



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی وضعیت طب مکمل و جایگزین در ایران

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

دبیرخانه دیده‌بانی سلامت

(گزارش جامع)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دربارهٔ محتوی

این گزارش شامل ارزیابی وضعیت طب مکمل و جایگزین در ایران است. در ابتدا نگاهی به نظام سلامت سایر کشورها داشته و سپس سعی شده است وضعیت طب مکمل و جایگزین با تأکید بر طب ایرانی در کشور ایران را طبق داده‌ها و پژوهش‌های موجود بررسی کرده و نقاط ضعف و قوت را آشکار سازد. در انتها نیز به افق‌های پیش رو و چالش‌های موجود پرداخته شده است.

فهرست مطالب

۶.....	فصل اول (مقدمه و روش کار).....
۳.....	مقدمه
۵.....	روش کار
۶.....	پیمایش بهره‌مندی از خدمات سلامت
۹.....	تعاریف و مفاهیم.....
۱۱.....	فصل دوم (مروری بر وضعیت طب مکمل و جایگزین در کشورها).....
۱۳.....	سیاست‌گذاری و سازمان‌دهی خدمات طب مکمل و جایگزین
۱۹.....	ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین
۲۱.....	مراکز درمانی ارائه‌دهنده طب مکمل و جایگزین
۲۴.....	آموزش در زمینه طب مکمل و جایگزین
۲۷.....	پوشش خدمات طب مکمل و جایگزین توسط بیمه‌های درمانی
۳۰.....	میزان استفاده از خدمات مختلف طب مکمل و جایگزین
۳۴.....	فصل سوم (وضعیت خدمات طب مکمل و جایگزین در ایران).....
۳۶.....	تعاریف
۴۲.....	سیاست‌گذاری طب سنتی و جایگزین
۴۲.....	نهادهای متولی سیاست‌گذاری
۴۳.....	اسناد بالادستی، آئین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها
۴۹.....	ساختارهای حوزه اجرایی
۵۲.....	تأمین داروهای طب سنتی و جایگزین
۵۲.....	سهام ایران در تولید داروهای سنتی، گیاهی و فرآورده‌های طبیعی
۵۴.....	ارائه خدمات طب سنتی و جایگزین
۵۵.....	سلامت‌کده‌ها و درمانگاه‌ها
۵۵.....	مراکز تلفیقی مستقر در بیمارستان‌ها
۵۶.....	ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
۵۸.....	تعداد متخصصین طب سنتی ایرانی
۶۰.....	مراکز عرضه داروهای طب ایرانی، داروهای گیاهی و فرآورده‌های طبیعی
۶۰.....	تعرفه‌های خدمات طب سنتی و مکمل
۶۱.....	آمار متخصصین سایر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین

آموزش و پژوهش در زمینه طب سنتی و جایگزین	۶۴
مراکز آموزشی	۶۴
دوره‌های آموزشی	۶۷
آموزش سایر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین	۶۸
مجلات علمی طب سنتی در ایران	۷۰
دسترسی و بهره‌مندی از خدمات طب سنتی و جایگزین	۷۶
فصل چهارم (نتیجه‌گیری)	۹۰
منابع	۹۸

فهرست جداول

- جدول ۱: میزان ادغام خدمات تأیید شده طب سنتی در نظام سلامت و چشم‌انداز پیش رو ۵۴
- جدول ۲: برنامه عملیاتی حوزه طب ایرانی در سال‌های برنامه ششم ۵۴
- جدول ۳: سلامت‌مکده و درمانگاه‌ها و مراکز تخصصی طب سنتی ایرانی ۵۶
- جدول ۴: برآورد نیروی انسانی متخصص طب ایرانی در سند توسعه درمان تا سال ۱۴۰۰ ۵۹
- جدول ۵: تعرفه‌های خدمات طب سنتی و مکمل ۶۰
- جدول ۶: پزشکان دارای مجوز در زمینه طب سوزنی و هومیوپاتی ۶۱
- جدول ۷: اعضای هیئت‌علمی طب ایرانی، داروسازی ایرانی و تاریخ پزشکی به تفکیک دانشگاه ۶۵
- جدول ۸: مراکز آموزشی تخصصی در حوزه طب ایرانی در کشور ۶۵
- جدول ۹: آمار فارغ‌التحصیلان در سه رشته طب ایرانی داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی ۶۷
- جدول ۱۰: مرکز تحقیقاتی در حوزه‌های تاریخ پزشکی طب و داروسازی سنتی ۷۰
- جدول ۱۱: مجلات علمی حوزه‌های مرتبط با طب سنتی منتشر شده در کشور (تا پایان سال ۱۳۹۶) ۷۱
- جدول ۱۲: مقالات کار آزمایشی بالینی چاپ‌شده در حوزه طب ایرانی ۷۳
- جدول ۱۳: توزیع فراوانی استفاده از روش‌های مختلف طب مکمل / سنتی ۸۰
- جدول ۱۴: مهم‌ترین مطالعات انجام شده در ده سال اخیر در زمینه میزان استفاده از طب سنتی و مکمل در ایران ۸۷

فهرست نمودارها

- شکل ۱: مراحل تأیید مدارک تحصیلی در زمینه طب سنتی و جایگزین پژوهش ۶۹
- شکل ۲: مقالات طب سنتی از نظر موضوع (درصد) ۷۴
- شکل ۳: تعداد مقالات چاپ‌شده در زمینه طب سنتی ایران توسط دانشگاه‌های کشور ۷۵
- شکل ۴: درصد مراجعین مراکز سرپایی که خدمت را گرفته‌اند به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجک درآمدی ۷۶
- شکل ۵: از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به ارائه‌کنندگان طب جایگزین مراجعه کرده‌اند به تفکیک جنسیت، محل سکونت و پنجک درآمدی ۷۷
- شکل ۶: از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به ارائه‌کنندگان طب سنتی مراجعه کرده‌اند به تفکیک جنسیت، محل سکونت و پنجک درآمدی ۷۸
- شکل ۷: از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به ارائه‌کنندگان طب سنتی مراجعه کرده‌اند به تفکیک مراکز درمانی ۷۸
- شکل ۸: میزان آشنایی با طب ایرانی ۷۹
- شکل ۹: فراوانی دلایل مختلف انتخاب هر یک از روش‌های طب مکمل ۸۱
- شکل ۱۰: میزان رضایت استفاده‌کنندگان از روش‌های مختلف طب سنتی ۸۲
- شکل ۱۱: علل استفاده از طب گیاهی ۸۳
- شکل ۱۲: علل ترجیح طب گیاهی بر طب رایج ۸۴
- شکل ۱۳: میزان استفاده از هر یک از روش‌های طب مکمل ۸۵
- شکل ۱۴: میزان آگاهی از هر یک از روش‌های طب مکمل ۸۵
- شکل ۱۵: توزیع فراوانی انگیزه انتخاب و نحوه آشنایی با طب سنتی ۸۶

خلاصه

این گزارش به ارزیابی خدمات طب مکمل و جایگزین در ایران می‌پردازد. هدف اصلی گزارش، بررسی وضعیت ارایه این خدمات در دنیا و ایران می‌باشد. در این گزارش با بهره‌گیری از اطلاعات موجود در زمینه وضعیت خدمات طب مکمل و جایگزین در ایران همچون گزارشات دفتر طب سنتی، معاونت غذا و دارو و مطالعات بهره‌مندی از این خدمات، به صورت جامع سیستم ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین در ایران ارائه و به بررسی نقاط ضعف و قوت این سیستم پرداخته شده است.

نتایج این گزارش نشان می‌دهد که اسناد بالادستی در کشور همچون سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و نیز سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب شورای انقلاب فرهنگی، احیای مکتب طب سنتی ایرانی و ادغام آن در نظام سلامت کشور را الزام کرده است. در همین راستا در ایران در سال ۹۲ به استناد تبصره (۳) ماده (۵۷) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران نسبت به ایجاد معاونت طب سنتی ایرانی اسلامی اقدام شد. با این اقدام و همچنین با ایجاد دانشکده‌های طب سنتی از سال ۱۳۸۵، گامی مهم در جهت سازماندهی و گسترش طب سنتی ایرانی برداشته شده است.

۵۲ مرکز تخصصی ارائه خدمات طب سنتی ایرانی، دو بخش بستری بیمارستانی، دو مرکز تلفیقی طب سنتی ایجاد شده است. بیش از ۱۷۳ متخصص طب سنتی ایرانی به ارائه خدمات در این حوزه مشغول هستند. همچنین در راستای ادغام خدمات تأیید شده طب سنتی ایرانی - اسلامی در نظام سلامت، خدمات طب ایرانی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حوزه تحت نظارت ۹ دانشگاه علوم پزشکی وارد شده است. در حوزه آموزش و پژوهش، ۸ دانشکده طب سنتی، ۱۷ گروه طب سنتی، ۸ گروه دارو سازی طب سنتی، ۸ گروه تاریخ پزشکی، ۱۰ مرکز تحقیقاتی و ۸ مجله با موضوع طب سنتی و مکمل ایجاد شده است. بر اساس آمار سال ۱۳۹۶، نسبت مجوزهای داروهای طبیعی به داروهای صناعی ۲۱،۹ در صد، داروهای سنتی به صناعی ۹،۲ در صد و نسبت مجموع داروهای طبیعی و سنتی ۳۱،۱ در صد است. ۱۶۱۲ فرآورده طبیعی/گیاهی، ۳۶۹ ماده اولیه طبیعی (عصاره و اسانس) و

۹۳۶ داروی طب سنتی، دارای مجوز تولید یا واردات هستند. همچنین ۱۰۳ شرکت تولیدکننده فرآورده‌های طبیعی و ۸۶ شرکت تولیدکننده داروهای طب سنتی ایران در کشور مشغول فعالیت هستند.

فصل اول

(مقدمه و روش کار)

درباره فصل

در این فصل به نحوه استخراج شاخص ها و منابع مورد استفاده در تدوین گزارش پرداخته شده است.

مقدمه

محتوی پیش رو گزارشی از نتایج ارزیابی خدمات مکمل و جایگزین در کشور ایران است؛ که باهدف بررسی مروری وضعیت ارائه این خدمات در دنیا و ایران نگارش شده است.

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که استفاده از داروهای طبیعی و به‌ویژه طب سنتی و مکمل طی دهه‌های گذشته از اقبال گسترده و روبه‌رشدی در جوامع مختلف در سراسر جهان برخوردار بوده و این امر منجر به الزام دستگاه‌های سلامت و درمان در کشورهای گوناگون به توجه به این ساختارها شده است. سازمان جهانی بهداشت سه علت اصلی را برای گسترش استفاده از طب سنتی و مکمل در میان کشورهای دنیا ذکر می‌کند:

الف: خصوصیات ذاتی طب سنتی: از دیرباز طب سنتی روش خوددرمانی مردم بوده است و لذا برای آن‌ها به سادگی قابل‌پذیرش خواهد بود. طب سنتی جزئی از فرهنگ مردم بوده و در حل بعضی مسائل فرهنگ سلامت نقش مهمی دارد. معرفی، توسعه و ترویج طب سنتی احترام به فرهنگ و میراث مردم در سراسر جهان است.

ب: ویژگی کل‌نگر بودن طب سنتی: طب سنتی بر این نکته تأکید دارد که سلامتی و بیماری نتیجه عدم تعادل و توازن انسان در کل سیستمی است که او را احاطه می‌نماید. به عبارت دیگر در علاج بیماری‌ها به‌جای آنکه مستقیماً نشانه‌های بیماری را نشانه بگیرند باید تعادل و توازن در قدرت خوددرمانی انسان برقرار شود.

ج: قابل‌اجرا بودن طب سنتی: از نقطه‌نظر اجرایی مهم‌ترین دلیل قانع‌کننده برای توسعه بنیادی طب سنتی این است که اگر بخواهیم از روش‌های قابل‌قبول، امن و دارای توجیه اقتصادی استفاده شود طب سنتی یکی از مهم‌ترین راه‌ها برای رسیدن به پوشش بهداشتی برای همه جهانیان است.

به دلیل این استقبال روزافزون از طب سنتی و جایگزین گروه داروهای ضروری و محصولات سلامت سازمان بهداشت جهانی برنامه استراتژیک ویژه‌ای را برای به‌کارگیری طب سنتی در دستگاه‌های سلامت کشورها با عنوان WHO traditional medicine strategy برای دوره زمانی ۲۰۰۲-۲۰۰۵ منتشر نمود و نسخه به‌روز شده آن را برای دوره ۲۰۱۴ الی ۲۰۲۳ در سال ۲۰۱۳ تنظیم و منتشر نموده است. در این سند مهم بین‌المللی پنج زمینه حمایت سازمان بهداشت جهانی از طب‌های سنتی و مکمل که به شرح زیر است اعلام شده است (۱).

۱- تسهیل ادغام طب سنتی و مکمل در دستگاه‌های سلامت ملی با کمک نمودن به دولت‌های عضو در جهت توسعه دادن به قوانین ملی خود در این زمینه

۲- ایجاد گایدلاین‌ها برای طب سنتی و مکمل با توسعه و تهیه استاندارد ملی- جهانی، دستورالعمل‌های فنی و روش کار برای پژوهش تا محصولات، بالین و درمانگران

۳- تحریک به پژوهش‌های استراتژیک در طب سنتی و مکمل با ایجاد حمایت برای پروژه‌های تحقیقات بالینی بر روی ایمنی و اثربخشی آن

۴- دفاع از استفاده منطقی از طب سنتی و مکمل از طریق ترویج استفاده مبتنی بر شواهد آن

۵- ایجاد واسطه جهت تبادل اطلاعات طب سنتی و مکمل از طریق عمل کردن به شکل یک بانک واسط برای تسهیل جابجایی و انتقال اطلاعات.

در ایران نیز طب ایرانی یکی از بزرگ‌ترین مکاتب طب سنتی، گنجینه‌ای از دستاوردهای علمی و تجارب دانشمندان و پزشکان ایرانی در طول قرن‌ها از دوران باستانی تا عصر اسلامی است که منبع بزرگ ایده‌های درمانی و سلامت برای یافتن راه کارهای اصلاح سبک زندگی، روش‌های درمان و پیشگیری و یافتن داروهای جدید مبتنی بر دانش بومی به شمار می‌رود. اسناد بالادستی در کشور همچون سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و نیز سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب شورای انقلاب فرهنگی احیای این مکتب طب سنتی و ادغام آن در نظام سلامت کشور را الزام کرده است. در همین راستا در سال ۹۲ به استناد تبصره (۳) ماده (۵۷) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران نسبت به ایجاد معاونت طب سنتی ایرانی اسلامی اقدام شد. با این اقدام و همچنین با ایجاد دانشکده‌های طب سنتی از سال ۱۳۸۵ گامی مهم در جهت گسترش و سازمان‌دهی طب سنتی ایرانی برداشته شده است. این گزارش باهدف بررسی وضعیت طب سنتی و مکمل در ایران و میزان نیل به اهداف کلان در این زمینه تهیه شده است.

روش کار

جهت تهیه این گزارش ابتدا وضعیت کشورهای دیگر در حوزه طب سنتی و مکمل جهت استخراج شاخص‌های مورد نیاز برای تدوین گزارش ملی مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا گزارش‌های ملی ۵۷ کشور دنیا که توسط سازمان اروپایی نظارت بر سیستم‌ها و سیاست‌های بهداشتی (European Observatory on Health Systems and Policies) منتشر شده است، مورد بررسی قرار گرفت. این گزارش‌ها که تحت عنوان مرور سیستم بهداشتی (Health system reviews) نامیده می‌شوند به بررسی وضعیت سیستم بهداشتی یک کشور در زمینه‌های مختلف می‌پردازد. HiT health system reviews یا HiTs گزارش‌های مبتنی بر کشورها هستند که شرح مفصلی از هر سیستم مراقبت بهداشتی و طرح‌های اصلاحات و سیاست‌های در حال پیشرفت یا در حال توسعه را ارائه می‌دهند. هر گزارش توسط متخصصین همان کشور با همکاری مدیران و کارکنان تحقیقاتی ارائه می‌شود. به منظور تسهیل مقایسه بین کشورها، گزارش‌ها بر اساس یک الگو واحد که به طور دوره‌ای مورد بازنگری و به‌روزرسانی قرار می‌گیرد، ارائه شده است. هدف گزارش‌های HiTs فراهم کردن اطلاعات لازم به منظور حمایت از سیاست‌گذاران و تحلیل‌گران در توسعه سیستم‌های بهداشتی در اروپا است.

از جمله سایر اهداف می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- کسب اطلاعات بیشتر در مورد رویکردهای مختلف ساختار، بودجه و ارائه خدمات بهداشتی و نقش بازیگران اصلی در سیستم‌های بهداشتی؛

- توصیف چارچوب نهادی، فرایند، محتوا و اجرای برنامه‌های اصلاح مراقبت‌های بهداشتی؛

- برجسته کردن چالش‌ها و زمینه‌هایی که نیاز به تجزیه و تحلیل عمیق‌تر دارند و

- ارائه راهکار برای انتشار اطلاعات در مورد سیستم‌های بهداشتی و تبادل تجربیات در زمینه استراتژی‌های اصلاحات بین سیاست‌گذاران و تحلیل‌گران در کشورهای مختلف.

گزارش‌های HiT در وبسایت <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> در قالب

PDF به دو صورت کامل و خلاصه شده در دسترس است (۲). پروفایل هر کشور شامل موارد زیر است:

- وضعیت سلامت؛

-عوامل تعیین کننده سلامت، تمرکز بر ریسک فاکتورهای رفتاری؛

-ساختار و سازمان نظام سلامت و

-عملکرد نظام سلامت از لحاظ کارایی، دسترسی و انعطاف پذیری آن در حوزه های مختلف از جمله سلامت روان، طب اورژانس، حوزه دارو، طب مکمل و جایگزین.

در مرحله بعدی پس از استخراج شاخص ها و الگو گیری مشابه، سعی گردید داده های و آمارهای مشابه با استفاده از پژوهش های معتبر موجود هم چون پیمایش ملی بهره مندی از خدمات سلامت، آمارهای منتشر شده توسط وزارت بهداشت و انجمن های علمی مربوطه جمع آوری گردید.

پیمایش بهره مندی از خدمات سلامت

مطالعه ملی بهره مندی از خدمات سلامت در کشور جهت بررسی عوامل تأثیرگذار بر مصرف خدمات سلامت در سال های ۱۳۸۱، ۱۳۸۷، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام شده است.

هدف کلی از اجرای این طرح، تهیه ی آمار و اطلاعات مربوط به بهره مندی از خدمات سلامت در سال ۱۳۹۴ است. جامعه ی هدف، شامل همه ی افراد عضو خانوارهای معمولی ساکن و گروهی در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۹۴ بوده است. خانوارهای معمولی غیر ساکن و مؤسسه ای در این طرح پوشش داده نشدند. واحد آماری، هر فرد عضو خانوار معمولی ساکن و گروهی در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۹۴ بوده است.

روش جمع آوری اطلاعات

در این طرح، مأمور آمارگیر با مراجعه به خانوارهای نمونه، اطلاعات مربوط به بهداشت و سلامت اعضای خانوار در زمان آماری را از طریق مصاحبه ی رودررو با سرپرست یا عضو مطلع خانوار در پرسشنامه ی مربوط ثبت می کند.

چارچوب نمونه‌گیری

در این طرح، چارچوب نمونه‌گیری عبارت است از:

- چارچوب نمونه‌گیری مرحله‌ی اول، فهرست حوزه‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ در کشور بوده است. این فهرست شامل اطلاعات جغرافیایی و تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی در هر حوزه است.

- چارچوب نمونه‌گیری مرحله‌ی دوم، فهرست قطعه‌های حاصل از تقسیم‌بندی حوزه‌های نمونه‌ی مرحله‌ی اول بوده است که هر کدام از این قطعه‌ها در مناطق شهری شامل حداقل ۸۰ خانوار و در مناطق روستایی شامل حداقل ۴۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی است. این مرحله به‌منظور کم کردن پیمایش و سهولت اجرا در نظر گرفته شده است؛ به همین دلیل در مناطق روستایی محدوده‌ها کوچک‌تر در نظر گرفته شده‌اند. حوزه‌های شهری بر اساس تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی حوزه به قطعاتی تقریباً برابر، شامل حداقل ۸۰ خانوار تقسیم شده‌اند.

آبادی‌های دارای نقشه بلوکه بر اساس تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی آبادی به قطعاتی تقریباً برابر، شامل حداقل ۴۰ خانوار تقسیم شده‌اند. در آبادی‌های معمولی، ابتدا آبادی‌ها تا رسیدن به حداقل ۴۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی با یکدیگر ادغام شده‌اند و سپس بر اساس تعداد خانوارهای هریک از این گروه‌های ادغام‌شده به قطعاتی تقریباً برابر، شامل حداقل ۴۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی تقسیم شدند.

- چارچوب نمونه‌گیری مرحله‌ی سوم، فهرست ۳۰ خانوار معمولی ساکن و گروهی در واحدهای نمونه‌گیری مرحله‌ی دوم بوده است که با انجام عملیات فهرست برداری در آغاز آمارگیری حاصل می‌شود.

واحد نمونه‌گیری در این طرح در مرحله‌ی اول یک حوزه در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال، ۱۳۹۰ در مرحله‌ی دوم یک قطعه و در مرحله‌ی سوم یک خانوار معمولی ساکن یا گروهی است.

روش نمونه‌گیری

در این طرح با توجه به درخواست کارفرمای طرح مبنی بر ایجاد اشتراک با خانوارهای نمونه در اجرای سال ۱۳۹۳ و تغییر نکردن چارچوب نمونه‌گیری در مرحله‌ی اول و دوم، حوزه‌ها و قطعه‌های نمونه در این دوره منطبق با اجرای قبلی در نظر گرفته شده‌اند.

در طرح سال ۱۳۹۳ از روش نمونه‌گیری احتمالی سه مرحله‌ای با طبقه‌بندی استفاده شده است:
- برای طبقه‌بندی واحدهای نمونه‌گیری مرحله‌ی اول (حوزه‌ها) از متغیرهای جغرافیایی «استان»، «شهری/روستایی»
و در مناطق شهری از متغیر «شهر مرکز/ غیر مرکز استان» استفاده شده است.
به این ترتیب که ابتدا واحدهای نمونه‌گیری مرحله‌ی اول هر استان بر اساس متغیر جغرافیایی شهری/روستایی
طبقه‌بندی شدند. سپس حوزه‌های شهری هر استان بر اساس شهر مرکز/ غیر مرکز در دو طبقه قرار گرفتند. حوزه‌های
نمونه در هر طبقه به روش سیستماتیک و با احتمال انتخاب متناسب با تعداد خانوار معمولی ساکن و گروهی حوزه‌ها،
انتخاب شدند.

- واحدهای نمونه‌گیری مرحله‌ی دوم نیز به روش سیستماتیک و با احتمال انتخاب متناسب با تعداد خانوار معمولی
ساکن و گروهی قطعه‌ها، انتخاب شدند.

- در مرحله‌ی سوم نیز با توجه به درخواست ذکر شده توسط کارفرمای طرح، برای تعیین خانوار مبدأ برای شروع
فهرست برداری در هر قطعه، ابتدا خانوارهای آمارگیری شده در اجرای قبلی بر اساس آدرس آماری در سرشماری
عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ (بدون توجه به نوع خانوار) مرتب شدند و سپس اولین خانوار به عنوان خانوار مبدأ
انتخاب شد. برای تعیین شماره ردیف‌های مربوط به خانوارهای نمونه نیز شماره ردیف ۱ به عنوان اولین شماره ردیف
مربوط به خانوارهای نمونه‌ی اصلی در نظر گرفته شده است. برای تعیین سایر شماره ردیف‌ها، ابتدا ۱۹ شماره از بین
اعداد ۲ تا ۳۰ به روش سیستماتیک انتخاب شدند و از بین آن‌ها ۹ شماره به صورت تصادفی ساده برای تعیین سایر
شماره ردیف‌های مربوط به خانوارهای نمونه‌ی اصلی و ۱۰ شماره برای تعیین شماره ردیف‌های خانوارهای نمونه‌ی
جایگزین در نظر گرفته شدند تا با توجه به مفاد راهنمای مأمور آمارگیری در صورت نیاز از خانوارهای نمونه‌ی جایگزین
به جای خانوارهای نمونه‌ی اصلی، آمارگیری شود.

در این آمارگیری‌ها برای رفع نیازهای اطلاعاتی در زمینه بهره‌مندی از خدمات سلامت، دو پرسشنامه با عنوان‌های
پرسشنامه خانواری (برای جمع‌آوری اطلاعات خانوار و اطلاعات جمعیت شناختی و اجتماعی اعضای خانوارها و اطلاعات
بخش سلامت) و پرسشنامه انفرادی (برای اطلاعات تفصیلی اعضای خانوار) طراحی شده است.

در آمارگیری‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ در مورد احساس نیاز تک‌تک اعضای خانوارهای نمونه به دریافت خدمات سرپایی بهداشتی، درمانی، دندانپزشکی، پاراکلینک، مشاوره روانی یا خدمات مراقبتی الزامی در طی دو هفته پیش از آمارگیری سؤال شده است.

اندازه‌ی نمونه

تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی نمونه در طرح سال ۱۳۹۳، ۲۲۴۷۰ خانوار و با توجه به درخواست کارفرمای طرح سال ۱۳۹۴، برای تعیین تعداد خانوارهای معمولی ساکن و گروهی نمونه، همان تعداد محاسبه‌شده طرح سال ۱۳۹۳ برابر ۲۲۴۷۰ خانوار در نظر گرفته شد.

تعاریف و مفاهیم

خدمات سرپایی

خدمات سرپایی عبارت‌اند از خدمات بهداشتی درمانی که به‌وسیله پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به افرادی که در بیمارستان یا سایر تسهیلات بستری‌کننده بهداشتی درمانی پذیرش نشده‌اند، ارائه می‌شود. خدمات سرپایی شامل مراقبت‌های ارائه‌شده در مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان، پلی کلینیک‌ها واحدهای سرپایی، بیمارستان‌ها، بخش اورژانس بیمارستان، کلینیک‌های بهداشتی در کارخانجات صنعتی و مدارس و ... است. در تمام این مراکز واحد معمول اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی بار مراجعه است. مراجعه را به تعبیر مختلف با توجه به مکان، ارائه‌کننده و محتوا می‌توان بیان کرد. منظور از بار مراجعه تعداد دفعاتی است که فرد برای رفع نیاز خود بسته به مورد به مکان‌های ارائه خدمات سرپایی یا ارائه‌کنندگان آن‌ها مراجعه می‌کند.

زمان مرجع

منظور از زمان مرجع برای هر یک از سؤال‌های آمارگیری دوره زمانی است که اطلاعات موردنیاز برای آن دوره گردآوری می‌شود. این زمان برای نیازها و خدمات سرپایی دو هفته قبل از بررسی و برای نیازها و خدمات بستری از زمستان سال ۱۳۹۲ برای پیمایش ۱۳۹۳ و از زمستان ۱۳۹۳ تا زمان پیمایش ۱۳۹۴ بوده است.

مکان دریافت خدمت

مراکز بهداشتی درمانی قسمت سرپایی بیمارستان، اورژانس بیمارستان، پلی کلینیک، مطب پزشکان، مراکز بهداشتی، خانه بهداشت، منزل و ... است.

