاتر مناطق مختلف WHO، در کنفرانس‌های بین‌المللی اولیای امور قانون‌گذار دارویی (ICDRAS) و در سایر اجلاس‌های بین‌المللی دولت‌ها، خواسته فوق مطرح می‌گردد.

در سال ۲۰۰۰ در اجلاس WHO در منطقه آفریقا که وزیران بهداشت ۲۵ کشور آفریقایی در آن حضور داشتند، پشتیبانی WHO را در این موارد خواستار شدند: بسترسازی مناسب برای TM، تدوین دستورالعمل جهت تنظیم و ارزیابی سیاست‌گذاری‌های ملی در زمینه TM و ایجاد سازوکارهایی جهت بهبود وضعیت اقتصادی و قانونی تولیدات محلی داروهای سنتی (۲). درخواست‌های مشابهی در سال ۱۹۹۹ از طرف دفتر منطقه‌ای WHO در آسیای جنوب شرقی (SEARO)، در سال ۲۰۰۰ توسط گروه‌های دولتی طب سنتی در چین و در نهمین کنفرانس بین‌المللی اولیای امور قانون‌گذار دارویی در سال ۱۹۹۹، از WHO بعمل آمد (۴۷).

بعضی از چالش‌ها فقط در مناطق خاصی وجود دارند. برای مثال دولت چین و هند درگیر این مسأله هستند که چگونه از TM جهت ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق دور افتاده استفاده کنند. در آفریقا خیلی از کشورها به دنبال استفاده بهتر از منابع محلی TM و قرار دادن آن به عنوان جزء اصلی، از مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشند. برای کشورهای اروپایی عضو WHO هم، ایمنی و کیفیت، صدور مجوز برای ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و استانداردهای آموزش، روش‌شناسی، و اولویت دادن به تحقیقات در TM، موضوعاتی هستند که به سرعت اهمیت زیادی پیدا کرده‌اند.

## ۱-۲ چه باید کرد؟

مهم‌ترین مسائلی که باید به آنها پرداخت در چهار گروه اصلی زیر می‌گنجند: (جدول ۶)

- ◀ سیاست‌گذاری ملی و چارچوب‌های قانونی
- ◀ ایمنی، اثر بخشی و کیفیت
- ◀ دسترسی
- ◀ استفاده منطقی

جدول ۶

چالش‌های چهارگانه TM/CAM	
سیاست‌گذاری ملی و چارچوب‌های قانونی	<ul style="list-style-type: none"> <li>● به رسمیت شناخته نشدن TM/CAM و ارایه دهندگان خدمات آن</li> <li>● گنجانده نشدن TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت</li> <li>● فقدان سازوکارهای تنظیمی و قانونی</li> <li>● چگونگی توزیع منصفانه منافع حاصل از محصولات و دانش بومی TM</li> <li>● تخصیص ناکافی منابع و بودجه برای ظرفیت‌سازی و توسعه TM/CAM</li> </ul>
ایمنی، اثربخشی و کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>● فقدان روش‌های تحقیق</li> <li>● کمبود مطالعات مبتنی بر شواهد در زمینه روش‌های درمانی و محصولات TM/CAM</li> <li>● فقدان استاندارد ملی و بین‌المللی برای تضمین ایمنی، اثر بخشی و کنترل کیفیت روش‌های درمانی و محصولات TM/CAM</li> <li>● فقدان قانون‌گذاری مناسب و ثبت داروهای گیاهی</li> <li>● عدم وجود سیستم منظم برای ثبت ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM</li> <li>● عدم پشتیبانی کافی از تحقیقات TM/CAM</li> </ul>
دسترسی	<ul style="list-style-type: none"> <li>● کمبود اطلاعات در زمینه میزان دسترسی</li> <li>● نیاز به تشخیص و شناسایی روش‌های درمانی و محصولات ایمن و مؤثر</li> <li>● به رسمیت شناخته نشدن نقش ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM</li> <li>● عدم همکاری لازم بین ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM و پزشکان طب رایج</li> <li>● استفاده بی‌رویه از منابع طبیعی گیاهان دارویی</li> </ul>
استفاده منطقی	<ul style="list-style-type: none"> <li>● فقدان آموزش برای ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM، و نیز ارایه نشدن آموزش کافی در زمینه TM/CAM به پزشکان طب رایج</li> <li>● کمبود ارتباط بین درمانگران تجربی TM/CAM و پزشکان طب رایج، و همچنین بین پزشکان طب رایج و مراجعان آنها</li> <li>● کمبود اطلاعات عمومی، درباره استفاده منطقی از TM/CAM</li> </ul>

## ۲-۲ سیاست گذاری ملی و چارچوب‌های قانونی

اگرچه از TM/CAM برای پیش‌گیری، تشخیص، درمان و اداره بیماری‌ها بطور گسترده‌ای استفاده می‌شود، اما تنها کشورهای اندکی دارای سیاست ملی مشخصی برای آن هستند. البته همچنان به این‌گونه سیاست‌ها، جهت تعریف نقش TM/CAM در نظام ملی ارایه خدمات مراقبت سلامت و ایجاد انقلابی در بخش سلامت، نیاز مبرم می‌باشد. همچنین این سیاست‌ها تضمین‌کننده سازوکارهای قانونی و تنظیمی لازم جهت ارتقاء و حفظ استفاده صحیح از TM/CAM، دسترسی آسان و منصفانه، ارایه خدمات مناسب، ایمنی، اثربخشی و اصولی بودن روش‌های درمانی که توسط TM/CAM ارایه می‌شوند، می‌باشند. بدون راهکارهای مذکور، در واقع ارایه خدمات TM/CAM بدون نظارت دولت صورت گرفته و از بیمار یا مصرف‌کننده حمایت نخواهد شد.

برون ارزشیابی پری مطالب‌گنجانده شده در نظام مراقبت سلامت (اینکه چه مطالبی باید و چه مطالبی نباید گنجانده شود)، ما با فطر توسعه سیستم، همراه با هزینه بیشتر، ایمنی کمتر و ناموفق در کنترل بیماری مزمن، مواجه هستیم (۳۲).

لذا، سیاست‌های ملی در زمینه TM/CAM باید موارد زیر را پوشش دهند:

- قانون گذاری و سازماندهی محصولات گیاهی و ارایه خدمات درمانی
- آموزش و صدور مجوز برای ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM
- تحقیق و توسعه
- تخصیص منابع مالی و امکانات مناسب دیگر (جدول ۷)

### جدول ۷

#### عناصر اساسی که باید در سیاست ملی TM/CAM گنجانده شود

- تعریف TM/CAM
- تعریف نقش دولت در توسعه TM/CAM
- تضمین ایمنی و کیفیت روش‌های درمانی و محصولات TM/CAM
- تدوین و گسترش قوانین مربوط به TM/CAM و ساماندهی داروهای گیاهی
- توسعه آموزش و تربیت ارایه‌دهندگان خدمات TM/CAM
- توسعه استفاده مناسب از TM/CAM
- ظرفیت‌سازی در زمینه منابع انسانی TM/CAM، شامل تخصیص منابع مالی
- تحت پوشش قرار گرفتن توسط بیمه‌های درمانی
- در نظر گرفتن مالکیت معنوی

به طور خلاصه، اتخاذ سیاست‌های ملی برای TM/CAM می‌تواند سبب افزایش ارایه انواع مراقبت‌های سلامت ایمن و مؤثر به بیماران و مصرف‌کنندگان گردد. تاکنون تنها ۲۵ کشور از ۱۹۱ کشور عضو WHO سیاست ملی خود را در زمینه TM/CAM اتخاذ کرده‌اند.

چنانچه کشوری دارای گنجینه‌ای غنی از دانش TM و یا منابع طبیعی باشد که بتوان از آن جهت تولید فرآورده‌های TM/CAM استفاده کرد، آنگاه توجه به حفظ حقوق صاحبان این دانش نیز اهمیت ویژه پیدا می‌کند. برخی پیشنهاد می‌کنند که از حقوق دارندگان دانش فوق باید تحت قوانین موجود مثل مالکیت معنوی حمایت کرد. بعضی دیگر به دلایل اخلاقی یا مالی با نظر فوق مخالف هستند. به هر حال تصاحب غیر قانونی مواد و دانش مربوط به TM مورد نکوهش همگان است. واضح است که هنگام تهیه پیش‌نویس سیاست‌های TM/CAM لازم است به حق و حقوق مربوط به دارندگان دانش TM و داروهای آن اهمیت ویژه داده شود (۴۸).

در سیاست‌گذاری TM/CAM دقت بسیار زیادی لازم است. در ابتدا باید ارزیابی دقیقی از به‌کارگیری TM/CAM در کشور مربوط و مناسب‌ترین راه استفاده از این طب جهت رسیدن به اهداف مراقبت سلامت آن کشور بعمل آید. سیاست‌های ملی TM/CAM باید در جهت سود رساندن به بیمارانی باشد که از TM/CAM استفاده می‌کنند؛ حال اگر توان تأمین موارد زیر را نداشته باشند، در رسیدن به این هدف ناموفق بوده‌اند:

- تضمین ایمنی، اثربخشی، و کیفیت مطلوب محصولات و روش‌های درمانی
- جلوگیری از استفاده غیرمنطقی از TM/CAM
- به تأخیر نینداختن بی‌مورد انتخاب‌های درمانی بیمار
- افزایش آگاهی و رغبت پزشکان طب رایج در ارجاع بیماران به TM/CAM

## ۳-۲ ایمنی، اثر بخشی و کیفیت

پزشکی رایج بر اساس فرهنگ غربی بنا شده است. لذا پزشکان طب رایج بر دیدگاه علمی آن تأکید کرده، ضمن اینکه آن را عاری از ارزش‌های فرهنگی می‌دانند. اما روش‌های درمانی TM/CAM به نحو دیگری شکل گرفته‌اند، آنها شدیداً از فرهنگ و شرایط تاریخی که در آن به وجود آمده‌اند تأثیر پذیرفته‌اند. اساس TM بر نگرشی کل‌گرایانه به زندگی، تعادل بین جسم و روح و محیط و تأکید بر سلامت و نه بر بیماری است. بطور کلی توجه درمانگران تجربی بیشتر به وضع عمومی هر بیمار است تا به بیماری خاصی که فرد به آن مبتلاست.



کمیت و کیفیت اطلاعات موجود درباره ایمنی و اثر بخشی طب سنتی آنقدر کافی نیست که در جهت استفاده جهانی آن مورد حمایت قرار گیرد. دلایل کمبود اطلاعات تحقیقاتی در این زمینه نه تنها مربوط به سیاست‌های مراقبت سلامت است، بلکه مربوط به فقدان روش تحقیق مناسب برای ارزیابی طب سنتی می‌باشد. لازم به ذکر است که در کشورهای مختلف اطلاعات پاپ شده و پاپ نشده‌ای درباره پژوهش در طب سنتی موجود می‌باشد اما در زمینه ایمنی و اثربخشی، تحقیقات بیشتری باید صورت گرفته و کیفیت پژوهش ارتقاء یابد (۴۹).

برای بسیاری از افراد، این دیدگاه پیچیده نسبت به سلامت سبب جذابیت TM/CAM شده است. ولی همین مسأله ارزیابی آن را بسیار دشوار می‌سازد؛ چرا که عوامل بسیاری باید در نظر گرفته شوند. از آنجائیکه روش‌های درمانی TM/CAM در فرهنگ‌های مختلف و در مناطق مختلف شکل گرفته‌اند و همزمان با این شکل‌گیری، استانداردها و روش‌های ملی و بین‌المللی لازم برای ارزیابی آنها ایجاد نشده است، این ارزیابی بسیار دشوار به نظر می‌رسد. علاوه بر این، ممکن است ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM خود معتقد به فلسفه‌ای باشند و یا از فرهنگی آمده باشند که با

ویژگی‌های خاستگاه یک روش درمانی کاملاً متفاوت باشد. این امر ممکن است منجر به برداشت نادرست و به کارگیری غیرصحیح آن روش درمانی شود. لذا قابل درک است که چرا در بعضی کشورها پزشکان طب رایج نسبت به ارجاع بیماران خود به ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM علاقه‌ای نشان نمی‌دهند. (این مسأله به نوبه خود باعث شده که سازمان‌های بیمه‌گر هزینه‌های درمان توسط CAM را تقبل نکنند که خود باعث کاهش چشمگیر انتخاب این روش‌های درمانی توسط بیماران شده است.)

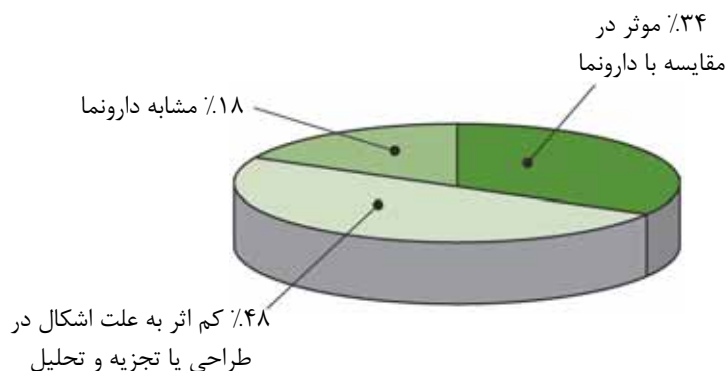
ارزیابی محصولات TM/CAM مانند داروهای گیاهی بسیار دشوار است. دقت در تشخیص گیاه و تفکیک مواد مؤثره تشکیل دهنده آن، ضروری است. تفکیک مواد مؤثره مقوله پیچیده‌ای است زیرا خصوصیات گیاهان دارویی بسته به زمان چیده شدن گیاه و محل کشت و آب و هوای محیط آن متغیر است. ضمناً یک گیاه دارویی ممکن است دارای صدها ماده تشکیل دهنده طبیعی باشد. تشخیص اینکه هر یک از این مواد چه تأثیری دارند هزینه زیادی دربردارد. اما با توجه به محبوبیت روز افزون گیاهان دارویی در جهان، ایجاد یک روش عملی مناسب و مؤثر در ارزشیابی داروهای گیاهی، با توجه به محدودیت منابع طبیعی، بسیار ضروری می‌باشد.

### تحقیقات، روش‌های تحقیق و مقوله هزینه - اثربخشی

جای تعجب ندارد اگر در گزارش‌ها مشاهده شود که موارد تحقیقاتی بالینی در زمینه TM/CAM بسیار اندک، محدود و سازمان نیافته بوده است. کمیته طب مکمل مؤسسه کوکرین (Cochrane) (بخش ۴) اعلام کرد که از سال ۱۹۶۶ تا سال ۱۹۹۶ مقالات CAM تنها ۰/۴٪ مقالات Medline را تشکیل داده‌اند. اگرچه که تعداد این مقالات به طور سالانه افزایش یافته و همچنین گزارش‌های موارد کارآزمایی‌های بالینی تصادفی (RCTs)<sup>۹</sup> نیز، نشان‌دهنده جریانی به سوی پزشکی مبتنی بر شواهد است، اما تنها در تعداد اندکی از این گزارش‌ها به هزینه‌ها هم اشاره شده است (هزینه‌های روش‌های درمانی مورد بحث شامل حق مشاوره، مواد مصرف شده و غیره می‌باشد). تاکنون در واقع تعداد بسیار اندکی تحلیل اقتصادی کامل و قابل اطمینان، درباره TM/CAM به عمل آمده است.

شکل ۱۱

**دلایل و شواهد قانع‌کننده‌ای برای مؤثر بودن برخی از داروهای گیاهی موجود است، اما معمولاً ارزیابی آنها کافی نیست.**



درصد موارد کارآزمایی بالینی تصادفی که اثربخشی داروهای گیاهی را نشان می‌دهد (براساس ۵۰ RCT انجام شده با ۱۰ داروی گیاهی در ۱۸ مورد گیاه درمانی)

منبع: بر اساس اطلاعات موجود در. Herbal medicines: an Evidence-base Look. Therapeutics Letter, issue 25, June-July 1998.