فصل دوم

(مروری بر وضعیت طب مکمل و جایگزین در کشورها)

درباره فصل

تحقیقات انجام گرفته نشان می دهند که استفاده از طب مکمل و جایگزین در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. به منظور بررسی چگونگی استفاده از طب مکمل و جایگزین، اقصاری که از این درمان ها استفاده می کنند، نوع درمان های مورد استفاده و نحوه سیاست گذاری در این حوزه مطالعات گسترده ای در کشورهای دنیا انجام شده است. در این فصل گزارشات کشورها در زمینه طب مکمل و جایگزین در حوزه های زیر مورد بررسی قرار گرفته است:

- ۱-سیاست گذاری و سازماندهی خدمات طب مکمل و جایگزین
- ۲-ارائه دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین
- ۳-مراکز درمانی ارائه دهنده طب مکمل و جایگزین
- ۴-آموزش و پژوهش در زمینه طب مکمل و جایگزین
- ۵-پوشش خدمات طب مکمل و جایگزین توسط بیمه های درمانی
- ۶-میزان استفاده از خدمات مختلف طب مکمل و جایگزین

سیاست گذاری و سازمان دهی خدمات طب مکمل و جایگزین

پتانسیل های اقتصادی، درمانی و فرهنگی موجود در طب های سنتی و جایگزین از سویی یک فرصت بسیار مهم برای سیاست گذاری سلامت به شمار رفته و می تواند در تعدیل بار سلامت جامعه چه از منظر پیشگیری و چه درمان، کمک کننده باشد و از سوی دیگر این اقبال فزاینده، خود می تواند تهدیدی در سو استفاده احتمالی و به خطر انداختن سلامت جامعه محسوب گردد. لذا با توجه به این دو وجه مهم در طب سنتی در سطوح مختلف بین المللی و به ویژه در سازمان های جهانی مرتبط و کشورهای توسعه یافته، ساختارهای نظارتی و سیاست گذاری و نیز اسناد سیاست گذاری برای ضابطه مند کردن این مهم تعریف و تبیین شده است که در ادامه تعدادی از ساختارهای کشورهای مختلف دنیا مورد بررسی قرار می گیرد.

در سال ۱۹۹۳ کنگره آمریکا، با توجه به افزایش محبوبیت طب مکمل و جایگزین و نیاز به تحقیقات بیشتر در مورد اثرات آن، مرکز طب مکمل و جایگزین را تأسیس کرد. از این مرکز، یک موسسه به موسسه ملی بهداشت آمریکا افزوده شد که مرکز ملی طب مکمل و جایگزین (NCCAM) نامیده شد. مأموریت این مرکز تعیین سودمندی و ایمنی مداخلات طب مکمل و جایگزین با استفاده از تحقیقات دقیق علمی و بررسی نقش این مداخلات در بهبود سلامتی و مراقبت های سلامتی است. این مرکز مطالعات بسیاری را درباره طب مکمل و جایگزین آغاز کرده است (۳).

انستیتو پزشکی آمریکا توصیه می کند که همزمان با انجام تحقیقات پیرامون طب مکمل و جایگزین، دستورالعمل و راهنماهایی برای کمک به پزشکان در تصمیم گیری خود در مورد طب مکمل و جایگزین جهت اندیکاسیون های درمان، مراکز ارجاع و ایجاد ساختار سازمان یافته برای ارائه مراقبت یکپارچه ارائه شود. انستیتو پزشکی آمریکا معتقد است که مهم است بدانیم چگونه طب مکمل و جایگزین با درمان های پزشکی متعارف در تعامل هستند و ارائه دهندگان خدمات سلامتی را تشویق به ارائه مراقبت امن، مبتنی بر شواهد، بیمار محور و بین رشته ای کنیم. به عنوان بخشی از این فرآیند، فدراسیون انجمن های پزشکی دولتی دستورالعملی را برای استفاده از طب مکمل و جایگزین در بالین ارائه داده است. انستیتو پزشکی آمریکا همچنین به انجام تحقیقاتی تشویق می کند که راه هایی را که در آن درمان های متداول و جایگزین می توانند یکپارچه شوند را بررسی کند. چنین تحقیقاتی بر شناسایی اجزا، نتایج و هزینه-اثر بخشی ادغام تمرکز دارد (۳).

در آمریکا وظیفه صدور مجوز جهت مدارس که طب سوزنی و پزشکی سنتی چین را آموزش می‌دهند بر عهده کمیته اعتبارسنجی طب سوزنی و طب شرقی فدرال است (۳).

شرط صدور مجوز جهت طب سوزنی اتمام آزمون کتبی کمیته ملی صدور گواهینامه برای طب سوزنی و پزشکی شرقی است. برخی ایالت‌ها علاوه بر این آزمون کتبی، آزمون عملی هم برگزار می‌کنند. وظیفه نظارت و صدور مجوز جهت گیاهان دارویی (در زیرمجموعه مکمل‌های غذایی) بر عهده سازمان غذا و داروی امریکا است. (۳).

در استرالیا مسئولیت ایمنی و کیفیت داروهای مکمل بر عهده اداره محصولات درمانی به‌ویژه دفتر محصولات مکمل است. این سازمان وظیفه نظارت و بازاریابی این محصولات و جمع‌آوری محصولات بالقوه خطرناک یا مشکل‌دار را دارد. علاوه بر این نقش کنترلی، این اداره اطلاعات موردنیاز در زمینه طب مکمل و جایگزین را برای استرالیایی‌ها فراهم می‌کند. مسئولیت نظارت و کنترل متخصصین طب مکمل بر عهده دولت‌های ایالتی است. ولی ایالت ویکتوریا تنها ایالتی است که متخصصین طب سوزنی و طب گیاهی قبل از ثبت ایالتی باید از مرکز پزشکی چینی مجوز فعالیت کسب کنند (۴).

در سوئیس در حال حاضر، قانون‌گذاری جهت طب مکمل و جایگزین به‌صورت ایالتی انجام می‌شود و در نتیجه مجوزهای موردنیاز جهت ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین پیش‌نیازهای متفاوتی در ایالت‌ها دارد. هیچ‌گونه عنوان شغلی معینی برای کارکنان آموزش‌دیده غیرپزشک وجود ندارد و هنوز هیچ‌گونه پیش‌نیاز و شرایط شغلی واحدی جهت ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین نیز وجود ندارد. سازمان‌های مسئول همراه با کنفدراسیون پزشکی سوئیس در حال تهیه مقررات واحد هستند (۵).

در کانادا از سال ۲۰۰۴، محصولات بهداشتی طبیعی توسط اداره محصولات بهداشتی طبیعی وزارت بهداشت کانادا تنظیم می‌شود (۶).

فرانسه بزرگ‌ترین بازار ملی برای محصولات هومیوپاتی است. این محصولات مطابق با قوانین بهداشت عمومی فرانسه تنظیم شده‌اند که محدوده داروهای هومیوپاتی را مشخص می‌کند. محصولات هومیوپاتی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند که از روال قانونی متفاوتی پیروی می‌کنند. دسته اول، محصولاتی که بسیار رقیق می‌شوند و به‌صورت خوراکی یا به‌صورت استعمال خارجی تجویز می‌شوند و بدون هیچ‌گونه اهداف درمانی از پیش تعیین‌شده تجویز می‌شوند و قبل از

تجاری سازی باید مجوز تولید از آژانس ملی ایمنی داروها و محصولات بهداشتی دریافت کنند. آن‌ها ممکن است توسط بیمه سلامت همگانی تحت پوشش ۳۰ درصد قرار گیرند. این موارد اکثریت وسیعی از محصولات هومیوپاتی را شامل می‌شوند. دسته دوم، تمام محصولات دیگر هومیوپاتی (به‌ویژه آن‌هایی که با اندیکاسیون خاص درمانی ساخته شده‌اند) قبل از ورود به بازار، باید روند مجوز بازاریابی را برای داروهای جدید طی کنند و توسط بیمه سلامت همگانی تحت پوشش قرار نمی‌گیرند. توزیع محصولات هومیوپاتی با محدودیت‌های مشابه داروهای متعارف مواجه است (۷).

در کشور ترکیه فقط برای طب سوزنی مجوز فعالیت داده می‌شود. در همین راستا وزارت بهداشت این کشور با همکاری دانشگاه‌ها جهت تدوین قوانین و اصول استفاده از طب سوزنی یک کمیته فنی تأسیس کرد. این قوانین در سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۴ مورد بازخوانی قرار گرفت. طبق قانون، متخصصین طب سوزنی باید گواهینامه پزشکی مورد تأیید وزارت بهداشت را داشته باشند. متخصصینی که مدرک خود را از دانشگاه‌های خارج از ترکیه اخذ کرده باشند باید مدرک خود را به تأیید وزارت بهداشت برسانند (۸).

ژاپن یک برنامه صدور گواهینامه ملی برای ارائه‌دهندگان طب مکمل و جایگزین دارد. مطابق با سیستم حقوقی مرتبط با حوزه سلامت ژاپن، مراقبت بهداشتی درمانی باید توسط پزشکان یا دندان‌پزشکان با همکاری سایر همکاران درمانی مثل پرستاران، درمانگران و کارشناسان بهداشت دهان و دندان ارائه شود. با این وجود مشاغل غیر از مشاغل فوق وجود دارند که از طرف دولت مجوز دارند و به صورت مستقل «خدمات سلامتی طب مکمل و جایگزین» را ارائه می‌کنند. اغلب این موارد شامل متخصصین ماساژدرمانی، متخصصین طب سوزنی، موکساتراپی و جودوکایروپراکتیس هستند. خدمات ارائه شده توسط این افراد در صورتی که توسط پزشک تجویز شده باشند توسط بیمه‌های درمانی مورد پوشش قرار می‌گیرند (۹).

در مولداوی نهادی ملی جهت نظارت و سازمان‌دهی در زمینه طب مکمل و جایگزین وجود ندارد. وزارت بهداشت این کشور در حال توسعه یک برنامه ملی در زمینه طب مکمل و جایگزین است. همچنین مقرراتی نیز جهت ارائه‌دهندگان برخی خدمات طب مکمل و جایگزین وجود دارد که قدیمی‌ترین آن برای ارائه‌دهندگان خدمات طب سوزنی (۱۹۹۴) و هومیوپاتی (۲۰۰۰) است و اخیراً در مورد کایروپراکتیک (۲۰۱۱) و خدمات استئوپاتی (۲۰۱۱) نیز ارائه شده است. همه ارائه‌دهندگان طب مکمل و جایگزین باید دارای گواهی و مجوز ارائه این خدمات باشند (۱۰).

در رومانی همه ارائه‌دهندگان طب مکمل و جایگزین باید دارای مجوز باشند یا توسط وزارت بهداشت از طریق گواهینامه حرفه‌ای تأیید شده باشند. طب سوزنی، هومیوپاتی، درمان گیاهی، استئوپاتی، آپوتراپی و کایروتراپی می‌تواند تنها توسط پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان انجام شود. مراکز ارائه‌دهنده طب مکمل و جایگزین در صورتی می‌توانند از عنوان مراکز مراقبت سلامت استفاده کنند که حداقل یک پزشک یا پرستار در آن مرکز شاغل باشد. دیگر درمان‌های طب مکمل و جایگزین می‌تواند توسط یک کارشناس که مدرک تأیید شده جهت ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین را دارد ارائه شود (۱۱).

در اسلوونی خدمات طب مکمل و جایگزین می‌تواند توسط شهروندان اسلوونی و یا افراد خارجی که دارای مجوز فعالیت مطابق قوانین هستند فراهم شود. شرکت‌ها نیز در صورت داشتن امکانات و تجهیزات کافی و انجام خدمات درمانی توسط یک کارشناس با مجوز معتبر می‌توانند خدمات درمانی ارائه دهند (۱۲).

در اسلوونی برای ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین، ارائه‌دهندگان باید حداقل یک تحصیلات ثانویه در زمینه مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند یا آموزش تکمیلی در مورد موضوعات مراقبت بهداشتی که توسط وزارت بهداشت تأیید شده است را گذرانده باشند. همچنین مجوز معتبر مطابق قانون طب مکمل و جایگزین را کسب کرده باشند (۱۳). برای افراد داوطلبی که تحصیلات ثانویه در زمینه مراقبت‌های بهداشتی ندارند باید اطلاعات پزشکی آن‌ها سنجیده شود. این اطلاعات شامل اطلاعات پایه و آزمون‌های پزشکی توصیه شده است. این آزمون‌ها شامل کمک‌های اولیه، آناتومی و فیزیولوژی، آموزش بهداشت و سلامت، پزشکی داخلی و پاتولوژی است. علی‌رغم این قوانین کلی، هومیوپاتی، کایروپراکتیس و استئوپاتی می‌تواند توسط افراد با یک دیپلم از دانشکده پزشکی که دانش هومیوپاتی، کایروپراکتیس یا استئوپاتی دارند و مجوز معتبر جهت فعالیت دارند انجام شود (۱۳).

در ایتالیا بر اساس قانون فقط کسانی که دارای مدرک پزشکی بوده و در سیستم ملی مشاغل پزشکی این کشور ثبت شده‌اند می‌توانند خدمات طب مکمل و جایگزین را ارائه کنند. تخصص طب سنتی و طب جایگزین در این کشور وجود ندارد (۱۴).

در مجارستان قوانین مرتبط با طب مکمل و جایگزین توسط دولت تدوین شده است. این قوانین و مقررات برای روش‌های درمانی طبیعی و سایر انواع درمان‌های غیررسمی تدوین شده است. بر اساس این قانون طب سنتی به‌عنوان مکمل

درمان‌های رایج و معمولی یا در بعضی موارد نادر به‌عنوان جایگزین درمان‌های رایج در نظر گرفته شده است. این مقررات خدمات طب مکمل و جایگزین را بر اساس شرایط و مهارت‌های موردنیاز هر کدام، به سه دسته فرایند تقسیم کرده است، دسته اول، خدماتی هستند که تنها توسط پزشکان انجام می‌شود، از جمله فیزیوتراپی، سایکوتراپی، طب سنتی چینی و سایر تکنیک‌های طب مکمل و جایگزین که فقط در دانشکده‌های پزشکی آموزش داده می‌شود. باین‌حال، فیزیوتراپی در این مورد مستثنی است، زیرا فیزیوتراپیست‌ها نیز مجاز به استفاده از آن هستند. دسته دوم خدماتی مانند طب فشاری یا رفلکسولوژی هستند که توسط تمام افراد دارای صلاحیت حرفه‌ای ارائه می‌شوند و نهایتاً دسته سوم خدمات کمتر پیچیده‌ای هستند که برنامه‌های آموزشی مداوم برای ارائه آن‌ها کافی است از جمله این درمان‌های این گروه می‌توان بایوانرژی، فیتوتراپی و کینزیولوژی را نام برد. ثبت و صدور مجوز حرفه‌ای برای ارائه‌کنندگان خدمات طب مکمل و جایگزین؛ انتخاب داروهای قابل قبول، عوامل درمانی و تجهیزات؛ حداقل استانداردهای لازم؛ و الزامات حرفه‌ای موردنیاز برای ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین از طریق قوانین دولتی تعیین می‌شود (۱۵).

در ایسلند بعد از ارزیابی خدمات مکمل و جایگزین در سال ۲۰۰۲ توسط یک کمیته تخصصی، مقررات جدیدی وضع شد که هدف آن ارتقاء کیفیت این خدمات بود. بر اساس این قانون در جهت افزایش امنیت افراد استفاده‌کننده از این خدمات، یک سیستم ثبت داوطلبانه برای ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین در سال ۲۰۰۵ تأسیس شد که توسط انجمن طب مکمل و جایگزین در ایسلند اداره می‌شود. در حال حاضر ۱۶۳ ارائه‌کننده خدمات طب مکمل و جایگزین در این سیستم ثبت شده‌اند (۱۶).

این قانون برخی از محدودیت‌ها را برای ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین قرار داده است، از جمله اینکه بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی فقط باید توسط متخصصین مراقبت‌های بهداشتی مجوز دار درمان شوند مگر اینکه بیمار پس از مشاوره با پزشک (که اجباری است) به ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین مراجعه کند. علاوه بر این ارائه‌کنندگان خدمات طب مکمل و جایگزین نباید مداخلات پزشکی و درمان‌های پزشکی را ارائه دهند، این کار می‌تواند برای بیماران خطرناک بوده و همچنین می‌تواند باعث انتقال بیماری‌های واگیر و مسری شود. ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین نباید به بیماران توصیه کنند که درمان‌های دیگر خود را متوقف کنند. این قانون محدودیت‌هایی بر روی نحوه تبلیغات خدمات ارائه‌دهندگان طب مکمل و جایگزین نیز دارد که این تبلیغات باید در

محدوده قانون تبلیغات حرفه‌های پزشکی باشد. ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین باید با یک سازمان بیمه‌گر ایسلندی نیز قرارداد داشته باشند تا هرگونه آسیب ناشی از این خدمات را تحت پوشش بیمه قرار دهد (۱۶).

در فلسطین اشغالی در سال ۱۹۷۶ قانونی مبنی بر اینکه فقط افراد دارای گواهی معتبر طب سنتی و طب جایگزین می‌توانند این خدمات را ارائه دهند تصویب شد. اتحادیه پزشکی ملی هشدارهایی را درباره خطر بالقوه روش‌های غیرعلمی و غیر مستند طب سنتی و ارائه خدمات طب سنتی توسط افراد غیرمتخصص صادر کرده است، این اتحادیه همچنین مفید و بی‌خطر بودن بعضی از روش‌های خاص (مانند طب سوزنی، کایروپراکتیک، پدیا تری) که توسط افراد دوره‌دیده و دارای گواهی معتبر انجام می‌گردد را مورد تأیید قرارداد (۱۷).

در ازبکستان درمان‌های طب مکمل و جایگزین با مقرراتی مشابه با سایر خدمات پزشکی تنظیم می‌شوند. متخصصان بهداشتی که درمان‌های طب مکمل و جایگزین را ارائه می‌دهند باید توسط وزارت بهداشت تأیید شوند (۱۸).

ارائه‌دهندگان خدمات طب مکمل و جایگزین

در لهستان طبق برخی برآوردها در سال ۲۰۰۴، بیش از ۷۰ هزار متخصص طب مکمل و جایگزین وجود داشته است (بیش از نیمی از تعداد پزشکان در آن زمان). در حال حاضر، ۱۱۱۲ پزشک که از انجمن طب سوزنی مجوز دریافت کرده‌اند سالانه بیش از ۲ میلیون درمان طب سوزنی را در لهستان ارائه می‌کنند (۱۹).

در کره جنوبی از دسامبر ۲۰۰۶، تعداد کل مراکز پزشکی شرقی، ۱۰۴۴۱ مرکز بود (۱۴۵ بیمارستان و ۱۰۲۹۷ کلینیک). در همان زمان، ۱۳۵۲۳ پزشک متخصص طب شرقی وجود داشت. میزان هزینه سلامتی درمان طب شرقی حدود ۵٫۹۷ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی است (۲۰).

در ترکیه در حال حاضر حدود ۴۰۰ پزشک متخصص طب سوزنی وجود دارد که ۶۰ درصد از آن‌ها دارای تخصص پزشکی در حوزه‌ای غیر از طب سوزنی نیز هستند (۸).

در کشور آلمان طبق داده‌های اداره آمار فدرال و سازمان فدرال پزشکان، تعداد پزشکانی که دارای مدرک طب سوزنی هستند بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۹ پنج برابر شده است؛ که نشان‌دهنده افزایش قابل توجه در استفاده از طب مکمل و جایگزین است (۲۱).

در سوئیس بیش از ۱۱۰۰ پزشک در سال ۲۰۱۲ دارای گواهینامه از انجمن‌های طب مکمل و جایگزین بودند که نشان‌دهنده میزان قابل توجهی از پذیرش تکنیک‌های طب مکمل و جایگزین است (۵).

در ژاپن در سال ۲۰۰۶، ۳۸۶۹۳ متخصص جودوکایروپراکتیس (۳،۳ در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت)، ۱۰۱۰۳۹ متخصص ماساژدرمانی (۱،۷۹)، ۸۱۳۶۱ متخصص طب سوزنی (۷،۶۳) و ۷۹۹۳۲ متخصص موکساتراپی (۶،۶۲) وجود داشته است (۹).

در مولداوی در سال ۲۰۱۰، ۹۶ متخصص طب سوزنی، ۳۷ متخصص کایروپراکتیک، ۴۸ متخصص هومیوپاتی و ۳۷ متخصص استتوپات وجود داشته است (۱۰).

بر اساس آمار ثبت انجمن پزشکی لیتوانی، بیش از ۱۰۰۰ پزشک (حدود ۱۵ درصد کل پزشکان لیتوانی) مجوز ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین را دارند.

در مغولستان ۱۵۳۸ نفر در زمینه طب سنتی آموزش دیده‌اند که از بین آن‌ها ۵۵۸ نفر دارای مدرک لیسانس در زمینه طب سنتی هستند (۲۲).

در انگلستان در سال ۲۰۰۰ تعداد درمانگران طب مکمل و جایگزین ۳۰۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰۰ برآورد شده است. بررسی‌های دیگر نشان می‌دهد که بین سال‌های ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۷ تعداد درمانگران طب مکمل و جایگزین بین ۱۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰۰ افزایش یافته است (۲۳).

در سال ۲۰۰۹، ۳۵۷۷ متخصص استئوپاتی دارای مجوز و ۲۴۸۹ هیپراکاتور در انگلستان وجود داشت. از سال ۲۰۰۴، تعداد هیپراکاتور ثبت‌شده تقریباً ۲۵ درصد افزایش یافته است (۲۳).

همچنین آمارها نشان می‌دهد انجمن طب سوزنی پزشکی بریتانیا ۲۷۰۰ عضو دارد. انجمن هومیوپاتی ۱۵۰۰ عضو و دانشکده هومیوپاتی ۱۴۰۰ عضو دارد. علاوه بر این، طبق برآوردهای انجمن هومیوپاتی بریتانیا، ۴۰۰ پزشک عمومی نیز درمان هومیوپاتی را در اختیار بیماران خود قرار می‌دهند (۲۳).

در اتریش تعداد پزشکانی که خدمات طب مکمل و جایگزین را ارائه می‌دهند در حال افزایش است. در حالی که در سال ۲۰۰۰، ۳۵۴۳ پزشک در اتریش (۱۰ درصد از تمام پزشکان) توسط سازمان پزشکان به‌عنوان ارائه‌دهنده‌ی یک یا چند درمان طب مکمل و جایگزین تأیید شده بودند، در سال ۲۰۰۷ این رقم ۵۸۷۳ (۱۶ درصد از تمام پزشکان) بود. در کشورهای آلمانی‌زبان در مجموع ۱۲ درصد از تمام پزشکان دارای مدارک تکمیلی (علاوه بر پزشکی) در طب مکمل و جایگزین نیز هستند. ۲۹۹۹ پزشک طب سوزنی، ۱۸۷۴ درمانگر کایروپراکتیک، ۵۹۳ متخصص هومیوپاتی و ۲۵۲ متخصص سایکوتراپی وجود دارد.

در فلسطین اشغالی بیش از ۲۰ نوع روش درمانی طب مکمل و جایگزین به‌صورت شایع استفاده می‌شود. در سال ۲۰۱۱ حدود ۱۳۰۰۰ نفر ارائه‌کننده خدمات طب مکمل و جایگزین در فلسطین اشغالی وجود داشت که ۷۰۰۰ نفر به‌صورت تمام‌وقت در این زمینه فعالیت می‌کردند (۱۷).

مراکز درمانی ارائه‌دهنده طب مکمل و جایگزین

یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در زمینه طب سنتی و جایگزین تسهیل ادغام طب سنتی و مکمل در دستگاه‌های سلامت ملی با کمک نمودن به دولت‌های عضو در جهت توسعه دادن به قوانین ملی خود در این زمینه است. در همین راستا کشورهای مختلف شروع به ادغام این خدمات در سیستم بهداشتی و درمانی خود کرده‌اند.

طبق آمارها در کره جنوبی از دسامبر ۲۰۰۶، تعداد کل مراکز ارائه‌دهنده پزشکی شرقی، به ۴۴۲ مرکز رسید که شامل ۱۴۵ بیمارستان و ۱۰۲۹۷ کلینیک است. با توجه به پیشرفت‌های طب مکمل و جایگزین، در آینده پشتیبانی زیادی از آن در میان دولت و متخصصین پزشکی وجود خواهد داشت. بر اساس یک مطالعه که توسط انجمن پزشکی شرقی کره جنوبی انجام شد، بازار طب مکمل و جایگزین کشورهای آسیایی در آینده به سرعت رشد خواهد داشت. گردش مالی این بازار در حال حاضر برابر با ۳۵ میلیارد دلار آمریکا است. همچنین این مطالعه نشان داد که چشم‌انداز پزشکی شرقی بسیار روشن است که از علل آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- گسترش تقاضا برای طب مکمل و جایگزین در میان سالمندان،

۲- افزایش خوددرمانی توسط بیماران،

۳- نگرش‌های رو به رشد درباره ارزش و اهمیت طب طبیعی و ایمنی و کارایی طب مکمل و جایگزین (۲۰).

در نروژ بررسی انجام شده در سال ۲۰۰۸ نشان داد که ۵۰٫۵ درصد از بیمارستان‌های نروژی خدمات طب مکمل و جایگزین که اغلب طب سوزنی است را ارائه داده‌اند (۲۵).

در مولداوی یکی از برجسته‌ترین رویدادهای اخیر در زمینه طب سنتی و مکمل افتتاح مرکز طب سنتی چینی در دانشگاه دولتی پزشکی و داروسازی در ماه ژوئن سال ۲۰۱۱ بود. این مرکز با حمایت مالی از دولت چین (حدود ۵۴۰٫۰۰۰ € سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها، تجهیزات و گیاهان) ایجاد شد و هم‌اکنون هم متخصصان چینی و مولداوی در آن در زمینه گیاهان دارویی، طب سوزنی و درمان دستی فعالیت می‌کنند. این مرکز همچنین به‌عنوان یک مرکز آموزشی جهت دانشجویان پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۰).

در کشور مغولستان مرکز طب سنتی، فناوری و تولید مغولستان (تا سپتامبر ۱۹۹۸ مرکز ملی طب سنتی نامیده می‌شد) شامل یک گروه تحقیقاتی، یک بیمارستان طب سنتی (با ۱۰۰ تخت و روزانه ۴۰ تا ۵۰ بیمار سرپایی)، یک کارخانه

کوچک برای تولید و کشت گیاهان دارویی است. سه کارخانه طب سنتی در بخش دولتی و سه کارخانه طب سنتی نیز در بخش خصوصی وجود دارد که مجموعاً سالانه ۲۲۰ نوع داروهای سنتی تولید می‌کنند. تعداد تخت‌های بیمارستان دولتی که به طب سنتی تخصیص داده شده‌اند، حدود ۷ درصد از کل تخت‌ها در بیمارستان‌های عمومی هستند. ۸۲ کلینیک طب سنتی خصوصی در مغولستان وجود دارد که ۶۳ مورد از آن‌ها در اوگانباتور قرار دارند. در مجموع در هر دو بخش دولتی و خصوصی ظرفیت ۳۷۱ تخت طب سنتی در اوگانباتور وجود دارد که از بین آن‌ها فقط ۳۱٫۲ درصد مربوط به بخش خصوصی است. تخت‌های بیمارستانی که به طب سنتی تخصیص داده شده است هم در بخش خصوصی و هم در بخش دولتی توسط صندوق بیمه سلامت مورد پوشش قرار دارند و بسته به سطح مراقبت بیمار بخشی از هزینه‌ها را پرداخت می‌کند (۲۶).

در فلسطین اشغالی در سال ۱۹۹۱ یک کلینیک سرپایی طب مکمل و جایگزین در تل‌ایو تأسیس شد و به دنبال آن کلینیک‌های مشابه تحت حمایت بیمارستان‌های عمومی در مناطق بزرگ شهری گسترش پیدا کرد. این کلینیک‌ها توسط پزشکانی که دوره‌های آموزشی طب مکمل و جایگزین را طی کرده‌اند اداره می‌شود. در سال ۲۰۰۰ ارائه‌کنندگان طب مکمل و جایگزین در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های عمومی فلسطین اشغالی گسترش یافتند و تا سال ۲۰۱۱ حضور آن‌ها در بخش‌های بیمارستانی به مقدار قابل توجهی افزایش یافت. بسیاری از بیمارستان‌ها در فلسطین اشغالی با الگو گرفتن از بیمارستان‌های آمریکایی به دنبال ایجاد مراکز طب مکمل و جایگزین در بخش‌های درمانی سرطان هستند تا از طب مکمل و جایگزین برای کاهش اثرات جانبی شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، کاهش درد، کاهش تنش‌های عصبی و تقویت استراتژی‌های مقابله‌ای از خدمات طب مکمل و جایگزین استفاده نمایند (۱۷).

در انگلیس طب مکمل و جایگزین بیشتر در بخش خصوصی توسط پزشکان ارائه می‌شود. بعضی از مراکز پزشکی ارائه‌دهنده طب مکمل و جایگزین با سیستم ملی سلامت قرارداد دارند (مثلاً مرکز طب مکمل و یکپارچه در وینچستر که هومیوپاتی، طب سوزنی، طب گیاهی و تغذیه را فراهم می‌کند). این مراکز اغلب از کارکنان آموزش دیده در طب سنتی استفاده می‌کنند. علاوه بر این، در انگلستان سه بیمارستان هومیوپاتی وابسته به سیستم ملی سلامت وجود دارد: بیمارستان سلطنتی لندن (بخشی از بیمارستان دانشگاه کالج لندن که تا سپتامبر ۲۰۱۰ به‌عنوان بیمارستان هومیوپاتی سلطنتی لندن شناخته می‌شد)، بریستول (بخشی از بیمارستان‌های دانشگاه بریستول) و طب هومیوپاتی بخش لیورپول. همچنین خدمات

طب مکمل و جایگزین در مراکز مراقبت‌های اولیه ادغام شده است که میزان دسترسی به این خدمات را افزایش داده است (۲۳).

در اتریش ارائه خدمات هومیوپاتی روندی رو به گسترش دارد. مشاوره هومیوپاتی در پنج بیمارستان در وین و یک بیمارستان در Klagenfurt ارائه می‌شود. چهار انجمن هومیوپاتی برنامه‌های آموزشی برای دانشجویان پزشکی، پزشکان، دامپزشکان و داروسازان ارائه می‌دهند (۲۴).

آموزش در زمینه طب مکمل و جایگزین

در سند استراتژی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۳-۲۰۱۴) در تمامی چشم‌اندازهای طرح‌شده جای آموزش در سطوح مختلف به‌ویژه درمانگران سنتی به چشم می‌خورد. بر اساس این دستورالعمل کشورها لازم است اطمینان حاصل کنند تا آموزش‌های مربوط به طب سنتی و مکمل برای تلفیق در نظام بهداشت و درمان کشورها جزئی از سیاست ملی قرار گیرد.

در این راستا در گزارشی مبنی بر تحقق این مهم منتج از بررسی در سال ۲۰۱۲ از میان ۱۲۹ کشور موردبررسی ۳۹ کشور (۳۰ درصد) دارای قوانین مدون برای آموزش عالی طب سنتی و مکمل در سطوح مختلف از لیسانس تا دکتری بوده‌اند (۲۷).

در لهستان انجمن طب سوزنی لهستان وظیفه آموزش و ارائه گواهی‌نامه در زمینه طب سوزنی را به پزشکان دارای مجوز از دانشکده‌های پزشکی سنتی بر عهده دارد (۱۹).

در ترکیه برخی از دانشگاه‌های پزشکی برنامه‌های آموزشی طب مکمل و جایگزین را به برنامه‌های درسی خود اضافه کرده‌اند. به‌عنوان مثال، برخی از بیمارستان‌های آموزشی طب سوزنی را به‌عنوان یک رشته طب مکمل برای پزشکان موردعلاقه تدریس می‌کنند. فتوتراپی و آروماتراپی به برنامه درسی برخی دانشگاه‌های داروسازی نیز اضافه شده‌اند (۸). در ترکیه برنامه درسی عمومی طب سوزنی ۴۸۰ ساعت طول می‌کشد که ۱۶۰ ساعت از کل دوره‌های آموزشی، یادگیری عملی است؛ که برای دریافت مجوز، یک پزشک طب سوزنی باید حداقل بر روی ۳۰ بیمار متفاوت طب سوزنی را به کار برده باشد (۸).

در آمریکا کمیته اعتبارسنجی فدرال برای طب سوزنی و طب شرقی برای مدارس که طب سوزنی و طب سنتی چینی را آموزش می‌دهند مجوز صادر می‌کنند. (۳).

تقریباً همه ایالت‌هایی که برای طب سوزنی مجوز صادر می‌کنند نیاز به اتمام آزمون کتبی کمیته ملی صدور گواهینامه برای طب سوزنی و پزشکی شرقی دارند و برخی از ایالت‌ها همچنین به امتحان عملی نیاز دارند (۳).

در امریکا مدارس پزشکی نیز در حال بررسی ادغام طب مکمل و جایگزین در برنامه درسی آنها هستند. بسیاری از دانشکده‌ها دوره‌های آموزشی در مورد طب مکمل و جایگزین را برای آموزش پزشکان اضافه کرده‌اند. ۶۴ درصد از ۱۱۷ مدارس پزشکی در پاسخگویی به بررسی ۱۹۹۷-۱۹۹۸، نوعی دستورالعمل طب مکمل دارند. بیشتر دوره‌های طب مکمل و جایگزین انتخابی است (۳).

در مولداوی برخی از انواع طب مکمل و جایگزین در دانشگاه ایالتی پزشکی و داروسازی در دوره‌های تخصص (سه سال) و فلوشیپ (دو سال) تدریس می‌شود (به‌عنوان مثال درمان‌های دستی مانند کایروپراکتیک و استئوپاتی و در هومیوپاتی، طب سوزنی و گیاه‌شناسی) و یا از طریق دوره‌های کوتاه‌مدت (سه هفته تا سه ماه) برای افراد فارغ‌التحصیل در مقاطع لیسانس و فوق‌لیسانس در دسترس‌اند. برنامه‌های آموزشی برای کارکنان بهداشتی در سطوح متوسط جهت آشنایی با انواع طب مکمل و جایگزین نیز وجود دارد (۱۰).

در رومانی وظیفه صدور مجوز برای دوره‌های آموزشی طب مکمل و جایگزین و مراکز آموزشی برگزارکننده این دوره‌ها بر عهده یک دپارتمان ویژه در وزارت بهداشت است. برنامه دوره‌های آموزشی طب مکمل و جایگزین در وبسایت دپارتمان در دسترس هستند این دوره‌ها توسط پزشکان آموزش‌دیده اداره می‌شود (۱۱).

در یونان هومیوپاتی از سال ۲۰۰۶ توسط وزارت آموزش رسمیت شناخته شده و دوره کارشناسی ارشد هومیوپاتی توسط دانشگاه ازین با همکاری آکادمی بین‌المللی هومیوپاتی راه‌اندازی شد. این دوره دوساله بوده و شامل ۴۰۰ ساعت آموزش تئوری و عملی برای پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان است (۲۸).

در مجارستان قوانین، خدمات طب مکمل و جایگزین را بر اساس شرایط و مهارت‌های موردنیاز هر کدام، به سه دسته فرایند تقسیم کرده است، دسته اول، خدماتی هستند که تنها توسط پزشکان انجام می‌شود، از جمله فیزیوتراپی، سایکوتراپی، طب سنتی چینی و سایر تکنیک‌های طب مکمل و جایگزین که فقط در دانشکده‌های پزشکی آموزش داده می‌شود. باین‌حال، فیزیوتراپی در این مورد مستثنی است، زیرا فیزیوتراپیست‌ها نیز مجاز به استفاده از آن هستند. دسته دوم خدماتی مانند طب فشاری یا رفلکسولوژی هستند که توسط تمام افراد دارای صلاحیت حرفه‌ای ارائه می‌شوند و نهایتاً دسته سوم خدمات کمتر پیچیده‌ای هستند که برنامه‌های آموزشی مداوم برای ارائه آن‌ها کافی است از جمله این درمان‌های این گروه می‌توان بایوانرژی، فیتوتراپی و کینزیولوژی را نام برد (۱۵).

در مغولستان در حال حاضر ۵ موسسه پزشکی سنتی وجود دارد که متخصصان طب سنتی را تربیت می‌کنند. یک مدرسه تازه تأسیس پزشکی سنتی یک دوره ۶ ساله برای تربیت پزشکان سنتی دارد، این دانشگاه از سال ۱۹۹۳ تاکنون هر سال ۲۵ نفر دانشجو پذیرش می‌کند. دو موسسه پزشکی سنتی خصوصی نیز وجود دارد. مدرسه مشترک کره - مغولستان نیز در امر تربیت متخصصان پزشکی سنتی فعالیت می‌کند. علاوه بر این دو دانشگاه پزشکی نیز وجود دارند که پرستاران طب سنتی را تربیت می‌کنند (۲۶).

در ارمنستان طب مکمل و جایگزین تنها توسط پزشکان انجام می‌شود، زیرا جهت ارائه این خدمات نیاز به یک مدرک دانشگاهی در پزشکی بالینی و یک سال تحصیلات تکمیلی (رزیدنتی یا دوره‌های بازآموزی کوتاه در زمینه‌های مختلف مکمل و جایگزین) می‌باشد. (۲۹).

در اتریش تکمیل دوره سه‌ساله در هومیوپاتی توسط اتاق پزشکان اتریش جهت ارائه خدمات هومیوپاتی ضروری است (۲۴).

در فلسطین اشغالی برنامه‌های آموزشی بسیار متنوعی برای تدریس و آموزش طب مکمل و جایگزین وجود دارد. حدود ۴۵۰۰۰ نفر در این دوره‌های آموزشی شرکت کرده‌اند. مدت این دوره‌ها از دوره‌های چندساعته تا دوره‌های ۴ ساله کامل متفاوت است (۱۷).

پوشش خدمات طب مکمل و جایگزین توسط بیمه‌های درمانی

میزان پوشش خدمات طب سنتی و جایگزین در کشورهای مختلف متفاوت است و از پوشش کامل تمامی خدمات (کره جنوبی) تا عدم پوشش این خدمات متغیر است. در بین خدمات طب مکمل و جایگزین، طب سوزنی بیش از سایر خدمات دارای پوشش بیمه‌ای است و در سیستم بهداشت و درمان کشورهای موردبررسی ادغام شده است (۲۰).

در لهستان تنها روش درمانی طب مکمل و جایگزین که می‌تواند توسط صندوق ملی سلامت بازپرداخت شود طب سوزنی برای درمان درد مزمن است. شرط بازپرداخت، ارجاع توسط یک پزشک دارای قرارداد با صندوق ملی سلامت است (۱۹). در کره جنوبی دولت و سازمان بیمه ملی (NHIC) در زمینه طب مکمل و جایگزین قوانینی یکسان با پزشکی متداول وضع کرده است، به همین دلیل از سال ۱۹۸۹ طب مکمل و جایگزین توسط بیمه ملی سلامت تحت پوشش بیمه‌ای قرار گرفته است (۲۰).

در هلند برخی از شرکت‌های بیمه در قالب بیمه مکمل درمان‌های طب مکمل و جایگزین را پوشش می‌دهند، درمان‌های طب مکمل و جایگزین تحت پوشش بیمه‌های پایه نیستند (۳۰).

در کشور فرانسه برخی از خدمات طب سوزنی و استئوپاتی و برخی از محصولات هومیوپاتی تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار دارند (۷).

در آمریکا برخی از خدمات طب سوزنی و کاربوپروکتیس به صورت محدود از پوشش بیمه‌ای مدیکر برخوردار هستند. با توجه به پوشش بیمه اندک، هزینه‌های طب مکمل و جایگزین قسمت عمده‌ای از پرداخت از جیب را تشکیل می‌دهند. در سال ۲۰۰۷، هزینه‌های پرداخت از جیب برای طب مکمل ۱۱,۲ درصد از کل هزینه‌های پرداخت از جیب برای مراقبت‌های بهداشتی و ۱,۵ درصد کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را تشکیل می‌داد (۳).

در آلمان از سال ۲۰۰۶، کمیته بیمه فدرال فقط طب سوزنی را به عنوان یک روش درمانی با بازپرداخت بیمه برای بیماران با درد مزمن مفصل زانو و ستون فقرات کمری پذیرفته است (۲۱).

در سوئیس پزشکی anthroposophical، هومیوپاتی، فیتوتراپی و درمان دارویی طب سنتی چینی و طب سوزنی به شرط ارائه توسط پزشکان تحت پوشش بیمه قرار دارد. تا پایان ۲۰۱۷، انجمن‌های مسئول باید شواهدی را برای اثبات اثربخشی و هزینه- بهره‌وری روش‌های مختلف طب مکمل و جایگزین فراهم کنند (۵).

در مولداوی برخی خدمات طب سوزنی، کایروپراکتیک و استئوپاتی تحت پوشش بیمه‌ای قرار دارد (۱۰).

در دانمارک و مجارستان فقط خدمات طب سوزنی به شرط ارجاع توسط پزشک و انجام توسط متخصص مربوطه تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرد (۱۵، ۳۱).

در رومانی سیستم مراقبت بهداشتی اصلی، فقط خدمات طب سوزنی را تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌دهد. یک بیمار می‌تواند دو بار درمان طب سوزنی را در سال دریافت کند که هر دوره نباید بیش از ۱۰ روز طول بکشد. سازمان بیمه ملی برای درمان طب سوزنی ۳۲ یورو و برای ویزیت متخصص طب سوزنی سه یورو پرداخت می‌کند. بیماران باید توسط پزشک خانواده خود یا توسط یک پزشک متخصص برای پرداخت هزینه‌ها ارجاع داده شوند. سایر روش‌های طب مکمل توسط خود بیمار پرداخت می‌شود (۱۱).

در ایسلند هزینه مربوط به طب مکمل و جایگزین تماماً توسط بیمار پرداخت می‌شود اما بعضی از شرکت‌های بیمه برخی درمان‌های طب جایگزین مانند طب سوزنی که توسط فیزیوتراپیست‌ها ارائه می‌شود را بیمه می‌کند (۱۶).

در فلسطین اشغالی، با توجه به این‌که درمان‌های طب مکمل و جایگزین هزینه اثربخش بودند، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت این خدمات را نیز به خدمات خود اضافه کردند تا از این طریق هم درآمد خود را افزایش دهند و هم مصرف‌کنندگان این خدمات را جذب کنند. در نتیجه، کلینیک‌های درمانی که به صورت اختصاصی خدمات طب مکمل و جایگزین را ارائه می‌دادند تأسیس شدند. هزینه‌ها این خدمات برای افراد دارای بیمه تکمیلی ۷۵ درصد کاهش می‌یابد (۱۷).

در کرواسی تنها طب سوزنی به عنوان یک درمان پزشکی شناخته شده است و توسط بیمه ملی سلامت تحت پوشش بیمه قرار دارد. بازپرداخت تنها در صورتی انجام می‌شود که طب سوزنی توسط یک پزشک جهت درمان درد در یک موسسه درمانی که با بیمه ملی سلامت قرارداد دارد، انجام شود (۳۲).

در کشور انگلیس در صورتی که خدمات طب مکمل و جایگزین در قالب سیستم ارجاع توسط سازمان ملی سلامت صورت بگیرد از پوشش بیمه برخوردار است (۲۳).

در کشور اتریش تعداد زیادی از خدمات توسط بیمه دولتی و خصوصی پوشش داده می‌شود (۲۴).

در اسلوونی روش‌های طب مکمل و جایگزین که توسط سازمان بیمه ملی سلامت به رسمیت شناخته شده شامل طب سوزنی، درمان‌های دستی و درمان آبگرم (استحمام درمانی) به‌عنوان مکمل برنامه‌های توان‌بخشی در نظر گرفته می‌شوند و بازپرداخت می‌شوند. تمام این روش‌ها توسط یک پزشک ارائه می‌شود و می‌تواند در مؤسسات پزشکی انجام شود (۱۲). در کشور بلژیک خدمات طب مکمل و جایگزین توسط بیمه پایه تحت پوشش بیمه‌ای قرار ندارد اما چندین صندوق بیمه آن‌ها را در بیمه مکمل سلامت خود با بازپرداخت‌های جزئی (۱۰ یورو در هر جلسه و حداکثر ۵ جلسه در هر سال، حداکثر ۷۵ یورو برای داروهای هومیوپاتی) گنجانده‌اند (۳۳).

در اتریش تأمین اجتماعی معمولاً درمان‌های مکمل یا جایگزین را پوشش نمی‌دهد. با این حال، درمان‌های هومیوپاتی تسکین درد، مستثنی شده است. طب سوزنی برای بعضی از علائم به‌عنوان یک روش درمان معتبر علمی شناخته شده است و توسط هیئت عالی سلامت مورد تأیید قرار گرفته است. در نتیجه هزینه‌های درمان طب سوزنی توسط سازمان‌های تأمین اجتماعی پوشش داده می‌شود (۲۴).

در یونان، ایتالیا، لیتوانی، ارمنستان، جمهوری چک، بلغارستان، ترکیه خدمات طب مکمل و جایگزین تحت پوشش بیمه قرار ندارد (۸، ۱۴، ۲۲، ۲۸، ۲۹، ۳۴، ۳۵).

میزان استفاده از خدمات مختلف طب مکمل و جایگزین

طی دهه‌های گذشته با توجه به افزایش هزینه‌های درمان‌های کلاسیک و رایج، ناکارآمدی نتایج درمانی در بسیاری از موارد و عوارض داروها و روش‌های درمانی مرسوم از سویی و از سوی دیگر اعتقاد به ایمن‌تر و ارزان‌تر بودن درمان‌های سنتی و طبیعی در میان مردم، رویکرد استفاده از این مدل درمان‌ها در جامعه‌های مختلف در حال توسعه و توسعه‌یافته گسترش یافته و روندی رو به رشدی را دارا بوده است.

در کشور استرالیا بررسی ملی سلامت در سال ۲۰۰۱ نشان داد که ۳٫۵ درصد از جمعیت در دو هفته گذشته با یک متخصص طب مکمل و جایگزین مشورت کرده‌اند. در حالی که طبق بررسی انجام شده در جنوب استرالیا در سال ۲۰۰۰ مشخص شد که ۲۶ درصد از پاسخ‌دهندگان زن و ۲۰ درصد پاسخ‌دهندگان مرد در سال گذشته توسط یک درمانگر طب جایگزین ویزیت شده‌اند. تخمین زده شده است که بیش از ۶۰ درصد از استرالیایی‌ها در حال حاضر حداقل یک‌بار در سال از داروهای مکمل استفاده می‌کنند و این رقم احتمالاً افزایش خواهد یافت (۴).

در آمریکا استفاده از طب مکمل و جایگزین به شدت افزایش یافته است. بر اساس مطالعه سازمان سلامت ملی در سال ۱۹۹۰، ۳۴ درصد از مردم به‌نوعی از طب مکمل و جایگزین، استفاده کرده‌اند از جمله این درمان‌ها می‌توان به دعا درمانی اشاره کرد. در سال ۲۰۰۲ این میزان ۶۲ درصد و در سال ۲۰۰۷ این میزان ۶۱ درصد بود. بررسی سال ۲۰۰۷ نشان می‌دهد که طب مکمل و جایگزین مبتنی بر ارائه‌دهنده، به‌ویژه طب سوزنی، کایروپراکتیک و ماساژ درمانی، بیشتر از طب مکمل و جایگزین مبتنی بر عدم ارائه‌دهنده افزایش یافته است. از سال ۱۹۹۰، مراجعه بیشتری به ارائه‌دهندگان طب مکمل نسبت به پزشکان ارائه‌دهنده خدمات اولیه وجود دارد (۳).

در انگلیس طبق مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ درباره میزان بهره‌وری از پنج خدمت اصلی طب مکمل که شامل طب سوزنی، مداخلات کایروپراکتیک، هومیوپاتی، گیاه‌درمانی پزشکی و استتوپاتی بود نشان داد که ۱۰٫۶ درصد از مردم در سال قبل از این درمان‌ها استفاده کرده‌اند که شامل ۲۲ میلیون ویزیت در سال بوده است. همچنین طبق مطالعه سال ۲۰۰۱ درباره ۲۳ روش طب مکمل و جایگزین ۱۰ درصد مردم در یک سال قبل از این خدمات استفاده کرده‌اند. طب سوزنی شایع‌ترین روش درمانی ارائه شده در NHS (سازمان ملی سلامت) (۱۷ درصد)، پس‌از آن استتوپاتی (۱۳ درصد)، هومیوپاتی (۱۲ درصد)، ماساژ درمانی (۱۰ درصد) و آروماتراپی (۱۰ درصد) بود. بیشتر خدمات طب مکمل و جایگزین که

توسط NHS پرداخت شده، توسط درمانگران طب مکمل غیرپزشک (۵۴ درصد)، پس از آن پزشکان عمومی (۱۸ درصد)، پرستاران (۲ درصد) و سایر فعالین این حوزه (۲۶ درصد) ارائه شده است (۲۳).

در آلمان بر اساس یک مطالعه در سال ۲۰۰۲، ۷۳ درصد از آلمانی‌ها با بیش از ۱۶ سال سن تا قبل از آن زمان از یک درمان طبیعی استفاده کرده بودند که ۳۴ درصد از آن‌ها در سه ماه گذشته بوده است. همچنین نتایج بررسی سال ۲۰۰۷ نشان می‌دهد که درصد جمعیتی که از درمان طبیعی استفاده کرده‌اند ۶۷ درصد بوده است. سهم خانم‌هایی که از این درمان‌ها استفاده می‌کردند (۷۵ درصد) به میزان قابل توجهی بالاتر از سهم مردان بود (۵۷ درصد) (۲۱).

در سوئیس نسبت جمعیت استفاده‌کننده از طب مکمل و جایگزین در سال گذشته به میزان کمی افزایش یافته بود (بر اساس دو دوره بررسی سلامت جمعیت بین ۲۰۰۷ و ۲۰۱۲) به‌خصوص، استفاده از هومیوپاتی از ۶,۴ درصد به ۸,۲ درصد افزایش یافته است درحالی‌که طب چینی از ۱,۷ درصد به ۱,۹ درصد افزایش یافته و طب سوزنی در حدود ۴,۹ درصد پایدار باقی مانده است. زنان از هر سه روش طب مکمل و جایگزین دو برابر آقایان استفاده کرده بودند (۵).

در ژاپن با توجه به بررسی که از بیماران تحت درمان در ۱۶ مرکز سرطان و ۴۰ واحد مراقبت‌های تسکینی انجام شد ۴۴,۶ درصد از بیماران مبتلابه سرطان و ۲۵,۵ درصد از مبتلایان به تومورهای خوش‌خیم به‌نوعی طب مکمل و جایگزین استفاده کرده‌اند. ۹۶,۲ درصد از بیماران مبتلابه سرطان از محصولاتمانند قارچ، گیاهان و غضروف کوسه استفاده کرده بودند که شیوع آن‌ها نسبت به چیگونگ (۳,۸ درصد)، مکسیویزیس (۳,۷ درصد) و طب سوزنی (۳,۶ درصد) بسیار بالاتر بود. ۲۴ درصد از مبتلایان به سرطان که از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند اثرات مثبتی را تجربه کرده بودند اگرچه همه آن‌ها هم‌زمان درمان متداول سرطان را نیز دریافت می‌کردند. با این حال، ۵۷,۳ درصد مبتلابه سرطان بدون اطلاعات کافی و ۶۰,۷ درصد از بیماران بدون مشاوره با پزشک محصولات طب مکمل و جایگزین را استفاده کرده بودند (۹).

در نروژ بر اساس یک نظرسنجی که در سال ۲۰۰۷ انجام شد، حدود ۵۰ درصد از جمعیت گزارش کردند که از خدمات طب مکمل و جایگزین ارائه شده در داخل یا خارج از سیستم مراقبت‌های بهداشتی در ۱۲ ماه گذشته استفاده کرده‌اند. برای تقریباً یک‌سوم از پاسخ‌دهندگان، درمان ارائه شده توسط یک متخصص بهداشت و درمان بوده است (۲۵).

در مولداوی ۲۰-۳۹ درصد از مردم از طب سوزنی، هومیوپاتی و خدمات طبی طبیعی، ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات عمومی و خصوصی استفاده کرده‌اند. تخمین زده می‌شود که ۶۰-۷۹ درصد از مردم از داروهای گیاهی استفاده می‌کنند (۱۰).

در ایسلند تخمین زده شده است که ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد در طول عمر خود از طب سنتی و درمان‌های جایگزین استفاده می‌کنند و حدود ۹۰ درصد افراد مبتلابه سرطان از درمان‌های سنتی استفاده می‌کنند. یک مطالعه که در سال ۲۰۰۶ جهت بررسی بهره‌مندی از خدمات طب مکمل و جایگزین انجام شد نشان داد که ۳۲ درصد از افراد مورد مطالعه در طول ۱۲ ماه گذشته از خدمات طب مکمل و جایگزین استفاده کرده‌اند که نشان‌دهنده افزایش ۶ درصدی در استفاده از این خدمات نسبت به سال ۱۹۹۸ است. بر اساس نتایج این مطالعه بیشتر افرادی که از این خدمات به‌عنوان درمان حمایتی استفاده می‌کنند، در مراکز ارائه خدمات سلامت، این خدمات را دریافت می‌کنند، همچنین بر اساس نتایج این مطالعه افرادی که بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند بیشتر از این خدمات استفاده می‌کنند. همچنین زنان در مقایسه با مردان (۴۱,۳ درصد در مقایسه با ۲۲,۶ درصد)، افراد با تحصیلات بالا و افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر بیشتر از این خدمات استفاده می‌کنند که این امر می‌تواند به علت عدم پوشش بیمه برای این خدمات باشد (۱۶).

در فلسطین اشغالی نسبتی از جمعیت بزرگسال که در سال گذشته توسط ارائه‌کنندگان خدمات طب مکمل و جایگزین مشاوره شده‌اند افزایش یافته و از ۶,۱ در سال ۱۹۹۳ به ۹,۸ در سال ۲۰۰۰ و ۱۲,۲ در سال ۲۰۰۷ رسیده است. در سال ۲۰۰۹ تعداد کل ویزیت‌ها توسط ارائه‌کنندگان خدمات طب مکمل و جایگزین ۲,۷ ویزیت بوده است. افزایش دریافت خدمات طب مکمل و جایگزین در این سال‌ها در بین زنان، افراد جوان‌تر، افراد با تحصیلات بالاتر و افراد به وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر، بیشتر بوده است (۱۷).

در دانمارک در سال ۲۰۰۵، یک مطالعه کشوری نشان داد که ۲۲,۵ درصد از جمعیت در سال گذشته از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده‌اند که تقریباً دو برابر تعداد شناسایی‌شده در سال ۱۹۸۷ بوده است. ۴۵,۲ درصد از آن‌ها در برخی از موارد زندگی خود از طب مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند (۳۱).

در اتریش بر طبق ارزیابی فدراسیون پزشکی کل نگر، حدود ۸۰ درصد از مردم اتریش حداقل یک روش طب مکمل و جایگزین را در سال استفاده می کنند. بخصوص این روش ها توسط زنان میان سال با تحصیلات بالا و با سطح درآمد بالا بیشتر استفاده می شود (۲۴).