به علت عدم حمایت از تحقیقات درباره TM/CAM در سال‌های اخیر، شاهد کمبود اطلاعات و کاهش شکل‌گیری روش‌های تحقیق مناسبی جهت ارزیابی ایمنی، اثربخشی و کیفیت در این زمینه هستیم. اما شواهدی در دست است که حداقل برخی از روش‌های درمانی معمول TM/CAM- برای مثال برخی داروهای گیاهی، ماساژ درمانی‌ها و تکنیک‌های رفتاری کاهش فشارهای عصبی مثل مدیتیشن - قادر به التیام بیماری‌های مزمن هستند. (نمایه ۲)

نمایه ۲

### ترانمندی‌های امیدوارکننده

استفاده از داروهای گیاهی و طب سوزنی بیشتر از سایر اشکال TM/CAM می‌باشد. گزارشاتی مبنی بر مؤثر بودن آن‌ها از نظر بالینی در نشریات بین‌المللی علمی معتبر به چاپ رسیده است. برای مثال تأثیر طب سوزنی در تسکین درد (۱۰) و حالت تهوع (۵۰) به طور کاملاً مستدل نشان داده شده و در همه جا مورد قبول قرار گرفته است. در زمینه داروهای گیاهی نیز چند مورد از قوی‌ترین شواهد مبنی بر اثربخشی محصولات گیاهی موجود است: گیاه آرمیزیا آنوا (Artemisia annua) برای مالاریا و علف چای (St John's wort) برای افسردگی نوع ضعیف و متوسط مؤثر می‌باشند. بیماران مبتلا به افسردگی بعد از استفاده از این گیاه اخیر معمولاً عوارض جانبی کمتری نسبت به سایر داروهای ضد افسردگی مانند آمی‌تریپتیلین نشان می‌دهند.

این یافته‌ها سبب افزایش جهانی تحقیقات در زمینه اثربخشی سایر روش‌های درمانی مشهور TM/CAM شده است. در محیط آزمایشگاه عصاره‌های گیاهان مختلف از خود خواص دارویی مانند اثرات ضد التهاب، ضد انسداد عروق، ضد میکروبی، ضد تشنج، خواب‌آوری و تب بری نشان داده‌اند (۱۰)، اما با این وجود تقریباً هیچ مطالعه کنترل شده تصادفی (Randomized controlled) در مورد روش درمانی و آرایه خدمات روزمره درمانگران تجربی گیاهی وجود ندارد. این مسأله درباره بیشتر درمان‌های TM/CAM صادق است.

در سال ۱۹۹۹ مجله «British Medical Journal» طی سلسه مقالاتی در مورد روش‌های درمانی بدون استفاده از دارو گزارش کرد که بررسی‌های کنترل شده تصادفی به طور مستدل نشان داده‌اند که تکنیک‌های آرامش‌بخش (Relaxation) و هیپنوتیزم قادر به کاهش اضطراب بوده و می‌توانند از موارد بسیار جدی اختلالات هراس (Panic Disorders) و بی‌خوابی جلوگیری نمایند.

این بررسی‌ها همچنین نشان داده که هیپنوتیزم در درمان آسم و سندرم روده تحریک‌پذیر، یوگا در درمان آسم، و تای‌چی (Tai gi) برای کاهش ترس از زمین خوردن (Fear of fall) در افراد مسن مفید است (۱۰).

نمایه ۳ نشان می‌دهد که برخی آنالیزهای دقیق و مفیدتری در حال انجام شدن است. شواهد مستحکم‌تر در این راستا، کمک شایان توجهی به آرایه دلایل لازم جهت شناسایی و استفاده گسترده‌تر از TM/CAM می‌نماید. در حقیقت شواهد مذکور پیش‌نیازی برای ارتقاء دسترسی به TM/CAM و توسعه آن، و استفاده منطقی از این روش درمانی تضمین شده می‌باشد.

## بررسی هزینه- اثربخشی درمان‌های CAM در پرو

طی مطالعه‌ای که توسط مجریان طرح ملی طب مکمل پرو و سازمان بهداشت پان آمریکن (Pan American) درباره مقایسه روش‌های درمانی CAM و پزشکی رایج استفاده شده در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های تحت پوشش بیمه پرو (Peruvian Social Security) به عمل آمد، تأثیرات نسبی CAM از نقطه نظرهای زیر مورد ارزیابی قرار گرفت:

- ❖ تأثیرات مشاهده شده بالینی
- ❖ رضایت بیمار یا مصرف‌کننده
- ❖ کاهش بروز خطر پزشکی در آینده به همراه تغییرات ایجاد شده در روش زندگی بیمار

این درمان‌ها برای پاتولوژی‌های انتخاب شده با شدت یکسان، همان‌گونه که در سوابق فرد و یا ارزیابی‌های بالینی ثبت گردیده، مقایسه شده است.

۳۳۹ بیمار به مدت یک سال تحت نظر قرار گرفتند. از این تعداد ۱۷۰ نفر با CAM و ۱۶۹ نفر توسط پزشکی رایج مورد درمان قرار گرفتند. انواع بیماری‌های مورد مطالعه این افراد عبارت بودند از: استئوآرتریت متوسط، کمر درد، اضطراب عصبی، آسم خفیف یا متوسط، سردردهای میگرنی، چاقی حاصل از پرخوری، پوکی استخوان و بیماری «Peptic Acid» و «Peripheral Facial Analysis».

نتایج حاصله را- با ۹۵ درصد معنا- چنین می‌توان خلاصه نمود:

۱. میانگین کلی هزینه درمان یک بیماری توسط CAM کمتر از پزشکی رایج بود. (برای ارزیابی هزینه‌های مستقیم هر دو سیستم درمانی، تمامی هزینه‌های حین درمان هر یک از بیماری‌های انتخاب شده، محاسبه و مقایسه شد.)
۲. در هر یک از معیارهای ارزیابی شده (اثربخشی بالینی، رضایت بیمار و کاهش خطرات بعدی) تأثیر CAM در موارد زیر از پزشکی رایج بیشتر بود:
  - ❖ عوارض جانبی کمتر
  - ❖ نزدیک‌تر بودن تعریف بیمار از اثر بخشی و اثر بخشی از نظر مشاهدات بالینی
  - ❖ درک بهتر بیماران از نقش سیستم پزشکی در رفع مشکلات بهداشتی
۳. بطور کلی در مورد پاتولوژی‌های انتخاب شده، میزان هزینه- اثربخشی در درمان‌های CAM نسبت به پزشکی رایج، ۵۳ الی ۶۳ درصد بیشتر بود.

منبع: *EsSalud et Pan American Health Organization*. ۲۰۰۰ (۵۱)

## تضمین کیفیت و ایمنی در سطح ملی

کمبود تحقیقات موجب کند شدن سرعت توسعه استانداردهای بین‌المللی لازم برای تضمین کیفیت و ایمنی روش‌های درمان TM/CAM و محصولات آن شده است. به خصوص کمبود اطلاعات و پشتوانه فنی، مانعی برای ایجاد نظام ثبت و ساماندهی داروهای گیاهی بوده که این امر نیز به نوبه خود سبب کند شدن روند توسعه سیستم نظارت ملی بر کنترل و ارزیابی عوارض جانبی روش‌های درمانی TM/CAM شده است. این واقعیت که تنها ۳٪ از ۷۷۱ مورد شکایات مطرح شده علیه داروها تا آوریل ۱۹۹۷ به WHO مربوط به داروهای گیاهی بوده است، بیشتر نشانگر کمبود نظارت بر داروهای گیاهی است تا ناچیز بودن عوارض جانبی این داروها.

## جدول ۸

### نیازهای اساسی برای تضمین ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM

#### در سطح ملی

- ثبت و ساماندهی ملی داروهای گیاهی.
- نظارت بر ایمنی داروهای گیاهی و سایر روش‌های TM/CAM.
- پشتیبانی از تحقیقات در زمینه درمان بیماری‌های شایع در کشور توسط TM/CAM.
- ایجاد استانداردهای ملی، چارچوب‌های فنی و روش‌شناسی لازم برای ارزیابی ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM.
- آماده ساختن دارونامه ملی و تکنوگراف‌های گیاهان دارویی.

#### در سطح جهانی

- امکان دسترسی به اطلاعات و دانش موجود TM/CAM از طریق تبادل داده‌های دقیق و شبکه‌سازی.
- انتشار نتایج حاصل از تحقیقات کاربردی TM/CAM در درمان بیماری‌های رایج و ایجاد شرایط سلامت.
- انجام تحقیقات مبتنی بر شواهد در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت داروها و روش‌های درمانی TM/CAM.

### تعیین نیازهای تحقیق

ششمین گزارش کمیته علم و تکنولوژی مجلس اعیان بریتانیا چند مشکل را بر سر راه تحقیقات TM/CAM در این کشور بر شمرده است. این کمیته نتیجه گرفت که با توجه به زیر بنای ضعیف تحقیقاتی در این زمینه، کیفیت تحقیقات نامطلوب می‌باشد چرا که اصول اخلاقی تحقیق بطور صحیح درک نشده است، کمبود روش تحقیق مناسب وجود دارد، منابع محدود است و محققین نیز مایل به ارزیابی شواهد و دلایل علمی مربوط نمی‌باشند. خلاصه‌ای از نیازهای اساسی لازم برای تضمین ایمنی، اثربخشی و کیفیت مطلوب ارائه خدمات TM/CAM در جدول شماره ۸ نشان داده شده است. زمینه‌هایی که در آن نیاز به تحقیقات بیشتر وجود دارد نیز در جدول ۹ آمده است.

## جدول ۹

### زمینه‌های اولویت‌دار در تحقیقات

- تأثیرات هر روش درمانی به طور مجزا، از نظر: ایمنی، اثربخشی و مقوله هزینه- اثربخشی.
- پژوهش در زمینه سازوکار روش‌های مختلف درمانی شامل الگوهای پاسخ به درمان.
- پژوهش در زمینه خود TM/CAM به خصوص در مورد علل افزایش علاقه مردم به آن و الگوهای استفاده از آن.
- پژوهش جهت یافتن راهبردهای جدید انجام تحقیقات در زمینه TM که مناسب‌تر از روش‌های قدیمی باشند.
- پژوهش در زمینه اثربخشی روش‌های تشخیص بیماری و تأثیرات استفاده از TM/CAM در نظام سلامت.
- پژوهش در زمینه جایگزینی و تأثیر استفاده از TM/CAM در مراقبت سلامت.

منبع: مجلس اعیان بریتانیا، ۲۰۰۰ (۱۶)

## ۲-۴ دسترسی

آمارها به وضوح نشان‌دهنده بیشترین نیاز به درمان ارزان و مؤثر بیماری‌های مسری در کشورهای فقیر جهان هستند. از ۱۰/۵ میلیون کودکی که در سال ۱۹۹۹ جان باختند، ۹۹٪ از کشورهای در حال توسعه بودند. پنج بیماری عفونی عامل بیش از ۵۰٪ مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه است. به همین ترتیب ۹۹٪ از دو میلیون مرگ ناشی از سل در هر سال مربوط به این کشورها است و ۸۰٪ از ۳۰ میلیون انسانی که در حال حاضر مبتلا به ایدز می‌باشند، در کشورهای مناطق نیمه‌صحرائی آفریقا زندگی می‌کنند. ضمناً دسترسی به داروهای



شیمیایی ضروری در مناطقی که مردم آن بیشترین رنج را از بیماری‌های مسری می‌برند، کمتر است. دلایل واضح و شناخته شده این امر، بودجه ناکافی و ارایه ضعیف خدمات مراقبت سلامت می‌باشد. اما در کشورهای در

حال توسعه TM می‌تواند به نسبت ارزان باشد. علاوه بر آن درمانگران تجربی TM مورد اطمینان مردم بوده و در زمینه مراقبت‌های سلامت مرجع می‌باشند، اگرچه ممکن است به رسمیت شناخته نشده باشند. اگر قرار باشد دسترسی به TM، جهت ارتقاء سلامت در کشورهای در حال توسعه آسان‌تر گردد، باید چند مشکل را از پیش‌رو برداشت (جدول شماره ۱۰). در ابتدا باید به شاخص‌های استاندارد قابل اطمینانی دست یافت، تا توسط آن میزان دسترسی به TM- از نظر اقتصادی و جغرافیایی- بطور دقیق تعیین گردد. تحقیقاتی با کیفیت مطلوب نیز باید در زمینه شناسایی محدودیت‌های دسترسی آسان به TM، بعمل آید.

## جدول ۱۰

## نیازهای اساسی به منظور افزایش دسترسی آسان و کاهش هزینه TM/CAM

## در سطوح ملی و جهانی

- شناسایی ایمن‌ترین و مؤثرترین روش‌های TM/CAM و محصولات آن (همراه با شواهد و دلایل علمی که نشانگر ایمنی، اثربخشی و منطقی بودن این درمان‌ها از لحاظ هزینه- اثربخشی باشد).
- انجام تحقیقات در زمینه شناخت ایمن‌ترین و مؤثرترین درمان‌های TM/CAM برای آن دسته از بیماری‌ها که بیشترین هزینه را به اقشار محروم تحمیل می‌کنند.
- به رسمیت شناختن نقش درمانگران تجربی TM در ارایه خدمات مراقبت سلامت در کشورهای در حال توسعه.
- ارتقاء و افزایش مهارت‌های درمانگران تجربی TM در کشورهای در حال توسعه.
- حمایت و پشتیبانی از دانش بومی TM.
- تداوم کشت گیاهان دارویی.

در مرتبه دوم، ایمن‌ترین و مؤثرترین روش‌های درمان TM را باید مشخص کرد تا زیربنای محکمی برای توسعه این طب بدست آید. در این راستا باید توجه بیشتر معطوف به بیماری‌هایی باشد که بیشترین رنج را بر اقشار محروم تحمیل می‌کنند. این به معنای توجه به درمان و پیشگیری از بیماری‌هایی مانند ایدز و مالاریا می‌باشد. بدیهی است که افزایش دسترسی مردم به TM نباید به معنای دنبال نکردن برنامه‌های توسعه دسترسی مردم به پزشکی رایج باشد. حتی باید زمینه‌ای را فراهم آورد که همکاری بین درمانگران تجربی TM و پزشکان طب رایج بیشتر شود، تا بیماران امکان استفاده از هر دو روش را جهت تأمین نیازهایشان داشته باشند. این مسأله در همه جا واقعیت دارد و در مورد CAM نیز صادق است. اما بیشتر به مناطقی مربوط می‌شود که دسترسی کمتری به پزشکی رایج دارند.

خوشبختانه در این مناطق، درمانگران تجربی TM کاملاً ریشه دار و مورد قبول و احترام مردم می‌باشند. همکاری با این درمانگران تجربی می‌تواند رساندن پیام‌های بهداشتی را به مردم تسهیل نماید و در توسعه روش‌های ایمن TM مؤثر باشد.

اگر بنا باشد که دسترسی به TM بطور مداوم افزایش یابد، حفظ منابع طبیعی و گیاهی که این طب اغلب بر آنها تکیه دارد نیز باید تداوم پذیرد. برای مثال مواد خام داروهای گیاهی معمولاً از جمعیت‌های گیاهی وحشی جمع‌آوری می‌شوند. یکی از مشکلات رو به افزایش، برداشت بیش از حد این گیاهان برای استفاده محلی یا صادرات است. در شرق و جنوب قاره آفریقا نسل گیاه سیب‌زمینی آفریقایی (Hypoxis hemerocallidea) رو به انقراض است، چرا که اعتقاد مردم به مؤثر بودن آن در درمان ایدز تقاضا را شدیداً افزایش داده است (۳۱). از آنجائیکه بیشتر رستگاه‌های این گیاهان و دیگر اشکال تنوع زیستی متعلق به کشورهای در حال توسعه- که توانایی محافظت از آنها را ندارند- می‌باشد، بنابراین برای حل این مشکل نیاز به اقدام فوری احساس می‌شود.

یکی دیگر از مشکلات حل نشده مسأله قانون مالکیت معنوی است. در حالی که نیاز به تحقیقات در زمینه TM به جهت یافتن روش‌های درمانی اثربخش و ایمن وجود دارد، دانش بومی TM و محصولات بدست آمده از آن می‌تواند جهت کسب سودهای تجاری هنگفت مورد استفاده شرکت‌ها و مراکز تحقیقاتی قرار گیرد. به نظر می‌رسد که کشفیات در این زمینه بطور فزاینده‌ای به نام مؤسسات و دانشمندان به ثبت می‌رسد و مورد استفاده تجاری قرار می‌گیرد، بی‌آنکه به حافظان دانش بومی TM پاداش مناسبی پرداخته شود و رضایتشان جلب گردد (۱۷).

## ۲-۵ استفاده منطقی

در بسیاری از کشورها فعالیت بیشتری در زمینه‌های زیر مورد نیاز است:  
ارزیابی و اعطای مجوز فعالیت به ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM، استفاده صحیح از محصولات دارای کیفیت مطلوب، ارتباط قوی بین ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و پزشکان طب رایج و بیماران، و ارائه اطلاعات علمی و راهنمایی به مردم.