فصل سوم

(وضعیت خدمات طب مکمل و جایگزین در ایران)

درباره فصل

در ایران از دیرباز استفاده گسترده از طب سنتی، به‌عنوان قسمتی از هویت و فرهنگ کشور، وجود داشته است و امروزه نیز رو به افزایش است ولی از آنجاکه طب سنتی، داروهای گیاهی و طب مکمل واژه‌هایی هستند که سال‌هاست در نظام سلامت ما حضور گنگ و نامشخصی دارند و نیاز به ساماندهی آن‌ها احساس می‌شود و از طرف دیگر در روند پیشرفت‌های جهانی پیروی از رهنمون‌های سازمان بهداشت جهانی امری اجتناب‌ناپذیر هست تهیه یک گزارش جامع از وضعیت این خدمات در کشور و ارزیابی چالش‌ها و فرصت‌های پیش رو در این حوزه از اهمیت فراوانی برخوردار است. در فصل پیش رو وضعیت طب سنتی و جایگزین در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. در این فصل پنج حوزه از طب سنتی و جایگزین موجود در ایران مورد ارزیابی قرار می‌گیرد:

۱. سیاست‌گذاری حوزه طب سنتی و جایگزین
۲. تأمین داروهای طب سنتی و جایگزین
۳. ارائه خدمات طب سنتی و جایگزین
۴. آموزش و پژوهش در زمینه طب سنتی و جایگزین
۵. دسترسی و بهره‌مندی از خدمات طب سنتی و جایگزین

تعاریف

تعریف طب سنتی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

طب سنتی واژه‌ای کلی است که هم به دستگاه‌های طب سنتی مانند طب سنتی چین، آیورودای هند و طب یونانی - عربی و هم به اشکال مختلف طب بومی اطلاق می‌گردد. درمان‌های طب سنتی شامل دارودرمانی (استفاده از گیاهان دارویی، اجزای حیوانی و معدنی) و روش‌های غیر دارویی (مانند طب سوزنی، ماساژ و درمان‌های روحی روانی) است. در کشورهایی که سیستم خدمات پزشکی در آن‌ها بر پایه طب مدرن استوار است، به‌جای طب سنتی اغلب از واژه طب مکمل و جایگزین (CAM) Complementary and Alternative Medicine یا طب غیرمتعارف استفاده می‌شود. (۳۶)

تعریف طب مکمل و جایگزین از دیدگاه مرکز ملی طب مکمل و جایگزین آمریکا

طب مکمل و جایگزین (CAM) گروهی از شیوه‌های پیشگیرانه و درمانی هستند که از روش‌های پزشکی متداول پیروی نمی‌کنند. این مرکز درمان‌های طب مکمل و جایگزین را به پنج گروه اصلی تقسیم می‌کند:

۱- دستگاه‌های پزشکی جایگزین (alternative medical system): دستگاه‌های پزشکی کاملی هستند که بر اساس تئوری و عمل پایه‌ریزی شده‌اند مانند هومیوپاتی، طب چینی، آیورودا و طبیعی درمانی؛

۲- پزشکی ذهن-بدن (mind-body medicine): پزشکی بدن-ذهن از تکنیک‌هایی استفاده می‌نماید که طراحی آن‌ها به‌گونه‌ای است که توانایی ذهن را برای تحت تأثیر قرار دادن بدن افزایش می‌دهند مانند مدیتیشن، بیوفیدبک، یوگا، هیپنوتیزم، تای چی، کی گانگ؛

۳- درمان‌های بر پایه بیولوژیک (biologic-based therapy): این گروه از درمان‌های طب مکمل از موادی که در طبیعت یافت می‌شوند مانند گیاهان، غذاها، ویتامین‌ها استفاده می‌کند مانند مکمل‌های غذایی، فرآورده‌های گیاهی و همچنین فرآورده‌های طبیعی که هنوز از نظر علمی تأیید نشده‌اند مانند استفاده از غضروف کوسه در درمان سرطان. برخی از زیرشاخه‌های این گروه عبارت‌اند از شلاتور درمانی و استفاده از فرآورده‌های طبیعی به‌جز ویتامین‌ها و مواد معدنی؛

۴-درمان از طریق حرکت دادن اعضای بدن (manipulative and body practices): این نوع درمان شامل حرکت یک یا گروهی از اعضای بدن است مانند کایروپراکتیک، ماساژ درمانی و حرکت‌درمانی؛

۵-انرژی‌درمانی (energy therapy): در انرژی‌درمانی انرژی از راه‌دست فرد درمانگر به بدن فرد منتقل می‌شود تا فرد تعادل نرمال انرژی و نهایتاً سلامت خود را به دست آورد. از انرژی‌درمانی برای درمان بسیاری از بیماری‌ها در کنار سایر روش‌های طب جایگزین و نوین می‌شود (۳۷).

بخش گیاهان دارویی و طب سنتی

بخش گیاهان دارویی و طب سنتی شامل کلیه نهادهای و عوامل دخیل در امر بهره‌برداری از گیاهان دارویی و اسانس دار و فناوری‌های تولید فرآورده‌های دارویی- غذایی- بهداشتی با منشأ گیاهی و نیز کلیه مراکز و دست‌اندرکاران در امر خدمات و آموزه‌های مکتب پزشکی سنتی ایران (طب سنتی) است. این بخش از دو حوزه گیاهان دارویی و فرآورده‌های گیاهی و طب سنتی تشکیل شده است (۳۸).

طب سنتی ایرانی (طب ایرانی)

طب سنتی ایران سامانه و مکتبی است کامل، شامل روش‌های تشخیصی، سبب‌شناسی و درمان با تکیه بر تفاوت‌های بین فردی (مزاج) در زمینه حفظ سلامت و درمان بیماری‌ها، متکی بر پشتوانه علمی و تجربی چند هزارساله ایرانیان و ملل دیگر، برخوردار از توجه به جنبه‌های اخلاقی و تربیتی و آموزه‌های اسلامی که به کوشش حکیمان بزرگ دوره تمدن اسلامی، بازنگاری و تدوین یافته و به نقطه کمال نسبی خود رسیده است.

از ویژگی‌های این مکتب: کل‌نگری، اعتقاد به هویت روحانی، جسمانی، روانی و اجتماعی برای انسان، توجه به کیفیات فاعله و منفعله و اخلاط اربعه، تأکید بر پیشگیری از بیماری‌ها با اصلاح سبک زندگی، تقویت جنبه‌های معنوی، فراهم کردن زمینه و شرایط مطلوب برای فعالیت سامانه درونی موسوم به قوه مدبره یا طبیعت و نیز تقدم درمان‌های غذایی و طبیعی بر درمان‌های دارویی و تقدم داروهای مفرد بر داروهای مرکب و بالاخره درمان‌های غیرتهاجمی بر درمان‌های تهاجمی است.

در شهریورماه سال ۱۳۹۶ با تصمیم دفتر طب ایرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نام طب سنتی ایرانی به طب ایرانی (persian medicine) تغییر نام یافت (۳۹).

گیاه دارویی (Medicinal Plant)

به گیاهی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم تمام یا اجزایی از آن به‌صورت تازه یا خشک‌شده و یا مواد مؤثره استخراجی از آن به‌منظور اثرات بهداشتی، پیشگیری و درمانی در بدن انسان، حیوانات و دیگر گیاهان به کار می‌رود، گیاه دارویی گفته می‌شود (۴۰).

داروی گیاهی (Herbal Medicines)

هرگونه فرآورده دارویی که منحصراً، از نظر اجزاء متشکله فعال، شامل یک یا چند ماده گیاهی فرآوری نشده یا یک یا چند ترکیب گیاهی فرآوری شده و یا ترکیبی از هر دو با فرمولاسیون گوناگون برای عرضه در بازار دارویی جهت تشخیص، پیشگیری، کمک به اعمال فیزیولوژیک، درمان و حفظ بهداشت بدن انسان، حیوانات و سایر گیاهان به کار می‌رود (۴۰).

فرآورده‌های گیاهی (Herbal Products)

مواد گیاهی که به‌صورت خام و یا فرآوری شده به‌منظور کاربرد در پزشکی، دامپزشکی و گیاهپزشکی و نیز کاربردهای تجاری، صنعتی، غذایی و بهداشتی استفاده می‌شوند و شامل داروهای گیاهی، فرآورده‌های طبیعی و مکمل با منشأ گیاهی، افزودنی‌های غذایی و طعم‌دهنده‌ها، رنگ دهنده‌ها، عرقیات و عصاره‌ها و اسانس‌ها، فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی و کنترل‌کننده آفات و بیماری‌های گیاهی است، فرآورده‌های گیاهی گفته می‌شود (۴۰).

فرآورده‌های طبیعی (Natural Products)

دسته‌ای از فرآورده‌های ساخته‌شده با منشأ گیاهی، حیوانی، معدنی، میکروارگانیسم‌ها یا فرآورده‌های حاصل از آن‌ها به‌صورت خام و یا فرایندی که به‌منظور پیشگیری و درمان (تأمین سلامتی جسم و روان) در انسان مورد استفاده قرار می‌گیرند. این فرآورده‌ها به اشکال متداول عرضه می‌شوند و باید دارای فرمولاسیون خاص، ثابت و قابل اندازه‌گیری باشند و از سازمان مجوز دریافت نموده باشند (۴۰).

فرآورده‌های طب سنتی ایران (Iranian Traditional Products)

عبارت‌اند از فرآورده‌هایی که به‌طور متواتر در کتب مرجع طب سنتی ایران ذکر شده‌اند و عملیات تهیه این فرآورده‌ها صرفاً شامل مواردی است که در کتب مرجع طب سنتی ایران ذکر شده است (۴۰).

مکمل‌های تغذیه‌ای

مکمل‌های تغذیه‌ای فرآورده‌های خوراکی هستند که از یک یا ترکیبی از مواد خام و یا فراوری‌شده از جمله ویتامین‌ها، املاح، اسیدهای چرب، اسیدهای آمینه و مشتقات آن‌ها، آنزیم‌ها، فیبرها، آنتی‌اکسیدان‌ها، کربوهیدرات‌ها، عصاره، اندام و یا بافت‌های طبیعی تشکیل می‌شوند. این مواد بایستی از طریق رژیم غذایی دریافت شوند اما به دلیل فقدان یا کمبود آن‌ها در رژیم غذایی فرد نیازمند مصرف این فرآورده‌ها می‌گردد (۴۱).

سلامتکده

مؤسسه‌ای است که طبق آیین‌نامه و دستورالعمل‌ها و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت ارائه خدمات طب ایرانی بر اساس حفظ تندرستی و با استفاده از تدابیر صحی و مرضی، فرآورده‌های طبیعی، ترکیبات جالینوسی و روش‌های دستی به‌طور مستقل و یا به‌صورت ترکیبی برای پیشگیری، حفظ تندرستی، تشخیص و درمان بیماری‌ها تأسیس می‌گردد (۴۲).

داروخانه طبیعی و سنتی

مؤسسه‌ای است پزشکی که با اخذ مجوز از کمیسیون تشخیص، تأسیس و به ارائه خدمات و عرضه طبیعی و سنتی، مبادرت می‌نماید. پروانه تأسیس داروخانه طبیعی و سنتی منحصراً برای دارندگان مدرک دکتری تخصصی داروسازی سنتی و یا دکتر داروساز که دوره‌های آموزشی مورد تأیید وزارت را سپری نموده و مسؤولیت فنی داروخانه را نیز بر عهده دارد صادر می‌شود (۴۳).

خدمات طب سنتی

خدمات طب سنتی مشتمل بر ۳ گروه اصلی ذیل هست:

الف - تدابیر حفظ و ارتقای تندرستی بر اساس اصول مندرج در متون طب سنتی؛

ب - روش‌های دستی شامل فصد، حجامت، زالودرمانی، غمز، دلک، اسپهال، قی، حقنه، آبن و سایر روش‌های دستی مندرج در متون طب سنتی؛

ج - تدابیر درمانی دارویی بر اساس مبانی طب سنتی (۴۲).

دکتری تخصصی رشته طب سنتی ایرانی (Iranian Traditional medicine)

رشته طب سنتی ایرانی، شاخه‌ای از علوم پزشکی است که در آن پزشکان عمومی منتخب با اصول و روش‌های متداول پیشگیری، درمان، آموزش و پژوهش‌های کاربردی و نوآور در طب سنتی ایران آشنا می‌شوند تا بتوانند ضمن به‌کارگیری پیشرفته‌ترین اطلاعات روز پزشکی کلاسیک، در مواردی که کاربرد طب سنتی به صلاح بیمار، جامعه، ارتقای دانش بشری باشد، از این شیوه نیز در جهت تأمین، بازگرداندن و ارتقای سلامت بیمار و جامعه بهره‌گیری نمایند. شرط لازم برای ورود به این دوره دارا بودن مدرک دکتری عمومی پزشکی و یا تخصص بالینی و قبولی در آزمون ورودی مطابق ضوابط و مقررات بهداشت درمان و آموزش پزشکی است (۴۴).

رشته داروسازی سنتی (traditional pharmacy)

رشته داروسازی سنتی شاخه‌ای از علوم دارویی است که دانش‌آموختگان آن ضمن آشنایی با مبانی طب و داروسازی سنتی، فرآورده‌های طبیعی و سنتی، گیاهان دارویی و انطباق و مقایسه با داروسازی نوین، در کنار طب سنتی، خدمات خود را در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و تولیدی به جامعه علمی و مردم ارائه می‌نمایند. شرط لازم برای ورود به این دوره دارا بودن دانشنامه رسمی دکتری عمومی داروسازی و قبولی در آزمون ورودی مطابق ضوابط و مقررات بهداشت درمان و آموزش پزشکی است (۴۵).

رشته تاریخ علوم پزشکی (history of medical sciences)

دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته تاریخ علوم پزشکی رشته‌ای است که پذیرفته‌شدگان آن ضمن آشنایی با تاریخ پیدایش تکامل و نوسانات پزشکی و علوم وابسته به آن و بررسی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری، ظهور، افول و بالندگی و رشد آن و نیز بازشناسی و بازکاوی عوامل مختلف تأثیرگذار بر آن، پیوندی میان گذشته و امروز علم برقرار می‌سازند و از مجموعه

بررسی‌های تاریخی و علمی خود، عرصه‌های جدیدی برای بهره‌گیری بهینه در زمینه آموزش، پژوهش و تأمین و حفظ و ارتقا سلامت افراد و جوامع بشری فراهم خواهند ساخت. شرط ورود به این دوره داشتن مدرک کارشناسی در کلیه رشته‌های مقطع کارشناسی مورد تأیید وزارت بهداشت یا وزارت علوم و قبولی در آزمون ورودی مطابق ضوابط و مقررات بهداشت درمان و آموزش پزشکی است (۴۶).

سیاست گذاری طب سنتی و جایگزین

پتانسیل‌های اقتصادی، درمانی و فرهنگی موجود در طب‌های سنتی و جایگزین از سویی یک فرصت بسیار مهم برای سیاست‌گذاری سلامت به شمار رفته و می‌تواند در تعدیل بار سلامت جامعه چه از منظر پیشگیری و چه درمان، کمک‌کننده باشد و از سوی دیگر این اقبال فزاینده، خود می‌تواند تهدیدی در سوءاستفاده احتمالی و به خطر انداختن سلامت جامعه محسوب گردد. لذا با توجه به این ویژگی مهم در طب سنتی، در سطوح مختلف بین‌المللی و ملی، ساختارهای نظارتی و سیاست‌گذاری و نیز اسناد سیاست‌گذاری برای ضابطه‌مند کردن این مهم تعریف و تبیین شده است.

حاکمیت جمهوری اسلامی ایران نیز در بالاترین سطوح سیاست‌گذاری بر الزام استفاده صحیح و منطقی از پتانسیل طب سنتی کشور تأکید نموده و اسناد حمایتی لازم را صادر کرده است.

نهادهای متولی سیاست‌گذاری

۱- ستاد توسعه علوم و فناوری گیاهان دارویی و طب سنتی معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری

این ستاد وظیفه سیاست‌گذاری اجرایی، راهبردی، هماهنگی، پایش شاخص‌ها و ایجاد ارتباطات بین دستگاهی لازم اعم از دولتی و خصوصی را برای گسترش فناوری و صنایع دانش‌بنیان در بخش گیاهان دارویی و طب سنتی در چهارچوب سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی بر عهده دارد. دبیرخانه این ستاد در معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری مستقر بوده و اعضای آن شامل معاون علمی و فناوری رئیس‌جمهور، وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزیر علوم و تحقیقات و فناوری یا معاون ذی‌ربط، وزیر جهاد کشاورزی یا معاون ذی‌ربط وزیر صنعت، معدن و تجارت یا معاون ذی‌ربط، وزیر کار، تعاون و رفاه اجتماعی یا معاون ذی‌ربط، رئیس جهاد دانشگاهی، رئیس مرکز همکاری‌های فناوری و نوآوری ریاست جمهوری، رئیس شورای تخصصی حوزوی، معاون طب سنتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نماینده ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور و چهار نفر از متخصصین و خبرگان مرتبط با حکم رئیس ستاد می‌باشند (۳۸، ۴۷).

۲- شورای سیاست‌گذاری طب سنتی

در سال ۱۳۹۲، با تصمیم نمایندگان ویژه رئیس‌جمهور کارگروه احیا و توسعه نظام طب سنتی به شورای سیاست‌گذاری طب سنتی ایران اسلامی تغییر نام داد که ریاست آن بر عهده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. اعضای این شورا توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌شوند.

از وظایف این شورا می‌توان به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، بسترسازی و ارائه راهکارهای اجرایی جهت گسترش و سازمان‌دهی طب سنتی اشاره کرد (۴۸).

اسناد بالادستی، آئین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها

۱- سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

مهم‌ترین سند الزام امور حاکمیتی در ایران برای توسعه طب سنتی بند ۱۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۱۸ فروردین ۱۳۹۳ است که در آن به صورت شفاف مسیر توسعه طب سنتی در کشور را تبیین نموده‌اند (۴۹).

این بند از سیاست‌های کلی سلامت به شرح زیر است.

۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران؛

۱۲-۱- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظارت وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری ناب علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۱۲-۲- استانداردسازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با این؛

۱۲-۳- تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی؛

۱۲-۴- نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی؛

۱۲-۵- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی.

۲- سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب شورای انقلاب فرهنگی

دومین سند حاکمیتی کشور در تبیین روش توسعه طب سنتی سند پیشنهادی شورای ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور است که در جلسه ۷۳۵ مورخ ۹۲/۴/۲۵ شورای انقلاب فرهنگی و به استناد قسمت الف بند ۱-۵ فصل پنجم نقشه جامع علمی کشور به تصویب رسیده است.

در این سند وظیفه سیاست‌گذاری کلان، هماهنگی‌های کلان و نظارت کلان بر اجرای آن بر عهده شورای انقلاب فرهنگی گذاشته شده است. همچنین ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور وظیفه رصد اجرای این سند را بر عهده دارد. ستادی نیز تحت عنوان ستاد توسعه علوم و فناوری گیاهان دارویی و طب سنتی وظیفه سیاست‌گذاری اجرایی، راهبردی، هماهنگی، پایش شاخص‌ها و ایجاد ارتباطات بین دستگاهی لازم اعم از دولتی و خصوصی را برای گسترش فناوری و صنایع دانش‌بنیان در بخش گیاهان دارویی و طب سنتی در چهارچوب این سند بر عهده دارد.

دبیرخانه این ستاد در معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری مستقر بوده و اعضای آن شامل معاون علمی و فناوری رئیس‌جمهور، وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزیر علوم و تحقیقات و فناوری یا معاون ذی‌ربط، وزیر جهاد کشاورزی یا معاون ذی‌ربط وزیر صنعت، معدن و تجارت یا معاون ذی‌ربط، وزیر کار، تعاون و رفاه اجتماعی یا معاون ذی‌ربط، رئیس جهاد دانشگاهی، رئیس مرکز همکاری‌های فناوری و نوآوری ریاست‌جمهوری، رئیس شورای تخصصی حوزوی، معاون طب سنتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نماینده ستاد راهبری اجرای نقشه جامع علمی کشور و چهار نفر از متخصصین و خبرگان مرتبط با حکم رئیس ستاد می‌باشند.

سیاست‌های کلان در این حوزه مطابق این سند به شرح زیر است:

- اهتمام به مدیریت دانش در بخش گیاهان دارویی و طب سنتی؛
- خوداتکایی اشتعال‌زایی و استفاده حداکثری از توان داخلی در بخش گیاهان دارویی و طب سنتی؛
- مشارکت حداکثری بخش خصوصی، تعاونی‌های غیردولتی و سرمایه‌گذاران خارجی و تأکید بر هماهنگی و انسجام بین نهادها؛
- رعایت اصول ایمنی زیستی در چارچوب پروتکل‌های جهانی پذیرفته‌شده در کشور؛
- استفاده حداکثری از طبیعت و فرآورده‌های طبیعی در راستای سلامت انسان و رفاه اجتماعی با حفظ چرخه‌های اکوسیستمی طبیعت؛

- کاهش تصدی‌گری دولت، تقویت بخش خصوصی و حمایت از ایجاد و توسعه کمی و کیفی شرکت‌های دانش‌بنیان؛
- توجه به بنیان‌های فلسفی طب سنتی با تقدم نگرش پیشگیری در برابر درمان؛
- تخصص‌گرایی و اجتناب از نسخه‌پردازی عامیانه و اجتناب از خرافات و خرافات زدگی در طب سنتی و گیاهان دارویی؛
- حفظ ذخایر ژنتیکی گیاهان دارویی بومی و انحصاری کشور؛
- کاربردی‌سازی آموزش‌های طب سنتی در رشته‌های مختلف گروه پزشکی و دامپزشکی؛
- استفاده از کم‌عارضه‌ترین روش‌ها درمان‌های گیاهی و طب سنتی (۳۸، ۵۰).

۳- قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران

برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶) در سال ۱۳۹۵ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. موارد مرتبط با طب سنتی به شرح زیر است:

ماده ۷۲-

پ - فهرست رسمی دارویی ایران بر اساس نظام دارویی ملی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر هر سه ماه یک‌بار تدوین و منتشر می‌گردد. تجویز داروهای خارج از فهرست یادشده، تخلف محسوب شده و متخلف با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن، حسب مورد به مجازات‌های مندرج در تبصره (۱) ماده (۲۸) قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ محکوم می‌شود.

تبصره ۱- آیین‌نامه اجرائی این بند در شش ماه اول اجرای قانون برنامه توسط سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو) تهیه می‌شود و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.

تبصره ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه فهرست فرآورده‌ها و داروهای سنتی و گیاهی کشور اقدام نماید.

ت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت جهاد کشاورزی، مقدار مجاز سموم باقیمانده در مواد غذایی و فرآورده‌های غذایی و نیز مصرف کود شیمیایی را برای محصولات مذکور مشخص نماید و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده‌اند را ممنوع نماید.

-ماده ۷۴

چ - به منظور تحقق بند (۱۲) سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی - اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی - اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید (۵۱).

۴- سند نقشه راه فرآورده‌های طبیعی و داروهای طب سنتی ایران در افق ۱۴۰۴

سند نقشه راه فرآورده‌های طبیعی و داروهای طب سنتی ایران برای دستیابی به اهداف کلان جمهوری اسلامی در حوزه سلامت به ویژه در سازمان غذا و دارو در زمینه فرآورده‌های طبیعی و داروهای طب سنتی ایران و به کارگیری از ظرفیت‌های موجود به بهترین نحو توسط سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است (۵۲).

۵- آیین نامه تأسیس سلامتکده طب سنتی ایرانی

این آیین نامه در راستای سازمان دهی تأسیس سلامتکده طب سنتی ایرانی جهت ارائه خدمات طب ایرانی بر اساس حفظ تندرستی و با استفاده از تدابیر صحتی و مرضی، فرآورده‌های طبیعی، ترکیبات جالینوسی و روش‌های دستی به طور مستقل و یا به صورت ترکیبی برای پیشگیری، حفظ تندرستی، تشخیص و درمان بیماری‌ها تدوین و ابلاغ شده است (۴۲).

۶- آیین نامه تأسیس داروخانه طبیعی و سنتی

این آیین نامه به منظور سازمان دهی، کنترل و نظارت بر امور عرضه فرآورده‌های طبیعی و سنتی در راستای اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در افزایش سطح دسترسی جامعه به این فرآورده‌ها، توسعه کاربرد منطقی و ارتقا کیفی و کمی عرضه این فرآورده‌ها توسط وزارت بهداشت و درمان تدوین و در تاریخ ۹۵/۴/۲۲ به معاونت غذا و دارو ابلاغ گردید (۴۲).

۷- آیین نامه تهیه و عرضه فرآورده‌های طب سنتی ایران

این آیین‌نامه جهت نیل به اهداف زیر توسط معاونت برنامه‌ریزی اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است.

- به‌روز کردن و جهت‌دهی علمی به استعدادها و توانایی‌های کشور در مورد پیشینه طب سنتی و بافت متنوع گیاهی؛
- توسعه فرآورده‌های مبتنی بر کتب طب سنتی ایران؛
- برقراری نظام یکپارچه عرضه داروهای سنتی در داروخانه‌ها و عطاری‌ها؛
- ترویج و گسترش فرهنگ استفاده از طب سنتی و به‌تبع آن ارتقای سلامت مردم؛
- مهیا نمودن زمینه افزایش آگاهی و آشنایی بیشتر پزشکان و داروسازان در ارتباط با طب سنتی و درمان با داروهای طبیعی (۵۳).

۸- آیین‌نامه بسته‌بندی گیاهان دارویی فرآوری نشده

این آیین‌نامه جهت سازمان‌دهی بسته‌بندی گیاهان دارویی فرآوری نشده (شامل گیاهان دارویی یا بخشی از اندام‌های آنها است که پس از تمیز کردن، خشک و بسته‌بندی شده باشند) توسط اداره کل فرآورده‌های طبیعی سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است (۵۴).

۹- آیین‌نامه صدور پروانه تأسیس واحدهای تولید داروهای گیاهی، بسته‌بندی گیاهان دارویی، تولید

عصاره‌ها و اسانس‌های گیاهی

این آیین‌نامه توسط اداره کل فرآورده‌های طبیعی سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است (۵۵).

۱۰- آیین‌نامه مربوط به ساخت داروهای گیاهی

این آیین‌نامه توسط اداره کل فرآورده‌های طبیعی سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است (۵۶).

۱۱- ضوابط تولید اسانس‌ها و عصاره‌های گیاهی

این ضوابط توسط اداره کل فرآورده‌های طبیعی سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است (۵۷).

۱۲- دستورالعمل اجرایی برگزاری دوره‌های کوتاه‌مدت طب سنتی ایرانی-اسلامی

این دستورالعمل در راستای گسترش متوازن و منطقی طب سنتی ایرانی اسلامی توسط وزارت بهداشت و درمان تدوین و در تاریخ ۹۲/۵/۱۳ به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید (۴۲).

۱۳- نظام‌نامه بهره‌مندی از دانش و مهارت افراد صاحب‌تجربه در طب سنتی

این نظام‌نامه جهت سازمان‌دهی بهره‌مندی از دانش و مهارت افراد صاحب‌تجربه در طب سنتی که فاقد تحصیلات دانشگاهی مرتبط هستند تدوین شده است (۵۸).

۱۴- دستورالعمل نام‌گذاری فرآورده‌های طب سنتی

این دستورالعمل جهت سازمان‌دهی نام‌گذاری فرآورده‌های طب سنتی ایران در شرکت‌های داروسازی توسط اداره کل فرآورده‌های طبیعی سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو تدوین و ابلاغ شده است (۴۴).

۱۵- دستورالعمل ارائه خدمات طب سنتی

این دستورالعمل جهت سازمان‌دهی ارائه خدمات طب سنتی ایرانی توسط متخصصین طب سنتی ایرانی و سایر پزشکان و خبرگان دوره‌دیده مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و در تاریخ ۹۱/۴/۴ به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده است (۴۵).

۱۶- دستورالعمل جشنواره طب ایرانی

دستورالعمل «جشنواره طب ایرانی» توسط شورای سیاست‌گذاری طب سنتی ایرانی در سال ۱۳۹۶ تصویب و به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد. بر اساس این دستورالعمل، جشنواره طب ایرانی که دبیرخانه آن در دفتر طب ایرانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر است، در سطح ملی و در محورهای اصلی آموزش، پژوهش و ارائه خدمات در گروه‌های عمده علمی طب سنتی ایرانی، داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی برگزار می‌شود که به‌منظور ارج نهادن به مقام والای حکمای متقدم و متأخر، جایزه «حکیم عقیلی» و «نشان حکمت» برای برگزیدگان ویژه جشنواره، جایزه «استاد دکتر محمدمهدی اصفهانی» برای برگزیده برتر حوزه آموزش، جایزه «استاد دکتر سید جلال مصطفوی» برای برگزیده برتر حوزه پژوهش، جایزه «استاد دکتر عبد... احمدیه» برای برگزیده برتر حوزه درمان و جایزه «حکیم مؤمن تنکابنی»، برای محصول یا اختراع برگزیده در نظر گرفته شده است (۵۹).

۱۷- دستورالعمل اجرای طرح‌های کارآفرینی حوزه طب سنتی

این دستورالعمل توسط ستاد توسعه فناوری گیاهان دارویی و طب سنتی معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری جهت بهبود وضعیت تولید و فضای کسب‌وکار در حوزه گیاهان دارویی و فرآورده‌های طبیعی تدوین و ابلاغ شده است (۴۴).

ساختارهای حوزه اجرایی

۱- اداره کل طب ایرانی وزارت بهداشت و درمان

از مهرماه ۱۳۸۷ ستاد توسعه علوم و فناوری گیاهان دارویی و طب سنتی باهدف قرار گرفتن به‌عنوان محل تلاقی، همگرایی و حلقه وصل تمامی نقش‌آفرینان حوزه گیاهان دارویی و طب سنتی کشور در معاونت علمی و فناوری ریاست‌جمهوری شروع به کار نمود.

در سال ۱۳۹۲، با تصمیم نمایندگان ویژه رئیس‌جمهور در کارگروه احیا و توسعه نظام طب سنتی به استناد اصل یک‌صد و بیست و هفتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و ابلاغ معاون اول ریاست‌جمهور وقت، معاونت طب سنتی ایران اسلامی در حوزه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شکل گرفته و کارگروه یادشده به شورای سیاست‌گذاری طب سنتی ایران اسلامی تغییر نام داد که ریاست آن بر عهده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

معاونت طب سنتی ایران اسلامی در فروردین‌ماه ۱۳۹۵ به اداره کل طب ایرانی تنزل پیدا کرد. پیگیری و مدیریت اجرایی امور مرتبط با طب سنتی در حوزه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تعامل با ساختارهای مرتبط در بدنه وزارت بر عهده این اداره کل است.

معاونت‌های اداره کل طب ایرانی به شرح زیر است:

- معاونت اجرایی؛
- معاونت توسعه سلامت: معاونت توسعه سلامت، متولی توسعه طب ایرانی در بخش‌های بهداشت و درمان بوده وظیفه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در این دو حوزه را بر عهده دارد؛

- معاونت تعالی آموزش و پژوهش: این معاونت عمدتاً در حیطه آموزش‌های تخصصی و پژوهش‌های مرتبط با حیطه طب ایرانی فعالیت می‌کند (۶۰).

۲- اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل

همزمان با شروع فعالیت واحدهای تولیدی فرآورده‌های گیاهی، گروه کارشناسی فرآورده‌های گیاهی از سال ۱۳۶۰ در معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌صورت رسمی نظارت بر فرآورده‌های گیاهی را آغاز نمود.

در سال ۱۳۷۶، اداره داروهای گیاهی در چارت سازمانی معاونت غذا و دارو به‌عنوان یکی از ادارات تابعه اداره کل نظارت بر امور دارو مواد مخدر به رسمیت شناخته شد. با افزایش تنوع فرآورده‌های طبیعی، برای تمرکز بیشتر بر روی این فرآورده‌ها در دی‌ماه ۱۳۸۵، اداره داروهای گیاهی به اداره داروهای طبیعی تغییر نام یافت. در خردادماه ۱۳۹۲ اداره کل نظارت و ارزیابی داروهای طبیعی و سنتی تشکیل و در مهرماه همان سال با ادغام فرآورده‌های مکمل «اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل» تشکیل گردید.

وظیفه اصلی نظارت بر کیفیت، ایمنی و اثربخشی این فرآورده‌ها از طریق بررسی پرونده‌های ساخت فرآورده‌های تولید داخل وارداتی و صدور مجوز یا پروانه ساخت ورود، نظارت بر تولید داخل، واردات، تولید تحت لیسانس، ساخت قراردادی و انتقال دانش فنی، تمدید مجوز یا پروانه ساخت ورود فرآورده‌ها است. همچنین صدور پروانه تأسیس کارخانه‌های تولیدی و مکاتبات مرتبط با این موارد و تهیه و تنظیم ضوابط و مقررات نیز بر عهده این اداره کل است. هدف این اداره کل در دسترس قرار دادن فرآورده‌های باکیفیت بالا، ایمن و مؤثر برای انسان است.

ادارات تابعه اداره کل نظارت و ارزیابی فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل به شرح زیر است:

- اداره فرآورده‌های طبیعی؛
- اداره داروهای سنتی؛
- اداره فرآورده‌های مکمل تغذیه‌ای؛
- اداره فرآورده‌های شیر خشک و غذاهای ویژه؛
- اداره برنامه‌ریزی (۴۱).

۳- واحدهای مدیریت و نظارت استانی

۴۰۰ پست رسمی در حوزه طب ایرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در قالب واحد مدیریت/ اداره طب ایرانی و مکمل ذیل معاونت درمان، اداره نظارت و ارزیابی فرآورده‌های طبیعی، طب ایرانی و مکمل ذیل معاونت غذا و دارو کارشناسان طب ایرانی در معاونت بهداشت دانشگاه ایجاد شده است (۵۲).

تأمین داروهای طب سنتی و جایگزین

سهم ایران در تولید داروهای سنتی، گیاهی و فرآورده‌های طبیعی

جمهوری اسلامی ایران یکی از غنی‌ترین منابع گیاهی از نظر مقدار و تنوع در سطح جهان را دارا است و از نظر شرایط جغرافیایی نیز بهترین گونه‌های گیاهی را با بالاترین ماده مؤثره در اکثر نقاط کشور پوشش داده است. ایران به علت تنوع اقلیمی و ویژگی‌های خاص ژئومورفولوژیک مناطق مختلف، دارای توانمندی‌ها و پتانسیل‌های فراوان و منحصر به فرد است و یکی از گنجینه‌های بزرگ گیاهان دارویی و معطر جهان محسوب می‌شود. این مسئله مؤید آن است که پتانسیل‌های بسیار فراوانی در کشور در زمینه تولید، فرآوری و تجارت جهانی در زمینه گیاهان دارویی وجود دارد. زعفران، شیرین بیان، توتون، زبره سبز، گل محمدی، آویشن، افسون، بابونه، گل ختمی، گل ساعتی، باریجه، نعناع و زرشک مهم‌ترین اقلام صادراتی گیاهان دارویی ایران است و آلمان، آمریکا، فرانسه، پاکستان، هند، چین، ترکیه، بحرین، کویت، قطر، کانادا و سوئیس از جمله عمده خریداران گیاهان دارویی ایران محسوب می‌شوند. بر اساس گزارش بانک جهانی، گردش مالی ناشی از صنعت گیاهان دارویی در سال ۲۰۵۰ میلادی معادل ۵۰۰ میلیارد دلار خواهد بود.

سهم ایران از تجارت جهانی گیاهان دارویی در حال حاضر بین ۵۰ تا ۱۰۰ میلیون دلار است. (۶۱). بر اساس آمار ۱۱ ماهه (از فروردین تا بهمن ماه) سال ۹۷، ۳۳۶ هزار و ۸۳۶ تن انواع گیاهان دارویی به ارزش ۵۲۰ میلیون دلار به کشورهای مختلف دنیا صادر شده است که نسبت به مدت مشابه سال ۹۶ بیش از ۷۰ میلیون دلار رشد کرده است. زعفران، گل محمدی، آنگوزه، باریج، گون، کتیرا و زیره ایران رتبه نخست صادرات جهان را دارند (۶۲).

میزان تولید داروهای سنتی و فرآورده‌های طبیعی در کشور:

بر اساس آمار سال ۱۳۹۶، نسبت مجوزهای داروهای طبیعی به داروهای صناعی ۲۱,۹ درصد، داروهای سنتی به صناعی ۹,۲ درصد و نسبت مجموع داروهای طبیعی و سنتی ۳۱,۱ درصد است. طبق همین آمار در ۵۹ دسته از بیماری‌ها داروهای طبیعی مرتبط وجود دارد که بیشترین تمرکز در بیماری‌های سیستم تنفسی، گوارشی و آرام‌بخش‌ها است. همچنین، در ۳۹ دسته از بیماری‌ها داروی سنتی مرتبط وجود دارد (۶۳).

داروهای سنتی، گیاهی و فرآورده‌های طبیعی دارای مجوز در ایران

بر اساس آمارهای اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل معاونت غذا و دارو ۱۶۱۲ فرآورده طبیعی/گیاهی، ۳۶۹ ماده اولیه طبیعی (عصاره و اسانس) و ۹۳۶ داروی طب سنتی، دارای مجوز تولید یا واردات هستند (۵۲).

شرکت‌های تولیدکننده داروهای سنتی، گیاهی و فرآورده‌های طبیعی

بر اساس آمارهای اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو، ۱۰۳ شرکت تولیدکننده فرآورده‌های طبیعی و ۸۶ شرکت تولیدکننده داروهای طب سنتی ایران در کشور مشغول فعالیت هستند (۵۲).

نظارت بر تولید، توزیع واردات داروهای سنتی، گیاهی و فرآورده‌های طبیعی

این وظیفه بر عهده اداره کل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در همین راستا این اداره اقدام به تدوین آیین‌نامه، دستورالعمل و قوانین جهت تولید، عرضه، توزیع واردات فرآورده‌های طب سنتی ایران، داروهای گیاهی و فرآورده‌های طبیعی کرده است. همچنین این اداره در جهت کنترل کیفی داروهای سنتی، گیاهی و فرآورده‌های طبیعی دو آزمایشگاه مرجع راه‌اندازی کرده است.

۱- آزمایشگاه کنترل داروهای گیاهی و مکمل‌ها

یکی از زیرمجموعه‌های «مرکز آزمایشگاه‌های مرجع کنترل غذا و دارو» بوده و مسئول کنترل کیفیت نمونه‌های دریافتی از اداره کل داروهای طبیعی و مکمل سازمان غذا و دارو است. انواع نمونه‌های قابل آزمایش در این بخش عبارت‌اند از: گیاهان دارویی بسته‌بندی شده، انواع عصاره گیاهی (مایع و جامد)، اسانس‌های طبیعی، مکمل‌های گیاهی و کلیه اشکال دارویی گیاهی شامل: قرص، کپسول، کرم، پماد، قطره و شربت.

نمونه‌ها توسط شرکت‌های تولیدی داخل یا خارج از کشور تولید گردیده و در مقاطع مختلف: اخذ پروانه ساخت، مجوز واردات، PMQC، نمونه‌برداری ادواری و تمدید پروانه، جهت انجام آزمایش به این آزمایشگاه ارائه می‌گردند (۴۵).

۲- آزمایشگاه کنترل کیفی فرآورده‌های طبیعی و سنتی زیرمجموعه حکمت سرای ایرانیان طبوبی (۵۲).

مراجع ذی‌صلاح تأیید فرآورده‌های سنتی، طبیعی، گیاهی

جهت تولید فرآورده‌های سنتی، طبیعی و گیاهی، اجازه تهیه هر فرآورده پس از تأیید شورای بررسی و تدوین داروهای گیاهی و طبیعی ایران، منوط به اخذ تأیید از اداره کل آزمایشگاه‌های کنترل غذا و دارو سرانجام تأیید کمیسیون قانونی تشخیص (صلاحیت ساخت ورود دارو و مواد بیولوژیک) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (۵۳).

ارائه خدمات طب سنتی و جایگزین

به منظور تحقق بند ۱۲ سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی -اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی -اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید (۵۲). در همین راستا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شروع به ایجاد درمانگاه‌های تخصصی ارائه خدمات طب سنتی، بخش‌های بستری بیمارستانی، مراکز تلفیقی و ادغام این خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی کرده است (۵۲).

جدول ۱: میزان ادغام خدمات تأیید شده طب سنتی در نظام سلامت و چشم‌انداز پیش رو

اهداف	هدف کمی	واحد	وضعیت در پایان					
			سال ۹۴	۹۵	۹۶	۹۷	۹۸	۹۹
ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی در نظام سلامت	درصد خانه‌های بهداشت ارائه‌دهنده خدمات تأیید شده طب سنتی	درصد	۰	۵	۱۵	۳۵	۵۰	۷۵
	تعداد مراکز ارائه فرآورده‌های طبیعی، سنتی و گیاهی	تعداد	۲۰	۴۰	۸۰	۲۰۰	۴۰۰	۵۰۰
	درصد مؤسسات پزشکی بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی	درصد	۰	۵	۱۵	۱۵	۲۰	۲۵
	تعداد بیمارستان‌های دولتی ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی	تعداد	۰	۱۲	۲۷	۴۵	۶۰	۹۰
	تعداد کلینیک‌های دولتی ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی	تعداد	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰	۱۵۰

جدول ۲: برنامه عملیاتی حوزه طب ایرانی در سال‌های برنامه ششم

هدف کلی: ادغام خدمات تأیید شده طب ایرانی در نظام سلامت

هدف کمی	وزن	برنامه	وزن	واحد	وضعیت در پایان سال‌های برنامه ششم				
					۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۴۰۰
افزایش سطح پوشش خدمات در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی	۴۵	۱-فراهمی خدمات در خانه‌های بهداشت	۸۵	درصد	۵	۱۵	۳۵	۵۰	۷۵
		۲-فراهمی خدمات در پایگاه و یا مراکز بهداشتی درمانی	۱۵	درصد	۵	۱۵	۳۵	۵۰	۷۵
	۴۰	۳-تولید شواهد	۲۰	تعداد	۱۴۹	۷۰	۵۰	۳۵	۲۰

۴۵	۴۵	۳۶	۳۹	۳۹	تعداد کارگاه	۳۰	۴- توانمندسازی نیروی انسانی	افزایش سطح پوشش خدمات در مراکز درمانی
۶۵	۶۰	۵۷	۵۵	۵۲	تعداد مرکز	۲۰	۵- تأمین الزامات اجرایی برای مراکز درمانی دولتی ارائه خدمات طب سنتی	
۴۵	۴۰	۳۷	۳۵	۳۲	تعداد مرکز	۲۰	۶- فراهمی خدمات در مراکز درمانی دولتی	
۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	درصد	۱۰	۷- فراهمی خدمات در مراکز درمانی غیردولتی	
۵۰	۳۵	۲۰	۱۰	۷	تعداد	۶۰	۸- تأسیس مراکز ارائه فرآورده‌های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی در مراکز خصوصی	۱۰ راه‌اندازی مراکز ارائه فرآورده‌های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی
۶۰	۴۵	۳۰	۲۰	۱۳	تعداد	۴۰	۹- فراهمی خدمات در داروخانه‌های گیاهی مراکز دولتی	
۱۸	۱۴	۱۰	۹	۸	تعداد	۵۰	۱۰- تدوین استاندارد خدمات و اجرای کارگاه‌های توانمندسازی	۵ افزایش سطح پوشش خدمات درمانی طب مکمل در مراکز درمانی
۱۵	۱۱	۷	۵	۴	تعداد مراکز	۵۰	۱۱- فراهمی خدمات طب مکمل در مراکز دولتی	

سلامتکده‌ها و درمانگاه‌ها

سلامتکده‌های طب سنتی ایرانی باهدف افزایش و تسهیل دسترسی به خدمات ایمن و مؤثر در حوزه طب ایرانی ایجاد شده است. اولین سلامتکده طب سنتی ایرانی در سال ۱۳۸۶ در دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران ایجاد شد. هم‌اکنون ۵۲ مرکز تخصصی ارائه خدمات سرپایی طب سنتی ایرانی در کشور وجود دارد که از این تعداد ۱۲ مرکز خصوصی و ۴۰ مرکز دولتی هست و علاوه بر این مراکز موجود ۲۰ سلامتکده با معماری ایرانی اسلامی در ۱۹ مرکز استان و یک مرکز متعلق به وزارت بهداشت در حال ساخت است (۵۲).

مراکز تلفیقی مستقر در بیمارستان‌ها

مراکز تخصصی طب سنتی ایرانی به‌صورت ادغام یافته در برخی بیمارستان بزرگ کشور وجود دارند که می‌توان به مرکز ناباوروی و مرکز آنکولوژی تلفیقی مستقر در بیمارستان امام خمینی تهران اشاره کرد (۶۴).

بخش‌های بستری طب ایرانی

دو بخش بستری بیمارستانی طب ایرانی در بیمارستان شهید رهنمون یزد و بیمارستان امام رضا مشهد راه‌اندازی شده است (۵۲).

ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

در راستای ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت، خدمات طب ایرانی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حوزه تحت نظارت ۹ دانشگاه علوم پزشکی به‌عنوان پایلوت وارد شده است. دارو نامه گیاهی و طب ایرانی ویژه بهورزان نیز تدوین شده است (۵۲).

جدول ۳: سلامتکده و درمانگاه‌ها و مراکز تخصصی طب سنتی ایرانی

استان	وابستگی	نام
اراک	دانشگاه علوم پزشکی اراک	کلینیک تخصصی و فوق تخصصی کوثر
	خصوصی (اراک)	سلامتکده تخصصی ریحانه
اصفهان	علوم پزشکی کاشان	کلینیک ویژه طب سنتی بیمارستان صدوقی
	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	درمانگاه بیمارستان الزهرا (س)
	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	درمانگاه طب سنتی بیمارستان آیت‌الله کاشانی
	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	درمانگاه طب سنتی سپه‌سالار
	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	سلامتکده طب سنتی ایرانی و طب مکمل مرکز آموزشی درمانی امین
	خمینی شهر (خصوصی)	کلینیک تخصصی طب سنتی حکیم
تهران	علوم پزشکی ارتش	درمانگاه طب سنتی ایران
	دانشگاه علوم پزشکی ایران	درمانگاه بهشت
	دانشگاه علوم پزشکی ایران	درمانگاه طب سنتی بیمارستان حضرت رسول (ص)
	دانشگاه علوم پزشکی تهران	درمانگاه ریحانه
	دانشگاه علوم پزشکی تهران	درمانگاه ویژه سرطان
	دانشگاه علوم پزشکی تهران	درمانگاه خارک
	دانشگاه علوم پزشکی تهران	درمانگاه احمدیه
	علوم پزشکی شهید بهشتی	سلامتکده دکتر شریعت پناهی
	علوم پزشکی شهید بهشتی	درمانگاه طب سنتی بیمارستان شهدای تجریش (مرکز جامع کنترل سرطان)

	درمانگاه ویژه پوست و مو	دانشگاه علوم پزشکی تهران
	سلامتکده حکیم	خصوصی (تهران)
	سلامتکده طبوبی تهران	خصوصی (تهران)
	مجمع آموزشی درمانی صبح امید تهران	خصوصی (تهران)
	بخش طب سنتی درمانگاه عمومی ابو فاضل	خصوصی (تهران)
	سلامتکده تخصصی طب سنتی کیمیا	خصوصی (تهران)
	سلامتکده طب سنتی ایران	علوم پزشکی شاهد
کرمان	سلامتکده نفیس کرمانی	خصوصی (کرمان)
	سلامتکده تخصصی ایرانیان	خصوصی (کرمان)
	سلامتکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان	علوم پزشکی کرمان
خراسان رضوی	سلامتکده طب سنتی ایران مشهد	خصوصی (مشهد)
	سلامتکده برگ سبز	علوم پزشکی مشهد
	درمانگاه شبانه‌روزی ولی عصر	خصوصی (مشهد)
	دانشکده طب سنتی و مکمل	علوم پزشکی مشهد
	درمانگاه بیمارستان امام رضا (ع)	علوم پزشکی مشهد
	درمانگاه بیمارستان قائم (عج)	علوم پزشکی مشهد
	سلامتکده طب ایرانی	دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
یزد	کلینیک بقایی پور	خصوصی (یزد)
	کلینیک زخم‌های مزمن و دیابتی	خصوصی (یزد)
	سلامتکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی یزد	دانشگاه علوم پزشکی یزد
	کلینیک بیمارستان فاطمه الزهرا مهریز	مهریز (دولتی)
	کلینیک بیمارستان ضیایی اردکان	اردکان (دولتی)
	کلینیک بیمارستان شهدای محراب	یزد (دولتی)
	کلینیک خاتم‌الانبیاء (ص)	یزد (دولتی)
	درمانگاه تخصصی و بخش بستری بیمارستان شهید رهنمون	دانشگاه علوم پزشکی یزد
مازندران	سلامتکده طب ایرانی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی گناباد	دانشگاه علوم پزشکی گناباد
	سلامتکده طب سنتی کلینیک طبوبی ساری	دانشگاه علوم پزشکی مازندران
	درمانگاه طب ایرانی بیمارستان بوعلی	دانشگاه علوم پزشکی مازندران
	سلامتکده طب سنتی بابل	علوم پزشکی بابل
خراسان جنوبی	سلامتکده طب سنتی حکمت شرق	علوم پزشکی بیرجند

زنجان	علوم پزشکی زنجان	درمانگاه طب سنتی بیمارستان ولی عصر زنجان
فارس	علوم پزشکی شیراز	سلامتکده عمادالدین شیرازی
	علوم پزشکی شیراز	درمانگاه طب سنتی بیمارستان دکتر شریعتی فسا
	شیراز (دولتی)	کلینیک ویژه بیمارستان مادر و کودک شوشتری
	شیراز (دولتی)	کلینیک ویژه بیمارستان سوانح و سوختگی امیرالمؤمنین (ع)
	شیراز (دولتی)	درمانگاه قطب‌الدین
قزوین	علوم پزشکی قزوین	درمانگاه ویژه طب سنتی بیمارستان بوعلی قزوین
قم	علوم پزشکی قم	سلامتکده طب ایرانی
گلستان	علوم پزشکی گرگان	درمانگاه طب سنتی کلینیک تخصصی دزیانی
همدان	علوم پزشکی همدان	کلینیک ویژه طب سنتی مهدیه همدان
	علوم پزشکی همدان	سلامتکده بدیع الحکما
	خصوصی (همدان)	سلامتکده حکیم خسروی
آذربایجان غربی	علوم پزشکی ارومیه	سلامتکده طب سنتی بیمارستان امام خمینی (ره)
آذربایجان شرقی	دولتی	سلامتکده بهاران
	علوم پزشکی تبریز	درمانگاه تخصصی طب سنتی
خوزستان	دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز	سلامتکده طب ایرانی جندی‌شاپور اهواز
چهارمحال و بختیاری	شهرکرد (دولتی)	سلامتکده اکسیر
البرز	دانشگاه علوم پزشکی البرز	سلامتکده طب ایرانی رازی سینا

تعداد متخصصین طب سنتی ایرانی

مطابق آمار منتشرشده توسط انجمن علمی طب سنتی ایران تا پایان سال ۱۳۹۷، ۱۷۳ متخصص طب سنتی ایرانی در کشور مجوز فعالیت دارند (۶۵).

همچنین دفتر طب سنتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برآوردی از نیروی انسانی متخصص طب ایرانی در سند توسعه درمان تا سال ۱۴۰۰ را منتشر کرده است که به شرح زیر است (۵۱).

جدول ۴: برآورد نیروی انسانی متخصص طب ایرانی در سند توسعه درمان تا سال ۱۴۰۰

ردیف	نام دانشگاه	آمار متخصصان در سال ۹۴	آمار متخصصان در سال ۱۴۰۴	ردیف	نام دانشگاه	آمار متخصصان در سال ۹۴	آمار متخصصان در سال ۱۴۰۴
۱	مشهد	۴	۱۲۰	۲۵	اصفهان	۲	۶۰
۲	بیرجند	۰	۱۲	۲۶	ایلام	۰	۴
۳	بجنورد	۰	۱۴	۲۷	کاشان	۱	۲۰
۴	گناباد	۱	۶	۲۸	یزد	۱	۲۰
۵	سبزوار	۲	۲۰	۲۹	کرمانشاه	۰	۱۰
۶	ترتیب حیدریه	۰	۴	۳۰	عمدان	۱	۱۲
۷	اهواز	۰	۲۴	۳۱	شهرکرد	۰	۴
۸	دزفول	۰	۶	۳۲	قم	۳	۳۰
۹	لرستان	۰	۱۰	۳۳	قزوین	۲	۱۰
۱۰	زاهدان	۰	۱۶	۳۴	زنجان	۱	۱۰
۱۱	زابل	۰	۶	۳۵	اراک	۰	۱۰
۱۲	کرمان	۲	۲۸	۳۶	ساوه	۰	۲
۱۳	رفسنجان	۰	۴	۳۷	البرز	۵	۲۰
۱۴	جیرفت	۰	۶	۳۸	ایران	۲	۷۰
۱۵	بم	۰	۴	۳۹	شهید بهشتی	۱۱	۹۰
۱۶	مازندران	۲	۲۰	۴۰	تهران	۱۴	۱۰۰
۱۷	گیلان	۰	۱۰	۴۱	یاسوج	۰	۲
۱۸	گلستان	۰	۱۴	۴۲	چهرم	۰	۲
۱۹	شاهرود	۰	۱۰	۴۳	اردبیل	۰	۶
۲۰	سمنان	۰	۱۰	۴۴	ارومیه	۱	۱۴
۲۱	بابل	۲	۱۶	۴۵	تبریز	۱	۲۰
۲۲	شیراز	۶	۵۰	۴۶	مراغه	۰	۲
۲۳	هرمزگان	۰	۸	۴۷	کردستان	۰	۸
۲۴	بوشهر	۰	۴	۴۸	فسا	۲	۱۶
جمع کل		۶۸	۹۶۴				

مراکز عرضه داروهای طب ایرانی، داروهای گیاهی و فرآورده‌های طبیعی

علی‌رغم تصویب آیین‌نامه تأسیس داروخانه‌های طبی و سنتی این طرح اجرایی نشده است و هم‌اکنون داروهای سنتی، داروهای گیاهی و فرآورده‌های طبیعی در سلامت‌کده‌های طب ایرانی، داروخانه‌ها و عطاری‌ها در دسترس است. این داروها و فرآورده‌های طبیعی در تمامی مراکز رسمی و غیررسمی بدون نسخه پزشک در دسترس هستند (۴۸). فقط ۵۶ قلم از داروهای طب ایرانی، گیاهی و طبیعی به شرط اینکه توسط پزشک تجویز شوند تحت پوشش بیمه قرار دارند (۶۶).

تعرفه‌های خدمات طب سنتی و مکمل

تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی هرساله توسط هیئت محترم وزیران و بر اساس کتاب «ارزش نسبی خدمات سلامت» تصویب و ابلاغ می‌گردد. خدمات طب سنتی - ایرانی از سال ۱۳۹۳ به این کتاب افزوده شده است و هرساله تعرفه‌های این خدمات تصویب و به بخش‌های دولتی و خصوصی ابلاغ می‌شود (۵۲). لیست تعرفه‌های سال ۱۳۹۷ در جدول شماره ۳ آورده شده است. تعرفه‌های مذکور مربوط به پزشک متخصص طب ایرانی است و اگر توسط پزشک عمومی دوره‌دیده انجام شود، ۸۰ درصد تعرفه قابل محاسبه خواهد بود. پزشکان عمومی دوره‌دیده صرفاً مجاز به انجام بادکش سرد و گرم، حجامت و دلک (ماساژ) می‌باشند (۶۷).