## آموزش و پژوهش

چالش‌های این موضوع شامل دو مقوله می‌شوند (جدول ۱۱). اول، تضمین این مطلب که شایستگی و آموزش ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM کافی است. دوم، ارائه آموزش جهت متقاعد ساختن ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و پزشکان طب رایج نسبت به اینکه خدمات مراقبت سلامتی که ارائه می‌دهند، مکمل یکدیگر است. برای حل مشکل اول، در جایی که ممکن باشد، لازم است سیستم ارزشیابی و اعطای پروانه فعالیت و همچنین سیستم قانون‌گذاری ایجاد گردد، که تنها افراد شایسته بتوانند خدمات TM/CAM و محصولات آن را ارائه دهند. حل مشکل دوم نیز مستلزم اصلاح سیستم آموزش TM/CAM به ارائه‌دهندگان خدمات آن است، به طوری که شامل آموزش بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه شود. همچنین برنامه‌ای تدوین شود که نظام آموزش داروسازی، پزشکی و بهداشت عمومی نیز شامل چند واحد TM/CAM باشد.



## جدول ۱۱

## نیازهای اساسی برای استفاده صحیح از TM/CAM توسط ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و استفاده‌کنندگان آن

## در سطح ملی

- ارائه دستورالعمل‌های آموزشی برای درمان‌هایی از TM/CAM که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- تقویت و افزایش سازماندهی ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM.
- تقویت همکاری مابین ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM و پزشکان طب رایج.
- ارائه اطلاعات قابل اطمینان به مصرف‌کنندگان درباره استفاده صحیح از محصولات و روش‌های درمان TM/CAM.
- بهبود ارتباط بین پزشکان طب رایج و بیمارانشان، با در نظر گرفتن جدیدترین موارد استفاده TM/CAM.

## استفاده صحیح از محصولات مرغوب

استفاده صحیح از محصولات دارای کیفیت تضمین شده می‌تواند کمک فراوانی به کاهش خطرات احتمالی محصولات TM/CAM، مانند داروهای گیاهی، بنماید. ولی با این وجود در اکثر کشورها، قانون‌گذاری بر داروهای گیاهی و ثبت آنها توسعه لازم را نیافته است. محصولات ممکن است آلودگی داشته و یا از نظر محتوی، کیفیت و ایمنی متفاوت باشند. برای مثال سیر که معمولاً ادعا می‌شود پایین آورنده کلسترول خون است، چنانچه به روش‌های خاصی عمل آورده نشود، این خاصیت را از دست می‌دهد (۵۴). از طرف دیگر استانداردهای مناسب برای کنترل نحوه برچسب زدن بر ظروف داروهای گیاهی و تبلیغات درباره آن‌ها بسیار اندک است. به علاوه اکثر این داروها به صورت OTC و یا به عنوان مکمل‌های غذایی و بدون راهنمایی کافی در مورد نحوه مصرف صحیح، فروخته می‌شوند. لذا مصرف‌کنندگان از تأثیرات سوء احتمالی این داروها و زمان و روش مصرف صحیح آنها مطلع نخواهند بود. برای تغییر این روش، کنترل دقیق بر محصولات TM/CAM و نیز آموزش بیشتر برای مردم لازم می‌باشد.



## اطلاعات و ارتباطات

استفاده از TM/CAM سریعاً در حال رشد است، اما اقدامی به منظور آگاهی از خطرات احتمالی و نحوه مقابله با آنها انجام نشده است. در نتیجه مردم ممکن است دلیل این را ندانند که چرا باید خدمات TM را از ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM آموزش دیده و شایسته دریافت کنند و یا اینکه چرا هنگام استفاده از محصولات TM/CAM باید مراقب باشند. برای مثال معمولاً کسی نمی‌داند که استفاده همزمان از بعضی داروهای گیاهی و شیمیایی ممکن است سبب بروز عوارض جانبی مضر گردد. مثلاً داروی جینسنگ به تنهایی عوارض جانبی مضر بسیار نادری دارد. اما اگر همزمان با وارفرین استفاده شود، به سبب افزایش خاصیت ضد فعالیت پلاکت آن، خطر ضد انعقادی بیش از حد را در پی خواهد داشت (۵۵). به همین ترتیب، استفاده از داروی گیاهی هوفاریقون (Hypericum) به عنوان یک داروی ضد افسردگی در مقایسه با نظایر شیمیایی‌اش مانند ایمپرامین بسیار مطلوب است. اما اگر همین دارو توسط بیماری استفاده شود که همزمان داروی ایندیناویر (Indinavir) را که مهارکننده



HIV پروتئاز می‌باشد مصرف می‌نماید، سطح ایندیناویر خون از حد مطلوب جهت جلوگیری از تکثیر ویروس HIV کمتر می‌شود (۵۶،۵۷).

بدون داشتن اطلاعات درباره این تأثیرات متقابل دارویی، بیماران ممکن است به پزشکان طب رایج خود نگویند که از چه داروی گیاهی استفاده می‌کنند و پزشکان نیز در این مورد پرسش نکنند. در ایالات متحده آمریکا در سال‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۹۷ تنها در کمتر از ۴۰٪ از موارد استفاده با گیاهان دارویی، پزشکان طب رایج از مصرف آنها توسط بیماران‌شان آگاه شدند (۱۳). ضمناً پزشکان، پرستاران و داروسازان طب رایج، که توسط مردم بعنوان منابع اطلاعاتی شناخته می‌شوند، ممکن است فاقد اطلاعات درباره CAM بوده و توان پاسخگویی به سوالات بیماران در زمینه استفاده از درمان‌های CAM را نداشته باشند.

اتخاذ راهبرد مناسب در زمینه اطلاعات، آموزش و ارتباطات می‌تواند بعضی از مشکلات مطرح شده در بالا را رفع نموده و سبب افزایش آگاهی مردم نسبت به مزایای TM/CAM گردد.

# فصل ۳

## نقش فعلی

### سازمان جهانی بهداشت

نقش عمده WHO در مورد اهداف کنونی در زمینه TM/CAM، تأمین اصولی معیارها و برنامه‌های کشورهای عضو است به نحوی که این کشورها بتوانند:

- ◀ TM/CAM را در کشور خود توسعه داده و آن را در نظام ملی مراقبت سلامت، به نحو مناسب بگنجانند.
- ◀ استفاده مناسب، ایمن و اثربخش از TM/CAM را تضمین نمایند.

همچنین WHO در جستجوی دستیابی به موارد زیر می‌باشد:

- ◀ افزایش دسترسی - برای کشورهای عضو، جامعه علمی و مردم - به اطلاعات درست و دقیق در زمینه TM/CAM.

برخی از دستاوردها و فعالیت‌های حال حاضر WHO که در جهت رسیدن به این اهداف می‌باشد در ذیل آمده است. WHO به منظور اجرای فعالیت‌های خود در زمینه TM/CAM، بطور مستقیم، با کشورهای عضو، سازمان‌های ملی و بین‌المللی، مؤسسات منطقه‌ای و شبکه مراکز همکار خود، تشریک مساعی می‌نماید.

### ۱-۳ توسعه TM/CAM و گنجاندن آن در نظام ملی مراقبت سلامت

WHO در زمینه توسعه TM، بویژه در آفریقا، جنوب شرقی آسیا و غرب اقیانوس آرام بسیار فعال است. این امر شامل کمک به کشورهای عضو جهت ایجاد سیاست ملی و قانون‌گذاری برای TM، تسهیل تبادل اطلاعات منطقه‌ای در این زمینه، تلاش‌های حمایت‌کننده در جهت اطمینان از ایمنی محصولات و در دسترس قرار گرفتن منابع انسانی آموزش دیده و با کفایت می‌باشد.

### آفریقا

همان‌طور که در فصل دوم به آن اشاره شد، در سال ۲۰۰۰ کمیته منطقه‌ای WHO در آفریقا، قطعنامه‌ای را تحت عنوان «ارتقاء نقش طب سنتی در نظام سلامت: یک راهبرد برای منطقه آفریقا» صادر کرد (۲). این قطعنامه اهمیت و توانایی TM را به منظور دستیابی به هدف سلامت برای همه، در منطقه آفریقا، به رسمیت شناخته و توسعه سریع محصولات محلی طب سنتی را توصیه کرده است. همچنین این قطعنامه، به پشتیبانی از قانون‌گذاری مناسب و طرح‌هایی جهت اقدام در سطوح محلی و ملی، کشورهای عضو را نسبت به تبدیل این راهبرد به سیاست واقع‌گرایانه توصیه نموده و آنها را به همکاری فعال با همه شرکا، در جهت اجرا و ارزشیابی این قطعنامه دعوت کرده است.

اکنون نتایج توسعه این راهبرد قابل ارایه است. این نتایج شامل چارچوب قانونی برای TM در ۱۶ کشور آفریقایی می‌باشد.

## آمریکا

در سال ۱۹۹۹ یک گروه از AMRO پس از بررسی وضعیت و نحوه استفاده TM (شامل سیاست ملی و قانون گذاری) در منطقه خود، درخواست دو اجلاس را درباره قانون گذاری محصولات گیاهی و تحقیقات در طب بومی مطرح نمود. اجلاس منطقه‌ای در زمینه قانون گذاری محصولات گیاهی که توسط دفتر مرکزی WHO و AMRO در سال ۲۰۰۰ برگزار شد، به تجزیه و تحلیل مسایل مربوط به سیاست گذاری، اقتصاد، قانون گذاری و ثبت محصولات گیاهی پرداخت. همچنین دستورالعمل‌های WHO جهت ارزیابی ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی ارایه شد و اعضاء شرکت کننده طرحی را در مورد پیش نیازهای روند ثبت محصولات گیاهی پذیرفتند. این طرح سبب انضمام هر چه بیشتر TM در نظام ملی مراقبت سلامت کشورهای آمریکایی خواهد شد. قانون گذاری و ثبت محصولات گیاهی بخصوص در کشورهای: بولیوی، شیلی، کلمبیا، کاستاریکا، اکوادور، هندوراس، گواتمالا، مکزیک، پرو و ونزوئلا قطعی شده است. اجلاس دوم، درباره تحقیقات در طب بومی، در سال ۲۰۰۱ در گواتمالا برگزار گردید.

سیاست‌گذاران سلامت جهانی متوجه می‌شوند که طب سنتی و استفاده از گیاهان دارویی همپنان بخش مهمی از فرهنگ، تاریخ و باورهای یک کشور است و روش‌های درمان TM و درمان‌هایی که در هر منطقه صورت می‌گیرد، به عنوان بخشی از نظام سلامت کشور، باید مورد بررسی قرار گیرد (۵۸).

## اروپا

بیش از دوازده کشور اروپای غربی قوانین داروهای گیاهی خود را بر مبنای دستورالعمل‌های WHO درباره ارزیابی داروهای گیاهی تدوین نموده و یا بازنگری کرده‌اند. WHO به طور فزاینده‌ای، در جهت راهنمایی کشورهای اروپایی به منظور قانون گذاری TM/CAM و چگونگی ارزیابی ایمنی و اثربخشی آن، فعالیت می‌نماید.

## جنوب شرقی آسیا

در سراسر جنوب شرقی آسیا، TM بطور گسترده‌ای مورد استفاده و احترام می‌باشد. در سال ۱۹۹۸ در اجلاس وزیران بهداشت کشورهای جنوب شرقی آسیا توصیه شد که این میراث غنی و منبع مهم به طور مؤثرتری جهت اجرای خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای صاحب آن، استفاده شود. لذا در سال بعد دفتر منطقه‌ای WHO در جنوب شرقی آسیا (SEARO) یک کمیسیون مشاوره‌ای جهت توسعه TM تشکیل داد. این کمیسیون مشاوره‌ای بر تقویت برنامه‌های ملی TM، و نقش اظهار نظرهای کارشناسی TM در ارتقاء نظام‌های سلامت منطقه‌ای تأکید داشت. به علاوه اطلاعاتی درباره سیاست ملی و قانون گذاری TM نیز در اختیار دیگران قرار داد. دفتر منطقه‌ای WHO در جنوب شرقی آسیا پشتیبانی خود را از هر یک از کشورها بطور جداگانه در زمینه تلاش‌های صورت گرفته در راستای ایجاد و توسعه سیاست ملی در TM و گنجاندن آن در نظام ملی مراقبت سلامت آن کشورها به طور فعال ادامه می‌دهد.

سازمان جهانی بهداشت به طور مشخص از فعالیت‌های کمیته پزشکی هندی و هومیوپاتی، که در سال ۱۹۹۵ در وزارت بهداشت و رفاه خانواده هندوستان تأسیس شده بود، پشتیبانی کرده است. بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ این کمیته بر تلاش‌های خود به منظور استانداردسازی و ارتقاء کنترل کیفیت داروهای آیورودا، طب اوانانی، سی‌دا (Siddha) و هومیوپاتی افزود. همچنین تدوین دستورالعمل‌های لازم برای تولید بهینه داروهای آیورودا را به پایان رساند و سبب ارتقاء آموزش در طب سنتی هندی گردید.

## منطقه غرب اقیانوس آرام

این منطقه نیز پیشینه‌ای غنی در زمینه طب سنتی دارد که کشورهای صاحب این دانش تمایل به توسعه آن دارند. در اجلاس ۱۹۹۷ وزیران بهداشت کشورهای این منطقه، شرکت‌کنندگان حمایت کامل خویش را از توسعه و استفاده گسترده‌تر از TM جهت ارتقاء وضعیت سلامت جامعه اعلام داشتند.

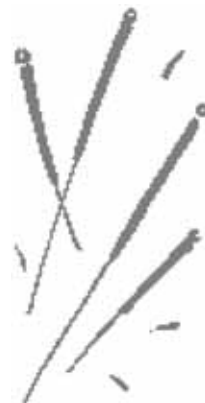
دفتر منطقه‌ای WHO در غرب اقیانوس آرام (WPRO) نه تنها به کشورهای عضو در تهیه پیش‌نویس سیاست ملی TM و قانون‌گذاری آن کمک می‌کند، بلکه تحت پوشش قرار گرفتن TM توسط نظام مراقبت سلامت جامعه را نیز، تسهیل می‌نماید. برای مثال، WHO در تهیه پیش‌نویسی که در سال ۱۹۹۷ منجر به تأسیس «مؤسسه مراقبت‌های سلامت سنتی و جایگزین» در فیلیپین شد، مساعدت نمود. این سازمان همچنین کشور گینه نو پایو را در تهیه سیاست ملی TM در برنامه ده ساله بهداشتی آن کشور که برای سال‌های ۲۰۰۱ الی ۲۰۱۰ لحاظ شده، یاری کرده است. در این برنامه، تحقیقات در زمینه TM اولویت اول را دارد. در سال ۲۰۰۰ قانون ارائه‌دهندگان طب سنتی چین در کشور سنگاپور توسط مجلس این کشور تصویب گردید که در آن توصیه‌های WPRO لحاظ شده بود. ضمناً در استرالیا، هنگ‌کنگ، ژاپن، جمهوری کره و ویتنام TM به طور رسمی و تمام وقت تدریس می‌شود و از پشتیبانی اطلاعاتی WPRO بهره‌مند است.

از دیگر فعالیت‌های WPRO در سال ۱۹۹۷ ارائه «دستورالعمل استفاده صحیح از داروهای گیاهی» جهت بهبود و توسعه استفاده مناسب از داروهای گیاهی در منطقه بود و از این دستورالعمل جهت ایجاد سیاست و برنامه ملی داروهای گیاهی نیز استفاده گردید. این در حقیقت زمینه‌ای است که WHO هر روز در آن فعال‌تر می‌شود. در سال ۱۹۹۹، هیأت توسعه سیاست‌های طب سنتی WHO نقش TM در منطقه غرب اقیانوس آرام را بررسی و مشکلات مربوط به تهیه پیش‌نویس سیاست ملی را تعیین نمود. در اواخر سال ۱۹۹۹ یک هیأت مشاور WHO در زمینه TM و پزشکی نوین، روش هماهنگ‌سازی این دو نوع نظام مراقبت سلامت را جهت رسیدن به وضعیت سلامت مطلوب، بررسی نمود. در سال ۲۰۰۰، یک گروه منطقه‌ای WHO که در زمینه TM و کلاً ارتقاء بخش سلامت فعالیت داشت، پیش‌نویس برنامه اجرایی TM را در ۲۰ کشور جزیره‌ای اقیانوس آرام تهیه نمود.

کشورهای بیشتری از منطقه غرب اقیانوس آرام، جهت ترویج استفاده صحیح از TM و وارد کردن آن به نظام رسمی مراقبت سلامت کشور ابراز تمایل نموده‌اند. تاکنون ۱۴ کشور و ناهیه در این منطقه، اسناد رسمی دولتی انتشار داده‌اند که در آن طب سنتی و بکارگیری آن به رسمیت شناخته شده است. این امر با وضعیت چند سال پیش که تنها چهار کشور چین، ژاپن، جمهوری کره و ویتنام نقش TM را در نظام مراقبت سلامت خود به رسمیت می‌شناختند، بسیار متفاوت است (۵۹).