جدول ۵: تعرفه‌های خدمات طب سنتی و مکمل

تعارفه بخش دولتی	تعارفه بخش خصوصی	خدمت درمانی/تشخیصی
۱۱۸۰۰ تومان	۲۴۵۰۰ تومان	ویزیت توسط پزشک عمومی دوره‌دیده
۱۴۷۰۰ تومان	۳۸۴۰۰ تومان	ویزیت توسط متخصص طب سنتی
۱۱۵۲۰ تومان	۲۶۶۷۶ تومان	بادکش سرد، بخور/انکباب و طب سوزنی
۱۴۴۰۰ تومان	۳۲۶۷۰ تومان	بادکش گرم و طب سوزنی الکتریکی
۲۲۹۹۲ تومان	۵۲۱۶۴ تومان	حجامت
۲۱۴۸۰ و به ازای هر یک زالوی اضافه ۹۵۸۰ تومان	۴۸۷۳۵ تومان و به ازای هر یک زالوی اضافه ۲۱۷۳۵ تومان	زالو
۳۸۳۲۰ تومان	خصوصی ۸۶۹۴۰ تومان	فصد
۳۱۶۸۰ تومان	۷۱۸۷۴ تومان	حقنه
۱۲۳۷۶ تومان	۲۸۰۸۰ تومان	دلک و غمز (ماساژ)
۶۶۶۴ تومان	۱۵۱۲۰ تومان	آموزش حفظ تندرستی
۲۱۵۴۰ تومان	۴۸۸۷۰ تومان	لارو درمانی

آمار متخصصین سایر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین

اطلاعات دقیقی از تعداد متخصصان سایر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین در ایران دسترس نیست. بر اساس آمار منتشر شده توسط انجمن طب سوزنی ایران و انجمن همیوپاتی ایران ۵۴ پزشک در زمینه طب سوزنی و ۱۵۵ پزشک در زمینه همیوپاتی دارای مجوز فعالیت هستند (۶۸).

جدول ۶: پزشکان دارای مجوز در زمینه طب سوزنی و همیوپاتی

طب هومیوپاتی	طب سوزنی	استان
۱۰	۲	آذربایجان شرقی
۳	۲	آذربایجان غربی
-	۱	اردبیل
۱۵	۶	اصفهان
۷	۱	البرز
-	-	ایلام
-	۱	بوشهر
۶۴	۴۰	تهران
۱	-	چهارمحال و بختیاری
-	-	خراسان جنوبی
۱۳	۶	خراسان رضوی
-	۱	خراسان شمالی
-	۱	خوزستان
-	۱	زنجان
۲	-	سمنان
	-	سیستان و بلوچستان
۲۸	۲	فارس
۳	۱	قزوین
-	۱	قم
-	۲	یزد
۱	-	همدان
-	-	هرمزگان
-	-	مرکزی
۷	۳	مازندران
۱	-	لرستان
-	۱	گیلان
-	۱	گلستان
-	-	کهگیلویه و بویراحمد
-	۱	کرمانشاه

-	-	کرمان
-	-	کردستان
۱۵۵	۷۴	جمع

آموزش و پژوهش در زمینه طب سنتی و جایگزین

در سند استراتژی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۳-۲۰۱۴) در تمامی چشم‌اندازهای طرح‌شده جای آموزش در سطوح مختلف به‌ویژه درمانگران سنتی به چشم می‌خورد. بر اساس این دستورالعمل کشورها لازم است اطمینان حاصل کنند تا آموزش‌های مربوط به طب سنتی و مکمل برای تلفیق در نظام بهداشت و درمان کشورها جزئی از سیاست ملی قرار گیرد.

در این راستا در گزارشی مبنی بر تحقق این مهم منتج از بررسی در سال ۲۰۱۲ از میان ۱۲۹ کشور موردبررسی ۳۹ کشور (۳۰ درصد) دارای قوانین مدون برای آموزش عالی طب سنتی و مکمل در سطوح مختلف از لیسانس تا دکتری بوده‌اند (۲۷).

در ایران نیز از سال ۱۳۸۵ با صدور مجوز تشکیل رشته طب سنتی، ساختارهای علمی و دانشگاهی در قالب دانشکده‌های طب سنتی و یا گروه‌های مرتبط در دانشکده‌های پزشکی و داروسازی شکل گرفت (۶۹).

مراکز آموزشی

استقرار گروه‌های آموزشی ارائه‌دهنده آموزش‌های تخصصی در حوزه طب ایرانی در کشور از یک مدل واحد پیروی نمی‌کنند و برخی در دانشکده‌های مجزای طب سنتی و برخی در دل دانشکده‌های پزشکی و داروسازی مستقر شده‌اند. این مراکز شامل ۸ دانشکده مصوب و ۱۷ گروه طب سنتی و ۸ گروه داروسازی سنتی و ۸ گروه ارائه‌دهنده تاریخ پزشکی است.

تعداد اعضای هیئت‌علمی طب ایرانی ۷۶ نفر، داروسازی ایرانی ۲۲ نفر و تاریخ پزشکی ۴ نفر است (۷۰).

جدول ۷: اعضای هیئت علمی طب ایرانی، داروسازی ایرانی و تاریخ پزشکی به تفکیک دانشگاه

تعداد اعضای هیئت علمی			نام دانشگاه
تاریخ پزشکی	داروسازی ایرانی	طب ایرانی	
-	-	۲	علوم پزشکی فسا
-	۱	۴	علوم پزشکی بابل
۱	۱	۵	علوم پزشکی ایران
-	-	۱	علوم پزشکی کاشان
-	۴	۱۱	علوم پزشکی تهران
-	-	۲	علوم پزشکی گلستان
-	-	۵	علوم پزشکی شاهد
-	۱	۷	علوم پزشکی مشهد
-	۱	۱	علوم پزشکی کرمانشاه
-	-	۳	علوم پزشکی یزد
-	۵	۷	علوم پزشکی شهید بهشتی
-	-	۱	علوم پزشکی اراک
-	-	۲	علوم پزشکی همدان
۱	۴	۷	علوم پزشکی شیراز
-	-	۱	علوم پزشکی زنجان
۱	۱	۴	علوم پزشکی کرمان
-	-	-	علوم پزشکی اهواز
-	۱	-	علوم پزشکی البرز
-	-	۲	علوم پزشکی اصفهان
-	۱	۳	علوم پزشکی قم
۱	-	۳	علوم پزشکی مازندران
-	۱	۱	علوم پزشکی تبریز
-	-	۲	علوم پزشکی سبزوار
-	۱	۲	علوم پزشکی ارتش

جدول ۸: مراکز آموزشی تخصصی در حوزه طب ایرانی در کشور

مرکز آموزشی	رشته/تعداد دانشجوی	مقطع	گروه	استقرار گروه
دانشگاه علوم پزشکی تهران	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	
	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	
دانشگاه علوم پزشکی ایران	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	
دانشگاه شاهد	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	
دانشگاه آزاد	داروسازی سنتی	PhD	فارماکونوزی	دانشکده داروسازی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده پزشکی
	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	دانشکده داروسازی
	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی (غیر مصوب)
	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	
	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	دانشکده داروسازی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	
دانشگاه علوم پزشکی اهواز	داروسازی سنتی	PhD	داروسازی سنتی	دانشکده طب سنتی (غیر مصوب)
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
دانشگاه علوم پزشکی بابل	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده طب سنتی
	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	
دانشگاه علوم پزشکی گلستان	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی اراک	طب ایرانی	PhD	طب سنتی	دانشکده پزشکی

-	معارف	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی	
دانشکده پزشکی	طب سنتی	PhD	طب ایرانی	دانشگاه علوم پزشکی زنجان
دانشکده طب سنتی	طب سنتی	PhD	طب ایرانی	دانشگاه علوم پزشکی قم
دانشکده پزشکی	طب سنتی	PhD	طب ایرانی	دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دانشکده پیراپزشکی	تاریخ پزشکی	کارشناسی ارشد و PhD	تاریخ پزشکی	

دوره‌های آموزشی

آموزش‌های تخصصی در ایران در مقطع PhD برای سه رشته طب سنتی مختص فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی متقاضی ورود به این رشته، داروسازی سنتی (مختص فارغ‌التحصیلان رشته داروسازی متقاضی ورود به این رشته) و تاریخ پزشکی (امکان ورود از چند رشته داروسازی پزشکی دندان‌پزشکی دامپزشکی و کارشناسی ارشد تاریخ پزشکی و تاریخ علم) تعریف شده است (۷۰).

از سال ۱۳۸۶ تا پایان سال تحصیلی ۹۶-۹۵، آمار دقیق پذیرفته‌شدگان رشته دکترای طب ایرانی، ۴۲۹ نفر، رشته دکترای داروسازی ایرانی، ۷۱ نفر و رشته تاریخ طب در مقطع کارشناسی ارشد و دکترا، ۱۱۵ نفر بوده است. تا پایان سال ۱۳۹۶ آمار فارغ‌التحصیلان در سه رشته طب ایرانی داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی به شرح زیر است (۷۰).

جدول ۹: آمار فارغ‌التحصیلان در سه رشته طب ایرانی داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی

تعداد فارغ‌التحصیل	مقطع	رشته
۱۴۴	PhD	طب ایرانی
۴۴	PhD	داروسازی سنتی
۰	PhD	تاریخ پزشکی
۳۸	کارشناسی ارشد	تاریخ پزشکی

علاوه بر دوره‌های تخصصی فوق دوره‌های کوتاه‌مدت آموزشی طب سنتی ایرانی جهت پزشکان عمومی و گروه‌های پیراپزشکی مثل پرستار و ماما نیز طراحی شده است که پس از گذراندن دوره‌های آموزشی و قبولی در آزمون، مجوز لازم جهت فعالیت در این زمینه صادر می‌شود.

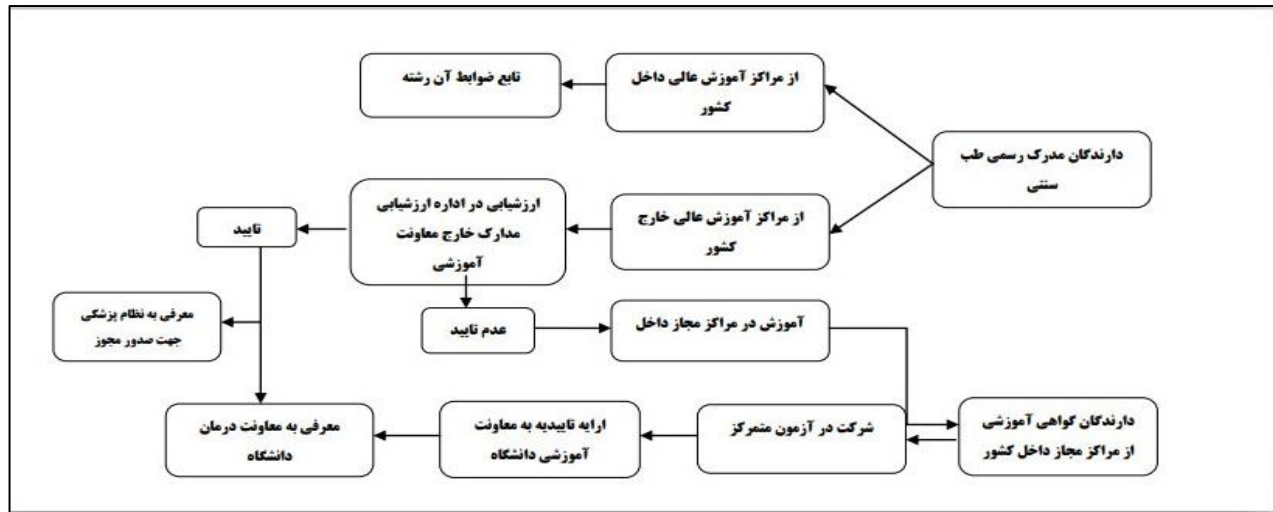
خبرگان غیرپزشک دارای سابقه و تجربه در زمینه طب سنتی (که عمدتاً تحت عنوان حکیم شناخته می‌شوند) از طرف دانشگاه‌های علوم پزشکی به معاونت طب ایرانی وزارت بهداشت معرفی می‌شوند تا بعد از ارزیابی و تعیین سطح ارائه خدمات طب سنتی گواهی مربوطه جهت فعالیت در این زمینه صادر شود (۷۱).

آموزش در مقاطع مختلف رشته‌های علوم پزشکی

جهت آشنایی کلیه رشته‌های درمانی با طب سنتی ایرانی ۲ واحد درس آشنایی با اصول و مبانی طب سنتی ایران به‌عنوان یک درس اختصاصی برای گروه پزشکی تصویب شده است. این درس برای کلیه رشته‌های بالینی (پزشکی، تغذیه، پرستاری، مامایی، توان‌بخشی و سایر رشته‌های گروه پزشکی بالینی) به‌صورت اجباری و برای رشته‌های غیر بالینی به‌صورت اختیاری ارائه می‌شود. همچنین برای دوره کارورزی پزشکی عمومی یک ماه کارورزی اختیاری قرار داده شده است. ۲ واحد درسی داروسازی و طب سنتی دروس تخصصی اجباری رشته داروسازی عمومی نیز وجود دارد (۵۲).

آموزش سایر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین

در ایران برای سایر شاخه‌های طب مکمل و جایگزین مثل طب سوزنی و هومیوپاتی آموزش دانشگاهی وجود ندارد. در طب سوزنی و هومیوپاتی انجمن هومیوپاتی ایران (تأسیس ۱۳۸۱) و انجمن علمی طب سوزنی ایران (تأسیس ۱۳۸۷) دوره‌های آموزشی طب سوزنی و هومیوپاتی را برای پزشکان عمومی و متخصص برگزار می‌کنند و بعد از طی دوره و شرکت در آزمون مجوز فعالیت در این دو حوزه را صادر می‌کنند (۷۲). برخی از متخصصین طب سوزنی و هومیوپاتی که مدرک تحصیلی خود را از خارج از کشور اخذ نموده‌اند باید مدرک خود را به تأیید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برسانند (۵۲).



شکل ۱: مراحل تأیید مدارک تحصیلی در زمینه طب سنتی و جایگزین پژوهش

پژوهش در حوزه طب سنتی و مکمل

مهم‌ترین شاخصه پیشبرد طب سنتی در همه اسناد بین‌المللی و اسناد ملی از جمله سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در نظام سلامت، بحث پژوهش است. چراکه ابزار تبیین اصول، تشخیص اثربخشی راهکارهای درمانی و ایمنی داروها و روش‌های درمانی سنتی، پژوهش هدفمند و جامع در این راستا است. لذا در سطح بین‌المللی و دیگر کشورها تربیت نیروی پژوهشی، راه‌اندازی مراکز تحقیقاتی مناسب در سیاست‌های کلیه مراجع علمی و سیاست‌گذار در این حوزه مشاهده می‌شود.

تعیین اولویت‌های پژوهشی

در راستای تعیین اولویت‌های پژوهشی در حوزه طب سنتی در سال ۱۳۹۴ با تصویب کمیته پژوهش معاونت طب سنتی وزارت بهداشت یک پروژه تحقیقاتی توسط دکتر مجاهدی از دانشگاه علوم پزشکی بابل و با همکاری متخصصین طب سنتی به انجام رسید و نتیجه آن در مجله *reaserch on history of mrdicine* چاپ شده است که می‌تواند راهنمای کار پژوهشگران این حوزه قرار گیرد (۷۳، ۷۴).

مرکز تحقیقاتی

۱۰ مرکز تحقیقاتی در حوزه‌های تاریخ پزشکی، طب و داروسازی سنتی در کشور وجود دارد که در جدول شماره ۸ آورده شده است (۷۳، ۷۵).

جدول ۱۰: مرکز تحقیقاتی در حوزه‌های تاریخ پزشکی طب و داروسازی سنتی

نام مرکز تحقیقات	دانشگاه
مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب	دانشگاه علوم پزشکی شیراز
مرکز تحقیقات طب و داروسازی سنتی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز تحقیقات تاریخ پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی تبریز
مرکز تحقیقات طب سنتی و گیاهان دارویی	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز تحقیقات داروهای گیاهی و سنتی	دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل با گرایش اعتیاد	دانشگاه علوم پزشکی مازندران
مرکز تحقیقات کار آزمایشی بالینی طب سنتی	دانشگاه علوم پزشکی شاهد
موسسه مطالعات تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل	دانشگاه علوم پزشکی ایران
پژوهشکده گیاهان دارویی	جهاد دانشگاهی

مجلات علمی طب سنتی در ایران

تعداد زیادی از مجلات پزشکی معتبر چاپ شده در ایران مقالات مرتبط با موضوعات طب سنتی را نیز منتشر می‌نمایند که در بین این مجلات ۶ مجله علمی با موضوعیت مستقیم تاریخ پزشکی، طب و داروسازی سنتی در کشور وجود دارد (۷۰).

جدول ۱۱: مجلات علمی حوزه‌های مرتبط با طب سنتی منتشرشده در کشور (تا پایان سال ۱۳۹۶)

ردیف	نام مجله	سایت مجله	ناشر	علمی پژوهشی	مهم‌ترین نمایه‌ها	زبان مجله
1	Journal of medical ethics and history of medicine	www.jmethm.tums.ac.ir	مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	•	Pubmed central scopus	انگلیسی
2	Journal of research on history of medicine	www.rhm.ir	دفتر مطالعات تاریخ پزشکی ایران دانشگاه علوم پزشکی شیراز	•	Ebsco Isc	انگلیسی، فارسی، عربی
۳	فصلنامه تاریخ پزشکی	journals.sbmu.ac.ir/mh	مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	•	-	فارسی
۴	مجله طب سنتی اسلام و ایران	http://jittm.ir	فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران	•	-	فارسی

۵	Traditional and Integrative Medicine http://jim.tums.ac.ir/index.php/jim	دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی تهران	-	Ebsco	انگلیسی
۶	Asian Journal of Clinical Case Reports for Traditional and Alternative Medicine http://ajctam.ir	گروه سلامت، مجموعه پزشکی حاج طالب	-	-	انگلیسی

نگاه مبتنی بر شواهد در پژوهش‌های چاپ‌شده طب ایرانی

گرچه طب ایرانی بر پایه قرن‌ها تجربه بشری استوار بوده و حاصل تلاش علمی دانشمندان مختلف در طول اعصار است اما محتوای علمی مستخرج از آن همانند سایر بخش‌های علوم پزشکی برای ورود به عرصه درمان نیازمند ارزیابی با مدل‌های جدید امروزی است. در این راستا مطالعات بسیاری در حوزه‌های اثربخشی داروهای سنتی در دانشگاه‌های سراسر کشور انجام شده و می‌شود. بر اساس گزارش دکتر مجتبی حیدری استادیار گروه طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۱۱۹ مقاله کار آزمایشی بالینی در ۷ حوزه مختلف پزشکی در مجلات معتبر نمایه شده در pubmed چاپ‌شده است (۷۶).

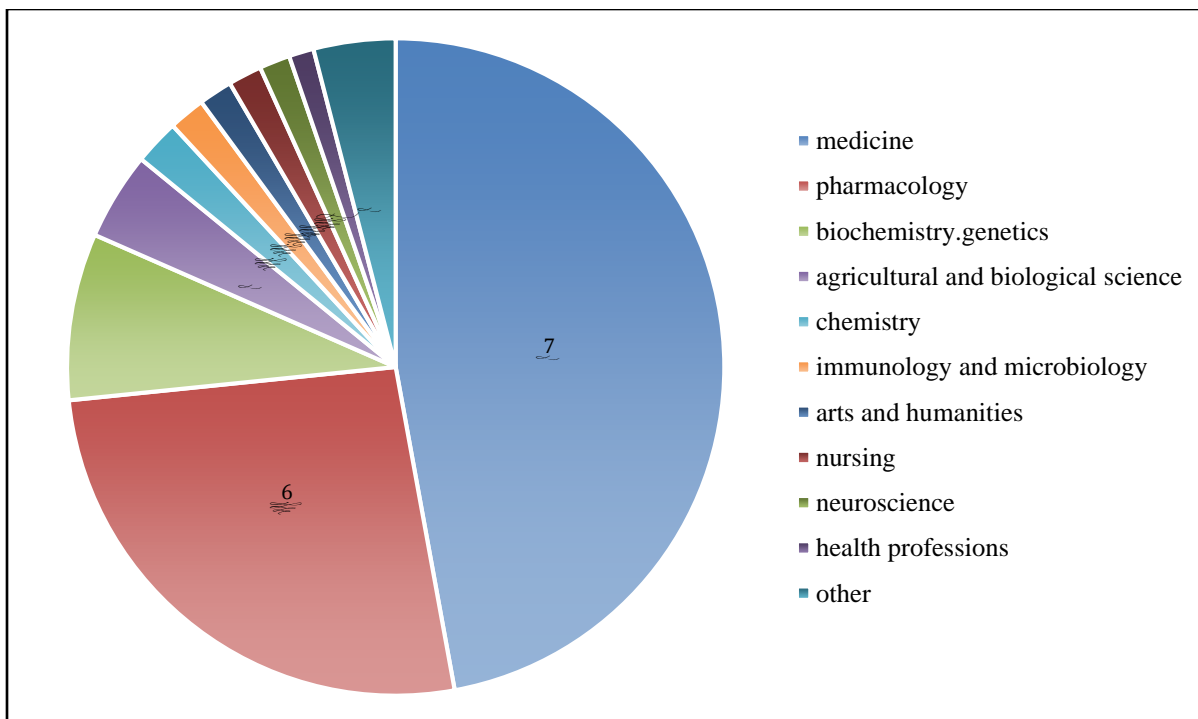
جدول ۱۲: مقالات کار آزمایشی بالینی چاپ شده در حوزه طب ایرانی

تعداد مقالات	حوزه دانش
۱۹	Nervous system diseases
۱۷	Digestive system diseases
۱۶	Cardiovascular diseases
۲۲	Endocrine system diseases
۱۴	Male urogenital diseases
۱۹	Female urogenital diseases and pregnancy complications
۱۲	immune system diseases

طبقه‌بندی مقالات چاپ شده بر اساس نوع مقالات و حوزه علمی مقالات

از بین ۴۸۱ مقاله منتشر شده تا پایان سال ۲۰۱۶، ۳۵۲ مقاله به صورت مقاله اصیل (۷۳,۲ درصد) و ۸۴ مقاله به صورت مقاله مروری (۱۷,۵ درصد) در پایگاه scopus نمایه شده است (۷۶).

از نظر حیطه موضوعی بیشتر مقالات چاپ شده تا پایان ۲۰۱۶ در حوزه پزشکی بوده است (۳۱۵ مقاله) و در رتبه‌های بعدی مقالات طب سنتی در حوزه داروسازی، سم‌شناسی (۱۷۶ مقاله) و بیوشیمی، ژنتیک، سلولی-مولکولی (۵۵ مقاله) قرار دارند (۷۶).

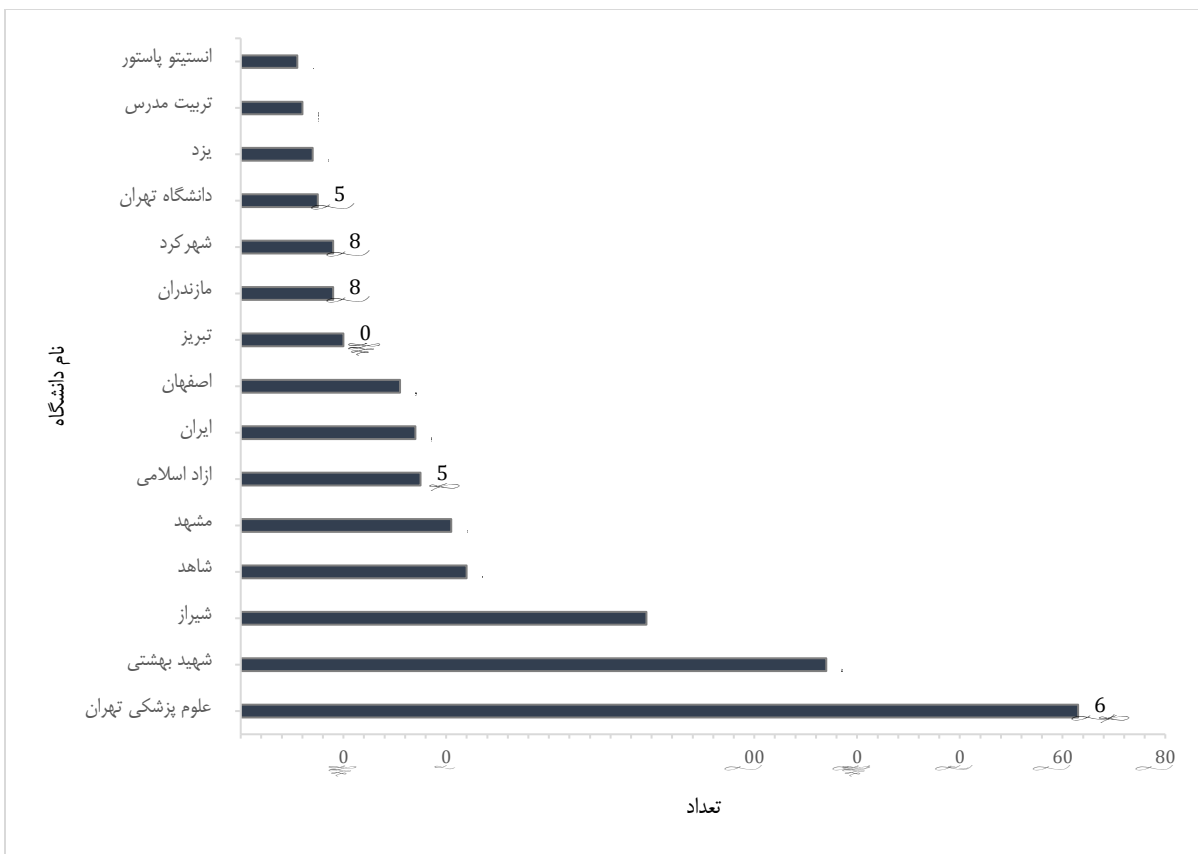


شکل ۲: مقالات طب سنتی از نظر موضوع (درصد)

وضعیت دانشگاه‌های کشور در چاپ مقالات حوزه طب سنتی ایرانی

روند چاپ مقالات مرتبط با طب سنتی ایران در مقالات نمایه شده در scopus از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ روند روبه رشدی داشته است. به گونه‌ای که تعداد مقالات چاپ شده از ۲ مقاله در سال ۲۰۰۱ به ۱۰۳ مقاله در سال ۲۰۱۶ رسیده است. (۷۶).

مطابق گزارش scopus تا پایان سال ۲۰۱۶ به طور کلی ۴۸۱ مقاله در حیطه طب سنتی ایرانی منتشر شده است که از این میان بیشترین مقالات منتشر شده مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۶۳ مقاله)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۱۱۴ مقاله) و علوم پزشکی شیراز (۷۹ مقاله) است (۷۶).