## ۲-۳ تضمین استفاده مناسب، ایمن و اثربخش از طب سنتی

روش‌های درمانی TM/CAM معمولاً در یک محیط فرهنگی مشخص رشد می‌یابند. اما نفوذ آنها به فرهنگ‌های دیگر روز به روز بیشتر می‌شود، که این امر موجب مطرح شدن مسأله ایمنی و اثربخشی TM/CAM می‌گردد. مثلاً پرسیده می‌شود که آیا این روش‌های درمانی انتقال یافته، با همان سطح از تخصص، دانش و مهارت که در کشور خاستگاه آن ارایه می‌گردد، در دسترس می‌باشد؟ طب سوزنی مثال خوبی در این باره است. در حال حاضر علاوه بر چین - که کشور خاستگاه آن است - در بسیاری از کشورهای دنیا از این طب استفاده می‌شود و در واقع یکی از مشهورترین روش‌های درمانی TM/CAM در جهان محسوب می‌گردد. بر این اساس WHO به منظور تهیه یک استاندارد بین‌المللی اصطلاحات در طب سوزنی با خبرگان این رشته همکاری نمود. این اصطلاحات اکنون بطور گسترده‌ای مورد قبول واقع شده است. همچنین WHO نسبت به تدوین «دستورالعمل‌هایی در زمینه آموزش اولیه و ایمنی طب سوزنی» و «دستورالعمل‌هایی در زمینه تحقیقات بالینی طب سوزنی» اقدام کرده است. این دستورالعمل‌ها مقامات سلامت ملی کشورها را به قانون‌گذاری در زمینه طب سوزنی به طور جدی تشویق می‌نماید.



همچنین محصولات TM/CAM، بخصوص داروهای گیاهی اکنون در سطح منطقه‌ای و جهانی داد و ستد می‌شوند. بسیاری از مقامات متولی سلامت کشورها اکنون نگران استفاده ایمنی و منطقی این داروها هستند، خصوصاً اگر قانون‌گذاری لازم در این رابطه وجود نداشته باشد و ایمنی و کیفیت آنها تضمین نشده باشد. WHO با تهیه کتاب‌های مرجعی چون «روش‌های کنترل کیفیت مواد گیاهان دارویی» نه تنها کار فنی مقامات قانون‌گذار دارویی را تسهیل کرده، بلکه کشورها را به پذیرش مسئولیت در کنترل کیفیت داروهای گیاهی تشویق نموده است.

### ابزار و همکاری‌های WHO

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، مراکز ملی تحقیقاتی در زمینه TM ایجاد شده است. برای مثال در چین، جمهوری خلق کره، هند، اندونزی، جمهوری دموکراتیک خلق لائوس، مالی، ماداگاسکار، نیجریه، جمهوری کره، سری‌لانکا، تایلند و ویتنام، WHO نه تنها با ارائه رهنمودها و اطلاعات علمی از تحقیقات آنها پشتیبانی می‌کند، بلکه با اعطای کمک مالی نیز از تحقیقات در زمینه ایمنی و کارایی استفاده از TM/CAM حمایت می‌نماید. در آفریقا، WHO از تمامی ۲۱ کشور، در زمینه تحقیقات درباره درمان‌های TM پشتیبانی می‌کند. برای مثال، این سازمان یک بودجه پژوهشی را به منظور حمایت از تحقیقات بالینی در مورد داروهای گیاهی ضد مالاریا به مرکز تحقیقات پزشکی کنیا، مرکز ملی تحقیقات گیاهان دارویی غنا و مرکز ملی تحقیق و توسعه دارویی نیجریه - که در این زمینه فعالیت می‌کردند - اعطا کرده است.



### همکاری با سایر سازمان‌ها

فعالیت‌های WHO به منظور استفاده مناسب، ایمن و اثربخش درمان‌های TM/CAM از مشارکت فنی تعدادی از سازمان‌های ملی و بین‌المللی بهره‌مند می‌شود. بعنوان مثال، NCCAM در سال ۱۹۹۶ در ایالات متحده آمریکا، به عنوان یک مرکز همکاری‌کننده با WHO برای طب سنتی، انتخاب گردید. این مرکز نه تنها پیشنهادات فنی در جهت

توسعه تکنیک‌های گیاهان دارویی منتخب WHO و دستورالعمل‌هایی در آموزش پایه و ایمنی در طب سوزنی ارایه نمود، بلکه با حمایت مالی سبب گسترش مستنداتمانند دستورالعمل‌های عمومی برای روش‌شناسی‌های تحقیق و ارزیابی طب سنتی گشته است.

در سطح اروپایی، همکاری‌ها با گروه کاری ویژه (Ad Hoc EMEAs Working Group) در مورد محصولات داروهای گیاهی صورت می‌گیرد. این گروه در تهیه تکنیک‌های گیاهان دارویی منتخب WHO، رهنمودهای عمومی برای روش‌شناسی‌های تحقیق و ارزیابی طب سنتی و دستورالعمل‌های سنجش گیاهان دارویی یاری رسانده است. به عنوان نتیجه، کشورهای اروپایی بیشتر به استفاده از مستندات فنی در زمینه TM/CAM تشویق می‌شوند.

همچنین WHO با مراکز همکاری‌کننده‌اش در زمینه طب سنتی به منظور انجام فعالیت‌های منطقه‌ای، ملی و جهانی کار می‌کند. فهرست کامل مراکز همکاری‌کننده با WHO در ضمیمه ۱ آمده است. این مراکز به منظور ترویج TM در سطح ملی از طریق برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی به توافق رسیده‌اند (شکل ۱۲). آنها همچنین موافق پیشنهادات فنی و اطلاعات برای حمایت از توسعه دستورالعمل‌های فنی WHO و مستندات آن و ارایه آموزش بنا به درخواست WHO برای متخصصین طب سوزنی و همچنین آموزش‌های در زمینه افزایش مهارت‌های تحقیق برای بررسی ایمنی و کارایی گیاهان دارویی، می‌باشد.

شکل ۱۲

مراکز همکاری سازمان جهانی بهداشت در زمینه TM، یک منبع در حال رشد



کشورهایی که بیش از یک مرکز همکاری‌کننده دارند  
 چین ۷  
 جمهوری کره ۲  
 ژاپن ۲  
 ایالات متحده امریکا ۲

## ۳-۳ گسترش دسترسی به اطلاعات TM/CAM

سازمان جهانی بهداشت با داشتن ۱۹۱ کشور عضو، به منظور درگیر شدن در طیفی از فعالیت‌های TM و دسترسی مستقیم به بسیاری از موضوعات آن، از موقعیت مناسبی برای کمک به افزایش دستیابی به اطلاعات دقیق درباره TM برخوردار است. این مسأله شامل تهیه کتاب‌های معتبر مرجع- مثلاً در زمینه گیاهان دارویی- و دستورالعمل‌هایی در زمینه سیاست ملی، آموزش، آرایه صحیح، انتخاب و استفاده از این روش‌های درمانی می‌شود. (ضمیمه ۲). این سازمان همچنین به طور فزاینده‌ای تبادل اطلاعات را تسهیل می‌نماید.

### اطلاعات موثق

تک‌نگارهای گیاهان دارویی منتخب WHO اطلاعات علمی لازم را درباره ایمنی، اثربخشی و کنترل کیفیت گیاهان دارویی پر مصرف آرایه می‌دهد. این اطلاعات شامل خلاصه خصوصیات گیاه‌شناسی، فهرست مواد مؤثر شیمیایی هر گیاه و دستورالعمل چگونگی کنترل کیفیت مواد موجود در گیاهان است. این کتاب همچنین استفاده درمانی از داروها را از سه دیدگاه: داروشناسی (Pharmacology)، دوزشناسی (Posology) و موارد منع مصرف و نیز احتیاط‌های لازم جهت پیشگیری از عوارض جانبی بررسی می‌نماید. این کتاب، مرجعی معتبر برای مقامات متولی سلامت ملی، محققین، شرکت‌های داروسازی و سایر افراد جهت دستیابی به اطلاعات در زمینه استفاده منطقی از داروهای گیاهی می‌باشد.

علاوه بر این، برخی کشورهای عضو مانند بنین، مکزیک، آفریقای جنوبی و ویتنام از این کتاب به عنوان سرمشقی جهت تهیه تک‌نگارهای ملی یا فرمولاسیون‌های خود استفاده کرده‌اند. کمیته اروپایی جلد اول این کتاب را به عنوان یک منبع اطلاعاتی موثق به کشورهای عضو اتحادیه اروپا توصیه کرده است.

گرچه مسئولیت تمامی مندرجات و محصولات این کتاب با WHO است، ولی این مطالب نمایانگر همکاری چند گروه است که همین نکته آن را دقیق‌تر و قابل اعتمادتر می‌سازد. تا این تاریخ بیش از ۲۰۰ کارشناس به علاوه اعضای هیأت‌های کارشناسان مشاور WHO در زمینه طب سنتی و بیش از ۵۰ مقام قانون‌گذار صنعت داروسازی در تهیه این کتاب شرکت و همکاری نموده‌اند. جلد اول این کتاب در سال ۱۹۹۹ به چاپ رسید و از آن تاریخ به طور گسترده‌ای توزیع گردیده است. جلد دوم آن در سال ۲۰۰۱ به چاپ رسید و جلد سوم نیز در اواخر همان سال آماده گردید.

کتاب «وضعیت قانون‌گذاری بر گیاهان دارویی: یک بررسی جهانی» نیز حاصل همکاری و تلاش WHO و بسیاری از کشورهای عضو آن می‌باشد. با آرایه اطلاعات از ۵۰ کشور درباره قانون‌گذاری بر داروهای گیاهی، این کتاب مرجع به عنوان راهنما در خدمت مقامات متولی سلامت کشورهایی است که جویای اتخاذ قانون و ثبت داروهای گیاهی خود می‌باشند. مؤسسات تحقیقاتی و صنایع داروسازی نیز این کتاب را بسیار مفید یافته‌اند. کتاب «روش‌های کنترل کیفیت برای مواد گیاهان دارویی» یکی دیگر از کتب مرجعی است که اخیراً توسط WHO تهیه و چاپ شده است.

### تسهیل تبادل اطلاعات

سازمان جهانی بهداشت، علاوه بر ایجاد امکان دسترسی گسترده به انتشارات و مدارک این سازمان، تبادل اطلاعات از طریق مراکز همکاری طب سنتی خود را نیز تسهیل می‌نماید. سوالات دریافت شده از مقامات بهداشتی کشورها، دانشمندان و مردم با همکاری این مراکز پاسخ داده می‌شوند. مرکز همکاری طب سنتی واقع در دانشکده داروسازی دانشگاه ایلینویز شیکاگو دارای یک پایگاه اطلاعاتی در زمینه گیاهان دارویی است که واجد اطلاعات کد شده محصولات

طبیعی از ۱۵۰۷۵۰ منبع می‌باشد. این رقم شامل منابع مربوط به طب بومی (Ethno Medicine) و داروشناسی عصاره‌ها و ترکیبات خالص نیز می‌شود. از سال ۱۹۹۴ این مرکز کمک شایانی به تهیه پیش‌نویس هر ۳ جلد تک‌نگارهای گیاهان دارویی منتخب WHO نموده است. همچنین این مرکز بصورت رایگان، برای کشورهای در حال توسعه، تامین اطلاعات می‌کند. در سال ۲۰۰۰ این مرکز پاسخگوی ۱۰۱۸۲ درخواست مطرح شده توسط کشورهای در حال توسعه از طریق دفتر مرکزی WHO و دفاتر منطقه‌ای آن در این کشورها با تأمین ۴۰۷۸۴۰ منبع بوده است (جدول ۱۲).

جدول ۱۲

تبادل اطلاعات توسط مرکز هماهنگی‌کننده طب سنتی WHO در دانشکده داروسازی دانشگاه ایلینویز شیکاگو		
تعداد درخواست‌های دریافت شده	تعداد منابع استفاده شده	دفتر مرکزی یا دفتر منطقه‌ای WHO
۱۷۱	۱۷۳۹۶	دفتر مرکزی
۱۷۵۹	۳۱۲۳۸	دفتر منطقه‌ای آفریقا
۲۸	۱۷۸۴	دفتر منطقه‌ای شرق مدیترانه
۵۱۳۵	۱۳۱۷۶۰	دفتر منطقه‌ای آمریکا
۲۸۰۱	۱۷۹۱۱۳	دفتر منطقه‌ای جنوب شرقی آسیا
۲۸۸	۴۶۵۴۹	دفتر منطقه‌ای غرب اقیانوس آرام

همچنین مراکز همکاری طب سنتی WHO در چین (انستیتو علوم بالینی و اطلاعات، آکادمی طب سنتی چین، پکن)، جمهوری کره (انستیتو تحقیقاتی محصولات طبیعی، دانشگاه ملی سئول) و در ایالات متحده آمریکا (مرکز ملی طب مکمل و جایگزین و مرکز سلامت در بتسدا، مری‌لند) نیز دارای پایگاه‌های اطلاعاتی TM/CAM می‌باشند که در ارایه اطلاعات علمی به مردم و به ارایه‌دهندگان این طب نقش مهم و چشمگیری دارند.



و در آخر، باید به وبسایت‌های مربوط به TM/CAM اشاره کرد که توسط دفتر مرکزی و دفاتر منطقه‌ای WHO راه‌اندازی شده‌اند تا درباره سیاست‌گذاری TM/CAM، مقررات حاکم بر ارایه و استفاده از TM/CAM و نتایج حاصل از تحقیقات در مورد ایمنی، اثربخشی و میزان استفاده از روش‌های درمانی TM/CAM، آمار و اطلاعات ارایه نمایند.



## فصل ۴

### منابع ملی و بین‌المللی طب سنتی

به حداکثر رساندن نقش TM/CAM در ارتقاء جهانی سلامت وظیفه‌ای دشوار است که فعالیت‌های گوناگونی را دربرمی‌گیرد و نیازمند کارشناسی از جهات مختلف می‌باشد. خوشبختانه تعداد سازمان‌های فعال در زمینه مسایل TM/CAM، که WHO می‌تواند روی کمک آنها حساب کند، رو به افزایش است. برخی از این سازمان‌ها در زیر شرح داده شده‌اند. شاخصی نیز به منظور همکاری‌های انجام گرفته بین این سازمان‌ها و WHO ارائه داده شده است.

به رسمیت شناخته شدن اهمیت TM/CAM در سلامت جامعه توسط دولت‌ها و ایبار محیطی مستعد برای رشد و توسعه این طب، اساس بهینه‌سازی استفاده از طب سنتی می‌باشد. در این راستا حمایت مراوم سیاست‌گذاران، درمانگران تهرپی TM، سازمان‌های غیر دولتی، مؤسسات تخصصی، جامعه، مؤسسات آموزشی و سایر ذی‌نفعان که زمینه آن را با به کارگیری تبلیغات گسترده اجتماعی و روش‌های مشارکتی به وجود می‌آورند، مورد نیاز است (۲).

#### ۴-۱ آژانس‌های سازمان ملل متحد

معاهده تجارت بین‌المللی گونه‌های گیاهی و جانوری در معرض خطر (CITES) که از سال ۱۹۷۵ به اجرا گذاشته شده است، اکنون ۱۲۵ عضو از کشورهای مختلف دارد. این کشورها با تحریم تجارت گونه‌های در حال انقراض و در معرض خطر گیاهی و جانوری، که فهرستی توافقی از آنها تهیه شده است، و همچنین با نظارت بر تجارت گونه‌های نزدیک به خطر انقراض، با این معاهده همکاری می‌نمایند. دبیرخانه این معاهده که مطابق با برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد اداره می‌شود، کشورهای عضو را در جهت اجرای مفاد این معاهده، راهنمایی و کمک می‌نماید. همچنین این دبیرخانه برنامه‌هایی را به منظور بهبود اجرای مفاد معاهده تدوین نموده است، مانند تشکیل سمینارهای آموزشی و بررسی وضعیت گونه‌های گیاهی و جانوری تجاری جهت اطمینان از استفاده از آنها در محدوده مجاز.

وظیفه سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل متحد (FAO) بالا بردن سطح تغذیه و استاندارد زندگی، افزایش تولید و بهره‌وری از محصولات کشاورزی و بهبود وضعیت زندگی روستائینان است. یکی از اهداف اولیه و مهم این سازمان تشویق به توسعه پایدار کشاورزی و روستاها به طور کلی است که شامل یک راهبرد بلندمدت در جهت حفظ و مدیریت منابع طبیعی می‌باشد. از دهه ۱۹۸۰ تاکنون، کمیته جنگل‌داری FAO در حال ارائه یک سری اسناد درباره

محصولات بدون چوب جنگلی<sup>۱۰</sup> - که برخی از آنها جزء گیاهان دارویی هستند- به همراه اطلاعاتی درباره سیاست ملی، برنامه‌های حمایتی و همچنین آمار و اطلاعات بدست آمده از تحقیقات و فعالیت‌های مربوط، می‌باشد. این سازمان با WHO جهت تهیه کتاب تک‌نگارهای گیاهان دارویی منتخب، از طریق تأمین داده‌های تحقیقاتی، همکاری کرده است. اهداف اصلی **کنفرانس تجارت و توسعه سازمان ملل متحد (UNCTAD)** عبارتست از به‌حداکثر رساندن تجارت، سرمایه‌گذاری و پیشبرد فرصت‌های کشورهای در حال توسعه و کمک به آنها به منظور غلبه بر مشکلات جهانی‌سازی. بسیاری از این‌گونه محصولات در جهان بر اساس دانش سنتی شکل گرفته و عامل دستیابی به منابع اصلی درآمد، غذا و مراقبت سلامت می‌باشند. مانند بسیاری از منابع ژنتیک گیاهی و اشکال دیگری از دستکاری‌های ژنتیکی که از کشورهای در حال توسعه سرچشمه گرفته یا در آنها اجرا می‌شوند. به همین جهت UNCTAD از دانش سنتی حمایت جدی می‌نماید. این سازمان در حال حاضر توجه خود را به سوء استفاده‌های مقطعی از TM معطوف داشته است. همکاری بین UNCTAD و WHO در مراحل اولیه خود می‌باشد با این حال در سال ۲۰۰۰ WHO در نشست متخصصان UNCTAD در زمینه نظام‌ها و تجربیات ملی جهت حفاظت از دانش بومی، نوآوری‌ها و به کارگیری آنها شرکت نمود و در مقابل UNCTAD در کارگاه بین منطقه‌ای WHO درباره حق مالکیت معنوی در طب سنتی که در بانکوک برگزار شد، حاضر گردید.

**سازمان توسعه صنعتی سازمان ملل متحد (UNIDO)** به کشورهای در حال توسعه و اقتصادهای در حال گذار، جهت دستیابی به توسعه پایدار صنعتی یاری می‌رساند. به طور مشخص این سازمان در زمینه‌های اقتصاد رقابتی، محیط زیست سالم و اشتغال‌زایی پویا، نسبت به حل مشکلات موجود در سطوح سیاست‌گذاری، سازمانی و سرمایه‌گذاری تمایل دارد. در سال ۱۹۸۶ در اجلاس متخصصین UNIDO پیشنهاد شد که تحقیق، توسعه و توزیع داروهای گیاهی، به خصوص در کشورهای در حال توسعه، بطور گسترده‌ای تشویق و در نظام سلامت کشورها ثبت شود. در سال ۱۹۸۷ سومین جلسه شورای UNIDO در مورد صنعت داروسازی، پیشنهاد پشتیبانی این سازمان را در زمینه استفاده صنعتی از گیاهان دارویی ارائه داد. این پیشنهاد شامل تولید صنعتی گیاهان دارویی، ارتقاء فناوری تولید گیاهان دارویی و توسعه فناوری تولید محصولات استاندارد گیاهان دارویی بود. این سازمان در حال حاضر از کشورهای در حال توسعه‌ای که در تلاش برای ساخت ظرفیت صنعتی برای تولید گیاهان دارویی می‌باشند، حمایت می‌کند. همچنین UNIDO در شورای مشاوره‌ای WHO برای به روز نمودن کتاب تک‌نگارهای گیاهان دارویی منتخب WHO شرکت کرده است.

**سازمان جهانی مالکیت معنوی (WIPO)** خود را وقف توسعه استفاده و حمایت از دستاوردهای معنوی انسان ساخته است. این سازمان ۲۱ معاهده بین‌المللی را که با جوانب مختلف حمایت از مالکیت معنوی سروکار دارند، اجرا می‌نماید. در سال ۱۹۹۸ کشورهای عضو این سازمان از آن خواستند که یک برنامه اجرایی در مورد مالکیت معنوی و دانش سنتی تهیه نماید. در پی آن، WIPO سمینار منطقه‌ای خود را در آسیا با عنوان «مالکیت معنوی در زمینه دانش سنتی» (در سال ۱۹۹۸ در دهلی نو) برگزار کرده و با UNEP در دو مورد تحقیقاتی درباره نقش حقوق مالکیت معنوی در تقسیم سودهای حاصل از گیاهان دارویی و دانش TM مرتبط با آن، همکاری داشته است. این سازمان همچنین مأموریت دستیابی به واقعیت در زمینه مالکیت معنوی و دانش سنتی را در سال‌های ۹-۱۹۹۸ برعهده گرفت و در این رابطه دو میزگرد نیز ترتیب داد. این سازمان جهانی همچنین نمونه‌ای از یک کتابخانه الکترونیکی دانش سنتی (TKDL) را به راه انداخته است که شامل اطلاعاتی درباره ۵۰ گیاه دارویی و دانش سنتی مربوط به آنها می‌شود. این سازمان از WHO در اجلاس خود دعوت به عمل آورده و خواستار همکاری این سازمان در توسعه این‌گونه کتابخانه‌ها می‌باشد.

## ۲-۴ سازمان‌های بین‌المللی

**دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع** سازمان اصلی کشورهای مشترک‌المنافع است که تشکل داوطلبانه کشورهای مستقل، شامل کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد. این دبیرخانه در راستای توسعه دموکراسی و حکومت سالم و ایجاد بستری برای ساختار وفاق جهانی می‌باشد و دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع مرجعی برای کمک به توسعه پایدار است. از فعالیت‌های اخیر آن می‌توان ترویج تولید داروهای گیاهی را نام برد. این دبیرخانه برای برخی از کشورهای آفریقایی انگلیسی زبان، به منظور تولید داروهای گیاهی، منابع مالی محدودی فراهم کرده است. این دبیرخانه در اواخر سال ۲۰۰۰ در شهر کپ‌تاون آفریقای جنوبی مجمعی درباره گیاهان دارویی ترتیب داد که در آن بهبود و ترغیب به کشت و حفاظت از گیاهان را به منظور افزایش تولید داروهای گیاهی ارزان - به خصوص در آفریقا - مورد بررسی قرار داد. در این مجمع همچنین مسائل تجاری مانند موانع غیرتعرفه‌ای، قانون‌گذاری، اعطای مجوز فعالیت، شماره ثبت تجاری و کیفیت محصولات و خدمات نیز مورد بررسی قرار گرفت.

این دبیرخانه «راهنمای بازار اروپا برای گیاهان و عصاره‌ها دارویی» را ارائه داد که در آن با در نظر گرفتن جزئیات رشد و توسعه صنعت گیاهی اروپا، راهنمایی‌های عملی برای تولیدکنندگان و صادرکنندگان گیاهان دارویی مطرح شده است.

**آژانس اروپایی ارزیابی محصولات دارویی (EMA)** در جهت توسعه سلامت جوامع انسانی و حیوانی به واسطه فعالیت‌هایی ذیل همکاری می‌نماید:

تضمین ارزشیابی مطلوب محصولات دارویی، ایجاد روندهای کارآمد و مشخص جهت تسهیل دسترسی به موقع مردم به داروهای جدید و کنترل ایمنی داروها برای انسان‌ها و حیوانات، بویژه از طریق شبکه فارماکو ویژی‌لانس. در سال ۱۹۹۷ EMEA گروه کاری ویژه محصولات گیاهان دارویی را تشکیل داد. این گروه برای کشورهای عضو به مانند مرکزی جهت تبادل اطلاعات و تجارب در زمینه محصولات گیاهان دارویی عمل می‌کند. گروه مذکور همچنین به توسعه مفهومی مشترک از قانون‌گذاری در این زمینه کمک کرده و برای مقامات سیاست‌گذار ملی دارو، در زمینه مسائل مرتبط با داروهای گیاهی راهنمایی و هم‌فکری می‌نماید. علاوه بر این، این گروه در حال تهیه پیشنهادهای جهت بازبینی و توسعه چارچوب جدید تضمین کیفیت، ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی است.

**مؤسسه اروپایی همکاری علمی در گیاه‌درمانی (ESCOP)** در جهت پیشبرد و توسعه وضعیت علمی طب گیاهی<sup>۱۱</sup> و هماهنگ‌سازی قانون‌گذاری در سطح اروپا، تأسیس گردید. کمیته علمی ESCOP تعدادی از تک‌نگارهای اروپایی را که دربرگیرنده خلاصه موارد استفاده طبی از گیاهان دارویی (شامل ایمنی آنها) می‌باشد، تکمیل نموده است. این مؤسسه فعالیت در زمینه مذکور را برای رسیدن به هماهنگی ضروری می‌داند و تا سال ۱۹۹۲ ESCOP تعداد ۱۵ دایره‌المعارف به چاپ رسانده است. از آن تاریخ به بعد، توجه این مؤسسه به تهیه خلاصه‌ای از خصوصیات گیاهان دارویی منحصر به فرد، به خصوص آنهایی که در تک‌نگارهای داروشناسی اروپایی یا ملی وجود داشته‌اند، معطوف گردید. ترتیب موضوعات مطرح شده در هر خلاصه به نحوی است که جنبه‌های بالینی گیاهان دارویی مربوط از جمله فارماکودینامیک، فارماکوکینتیک و اطلاعات ایمنی پیش بالینی را پوشش دهد.

**اتحادیه اروپایی (EU)** متشکل از ۱۵ کشور مستقل جامعه اروپایی است و با هدف توسعه همکاری‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی متقابل بر پا شده است. کشورهای عضو اتحادیه اروپایی جهت انجام برخی فعالیت‌های معین به مؤسسات مستقلی که در کل، حافظ منافع جامعه اروپایی، کشورها و مردم آن هستند، تفویض اختیاری می‌نماید. برای جامعه

۱۱- ESCOP داروهای گیاهی مانند محصولات گیاهی واجد مواد مؤثره گیاهی، اجزا گیاهان یا مواد گیاهی، یا ترکیبات آنها، به اشکال خام یا پروسه شده، را تعریف می‌نماید.

اروپایی دو جنبه از TM/CAM دارای اهمیت است: ابتدا سیاست‌گذاری و وضع قوانین، سپس تحقیقات در زمینه طب غیر رایج. در یکی از پروژه‌های تازه به اتمام رسیده مؤسسه همکاری اروپایی در زمینه تحقیقات علمی و فنی (ECOST) تفاوت‌های طب رایج و غیر رایج از نظر مفاهیم، تحقیقات و نحوه اجرا، دلایل محبوبیت رو به افزایش طب غیر رایج و ارتباط آنها با طب رایج و همچنین وضعیت فعلی تحقیقات درباره طب غیر رایج، مورد بررسی واقع گرفت.

**بانک جهانی** (World Bank) که بزرگترین پشتوانه توسعه جهانی است، سالانه به کشورهای عضو، قریب به ۱۷ میلیون دلار آمریکا وام پرداخت می‌نماید. این بانک با استفاده از منابع مالی، پرسنل و پایگاه اطلاعاتی خود، در پی کمک به کشورهای در حال توسعه جهت نیل به رشد اقتصادی پایدار، مداوم و عادلانه، در غلبه بر فقر اقتصادی است. در حال حاضر این سیاست بانک جهانی، منجر به کمک به چند کشور در حال توسعه جهت اتخاذ سیاست و راهبرد ملی در حمایت از گیاهان دارویی، کشت و عمل‌آوری آنها شده است. به علاوه این بانک با اعمال برنامه دانش بومی<sup>۱۲</sup> به دنبال هدایت این دانش بومی- سنتی در مسیر کشاورزی، مراقبت‌های سلامت، تهیه آذوقه، آموزش و پرورش، مدیریت منابع طبیعی و بسیاری دیگر از مسایل جوامع و گنجاندن آنها در فعالیت‌های شرکاء توسعه یافته خود می‌باشد. راهبردهای مختلفی جهت رسیدن به این هدف استفاده می‌شود. این راهبردها شامل تهیه یک منبع اطلاعاتی دانش بومی- سنتی، و یک سری از نکات دانش بومی است. این برنامه بانک جهانی از مراکز مرجع واقع در آفریقا که بر روی شناسایی و ترویج دانش بومی و سنتی کار می‌کنند نیز حمایت می‌کند. همکاری با دولت‌ها و شرکای محلی سبب شده که برنامه مذکور در خصوص به کارگیری دانش بومی در پروژه‌های بانک جهانی و در برنامه‌های توسعه ملی به جریان بیافتد.

**سازمان تجارت جهانی** (WTO) سازمانی بین‌المللی است که وظیفه قانون‌گذاری در زمینه تجارت بین‌المللی را به عهده دارد. اگرچه این سازمان از نظر قانونی در ژانویه ۱۹۹۵ فعالیت خود را آغاز کرد، اما در عمل وارث «معاهده کلی تعرفه‌ها و سیستم چند جانبه تجارت» می‌باشد که در سال ۱۹۴۷ شکل گرفته بوده است. اهداف آن عبارتند از تشویق بر عدم تبعیض، آزادسازی موانع بر سر راه تجارت، ارتقاء سیاست‌گذاری‌های قابل پیش‌بینی و شفاف، افزایش رقابت سالم، اعطای کمک‌های ویژه به کشورهای در حال توسعه. شورای موافقت بر جنبه‌های تجاری مالکیت معنوی این سازمان، اجازه نظارت تخصصی بر این مقوله را به سازمان جهانی بهداشت اعطا کرده است.<sup>۱۳</sup>

WHO اکنون می‌تواند هر مسأله در حال بررسی توسط سازمان تجارت جهانی را که ارتباطی با مقوله بهداشت داشته باشد، مورد نظارت قرار دهد. (برای مثال در ماه مه ۱۹۹۹ به WHO مأموریت داده شد که بر جنبه‌های سلامت عمومی توافقاتنامه‌های تجاری صنعت داروسازی نظارت و بررسی داشته باشد.) در سال ۲۰۰۰ WHO و سازمان تجارت جهانی یک کارگاه بین‌المللی در مورد سرمایه‌گذاری و قیمت‌گذاری داروهای ضروری تشکیل دادند.

### ۳-۴ سازمان‌های غیردولتی

تعداد زیادی از سازمان‌های غیردولتی (NGOs) در حال فعالیت در زمینه TM/CAM در سطح جهانی هستند که تنها به تعداد اندکی از آنها در زیر اشاره شده است.

**مرکز همکاری کوکرین** (The Cochrane Collaboration) با تهیه، حفظ و توسعه دسترسی به مقالات مروری درباره مداخلات مراقبت‌های سلامت، قصد کمک به مردم در خصوص تصمیم‌گیری آگاهانه درباره مسائل مرتبط با سلامت دارد. فعالیت‌های کوکرین بیش از اینکه به مشکلات بهداشتی بپردازد، بر روی ابعاد مراقبت‌های سلامت متمرکز می‌باشد. برای مثال: گروه مصرف‌کننده (مثل: سالمندان)، گروه ارایه‌دهنده (مثل: پرستارها) یا نوع مداخله (مثل: روش‌های

۱۲- Indigenous Knowledge Program

۱۳- این توافق به نام TRIPS معروف است. (The Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights)

درمانی فیزیکی) مورد توجه این مرکز هستند. کارمندانی که در زمینه جستجوی دستی مجلات تخصصی پزشکی مشغول به کار می‌باشند، کمک می‌نمایند تا اولویت‌ها و دیدگاه‌های آنها در زمینه مورد نظر، در کار دیگر گروه‌های همکار آنها بازتاب پیدا نماید. همچنین بانک اطلاعات مقالات مروری را تهیه و فعالیت‌های صورت گرفته با آژانس‌های مرتبط خارج از مرکز را هماهنگ نموده و در مورد مقالات مروری مربوط به زمینه فعالیت خود، اظهار نظر می‌نمایند.

شاخه کوکین در طب مکمل در سال ۱۹۹۶ تشکیل شد تا مقالات مروری درباره موضوعات TM/CAM را تهیه، حفظ و منتشر نماید.

**بنیاد فورد (Ford Foundation)** یکی دیگر از این مراکز است که مأموریت آن مبارزه با فقر و توسعه عدالت در سراسر جهان است. این مؤسسه همچنین از سازمان‌های غیردولتی، مدارس، دانشگاه‌ها، مؤسسه‌های تحقیقاتی، گروه‌های فرهنگی و سازمان‌های دولتی حمایت می‌نماید. ایپدی ایدز در قاره آفریقا از نگرانی‌های اصلی این مؤسسه بوده و معتقد است که بدون همکاری طبیبان سنتی و سازمان‌های مرتبط با TM نمی‌توان با این بیماری مقابله کرد. یکی از همکاران اصلی مؤسسه فورد، **مؤسسه توسعه طب سنتی** است که به کمک آن، فعالیت‌های خود را در زمینه TM در کشورهای آفریقایی انگلیسی و فرانسه زبان انجام می‌دهد.