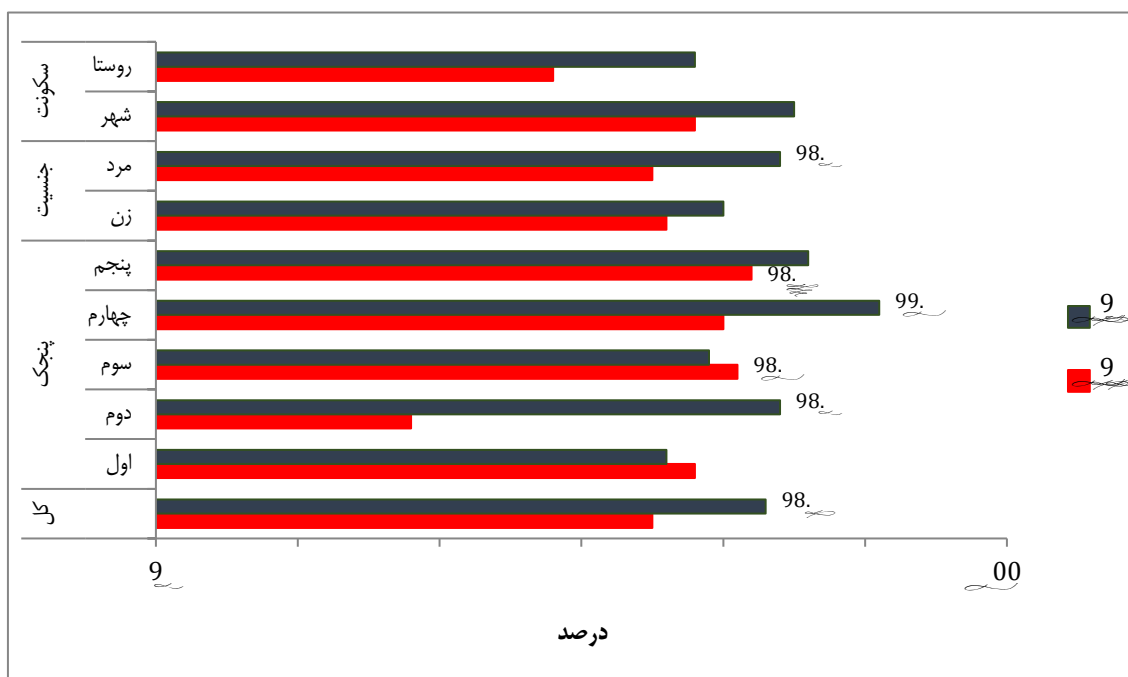


شکل ۳: تعداد مقالات چاپ شده در زمینه طب سنتی ایران توسط دانشگاه‌های کشور

دسترسی و بهره‌مندی از خدمات طب سنتی و جایگزین

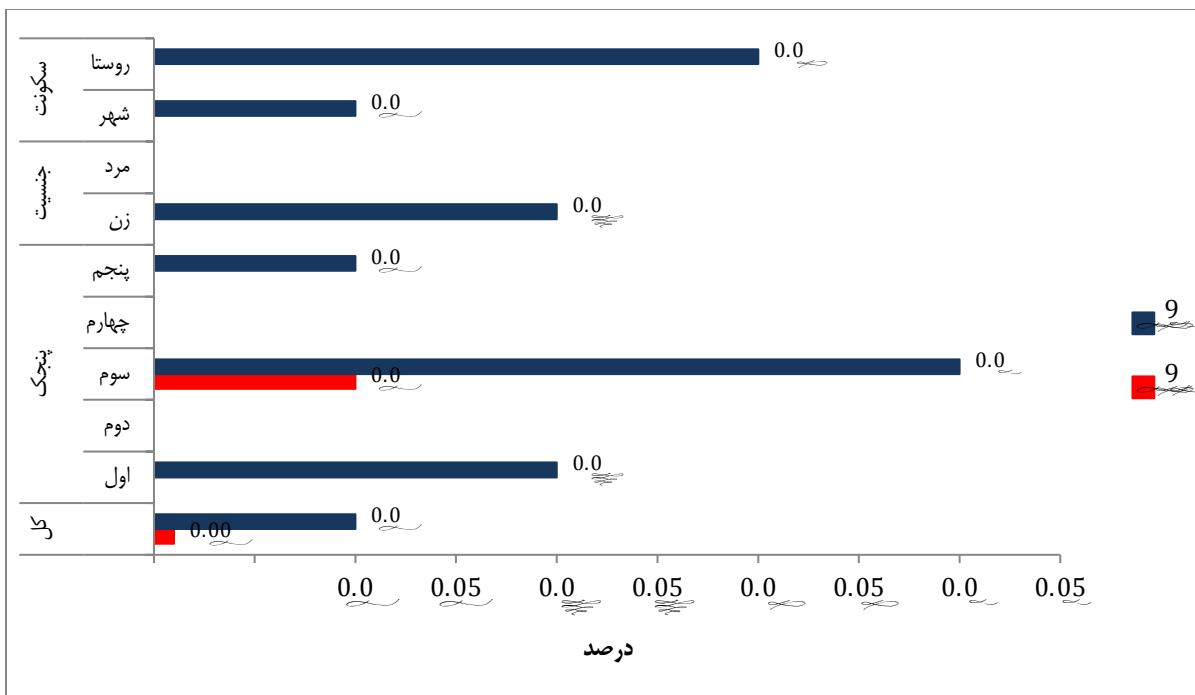
در ایران آمار کلی میزان استفاده از طب سنتی و مکاتب مختلف طب مکمل مشخص نیست. مطالعات مختلفی در استان‌های مختلف کشور جهت بررسی میزان استفاده از طب سنتی و جایگزین انجام شده است که در ادامه نتایج مهم‌ترین این مطالعات موردبررسی قرار می‌گیرد.

نتایج مطالعه بهره‌مندی از خدمات سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ در حوزه طب سنتی



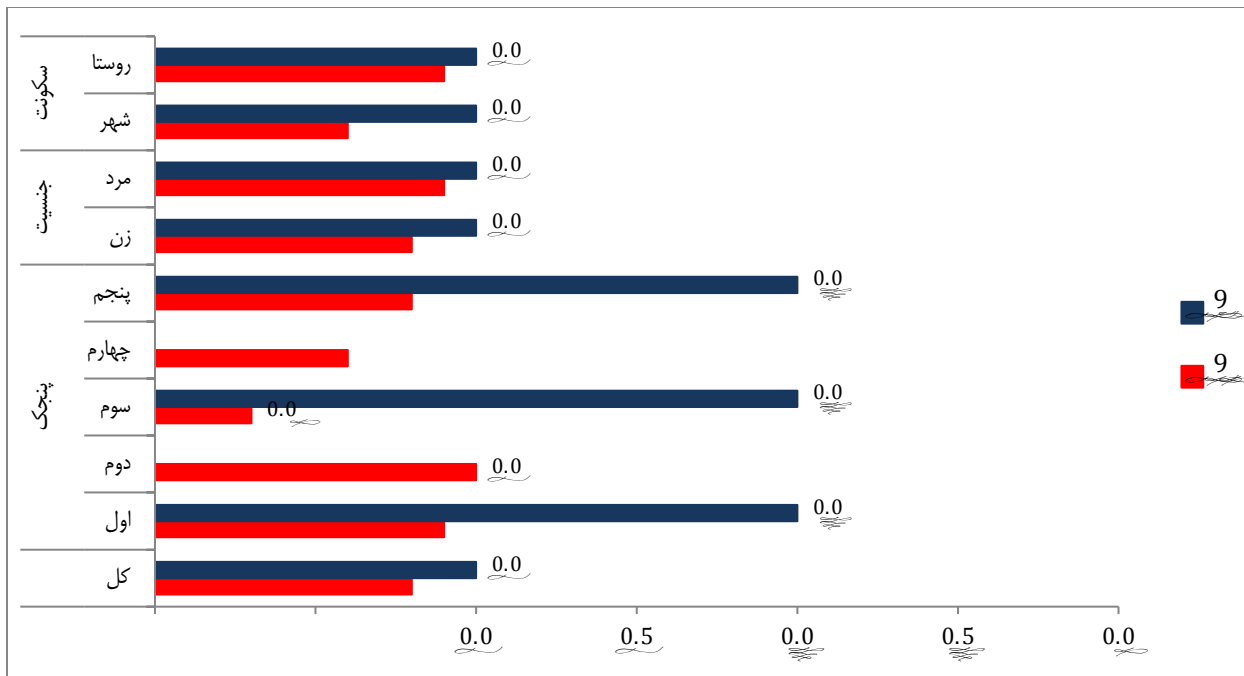
شکل ۴: درصد مراجعین مراکز سرپایی که خدمت را گرفته‌اند به تفکیک محل سکونت، جنسیت و پنجک درآمدی

بر اساس نتایج مطالعه بهره‌مندی از خدمات سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ از بین افرادی که برای دریافت خدمت سرپایی به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند، پرسیده شده است که آیا موفق به دریافت خدمت شده‌اند؟ در هر دو سال موردبررسی، فقط کمتر از ۳ درصد مراجعین نتوانسته‌اند خدمت سرپایی را دریافت کنند. این شاخص در بین پنجک‌ها تفاوت چندانی ندارد و در شهر و روستا نیز تقریباً مشابه است. بررسی اطلاعات در این شاخص نشان می‌دهد که تقریباً بیش از ۹۷ درصد مراجعین برای دریافت خدمت سرپایی توانسته‌اند این خدمت را دریافت کنند (شکل ۴).

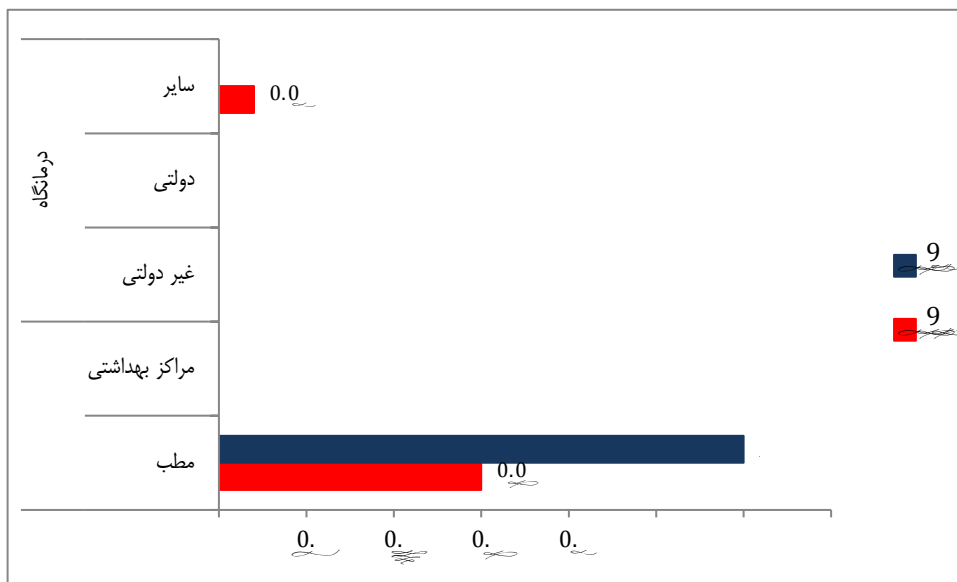


شکل ۵: از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به ارائه‌کنندگان طب جایگزین مراجعه کرده‌اند به تفکیک جنسیت، محل سکونت و پنجهک درآمدی

از بین مراجعینی که برای دریافت نیاز سرپایی مراجعه کرده و خدمت مربوط را دریافت نموده‌اند (در حدود ۹۷ درصد و بیشتر)، بررسی شده است که ارائه‌کنندگان خدمات طب جایگزین چند درصد از این مراجعات را تشکیل می‌دهند. بر اساس این بررسی مراجعه به ارائه‌کنندگان طب جایگزین در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۴ به میزان ۱۰ درصد افزایش داشته است. آنچه در این شاخص اهمیت دارد این است که محل ارائه این خدمات، مراکز دولتی و خصوصی نیست و طب جایگزین از مراکز دیگری مانند درمان‌کنندگان محلی دریافت می‌شود (شکل ۵).



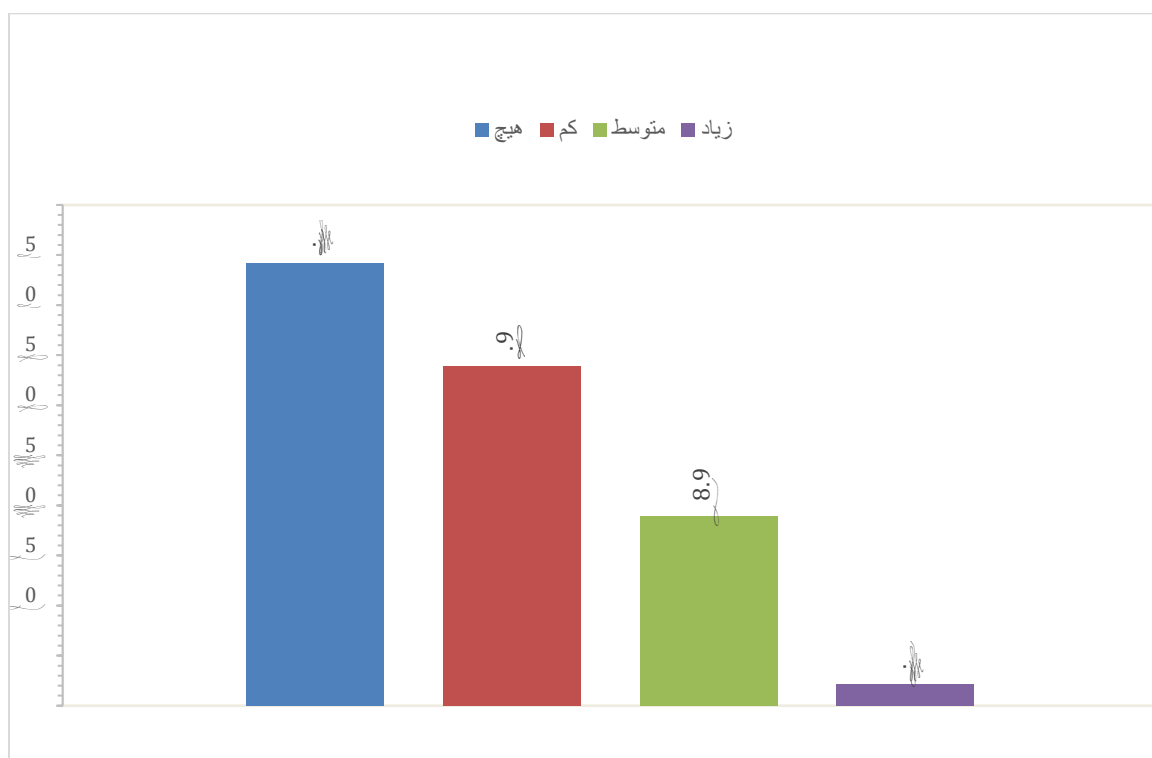
شکل ۶: از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به ارائه‌کنندگان طب سنتی مراجعه کرده‌اند به تفکیک جنسیت، محل سکونت و پنجک درآمدی



شکل ۷: از بین خدمات سرپایی ارائه شده به مراجعین، درصد نیازهایی که بیماران برای رفع آن‌ها به ارائه‌کنندگان طب سنتی مراجعه کرده‌اند به تفکیک مراکز درمانی

مطالعه کشوری بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در حیطه طب ایرانی

بر اساس مطالعه کشوری بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در حیطه طب ایرانی که در سال ۹۳ اجرا شده است بیش از ۷۸ درصد از جمعیت کشور از مفاهیم عمیق طب ایرانی آگاهی قابل توجهی ندارند و یا آگاهی آن‌ها کم است و این لزوم پرداختن هر چه بیشتر به آموزش‌های عمومی برای گسترش مفاهیم سلامت بخش طب ایرانی را بیان می‌کند (۵۲).



شکل ۸: میزان آشنایی با طب ایرانی

سایر مطالعات صورت گرفته در حوزه طب سنتی

بر اساس مطالعه‌ای که در استان تهران در سال ۱۳۷۸ باهدف بررسی فراوانی به‌کارگیری روش‌های طب مکمل و سنتی انجام گرفت ۶۶,۳ درصد افراد مورد مطالعه تاکنون از حداقل یکی از روش‌های طب مکمل - سنتی استفاده کرده بودند. در بین روش‌های درمانی گیاهان دارویی/ داروهای گیاهی و دعا درمانی به ترتیب با ۵۴,۶ درصد و ۲۴,۲ درصد بالاترین مصرف را داشته‌اند.

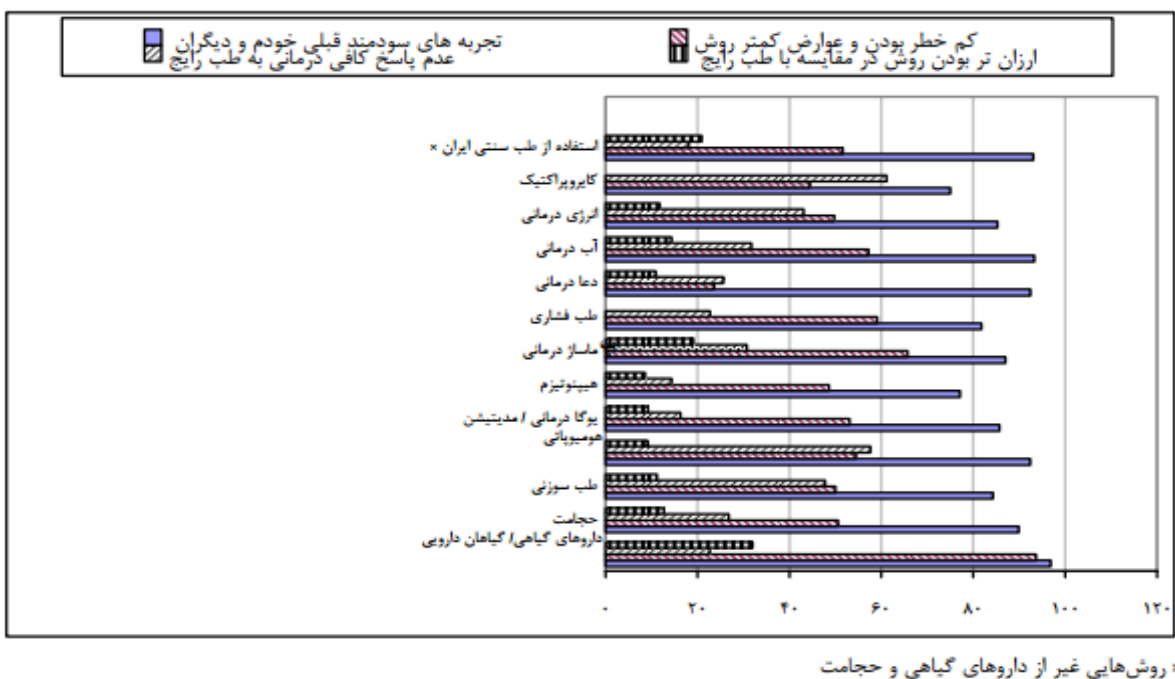
در پاسخ به سؤالی که از افراد بالای ۱۵ سال در مورد آشنایی با روش‌های مختلف طب مکمل و سنتی پرسیده شد، بالاترین آشنایی با روش‌های دعا درمانی (۹۴,۷ درصد)، گیاهان دارویی / داروهای گیاهی (۹۴,۵ درصد)، حجامت (۹۰,۸ درصد) و کمترین میزان آشنایی با روش‌های کایروپراکتیک (۴,۳ درصد)، طب فشاری (۶,۲ درصد)، هومیوپاتی (۱۰,۳ درصد) ذکر شد.

جدول ۱۳: توزیع فراوانی استفاده از روش‌های مختلف طب مکمل / سنتی

فراوانی استفاده در یک ماه گذشته (درصد)	فراوانی استفاده در یک سال گذشته (درصد)	فراوانی افرادی که تاکنون از این روش استفاده کرده‌اند (درصد)	فراوانی افراد آشنا با روش در افراد بالای ۱۵ سال درصد	روش
۲۲,۷	۴۴,۲	۵۴,۶	۹۴,۵	داروهای گیاهی / گیاهان دارویی
۰,۳	۳,۱	۷,۷	۹۰,۸	حجامت (خون‌گیری/بادکش/کوزه انداختن)
۰,۰۳	۰,۳	۱,۷	۶۱,۸	طب سوزنی
۰,۱۳	۰,۴۶	۱,۰	۱۰,۳	هومیوپاتی
۰,۴۵	۰,۸۸	۱,۲	۵۰,۴	یوگا درمانی / مدیتیشن
۰,۰۸	۰,۱۵	۰,۵	۶۷,۳	هیپنوتیزم
۱	۲,۴	۴,۳	۵۷,۲	ماساژدرمانی
۰,۱	۰,۱۶	۰,۳	۶,۲	طب فشاری
۹,۹	۱۴,۸	۲۴,۲	۹۴,۷	دعا درمانی / نذر
۲,۱	۵,۷	۹,۷	۸۶,۹	آب‌درمانی
۰,۷۷	۱,۵	۲,۸	۴۹,۹	انرژی‌درمانی / ریکی
۰,۰۳	۰,۲	۰,۴	۴,۳	کایروپراکتیک
۰,۲۳	۱,۹	۱۰,۹	۸۴,۸	استفاده از طب سنتی / بومی ایران (غیر از داروهای گیاهی و حجامت)**

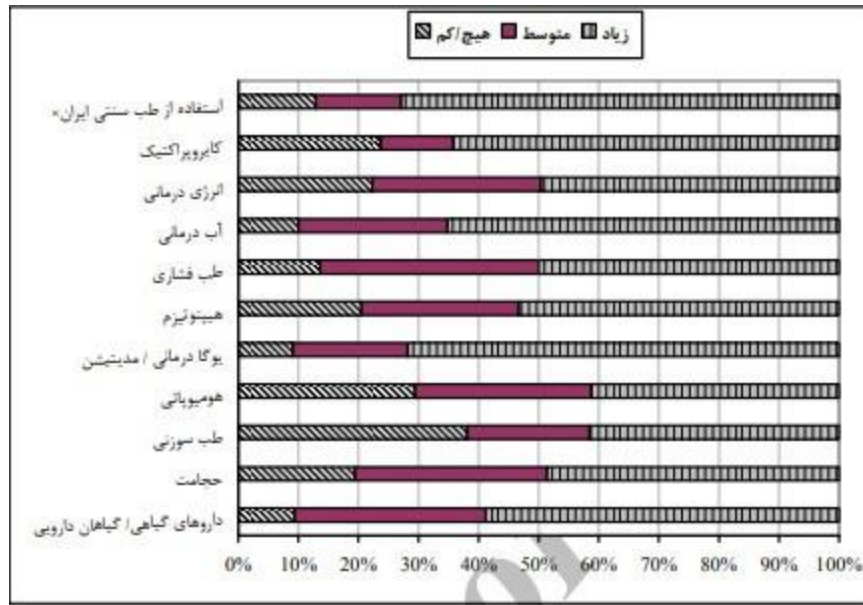
**مانند شکسته‌بندی، زالو انداختن، خوردن ماهی زنده

در پاسخ به سؤالی که دلیل انتخاب روش‌های طب مکمل / سنتی پرسیده شده بود، شایع‌ترین دلایل به ترتیب «تجربه سودمند قبلی خود و دیگران» «کم‌خطر بودن و عوارض کمتر روش» و «عدم پاسخ کافی درمانی به طب رایج» ذکر شد. در مورد روش دعا درمانی، توصیه منابع مذهبی ۷۰ درصد و باور و اعتقاد قلبی به تأثیر دعا ۹۶,۵ درصد و توصیه اطرافیان ۸۲,۵ درصد در انتخاب این روش نقش داشته‌اند و دسترسی آسان‌تر به داروهای گیاهی در مقایسه با طب رایج توسط ۴۷,۴ درصد از پاسخ‌دهندگان به‌عنوان یکی دیگر از دلایل انتخاب روش داروهای گیاهی / گیاهان دارویی انتخاب شده بود.



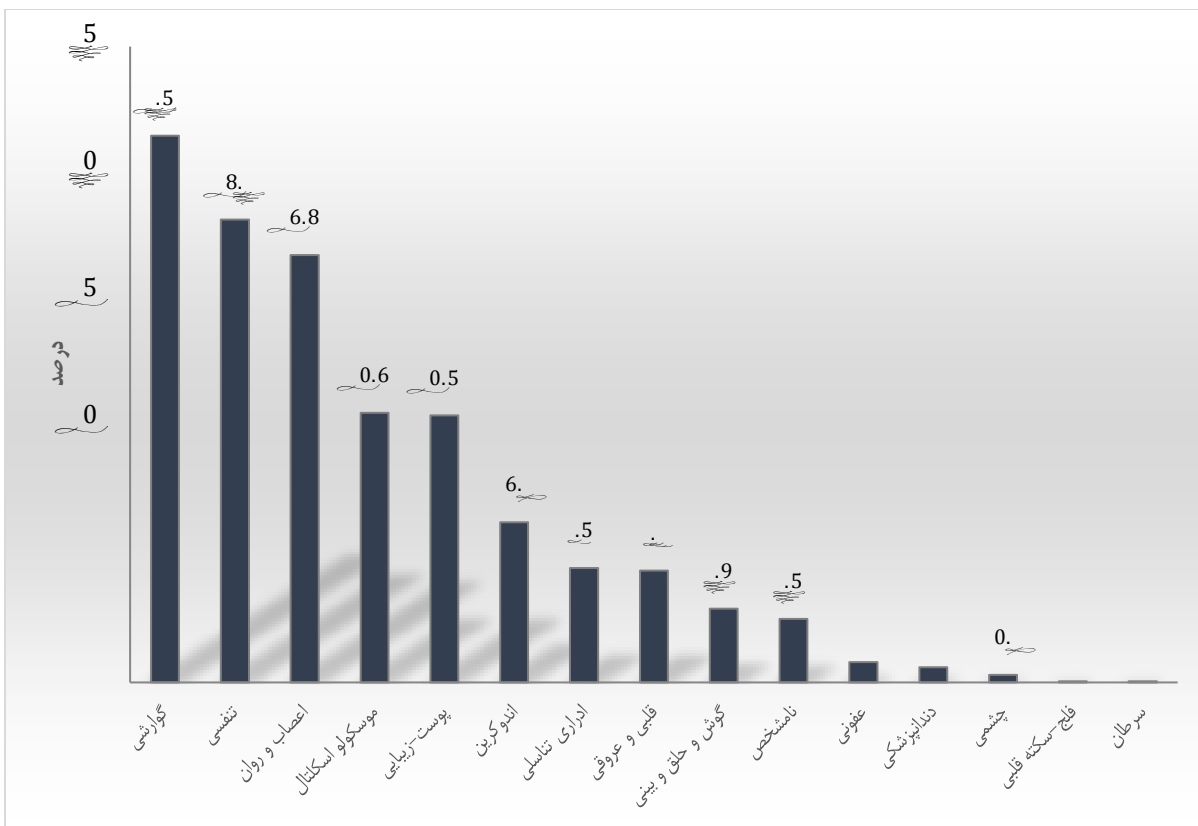
شکل ۹: فراوانی دلایل مختلف انتخاب هر یک از روش‌های طب مکمل

همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بیشترین عدم رضایت از طب مکمل مربوط به طب سوزنی و پس از آن هومیوپاتی بوده است که به ترتیب در کمتر از ۴۰ و ۳۰ درصد از افراد استفاده‌کننده گزارش شده است. بیشترین رضایت از روش‌های یوگا درمانی / مدیتیشن، طب سنتی / بومی ایران و آب‌درمانی اعلام شد (۷۷).



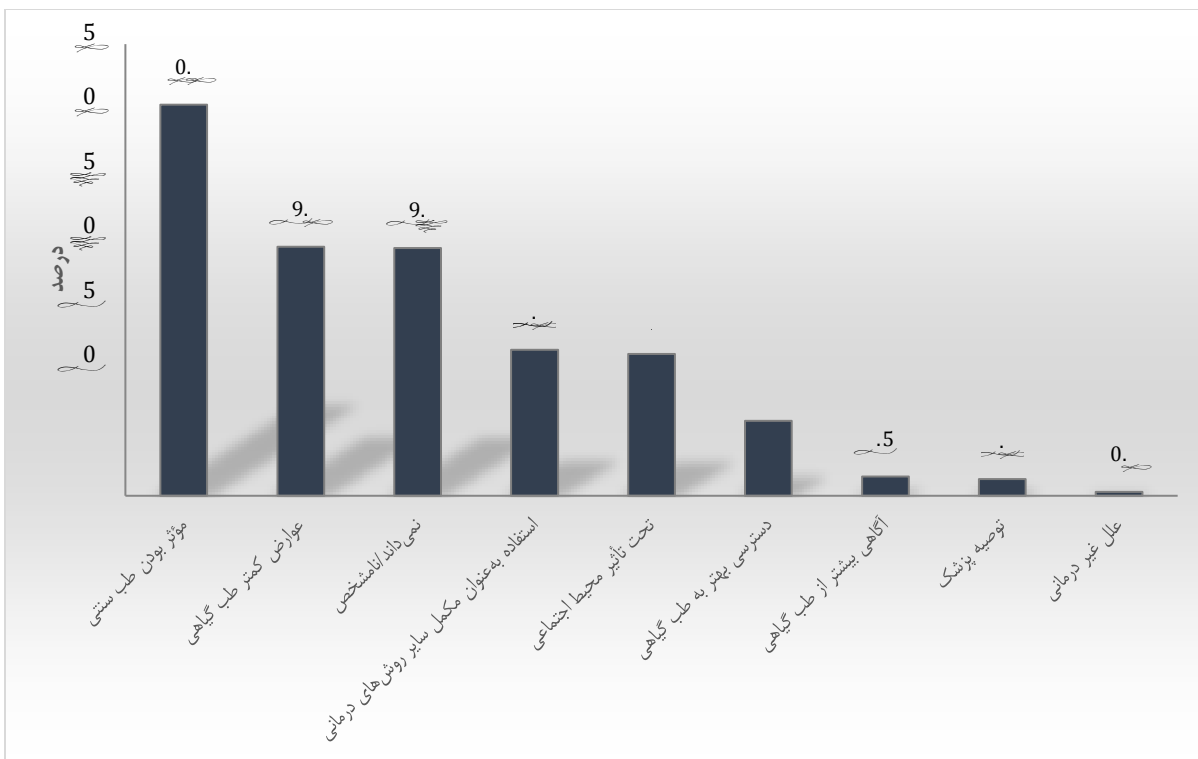
شکل ۱۰: میزان رضایت استفاده‌کنندگان از روش‌های مختلف طب سنتی

بر اساس مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۳ باهدف بررسی **طب گیاهی: آگاهی، بینش و عملکرد** در جمعیت شهر تهران انجام گرفته است بیش از ۶۰ درصد از جمعیت تمامی مناطق شهر تهران نسبت به طب گیاهی آگاهی داشتند. بین ۱۹ درصد تا ۷۳ درصد از جمعیت هرکدام از مناطق شهر تهران نیز از طب گیاهی استفاده کرده بودند. از بین تعداد بار مراجعه جهت استفاده از طب گیاهی، اولویت اول (۲۱,۵ درصد) بیماری‌های گوارشی و اولویت دوم (۱۸,۲ درصد) بیماری‌های تنفسی و اولویت سوم (۱۶,۸ درصد) بیماری‌های اعصاب و روان بوده است. میانگین مبلغ هزینه شده برای طب گیاهی حدود ۵۴۰۰ تومان بود. حداقل صفر تومان و حداکثر ۳۰۰۰۰۰۰ تومان هزینه شده است.