مؤسسه توسعه طب سنتی در داکار (سنگال) مرکزیت داشته و در بنین، کامرون و آمریکا نیز دفاتری دارد. این مؤسسه جهت بهبود استفاده و پذیرش TM فعالیت می‌کند. در کنار داشتن مؤسسه‌ای با ۴۵۰ درمانگر سنتی دارای مجوز فعالیت و یک بیمارستان تحقیقاتی در فاتیک سنگال، این مؤسسه همچنین اطلاعات آموزش بهداشت در زمینه مبارزه با ایدز را نیز تهیه می‌نماید. راهبرد ارتباطات آن از صنعت چاپ، رسانه‌های الکترونیکی و ماهواره بهره برده و به کمک **بنیاد پرزنت (Foundation du Présent)** در ژنو سوئیس و مؤسسه جهانی فضا (World Space Foundation) در آمریکا آن را به اجرا می‌گذارد.

**صندوق جهانی بودجه برای طبیعت (WWF)** بزرگترین سازمان حمایتی مستقل جهان است. این صندوق مانند **اتحادیه حفظ منابع طبیعی (IUCN)** جهت کمک به ملت‌های سراسر جهان، در راستای حفظ تمامیت و گوناگونی طبیعت و استفاده متعادل و متداوم از نظر اکولوژیکی فعالیت می‌نماید. این امر شامل پروژه‌ها و تحقیقات درباره مدیریت مناسب جنگل‌های غیر چوب‌زا که معمولاً شامل جنگل‌های دارای گیاهان دارویی است نیز می‌شود.



هر دو سازمان مذکور ثابت کرده‌اند که نیاز مبرم به ساقه، ریشه و کل گیاه دارویی و جمع‌آوری آن از منابع طبیعی چگونه جمعیت این گونه‌ها را به طور سریع کاهش داده و تا مرحله انقراض پیش می‌برد. با تأکید بر این نگرانی، هر دو سازمان کارشناسان حمایت از گونه‌های در حال انقراض و مصرف‌کنندگان این محصولات را گرد هم آوردند تا جهت دستیابی به راه‌حل‌های ممکن و جهت بخشیدن به تحقیقات درباره جمع‌آوری مداوم محصولات گیاهان دارویی همکاری نمایند. این دو سازمان، چارچوب‌ها و توصیه‌هایی را در مورد چگونگی حفظ گیاهان دارویی تهیه کرده‌اند.

## ۴-۴ انجمن‌های حرفه‌ای جهانی

**اتحادیه بین‌المللی پزشکی هومیوپاتی (LMHI)** در سال ۱۹۲۵ تأسیس شد و نماینده حدود ۸۰۰۰ هومیوپات ۵۰ کشور است. اهداف آن عبارتند از: حمایت از تلاش کشورهای عضو در به رسمیت شناخته شدن هومیوپاتی، به وجود آوردن ارتباط بین هومیوپات‌های دارای مجوز و دارندگان مدارک پزشکی طب رایج، کمک به سازمان‌های ملی هومیوپاتی از طریق آموزش این علم، انجام تحقیقات در هومیوپاتی و مستندسازی کاربرد آن. این اتحادیه همچنین به

دنبال تحت پوشش قرار دادن هزینه‌های صرف شده در درمان‌های هومیوپاتی توسط بیمه‌های درمانی می‌باشد. در سال ۱۹۸۷ **اتحادیه جهانی انجمن‌های طب سوزنی و موکسیباسشن (WFAS)** تشکیل شده و حدود ۶۰/۰۰۰ عضو از ۷۳ انجمن طب سوزنی در ۴۰ کشور مختلف دارد. ۷۰٪ این اعضا (۳۵/۰۰۰ نفر) یا پزشک هستند و یا از دانشکده‌های رسمی طب سوزنی مورد تأیید دولت مربوط فارغ‌التحصیل شده‌اند (مانند دانشکده‌های موجود در چین، جمهوری کره و ویتنام). بقیه اعضا، درمانگران تجربی طب سوزنی هستند که دارای مجوز فعالیت می‌باشند. این سازمان با افزایش همکاری و تفاهم بین گروه‌های مختلف طب سوزنی و موکسیباسشن در سراسر جهان، به تقویت تبادل بین‌المللی در سطح دانشگاهی در زمینه طب سوزنی و مشارکت در توسعه این علم کمک می‌نماید. این اتحادیه همچنین با WHO جهت ارائه چارچوب فنی و استانداردهای بین‌المللی طب سوزنی و موکسیباسشن همکاری کرده است. این امر همچنین شامل شرکت کردن در تهیه تعدادی از اسناد فنی طب سوزنی WHO نیز می‌باشد.

**اتحادیه جهانی کایروپراکتیک (WFC)** ضمن اینکه با سازمان‌های ملی و بین‌المللی، جهت تهیه اطلاعات و دیگر فعالیت‌ها در رابطه با کایروپراکتیک و بهداشت جهانی همکاری می‌نماید، سبب ارتقاء استانداردهای یکسان در مورد تحصیلات کایروپراکتیک، تحقیقات و به کار بستن آن می‌گردد. همچنین با افزایش اطلاع‌رسانی به جامعه، سبب شناخت بهتر کایروپراکتیک می‌شود و در صورت درخواست، کشورهای عضو را به منظور ثبت و قانون‌گذاری در این طب، راهنمایی می‌نماید. فعالیت‌های در حال حاضر این اتحادیه با WHO شامل تحقیقات در مورد کمر درد و جمع‌آوری اطلاعات برای تنظیم و ثبت به کارگیری کایروپراکتیک در کشورهاست. در مورد اخیر WFC در زمینه بازبینی و مستندسازی موقعیت قانونی TM به WHO یاری می‌رساند.

**صنعت جهانی خود درمانی (WSMI)** یک اتحادیه با ۵۴ مؤسسه عضو است که در سال ۱۹۷۰ تشکیل شد و نماینده تولیدکنندگان و توزیع‌کنندگان داروهای غیر نسخه‌ای، شامل داروهای OTC<sup>۱۴</sup> که قسمت اعظم آن را داروهای گیاهی تشکیل می‌دهد می‌باشد. بسیاری از شرکت‌ها که در زمینه توسعه، تولید و بازاریابی داروهای گیاهی فعالیت می‌نمایند به مؤسسه‌های عضو WSMI تعلق دارند. این سازمان از توسعه مؤسسات خوددرمانی جهت شناخت بهتر و ارتقاء خوددرمانی مسؤولانه، حمایت می‌نماید. در حقیقت این سازمان از مؤسسات عضو خود می‌خواهد نظام‌نامه تبلیغات سالم را رعایت کنند و آنان را ترغیب می‌نماید که اطلاعات قابل استفاده برای مصرف‌کننده را، بر روی برچسب هر کالا فراهم نمایند. از سال ۱۹۷۷ این اتحادیه در ارتباط رسمی با WHO می‌باشد و با این سازمان در زمینه توسعه چارچوب‌هایی برای ارزیابی گیاهان دارویی و روش‌شناسی تحقیق در زمینه ارزشیابی داروهای گیاهی همکاری می‌نماید. همچنین اطلاعات تحقیقات به دست آمده را جهت تکمیل تک‌نگارهای گیاهان دارویی منتخب WHO در اختیار آن سازمان قرار داده است.

## ۵-۴ انجمن‌های حرفه‌ای ملی و بین‌المللی

بسیاری از انجمن‌های حرفه‌ای بین‌المللی از فعالیت‌های WHO حمایت می‌نمایند. برای مثال **سازمان اسلامی علوم پزشکی (IOMS)** قصد دارد در ارتباط با تهیه دستورالعمل استفاده از گیاهان دارویی، با WHO همکاری نماید. پزشکی اسلامی با پزشکی مدرن غربی آمیخته شده است اما پنجمین معیار آن، که «استفاده از کلیه منابع مفید» می‌باشد، شامل هر روش مفید درمانی از جمله روش‌های درمان TM/CAM مانند گیاهان دارویی نیز می‌گردد. IOMS یک مرکز تحقیقات داروهای گیاهی در کویت تاسیس کرده، که یک سازمان غیر انتفاعی است و خدمات خود را به کلیه افراد جویای معالجه با داروهای گیاهی و سایر محصولات آن، ارائه می‌نماید.

تعداد زیادی از سازمان‌های حرفه‌ای ملی نیز با WHO همکاری دارند، از جمله انجمن درمانگران تجربی TM در آفریقا و آسیا، که به عنوان مثال می‌توان به ۲۲ انجمن درمانگران تجربی TM در کشورهای واقع در مناطق نیمه صحرایی آفریقا اشاره کرد. در چین، انجمن‌های ملی تخصصی برای پزشکانی که همزمان از طب رایج و سنتی استفاده می‌نمایند، و همچنین برای ارایه‌دهندگان ماساژ درمانی و متخصصان تغذیه و غذاهای سالم نیز وجود دارد. در هندوستان مدت‌هاست انجمن‌های حرفه‌ای آیورودا، اونانی، سی‌دا و هومیوپاتی تشکیل شده‌اند.

## ۴-۶ ابتکارهای ویژه

**ابتکارهای جهانی برای نظام‌های سنتی (GIFTS)** در بخش سلامت توسط دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع حمایت می‌شود (بخش ۲-۴) و مسؤلیت آن بالا بردن آگاهی بین‌المللی در مورد نقش نظام‌های سنتی سلامت و توسعه سیاست‌گذاری، جهت تضمین تداوم استفاده از آنها می‌باشد. این کار شامل توسعه ارتباطها بین نظام‌های سنتی سلامت، حفظ گوناگونی زیستی و توسعه اقتصادی است.

**ابتکارهای پژوهش در زمینه روش‌های سنتی ضد مالاریا (RITAM)** در سال ۱۹۹۹ به عنوان یک مورد همکاری بین WHO، GIFTS، دانشگاه آکسفورد، محققین و سایر افرادی که در سراسر جهان علاقمند به خواص ضد مالاریایی گیاهان، با نگاهی به توسعه یا ارزش گیاهان دارویی محلی به منظور پیشگیری و یا درمان مالاریا هستند و یا درباره آن تحقیق می‌کنند، شکل گرفته است. این طرح، اجلاس افتتاحیه خود را در دسامبر ۱۹۹۹ در شهر موشی تانزانیا برگزار کرده است.



# فصل ۵

## راهبرد و برنامه فعالیت‌ها

۲۰۰۲-۲۰۰۵

یکی از اهداف راهبردی WHO برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵ کاهش مرگ‌ومیر، بیماری و معلولیت به خصوص در جوامع فقیر و کشورهای است که کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۶۰). از آنجایی که TM یکی از انواع مراقبت‌های سلامت ارزان و در دسترس در بسیاری از کشورهای کم درآمد می‌باشد، WHO در برنامه‌های خود جهت بهبود وضعیت سلامت، از این نوع طب در محدوده‌هایی که موثر و ایمن شناخته شده‌اند استفاده می‌نماید.

در حال حاضر بالا رفتن میانگین عمر در جهان خطر بروز بیماری‌های مزمن در بین افراد مسن را افزایش داده و این در حالی است که TM/CAM توانایی مدیریت این قبیل بیماری‌ها را دارد. در کشورهای توسعه یافته در حال حاضر هر روز تعداد افراد بیشتری از TM/CAM به صورت مکمل یا جایگزین پزشکی رایج، جهت التیام دردهای مزمن و بهبود شیوه زندگی استفاده می‌کنند.



اما جهت تضمین استفاده بهینه از TM/CAM ابتدا باید به اهداف گوناگونی دست یافت. با توجه با اینکه منابع WHO محدودند، تلاش‌های این سازمان باید در جهت رسیدن به بیشترین میزان ممکن ارائه خدمات عمومی سلامت به بیشترین تعداد افراد، هدایت شوند. لذا اهداف مشخص زیر جهت پشتیبانی از کشورها در زمینه TM/CAM برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵ در نظر گرفته شده است:

- ◀ گنجاندن مناسب TM/CAM<sup>۱۵</sup> در نظام ملی مراقبت سلامت به واسطه توسعه و اجرای سیاست و برنامه‌های ملی در زمینه TM/CAM.
- ◀ ارتقاء ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM با گسترش مبتنی بر دانش و ارائه راهنمایی در زمینه ساماندهی و استانداردهای تضمین کیفیت.
- ◀ افزایش سهولت دستیابی و کاهش هزینه TM/CAM به طور مناسب با تأکید بر دسترسی برای جوامع فقیر.
- ◀ گسترش استفاده صحیح و مناسب از روش‌های درمانی TM/CAM توسط ارائه‌دهندگان این خدمات و استفاده‌کنندگان آنها.

هر یک از این اهداف از دو یا سه جزء تشکیل یافته‌اند که برای هر یک، دستاوردهایی مورد انتظار می‌باشد. (جدول ۱۳). معیارهایی نیز برای هر یک از این اهداف منظور شده که فعالیت‌های WHO در این زمینه توسط آنها ارزیابی می‌شود. ضمناً بررسی‌های متعددی درباره سیاست ملی TM/CAM، قانون‌گذاری و استفاده از آن با همکاری کشورهای عضو

۱۵- اصطلاح «مناسب» زمانی بکار می‌رود که استفاده از TM/CAM نسبت به طب نوین برای درمان یک بیماری، هزینه بیشتری نداشته، کارآیی و ضریب اطمینان کمتری نیز نداشته باشد.

WHO و سازمان‌های غیر دولتی به منظور ارزیابی میزان پیشرفت، بعمل خواهد آمد. طی چهار سال آینده سازمان جهانی بهداشت دو هدف اول را- توسعه و اجرای سیاست ملی TM/CAM و ارتقاء ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM- در اولویت قرار خواهد داد. این امر شامل قانون‌گذاری و ساماندهی داروهای گیاهی و سایر محصولات TM/CAM نیز می‌شود. این فعالیت‌ها همچنین شامل تمرکز بر تقویت روش‌های تحقیق و افزایش کیفیت، کمیت و در دسترس بودن شواهد بالینی لازم برای حمایت از ادعای اثربخشی TM/CAM، نیز می‌گردد.

اندوخته تبارب بالینی و دانش مویود در طب سنتی در فور ستایش است و می‌توان به واسطه تلفیق با روش تفقیق مناسب، گستردگی فعالیت و محدودیت‌های درمان سنتی را مشفص سافت. بیماران، دولت‌ها، درمانگران تهربی و پزشکان طب رایج همگی از فواید درمان مبتنی بر شواهد طب سنتی بهره می‌برند. حمایت جامعه علمی و پزشکان طب رایج به قصد وارد شدن طب سنتی در جریان اصلی فرمات درمانی، مورد نیاز است (۶۱).

## ۱-۵ سیاست گذاری: گنجاندن مناسب TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت به واسطه توسعه و اجرای سیاست و برنامه‌های ملی در زمینه TM/CAM.

### اجزاء

#### ◀ به رسمیت شناختن TM/CAM:

کمک به کشورها جهت توسعه سیاست و برنامه‌های ملی در زمینه TM/CAM.

#### ◀ حفظ و نگهداری از دانش بومی TM در زمینه سلامت:

کمک به کشورها جهت توسعه راهبرد خود در زمینه حفاظت از دانش مذکور.



### راهبرد WHO

WHO دولت‌ها را در زمینه شناسایی برخی از روش‌های TM/CAM که در بهبود و حفظ سلامت موثر هستند، تشویق می‌نماید. این سازمان همچنین همکاری ما بین دفتر اصلی و دفاتر منطقه‌ای خود را در زمینه برنامه‌های TM تقویت می‌نماید تا وظایف مربوط به نحو مؤثر و کارآمد اجرا شوند. این سازمان همچنین به همکاری خود با دیگر دفاتر وابسته به سازمان ملل ادامه می‌دهد و سعی در گسترش همکاری با افراد جدید نیز دارد. این امر شامل برگزاری یک سری کارگاه‌های منطقه‌ای و بین منطقه‌ای در زمینه سیاست‌گذاری و نحوه استفاده از TM/CAM برای مقامات بهداشتی کشورها می‌باشد. WHO، به خصوص به کشورهای عضو خود جهت اتخاذ و اجرای سیاست و قانون‌گذاری در زمینه TM/CAM و توسعه استفاده ایمن و اثربخش طب سنتی بومی، هماهنگ با دستورالعمل‌های این سازمان، کمک خواهد کرد. تسهیل تبادل اطلاعات در زمینه TM/CAM بین کشورها، از دیگر عملکردهای این سازمان می‌باشد.

## شاخص اساسی

هدف راهبرد	تعداد کشورهای دارای سیاست ملی	وضعیت سال	هدف سال
کشورهای عضو WHO که دارای سیاست ملی در زمینه TM/CAM می‌باشند.	۲۵/۱۹۱	٪۱۳	۲۰۰۵

## جدول ۱۳

## راهبرد طب سنتی WHO برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵: اهداف، اجزاء و دست‌آوردهای مورد انتظار

اهداف اختصاصی	اجزاء	دستاوردهای مورد انتظار
سیاست‌گذاری: گنجاندن مناسب TM/CAM در نظام ملی مراقبت سلامت به واسطه توسعه و اجرای سیاست و برنامه ملی در زمینه TM/CAM*.	۱. به رسمیت شناختن TM/CAM: کمک به کشورها جهت توسعه سیاست و برنامه‌های ملی در زمینه TM/CAM.	۱/۱. افزایش حمایت دولت از طریق تدوین سیاست‌های جامع ملی در زمینه TM/CAM. ۲/۱. گنجاندن TM/CAM در خدمات نظام ملی مراقبت سلامت.
۲. حفظ و نگهداری از دانش بومی TM در زمینه سلامت: کمک به کشورها جهت توسعه راهبرد خود در زمینه حفاظت از دانش مذکور.	۱/۲. افزایش ثبت و نگهداری دانش بومی سنتی که شامل ایجاد کتابخانه‌های الکترونیکی TM می‌شود.	۱/۲. افزایش ثبت و نگهداری دانش بومی سنتی که شامل ایجاد کتابخانه‌های الکترونیکی TM می‌شود.
۳. انجام تحقیقات مبتنی بر شواهد ارتقای ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM با گسترش مبتنی بر دانش و ارائه راهنمایی در زمینه ساماندهی و استانداردهای تضمین کیفیت.	۳. انجام تحقیقات مبتنی بر شواهد ارتقای ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM با گسترش مبتنی بر دانش و ارائه راهنمایی در زمینه ساماندهی و استانداردهای تضمین کیفیت.	۱/۳. گسترش دسترسی به معلومات TM/CAM و توسعه آن از طریق ایجاد شبکه و تبادل اطلاعات صحیح و دقیق. ۲/۳. مرور فنی تحقیقات TM/CAM در زمینه پیشگیری، درمان و مدیریت بیماری‌های شایع. ۳/۳. حمایت انتخابی از تحقیقات بالینی در زمینه استفاده از TM/CAM، در رفع مشکلات اولویت‌دار مانند مالاریا، ایدز و سایر بیماری‌های شایع.

\* به غیر از چین، جمهوری دموکراتیک خلق کره و ویتنام، در جای دیگری این مسأله صورت نگرفته است. این امر نشان‌دهنده این واقعیت است که در برخی کشورها ارزیابی ملی جهت اطمینان بخشیدن به این مطلب است لازم که شیوه‌های TM/CAM می‌تواند به بهترین شکل با سیستم های ملی درمانی وارد شود.

۴. ساماندهی داروهای گیاهی: ۱/۴. قانون‌گذاری ملی در زمینه داروهای گیاهی شامل ثبت داروهای گیاهی، برقراری و اجرای قوانین مذکور. ۲/۴. نظارت بر ایمنی داروهای گیاهی و سایر محصولات و روش‌های TM/CAM.	۴. کمک به کشورها جهت ایجاد ساماندهی یک نظام کارآمد جهت ثبت و تضمین کیفیت داروهای گیاهی.
۵. ارائه دستورالعمل در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت: ۱/۵. تهیه دستورالعمل‌های فنی و روش‌شناسی جهت ارزیابی ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM. ۲/۵. تهیه معیارهای لازم برای اطلاعات حاصل از تحقیقات مبتنی بر شواهد در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت روش‌های درمانی TM/CAM.	۵. ارائه دستورالعمل در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت: توسعه و حمایت از اجرای این دستورالعمل‌ها جهت تضمین ایمنی، اثربخشی و نظارت بر کیفیت داروهای گیاهی و سایر محصولات و روش‌های درمانی TM/CAM.
۶. به رسمیت شناختن نقش ۱/۶. دستیابی به شاخص و معیاری جهت ارزیابی هزینه-اثربخشی و دسترسی عادلانه به TM/CAM. ۲/۶. گسترش ارائه مناسب TM/CAM از طریق نظام ملی مراقبت سلامت. ۳/۶. افزایش تعداد سازمان‌های ملی ارائه‌دهنده خدمات TM/CAM. پزشکان طب رایج.	۶. به رسمیت شناختن نقش درمانگران تجربی TM/CAM در مراقبت سلامت: تأکید دسترسی برای جوامع فقیر. ترغیب به رسمیت شناختن نقش درمانگران تجربی TM/CAM در مراقبت سلامت با تشویق به همکاری بین درمانگران تجربی TM/CAM و پزشکان طب رایج.
۷. حفظ گیاهان دارویی: ۱/۷. تهیه دستورالعمل جهت کشت مناسب گیاهان دارویی. ۲/۷. ترویج تداوم استفاده صحیح از منابع گیاهان دارویی.	۷. حفظ گیاهان دارویی: ترویج تداوم استفاده صحیح و کاشت گیاهان دارویی.
۸. استفاده مناسب از خدمات ۱/۸. آموزش مقدماتی روش‌های درمانی TM/CAM به ارائه‌دهندگان روش‌های درمانی TM/CAM خدمات آن: ۲/۸. آموزش مقدماتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به درمانگران تجربی TM/CAM.	۸. استفاده مناسب از خدمات TM/CAM به واسطه ارائه‌دهندگان روش‌های درمانی TM/CAM خدمات آن: افزایش ظرفیت علمی ارائه‌دهندگان خدمات و استفاده‌کنندگان TM/CAM برای ایجاد استفاده مناسب از محصولات و روش‌های درمانی TM/CAM.
۹. کاربرد صحیح TM/CAM توسط ۱/۹. ارائه اطلاعات صحیح به مصرف‌کنندگان جهت استفاده بهینه از روش‌های درمانی TM/CAM. افزایش سطح آگاهی مصرف‌کنندگان درباره TM/CAM به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه در استفاده از محصولات و روش‌های درمانی TM/CAM. ۲/۹. تقویت ارتباط بین پزشکان طب رایج و بیماران‌شان در زمینه استفاده از TM/CAM.	۹. کاربرد صحیح TM/CAM توسط مصرف‌کنندگان آن: افزایش سطح آگاهی مصرف‌کنندگان درباره TM/CAM به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه در استفاده از محصولات و روش‌های درمانی TM/CAM.

## دستاوردهای مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵

- ◀ افزایش حمایت دولت از TM/CAM از طریق تدوین سیاست‌های جامع ملی در زمینه TM/CAM.
- ◀ گنجاندن TM/CAM در خدمات نظام ملی مراقبت سلامت.
- ◀ افزایش ثبت و نگهداری دانش بومی طب سنتی که شامل ایجاد کتابخانه‌های الکترونیکی TM می‌شود.

## ۲-۵ ایمنی، اثربخشی و کیفیت: ارتقاء ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM با گسترش مبتنی بر دانش و ارائه راهنمایی در زمینه ساماندهی و استانداردهای تضمین کیفیت

### اجزاء

- ◀ انجام تحقیقات مبتنی بر شواهد در زمینه TM/CAM: افزایش دسترسی و توسعه دانش TM/CAM در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت این روش‌ها با تأکید بر رفع مشکلات اولویت‌دار بخش سلامت مانند مالاریا و ایدز.
- ◀ ساماندهی داروهای گیاهی: کمک به کشورها جهت ایجاد و یک نظام نظارتی کارآمد جهت ثبت و تضمین کیفیت داروهای گیاهی.
- ◀ ارائه دستورالعمل در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت: توسعه و حمایت از اجرای دستورالعمل‌های فنی جهت تضمین ایمنی، اثربخشی و نظارت بر کیفیت داروهای گیاهی و سایر محصولات و روش‌های درمانی TM/CAM.

### راهبرد WHO

WHO شبکه جهانی متخصصان خود را در زمینه TM/CAM تقویت کرده و گسترش خواهد داد. از اعضای این شبکه می‌توان: مراکز همکاری سازمان جهانی بهداشت، مقامات متولی سلامت کشورها، مؤسسات علمی و دانشگاهی و دیگر دفاتر مربوطه بین‌المللی مانند EMEA، فارماکوپه اروپا، FAO، سازمان آفریقای متحد و UNIDO را نام برد. همکاری با این اعضا موجب تداوم توسعه دستورالعمل‌های فنی و اطلاعات علمی به خصوص درباره داروهای گیاهی خواهد شد. همچنین WHO انجام تحقیقات مبتنی بر شواهد را، با نگرش شناسایی درمان‌های ایمن و اثربخش TM/CAM و ایجاد اعتبار بیشتر برای این روش‌ها در سلامت عمومی، توسعه خواهد داد. این امر با مرور فنی کاربرد بالینی TM/CAM در پیشگیری، درمان و مدیریت بیماری‌های شایع و حمایت بیشتر از تحقیقات بالینی در زمینه ایمنی و اثربخشی این روش‌ها انجام می‌پذیرد. دفتر مرکزی WHO و دفاتر منطقه‌ای آن یک شبکه جهانی در زمینه نظام نظارت بر ایمنی گیاهان دارویی و دیگر روش‌های درمانی TM/CAM ایجاد خواهد نمود، که شامل کمک به کشورها جهت ایجاد نظارت بعد از فروش (Post Marketing) داروهای گیاهی نیز می‌شود. این سازمان به همکاری خود با انجمن‌های حرفه‌ای مربوط و مؤسسات دانشگاهی جهت توسعه و ارائه دستورالعمل‌های آموزش اولیه در زمینه برخی روش‌های درمانی با استفاده از دست (Manual Therapy) ادامه خواهد داد. سازمان جهانی بهداشت همچنین برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی را جهت افزایش آگاهی مقامات ملی در زمینه ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی سازماندهی خواهد کرد.

## شاخص اساسی

هدف راهبرد	تعداد کشورهای دارای قانون در زمینه داروهای گیاهی به تعداد کل اعضای WHO	وضعیت سال	هدف سال
کشورهای عضو WHO که دارای قانون و آیین‌نامه در زمینه داروهای گیاهی می‌باشند.	۶۵/۹۱	۱۹۹۹	۲۰۰۵
		٪۳۴	٪۴۰

## دستاوردهای مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵

- ◀ گسترش دسترسی به معلومات TM/CAM و توسعه آن از طریق ایجاد شبکه و تبادل اطلاعات صحیح و دقیق
- ◀ مرور فنی تحقیقات TM/CAM در زمینه پیشگیری، درمان و مدیریت بیماری‌های شایع.
- ◀ حمایت انتخابی از تحقیقات بالینی در زمینه استفاده از TM/CAM، در رفع مشکلات اولویت‌دار سلامت مانند مالاریا، ایدز و سایر بیماری‌های شایع.
- ◀ قانون‌گذاری ملی در زمینه داروهای گیاهی شامل ثبت داروهای گیاهی، برقراری و اجرای قوانین مذکور.
- ◀ نظارت بر ایمنی داروهای گیاهی و سایر محصولات و روش‌های TM/CAM.
- ◀ تهیه دستورالعمل‌های فنی و روش‌شناسی جهت ارزیابی ایمنی، اثربخشی و کیفیت TM/CAM.
- ◀ تهیه معیارهای لازم برای اطلاعات حاصل از تحقیقات مبتنی بر شواهد در زمینه ایمنی، اثربخشی و کیفیت روش‌های درمانی TM/CAM.

## ۳-۵ دسترسی: افزایش سهولت دستیابی و کاهش هزینه TM/CAM به طور مناسب با تأکید بر دسترسی برای جوامع فقیر.

### اجزاء

- ◀ به رسمیت شناختن نقش درمانگران تجربی TM/CAM در مراقبت سلامت: ترغیب به رسمیت شناختن نقش درمانگران تجربی TM/CAM در مراقبت سلامت با تشویق به همکاری بین درمانگران تجربی TM/CAM و پزشکان طب رایج.
- ◀ حفظ گیاهان دارویی: ترویج تداوم استفاده صحیح و کاشت گیاهان دارویی.

## راهبرد WHO

در اکثر کشورهایی که از شیوع وسیع بیماری‌های مالاریا، ایدز و دیگر امراض مسری در جامعه آسیب می‌بینند، هزینه سرانه برای سلامت هر فرد کمتر از ۱۵ دلار آمریکا در سال می‌باشد. در برخی از کشورها به هر فرد تنها ۰/۷۵ دلار در سال برای خرید دارو بودجه سرانه تعلق می‌گیرد. WHO چگونگی استفاده از منابع ارزان و در دسترس

TM/CAM را جهت مبارزه با بیماری‌های مسری رایج بررسی می‌کند. این امر شامل انجام تحقیقات در زمینه داروهای گیاهی مؤثر و ترغیب دولت‌ها به توسعه راهبرد جهت حفاظت از گیاهان دارویی بومی و نیز کشت مداوم این گیاهان می‌شود. (این امر نه تنها در زمینه دسترسی به مراقبت سلامت کمک می‌کند بلکه در حفظ محیط زیست و افزایش درآمد نیز مؤثر است.) حفاظت از دانش بومی TM مرتبط با سلامت و استفاده عادلانه و مساوی از فواید آن، با هر تحقیقی در این زمینه می‌تواند توسعه پیدا کند.

WHO همچنین بحث و همکاری بین ارائه‌دهندگان پزشکی رایج و درمانگران تجربی TM/CAM تشویق می‌نماید، تا رسمیت بیشتری به نقش TM در ارائه خدمات مراقبت سلامت ببخشد. در کشورهای در حال توسعه انجمن‌ها و سایر سازمان‌های غیر دولتی مربوط، نقش درمانگران تجربی TM/CAM را در پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مسری رایج، بررسی می‌نمایند و این مسأله بهینه شده است.

## شاخص اساسی<sup>۱۶</sup>

هدف راهبرد	تعداد کشورهای آفریقایی عضو WHO که به طور تخصصی درمانگران تجربی TM/CAM را به رسمیت شناخته‌اند به تعداد کل کشورهای آفریقایی عضو WHO	وضعیت سال	هدف سال
کشورهای آفریقایی عضو WHO که درمانگران تجربی TM/CAM را به طور تخصصی به رسمیت می‌شناسند.	۲۱/۴۶	۱۹۹۹	۲۰۰۵
		%۴۵	%۶۰

## دستاوردهای مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵

- ◀ دستیابی به شاخص و معیاری جهت ارزیابی هزینه- اثربخشی و دسترسی عادلانه به TM/CAM.
- ◀ گسترش ارائه مناسب TM/CAM از طریق نظام ملی مراقبت سلامت.
- ◀ افزایش تعداد سازمان‌های ملی ارائه‌دهنده خدمات TM/CAM.
- ◀ تهیه دستورالعمل جهت کشت مناسب گیاهان دارویی.
- ◀ ترویج تدوام استفاده صحیح از منابع گیاهان دارویی.

## ۴-۵ کاربرد منطقی: گسترش استفاده صحیح و مناسب از روش‌های درمانی TM/CAM توسط ارائه‌دهندگان این خدمات و استفاده کنندگان آنها.

### اجزاء

- ◀ استفاده مناسب از خدمات TM/CAM به واسطه ارائه‌دهندگان خدمات آن: افزایش ظرفیت علمی ارائه‌دهندگان خدمات TM/CAM برای ایجاد استفاده مناسب از محصولات و

۱۶- این اطلاعات فقط برای منطقه کشورهای آفریقایی در دسترس است.

روش‌های درمانی TM/CAM.

### ◀ کاربرد صحیح TM/CAM توسط مصرف‌کنندگان آن:

افزایش سطح آگاهی مصرف‌کنندگان درباره TM/CAM به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه در استفاده از محصولات و روش‌های درمانی TM/CAM.

ما باید دانش پایه درمانگران تجربی TM/CAM را گسترش دهیم تا به حداکثر قابلیت خود در ارائه خدمات ایمن و اثربخش مراقبت‌های سلامت دست یابیم که همین امر باعث توسعه افق‌های مراقبت سلامت فوادر شد. آنگاه از این اقدامات در رسیدن به درمان مطلوب با مشارکت خود بیماران استفاده می‌شود و این مسئله نیاز به تلاش‌های پری در زمینه تحقیقات، دوره‌های آموزشی، ارتباطات و... دارد (۴۵).

## راهبرد WHO

این سازمان کشورهای عضو را به برگزاری برنامه‌های آموزشی برای پزشکان طب رایج تشویق می‌کند که هدف، کسب دانش اولیه و پایه TM/CAM و توسعه ارائه درمان‌های طب سنتی سازمان یافته و ثبت شده می‌باشد. این سازمان همچنین به گسترش ارائه کتب مرجع مانند تکنیک‌های گیاهان دارویی منتخب WHO جهت استفاده کشورهای عضو ادامه خواهد داد. سازمان جهانی بهداشت همچنین منابع اطلاعاتی و آموزشی (شامل مدارک ترجمه شده) و همچنین وب‌سایتی را در این زمینه جهت افزایش آگاهی عموم از کاربرد TM/CAM و راهنمایی آنها برای استفاده صحیح از روش‌های درمانی فراهم کرده است.

## دستاوردهای مورد انتظار برای سال‌های ۲۰۰۲ الی ۲۰۰۵

- ◀ آموزش مقدماتی روش‌های درمانی TM/CAM به ارائه‌دهندگان طب رایج.
- ◀ آموزش مقدماتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به درمانگران تجربی TM/CAM.
- ◀ ارائه اطلاعات صحیح به مصرف‌کنندگان جهت استفاده بهینه از روش‌های درمانی TM/CAM.
- ◀ تقویت ارتباط بین پزشکان طب رایج و بیماران در زمینه استفاده از TM/CAM.

## شاخص اساسی

هدف راهبرد	تعداد کشورهای دارای مرکز ملی تحقیقات	وضعیت سال	هدف سال
	TM/CAM به تعداد کل کشورهای عضو WHO	۱۹۹۹	۲۰۰۵
کشورهای عضو WHO که دارای مرکز ملی تحقیقات در زمینه TM/CAM می‌باشند. <sup>۱۷</sup>	۱۹/۱۹۱	٪۱۰	٪۱۸

۱۷- منظور از یک مرکز ملی تحقیقات، مرکزی است که مورد حمایت دولت باشد.



فهرست مراکز همکاری کننده  
با WHO در زمینه طب سنتی

# ضمیمه ۱

## Total number of Collaborating Centres: 19

### Regional breakdown

African Region:	3
Americas Region:	2
European Region:	1
South-East Asian Region:	1
Western Pacific Region:	12

### African Region

- Centre for Scientific Research in Plant Medicines, Mampong-Akwapim, Ghana
- Centre National d'Application des Recherches Pharmaceutiques (CNARP), Antananaviro, Madagascar
- Institut National des Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

### Americas Region

- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Bethesda, USA
- College of Pharmacy, University of Illinois at Chicago, Chicago, USA

### European Region

- Centre of Research in Bioclimatology, Biotechnologies and Natural Medicine, State University of Milan, Milan, Italy

### South-East Asian Region

- Academy of Traditional Korean Medicine, Pyongyang, Democratic People's Republic of Korea

## Western Pacific Region

- Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, People's Republic of China
- Institute of Clinical Science and Information, China Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, People's Republic of China
- Institute of Medicinal Plant Development, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, People's Republic of China
- Institute of Chinese Materia Medica, Chinese Academy of Traditional Chinese Medicine, Beijing, People's Republic of China
- Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, People's Republic of China
- Institute of Acupuncture Research, Fudan University, Shanghai, People's Republic of China
- Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, People's Republic of China
- Oriental Medicine Research Centre, The Kitasato Institute, Tokyo, Japan
- Department of Japanese Oriental Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University, Toyama, Japan
- East-West Medical Research Institute, Kyung Hee University, Seoul, Republic of Korea
- Natural Products Research Institute, Seoul National University, Seoul, Republic of Korea
- Institute of Traditional Medicine, Hanoi, Viet Nam



**انتشارات و مدارک منتخب WHO**  
**در مورد طب سنتی**

ضمیمه ۲

### **National policy and monitoring**

Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001.

Development of National Policy on Traditional Medicine. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review. Geneva, World Health Organization, in press.

The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting. Geneva, World Health Organization, 1978 (WHO Technical Report Series, No. 622).

Regulatory Situation of Herbal Medicines: a World-wide Review. Geneva, World Health Organization, 1998 (document reference WHO/TM/98.1) (F in press/S).

Report of the Inter-regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Geneva, World Health Organization (document reference WHO/EDM/TRM/2001.1).

The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China (Based on an Inter-Regional Seminar Sponsored by the WHO in Association with the Ministry of Public Health of the People's Republic of China, 9–21 October 1985). Geneva, World Health Organization, 1986 (document reference WHO/TM/86.2).

Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information. Washington, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2000.

Traditional Medicine and Health Care Coverage. Geneva, World Health Organization, 1983. Reprinted 1988.

Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers. Geneva, World Health Organization, 1995 (document reference WHO/SHS/DHS/TM/95.6).

### **Safety, efficacy and quality**

#### **Medicinal plants**

Basic Tests for Drugs: Pharmaceutical Substances, Medicinal Plant Materials and Dosage Forms. Geneva, World Health Organization, 1998 (F/S).

Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products. Annex 8 of WHO Expert Committee on Specifications for

- Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 863) (F/S).
- Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 23).
- Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines. Annex 11 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report. Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 863) (F/S).
- Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials. Geneva, World Health Organization, 1998.
- Medicinal Plants in China. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1989 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 2).
- Medicinal Plants in the Republic of Korea. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 21).
- Medicinal Plants in the South Pacific. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 19).
- Medicinal Plants in Viet Nam. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1990 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 3).
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1999.
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants. Vol. 2. Geneva, World Health Organization, 2001.

## Research

- Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products. Report of a WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 26–28 September 1990. Geneva, World Health Organization, 1990 (document reference WHO/TM/GPA/90.2).
- General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva, World Health Organization, in press (document reference WHO/EDM/TRM/2000.1).
- Guidelines for Clinical Research on Acupuncture. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1995 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 15).
- In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. Report of an Informal WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 6–8 February 1989. WHO Geneva, 1989 (document reference WHO/GPA/BMR/89.5).
- Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1993.
- Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

## Rational use

### Acupuncture nomenclature

A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group. Geneva, World Health Organization, 1991.

Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. Lyon, France, 28–30 November 1990. Geneva, World Health Organization, 1991 (document reference WHO/TM/91.2).

Standard Acupuncture Nomenclature, 2nd ed. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1993.

### Conservation of medicinal plants

Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation, Chiang Mai, Thailand, 21–27 March 1988. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1991.

Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional Value. Proceedings of the First WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement. Kobe, Japan, 26–28 August 1991. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1992.

WHO/IUCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants. Gland, Switzerland, International Union for the Conservation of Nature, 1993 (F/S).

### Selection and use of therapies

WHO/DANIDA Intercountry Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programmes. Report of an Intercountry Course Held in Kadoma, Zimbabwe, 26 June – 6 July 1989. Geneva, World Health Organization, 1991 (document reference WHO/TM/91.1).

WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care. Report of an Inter-Regional Workshop Held in Bangkok, Thailand, 25 November–4 December 1985. Geneva, World Health Organization, 1986 (document reference WHO/TM/86.1).

### Training and good practice

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care. Geneva, World Health Organization, 1995 (document reference WHO/SHS/DHS/TM/95.5).

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference WHO/EDM/TM/99.1) (F).

Prospects for Involving Traditional Health Practitioners. Report of the Consultation on AIDS and Traditional Medicine, Francistown, Botswana, 23–27 July 1990. Geneva, World Health Organization, 1990 (document reference WHO/TM/GPA/90.1) (F).

Acupuncture: Review and Analysis of Reports. Geneva, World Health Organization, in press. Training Package for Practitioners of Traditional Medicine. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1999.

### **WHO Collaborating Centers for Traditional Medicine**

Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. Beijing, People's Republic of China, 23–26 October 1995. Geneva, World Health Organization, 1996 (document reference WHO/TM/96.1).

Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. Beijing, People's Republic of China, 16–20 November 1987. Geneva, World Health Organization, 1988 (document reference WHO/TM/88.1).



1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. World Health Organization. Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010. Harare, World Health Organization, 2000 (document reference AFR/RC50/Doc.9/R).
3. World Health Organization. Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999). Harare, WHO Regional Office for Africa, 2000.
4. World Health Organization. Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches. Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference (WP)TM/ICP/TM/001/RB/98–RS/99/GE/32(CHN)).
5. World Health Organization. Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington DC, WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization (Working group OPS/OMS), 1999.
6. World Health Organization. Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Philippines, 18 September 1998. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998.
7. Fisher P & Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 309:107–111.
8. Health Canada. Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A Collection of Papers Prepared for Health Canada. Ottawa, Health Canada, 2001.
9. G. Domenighetti et al. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parmi les médecins suisses. *Médecine & Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C & Vickers AJ. ABC of Complementary Medicine. London, BMJ Books, 2000 (reprinted from a series of articles that appeared in the *British Medical Journal* during 1999).
11. World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies. The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent. Beijing, World Federation of Acupuncture- Moxibustion Societies, 2000.
12. World Health Organization. The Legal Status of Traditional and Complementary/ Alternative Medicine: a Worldwide Review. Geneva, World Health Organization, in press.
13. Eisenberg DM et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18): 1569–75.

14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G & Aldridge D, eds. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991. Quoted in reference 7.
15. Marthiessen P, Rosslenbroich B & Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen—Bestandaufnahme zur Forschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialen zur Gesundheitsforschung, Band 21.) Quoted in reference 7.
16. House of Lords, United Kingdom. Select Committee on Science and Technology. Session 1999– 2000. 6th Report. *Complementary and Alternative Medicine*. London, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. United Nations Conference on Trade and Development. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices*. Background Note by the UNCTAD Secretariat. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development, 2000 (document reference TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Data from Information Resources, Inc. Scanner Data, quoted in *Herbal Gram*, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association, 1998, 43:61.
19. Mhame P. The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania. Paper presented at UNCTAD Expert Meeting on Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices, 30 October–1 November 2000, Geneva.
20. Quoted in: Spry-Leverton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. UNICEF Information Feature, October 2000. At: <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. Local production and dispensing of herbal antimalarials. A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8–11 December 1999.
22. Gyapong M et al. Report on Pre-testing of Instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana. 10 January 1999.
23. Diarra D et al. Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali. 2–28 January 1999.
24. Brieger W et al. Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Procedures. IDO Local Government, Oyo State, Nigeria. 13 November–4 December 1998.
25. RBM Country Team. The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia. 21 December 1998–20 January 1999.
26. Ahorlu CK. Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
28. Personal communication from Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, March 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, California, Alta Mira Press, 1999.
30. UNAIDS. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*.

- Geneva, UNAIDS, 1999.
31. Burford G et al. Traditional Medicine & HIV/AIDS in Africa. A Report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenya, 16–19 May 2000. 3 July 2000.
  32. Jonas WB. Alternative medicine—learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18): 1616–1618.
  33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
  34. Mason F. The Complementary Treatment Project's Treatment Survey. Toronto, 1995.
  35. Anderson W et al. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
  36. Ostrow MJ et al. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.
  37. Chez AR & Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
  38. Studdert DM et al. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1569–1575.
  39. Reported by World Federation of Chiropractic, 2000.
  40. Reported by World Chiropractic Alliance, 2000.
  41. World Health Organization. Regulatory Situation of Herbal Medicines. A Worldwide Review. Geneva, World Health Organization, 1998 (document reference WHO/TRM/98.1).
  42. Norges Offentlige Utredninger [Norway Official Reports]. NOU 1998:21. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet Avgitt til Sosial- og helsedepartementet [Report of a committee, appointed by the Ministry of Health and Social Affairs, to the Ministry of Health and Social Affairs]. *Alternativ Medisin [Alternative Medicine]*. 1998.
  43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686.
  44. Bhattacharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
  45. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Expanding Horizons of Healthcare. Five-year Strategic Plan 2001–2005. Maryland, National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2000.
  46. Council of Europe. Resolution 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extract from the Official Gazette of the Council of Europe—November 1999) (document reference 8435). Parliamentary Assembly. 4 November 1999.
  47. World Health Organization. Regional Consultation on Development of Traditional Medicine in South-East Asia Region, 1999. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 1999 (document reference SEA/Trad.Med./80).
  48. World Health Organization. Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual

- PropertyRights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Thailand, 6–8 December 2000. Geneva, World Health Organization, 2001 (document reference WHO/EDM/TRM/2001.1)
49. World Health Organization. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva, World Health Organization, 2000 (document reference WHO/ EDM/TRM/2000.1).
50. European Commission. COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993–98. Brussels, European Commission, 1998 (document reference EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud (Study of Cost-Effectiveness: National Program in Complementary Medicine. Social Security of EsSalud). Lima, EsSalud/Organización Panamericana de Salud (Pan American Health Organization), 2000.
52. World Health Organization. Counterfeit and Substandard drugs in Myanmar and Vietnam. Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference WHO/EDM/QSM/99.3).
53. Speech of WHO Director-General Dr Gro Harlem Brundtland at the opening of the Commission for Macroeconomics and Health, Paris, 8 November 2000. Accessible at: [http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108\\_paris.html](http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108_paris.html).
54. Berthold HK, Sudhop MD & Bergmann K. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism. *Journal of American Medical Association*, 1998, 279:1900–1902.
55. Kleijnen J, Knipschild P & ter Riet G. Garlic, onions and cardiovascular risk factors. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 28: 535–544.
56. Nortier JL et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(23):1686–1692. Quoted in reference 45.
57. Piscitelli SC et al. Indinavir concentrations and St John's wort. *The Lancet*, 2000, 355(9203): 547–548. Quoted in reference 45.
58. World Health Organization. Regional Meeting on Regulatory Aspects of Herbal Products. November 13–16, 2000, Final Report, Washington, DC. Washington, DC, WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization, 2000.
59. World Health Organization. The Work of WHO in the Western Pacific Region. Report of the Regional Director, 1 July 2001–31 June 2001. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001.
60. World Health Organization. Policy and Budget for One WHO. Geneva, World Health Organization (document reference PPB/2002–2003).
61. World Health Organization. Traditional Medicine. Regional Committee for the WHO Western Pacific Region. Fifty-second Session, Brunei Darussalam, 10–14 September 2001. Provisional Agenda Item 13. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001 (document reference WPR/RC52/7).

## راهبرد طب سنتی، یک موضوع مطرح

طب سنتی همچنان نقش مهمی را در نظام سلامت ایفا می‌کند و در بسیاری از نقاط جهان، مهم‌ترین نظام مراقبت سلامت می‌باشد. در نقاط دیگر، استفاده از داروهای گیاهی و به اصطلاح درمان‌های مکمل و جایگزین به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد. محبوبیت مردمی آن تعریف واحدی ندارد، اما پذیرش فرهنگی درمان‌های سنتی، به همراه آگاهی از مقرون به صرفه بودن، ایمنی و اثربخشی و همچنین تفسیر دیدگاه‌های طب رایج، همه در این امر دخیلند. نظر به این درخواست گسترده، توجه به کمبود تحقیقات در ایمنی و اثربخشی درمان‌های سنتی از اهمیت بسیاری برخوردار است.

## تدوین راهبرد طب سنتی، یک نیاز فوری

آژانس‌های ملی و بین‌المللی، نسبت به انجام فعالیت‌های گسترده برای تضمین در دسترس بودن درمان‌های ایمن، اثربخش و مقرون به صرفه برای طیف وسیعی از بیماری‌ها و نقاطی که به آنها نیاز مبرم باشد، ادامه تلاش می‌دهند. به تخمین WHO، چه بسا که یک سوم جمعیت جهان همچنان در کمبود دسترسی به داروهای ضروری به سر می‌برند، که این عدد در فقیرترین نقاط آفریقا و آسیا به بیش از ۵۰٪ افزایش می‌یابد. خوشبختانه، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، درمان‌های سنتی منبع اصلی و قابل دسترس مراقبت سلامت می‌باشد و استفاده از طب سنتی در این زمینه، به خصوص در درمان بیماری‌های مهلک، دلیلی بر اهمیت آن است. در هر حال پشتیبانی مبتنی بر شواهد از استفاده ایمن و اثربخش از طب سنتی باید توسعه یابد.

## تدوین راهبرد طب سنتی

در پاسخ به این چالش‌ها، WHO راهبرد طب سنتی را تدوین نموده تا این شکل از مراقبت‌های سلامت را به همکاری بهتر برای رسیدن به امنیت سلامت قادر سازد. این راهبرد بر کار با کشورهای عضو WHO برای تعریف نقش طب سنتی در راهبرد مراقبت ملی سلامت، حمایت از گسترش تحقیقات بالینی در زمینه ایمنی و اثربخشی درمان‌های سنتی و دفاع از استفاده منطقی از طب سنتی تمرکز می‌نماید.

***WHO***  
***Traditional***  
***Medicine***  
***Strategy***  
**2002-2005**

Translated into Persian by:

*D. S. Shamloo (Pharm.D)*

*H.R. Adhami (Pharm.D)*

Edited by:

*H.R. Adhami*

Publisher:

*National Research Center for Medical Sciences of I.R. IRAN*

Contact:

*hradhami@gmail.com*



World  
Health  
Organization  
Geneva



NATIONAL RESEARCH CENTRE FOR  
MEDICAL SCIENCES OF I.R. IRAN



# WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005

Translated into Persian by:  
D. S. Shamloo      H. R. Adhami  
Edited by:  
H. R. Adhami