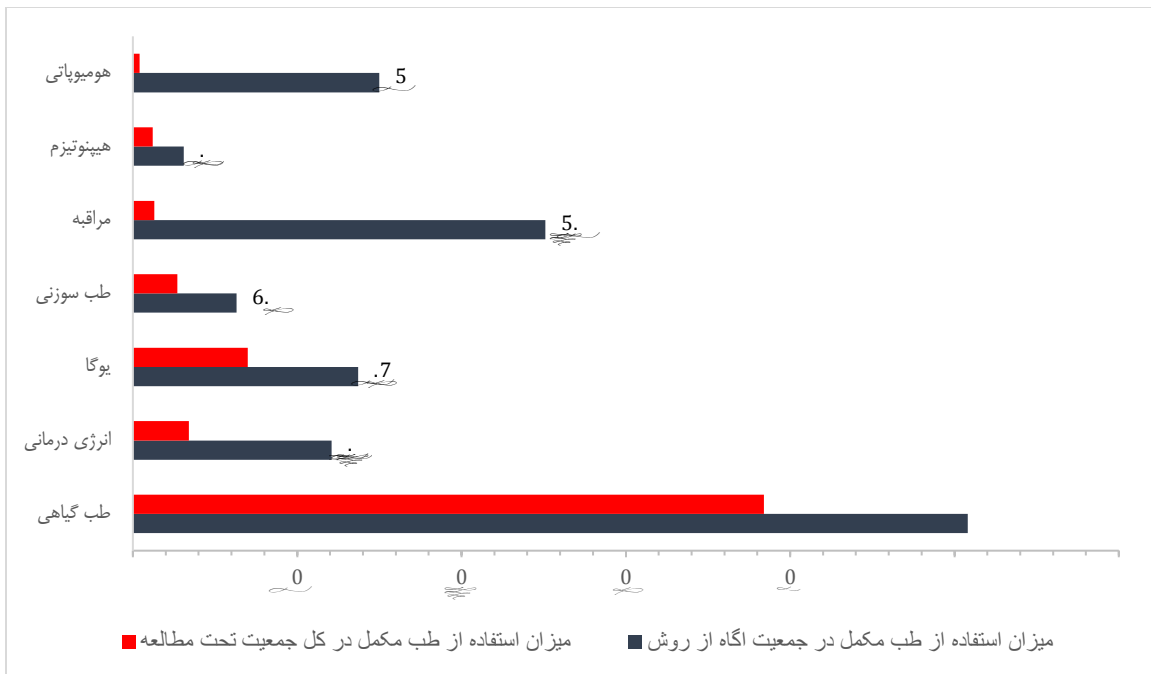
شکل ۱۱: علل استفاده از طب گیاهی

بر اساس این مطالعه آگاهی زنان از طب گیاهی بیشتر از آگاهی مردان است. میانگین مدت تحصیلات در جمعیت آگاه از طب گیاهی بیشتر از گروه نآشنا با طب گیاهی است. گروه‌های سنی ۳۰ تا ۳۹ سال بیشترین آگاهی و گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال کمترین آگاهی از این روش را داشتند. زنان بیشتر از مردان از طب گیاهی استفاده کرده‌اند. گروه‌های سنی ۱۵ تا ۱۹ سال کمترین استفاده و گروه سنی بالای ۵۰ سال بیشترین استفاده را از این روش داشتند. مجردان کمتر از سایر گروه‌ها از طب گیاهی استفاده کرده بودند. گروه خانهدار بیشترین استفاده از طب گیاهی و گروه دانشجوی/محصل کمترین استفاده را از این روش کرده‌اند. اغلب افراد (۳۰,۳ درصد) به علت مؤثرتر بودن طب گیاهی از آن استفاده کرده بودند (۷۸).

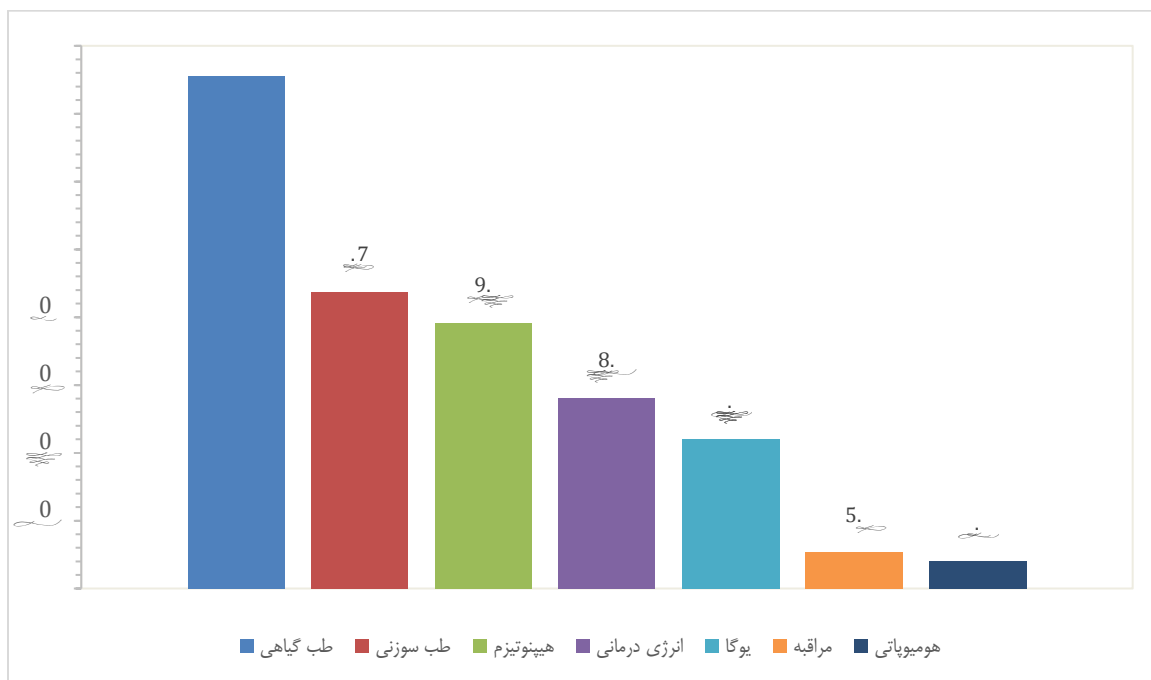


شکل ۱۲: علل ترجیح طب گیاهی بر طب رایج

بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ در شهر تهران باهدف تعیین میزان آگاهی و چگونگی نگرش در خصوص طب مکمل و میزان استفاده از این روش‌ها انجام شد ۸۳٫۲ درصد از جمعیت تحت مطالعه از حداقل یکی از روش‌های طب مکمل آگاهی داشتند. با توجه به رواج آگاهی از طب گیاهی، با حذف این روش از لیست روش‌های تحت مطالعه، ۵۸٫۶ درصد جمعیت از یکی از روش‌های طب مکمل آگاهی داشتند. میزان آگاهی از هرکدام از روش‌های تحت مطالعه به ترتیب عبارت بودند از طب گیاهی (۷۵٫۶ درصد)، طب سوزنی (۴۳٫۶ درصد)، هیپنوتیزم (۳۹٫۲ درصد)، انرژی‌درمانی (۲۸٫۱ درصد)، یوگا (۲۲٫۱ درصد)، مراقبه (۵٫۳ درصد) و هومیوپاتی (۴٫۱ درصد). ۴۲٫۲ درصد از جمعیت تحت مطالعه از یکی از روش‌های طب مکمل استفاده کرده بودند. با توجه به رواج استفاده از طب گیاهی، با حذف روش طب گیاهی از لیست روش‌های مورد استفاده، ۹٫۶ درصد از جمعیت از یکی از روش‌های طب مکمل استفاده کرده بودند. میزان استفاده از هرکدام از روش‌ها به ترتیب اولویت استفاده از آن‌ها عبارت بودند از طب گیاهی (۳۸٫۴ درصد)، انرژی‌درمانی (۳٫۴ درصد)، یوگا (۳ درصد)، طب سوزنی (۲٫۷ درصد)، مراقبه (۱٫۳ درصد)، هیپنوتیزم (۱٫۲ درصد) و هومیوپاتی (۰٫۴ درصد) (۴۴).



شکل ۱۳: میزان استفاده از هر یک از روش‌های طب مکمل



شکل ۱۴: میزان آگاهی از هر یک از روش‌های طب مکمل

بر اساس مطالعه‌ای که در استان اصفهان در سال ۹۱ با عنوان «بررسی علل مراجعه و میزان رضایت‌مندی استفاده‌کنندگان از درمان با طب سنتی ایرانی» انجام شده است ۴۶ درصد از مراجعه‌کنندگان داروی گیاهی خود را از

طریق پزشک طب سنتی، ۴۱ درصد از طریق عطاری، ۱۱٫۸ درصد از طریق داروخانه تهیه کرده بودند. انگیزه و همچنین نحوه‌ی آشنایی مراجعه‌کنندگان از روش طب سنتی، در شکل زیر نشان داده شده است (۷۹).



شکل ۱۵: توزیع فراوانی انگیزه انتخاب و نحوه آشنایی با طب سنتی

بر اساس مطالعه‌ای که در زمینه استفاده از طب مکمل در ۶۲۵ بیمار مبتلابه سرطان انجام شده است، ۳۵ درصد از این بیماران از طب مکمل استفاده نموده بودند. بالاترین علت استفاده از طب مکمل مربوط به سرطان پستان و دستگاه گوارش بوده است. حدود ۸۰ درصد از بیماران خواستار ارائه درمان‌های مکمل از طریق پزشکان بودند. مهم‌ترین علت تمایل به استفاده از طب مکمل به ترتیب آشنایی قبلی با این روش‌ها، نیاز به کسب امید به زندگی، افزایش احساس بهبودی فیزیکی و بی‌خطر بودن این روش‌ها ذکر شده است. ۲۹ درصد این بیماران رضایت کامل و ۶۳ درصد رضایت نسبی از درمان‌های مکمل داشتند (۸۰).

بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ در زمینه بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد پزشکان نسبت به طب مکمل در بین ۳۴۰ پزشک عمومی انجام شده است، ۸۴٫۹ درصد از آنان معتقد بودند که این روش‌ها در مهر و موم‌های اخیر بیش از گذشته مورد توجه بوده و به کار گرفته شده است. به اعتقاد آن‌ها طب گیاهی، حجامت و طب سوزنی رایج‌ترین شیوه‌های مربوط به طب مکمل در کشور ما هستند. مجموعاً پزشکان نسبت به انجام آن توسط افراد غیرپزشک

مخالف بودند. ۹,۹ درصد از پزشکان از یک یا بیش از یک روش طب مکمل استفاده می‌کردند و ۲۴ درصد از آن‌ها نیز طی شش ماه گذشته بیمارانی را برای استفاده از طب مکمل ارجاع داده بودند. با این وجود میزان اطلاعات اکثر پزشکان در مورد اغلب روش‌های طب مکمل محدود بود (۷۷).

جدول ۱۴: مهم‌ترین مطالعات انجام شده در ده سال اخیر در زمینه میزان استفاده از طب سنتی و مکمل در ایران

عنوان مطالعه	سال انجام	استان انجام مطالعه	حجم نمونه	نسبت جنسیتی افراد مطالعه	مهم‌ترین نتایج
بررسی میزان و علل مصرف گیاهان دارویی در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تخصصی (۸۱)	۱۳۹۳	فارس	۲۱۰۰	زن (۶۰ درصد) مرد (۴۰ درصد)	بیشترین علت استفاده به ترتیب عبارت‌اند از بیماری‌های پوستی (۳۰ درصد)، تنفسی (۲۱,۵ درصد)، ادراری (۲۰ درصد)، سیستم غدد (۱۸,۵ درصد) و سیستم گوارش (۱۰ درصد) بین جنس، سن افراد، محل سکونت، وضعیت بیمه، متوسط درآمد ماهیانه و آگاهی با میزان مصرف گیاهان دارویی ارتباط وجود داشت اما در مورد سطح تحصیلات وضعیت اشتغال با میزان مصرف رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد. ۶۹ درصد افراد استفاده از گیاهان دارویی و ۳۱ درصد داروهای شیمیایی را در صورت بیمار شدن جهت درمان ترجیح می‌دادند. عللی که سبب می‌شود افراد پزشک خود را در مورد مصرف داروی گیاهی در جریان قرار ندهند، تصور طبیعی و بی‌ضرر بودن و همچنین نپرسیدن پزشک اعلام شد.
بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر مصرف گیاهان دارویی از دیدگاه مردم (۸۲)	۱۳۸۹	یزد	۵۰۰	زن (۶۶,۶) مرد (۳۳,۴)	۹۴,۲ درصد از گیاهان دارویی استفاده کرده و ۵,۸ درصد از گیاهان دارویی استفاده نکرده بودند. ۷۵,۳ افراد از گیاهان دارویی برای درمان بیماری و ۲۴,۷ افراد برای پیشگیری استفاده کرده‌اند. بین میزان استفاده از گیاهان دارویی، جنسیت، میزان تحصیلات و نوع بیمه رابطه وجود داشت. ۱۶,۲ درصد تحت درمان پزشک با گیاهان دارویی بوده‌اند و ۸۳,۸ تحت درمان پزشک با داروهای گیاهی نبوده‌اند. از کل افراد ۴۶ درصد افراد بیان کرده‌اند که گیاهان دارویی باید تحت نظر پزشک مصرف شود و ۵۳,۲ درصد بیان کردند که گیاهان دارویی نباید تحت نظر پزشک مصرف شود که ۵۳,۵ درصد دلیل عدم مشورت با پزشکان جهت استفاده از گیاهان

دارویی و داروهای گیاهی را بدون ضرر بودن آنها و ۴۶٫۵ درصد دلیل عدم مشورت را قدمت مصرف گیاهان دارویی از قدیم‌الایام ذکر کرده‌اند.					
۹۳٫۵ درصد از گیاهان دارویی استفاده می‌کردند. ۵۱٫۵ از افراد، مهم‌ترین دلیل استفاده از گیاهان دارویی را عوارض کمتر و ۳۹٫۵ نتیجه بهتر نسبت به طب شیمیایی و ۱۰ درصد هزینه کمتر اعلام کردند. بیشترین راه آشنایی با گیاهان دارویی توصیه دوستان و آشنایان بوده است. بین جنس و مصرف گیاهان دارویی رابطه وجود داشت.	زن (۶۷٫۷ درصد) مرد (۳۳٫۳ درصد)	۳۷۲	قم	۱۳۹۲	بررسی وضعیت مصرف گیاهان دارویی و عوامل همراه آن (۸۳)
رضایت‌مندی: ۷۸ درصد زیاد و در ۱۷ درصد متوسط و در ۵ درصد کم بود. بین میزان تحصیلات، آگاهی، نگرش و علاقه‌مندی، رابطه پزشک و بیمار، برخورد کارکنان، هزینه درمان، اثربخشی با متغیر وابسته (میزان رضایت‌مندی) رابطه‌ی معناداری وجود دارد. شایع‌ترین روش درمانی تجویز شده حجامت با ۳۷ درصد و گیاه‌درمانی با ۲۶ درصد و در مرحله بعدی زالودرمانی به میزان ۲۶ درصد و سایر مواد مثل طب سوزنی و ... حدود ۱ درصد، کم‌ترین دلیل مراجعه به طب سنتی بود. بیشترین راه آشنایی با طب سنتی توصیه دوستان و همکاران و خانواده بوده است (۸۴ درصد). مهم‌ترین علت مراجعه بیماران، درد مفاصل بود و در مراحل بعدی بیماری‌های پوستی و میگرن و کمترین علت بیماری، اعصاب و روان بود.	زن (۶۲ درصد) مرد (۳۸ درصد)	۳۰۰	کرمان	۱۳۹۳	بررسی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی بیماران از طب سنتی (۸۴)
بیشترین انگیزه گیرندگان خدمات طب سنتی، باور به اثربخشی روش درمانی، کمبود عوارض جانبی و عدم نتیجه‌گیری از روش‌های دیگر درمانی بوده است. بیماران استفاده‌کننده از خدمات طب سنتی مسن‌تر بودند. بیماران استفاده‌کننده از خدمات طب سنتی از نحوه درمان خود رضایت بیشتری دارند. بانوان و افراد متأهل، در مقابل مردان و مجردها، بیشترین گروه مراجعه‌کنندگان به طب سنتی هستند. میزان تحصیلات بیشترین مراجعان به گروه طب سنتی دیپلم (۴۱ درصد) بوده است.	زن (۷۴٫۵ درصد) مرد (۲۶٫۵ درصد)	۲۰۰ (دو گروه ۱۰۰ تایی)	تهران	۱۳۹۱	بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های بیماران گیرنده خدمات طب سنتی با بیماران طب رایج (۸۵)

<p>شیوع استفاده از طب سنتی و مکمل در کودکان و عوامل مرتبط با آن (۸۶)</p>	<p>۱۳۹۰</p>	<p>خراسان جنوبی</p>	<p>۳۰۰</p>	<p>۳۵٫۶ درصد از مادران مورد مطالعه از طب سنتی برای کودکان خود استفاده کرده بودند.</p> <p>بین میزان استفاده از طب مکمل برای کودکان و افزایش سن مادر، کاهش سطح تحصیلات، خانه دار بودن مادر و داشتن بیش از دو فرزند رابطه وجود داشت.</p> <p>بیشترین روش های مورداستفاده به ترتیب عبارتند از: داروهای گیاهی (۹۳٫۳)، مالیدن روغن (۲۶٫۶) و دعا درمانی (۲۵٫۷)</p> <p>بیشترین روش آشنایی با طب سنتی و مکمل از طریق خویشاوندان (۷۲) و همسایگان (۵۰) بوده است.</p> <p>فقط ۱٫۳ درصد از مادران اطلاع داشتند که طب سنتی و مکمل هم می تواند عوارض داشته باشد.</p>
<p>ارزیابی میزان استفاده از طب سنتی و مکمل (۸۷)</p>	<p>۱۳۹۲</p>	<p>لرستان</p>	<p>زن (۵۵٫۴ درصد) مرد (۴۴٫۶ درصد)</p>	<p>۷۹٫۸ درصد از شرکت کنندگان از طب سنتی و مکمل استفاده کرده بودند که از این میزان ۵۸٫۲ درصد در سال گذشته بوده است.</p> <p>استفاده از داروهای گیاهی (۶۹٫۲) و دعا درمانی (۳۷٫۲) بیشترین روش های مورداستفاده بودند.</p> <p>مهم ترین علل گرایش به طب سنتی و مکمل عبارتند از: نگرانی از عوارض روش های متداول، اعتقاد به کم خطر بودن، افزایش احساس بهبودی و نارضایتی از پزشکان عمومی</p>
<p>شیوع استفاده از طب سنتی و مکمل در جمعیت عمومی (۸۸)</p>	<p>۱۳۹۲</p>	<p>کاشان</p>	<p>زن (۴۳٫۱ درصد) مرد (۵۶٫۹ درصد)</p>	<p>۷۳٫۷ درصد افراد از طب سنتی و مکمل استفاده کرده بودند.</p> <p>بیشترین روش های مورداستفاده به ترتیب داروهای گیاهی و کاپینگ و بوده است.</p> <p>شایع ترین علل استفاده از طب سنتی و مکمل به ترتیب سردرد و سرگیجه، سرماخوردگی، مشکلات گوارشی و مشکلات پوست و مو بوده است.</p> <p>فقط ۳۰ درصد از افراد استفاده کننده از طب سنتی و مکمل مطابق دستور پزشک از این خدمات استفاده کرده بودند.</p>
<p>بررسی علل مراجعه و میزان رضایت مندی استفاده کنندگان از درمان با طب سنتی ایرانی (۸۹)</p>	<p>۱۳۹۱</p>	<p>اصفهان</p>	<p>زن (۶۵٫۲ درصد) مرد (۳۴٫۸ درصد)</p>	<p>شایع ترین علت مراجعه به ترتیب کمردرد، جوش صورت، سردرد، درد پا و بی خوابی بوده است.</p> <p>شایع ترین روش کاربردی به ترتیب داروی گیاهی (۸۴ درصد) حجامت (۷۷٫۵) اصلاح مزاج (۲۷٫۷ درصد) زالودرمانی (۲۵٫۸) بوده است.</p> <p>بیشترین رضایت از درمان لاغری بوده است (۵۰ درصد مصرف کنندگان)</p>

فصل چهارم

(نتیجه‌گیری)

استفاده از داروهای طبیعی و به‌ویژه طب‌های سنتی و مکمل طی دهه‌های گذشته از اقبال گسترده و روبه‌رشدی در جوامع مختلف در سراسر جهان برخوردار بوده و این مهم منجر به الزام دستگاه‌های سلامت و درمان در کشورهای گوناگون به توجه به این ساختارها شده است. در این میان کشورهای دارای دستگاه‌های درمانی ریشه‌دار در تمدن، تاریخ و فرهنگ، خود از امتیاز بالاتری در استفاده و بهره‌برداری از این فرصت پیش‌رو برای سپردن بخشی از بار سلامت جامعه بر دوش این ساختارهای سنتی مبتنی بر دانش بومی و قابل‌قبول از منظر فرهنگی و اجتماعی برخوردار بوده و حتی از آن به‌عنوان عامل ارزآوری در تجارت بین‌الملل و سفیر فرهنگی خود در سرزمین‌های دیگر نیز استفاده می‌کنند. در این راستا کشورهای مختلف دنیا تحت راهنمایی‌های سازمان بهداشت جهانی اقدام به ادغام طب سنتی و مکمل در سیستم بهداشتی و درمانی خود، تحت پوشش بیمه قرار دادن این خدمات و گسترش آموزش دانشگاهی و پژوهش در زمینه طب سنتی و مکمل کرده‌اند.

در ایران نیز در سال ۹۲ به استناد تبصره (۳) ماده (۵۷) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران نسبت به ایجاد معاونت طب سنتی ایرانی اسلامی اقدام شد. با این اقدام و همچنین با ایجاد دانشکده‌های طب سنتی از سال ۱۳۸۵، بار دیگر دروازه‌های ورود به عرصه قانونمند آموزش، پژوهش و ارائه خدمات طب ایرانی به روی گروهی از فرهیختگان برگزیده میهن اسلامی ما گشوده شد تا ضمن احیاء، در جهت حفظ و تأمین سلامت جامعه از این میراث کهن در کنار طب رایج بهره‌برداری شده و ضمن احترام به خواست مردم، دسترسی آن‌ها به خدمات ایمن و مؤثر مبتنی بر باور و فرهنگ مردم تسهیل شود. همچنین به‌منظور تحقق بند (۱۲) سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی-اسلامی و مکمل موظف شده است تا نسبت به ادغام خدمات تأیید شده طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید.

اهم فعالیت‌ها در حوزه طب سنتی و مکمل در ۱۲ سال اخیر به شرح زیر است.

در حوزه درمان ۵۲ مرکز تخصصی ارائه خدمات طب سنتی ایرانی، دو بخش بستری در دو بیمارستان شهید رهنمون یزد و بیمارستان امام رضای مشهد، دو مرکز تلفیقی طب سنتی ایجاد و بیش از ۱۴۴ متخصص طب سنتی ایرانی و ۴۸ متخصص داروسازی سنتی و ۳۸ نفر در کارشناسی ارشد تاریخ پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌اند. همچنین در راستای ادغام

خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی -اسلامی در نظام سلامت، خدمات طب ایرانی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حوزه تحت نظارت ۹ دانشگاه علوم پزشکی به‌عنوان پایلوت وارد شده است.

در حوزه آموزش طب سنتی و مکمل، ۸ دانشکده طب سنتی، ۱۷ گروه طب سنتی، ۸ گروه داروسازی طب سنتی، ۸ گروه تاریخ پزشکی، ایجاد شده است. از سال ۱۳۸۵ تاکنون تعداد ۷۶ نفر در زمینه طب ایرانی، ۲۲ نفر در زمینه داروسازی ایرانی و ۴ نفر در زمینه تاریخ پزشکی به عضویت هیئت‌علمی دانشگاه‌ها درآمده‌اند. همچنین از سال ۱۳۸۶ تا پایان سال تحصیلی ۹۶-۹۵، آمار دقیق پذیرفته‌شدگان رشته دکترای طب ایرانی، ۴۲۹ نفر، رشته دکترای داروسازی ایرانی، ۷۱ نفر و رشته تاریخ طب در مقطع کارشناسی ارشد و دکترا، ۱۱۵ نفر بوده است.

در حوزه پژوهش ۱۰ مرکز تحقیقاتی و ۸ مجله با موضوع طب سنتی و مکمل ایجاد شده است. همچنین روند چاپ مقالات مرتبط با طب سنتی ایران در مقالات نمایه شده در scopus از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ روند روبه رشدی داشته است. به‌گونه‌ای که تعداد مقالات چاپ‌شده از ۲ مقاله در سال ۲۰۰۱ به ۱۰۳ مقاله در سال ۲۰۱۶ رسیده است.

در حوزه داروهای سنتی و گیاهی بر اساس آمار ۱۱ ماهه (از فروردین تا بهمن‌ماه) سال ۹۷، ۳۳۶ هزار و ۸۳۶ تن انواع گیاهان دارویی به ارزش ۵۲۰ میلیون دلار به کشورهای مختلف دنیا صادر شده است که نسبت به مدت مشابه سال ۹۶ بیش از ۷۰ میلیون دلار رشد کرده است. زعفران، گل محمدی، آنغوزه، باریج، گون، کتیرا و زیره ایران رتبه نخست صادرات جهان را دارند.

بر اساس آمار سال ۱۳۹۶، نسبت مجوزهای داروهای طبیعی به داروهای صناعی ۲۱٫۹ درصد، داروهای سنتی به صناعی ۹٫۲ درصد و نسبت مجموع داروهای طبیعی و سنتی ۳۱٫۱ درصد است. طبق همین آمار در ۵۹ دسته از بیماری‌ها داروهای طبیعی مرتبط وجود دارد که بیشترین تمرکز در بیماری‌های سیستم تنفسی، گوارشی و آرام‌بخش‌ها است. همچنین، در ۳۹ دسته از بیماری‌ها داروی سنتی مرتبط وجود دارد. همچنین بر اساس آمارهای منتشرشده ۱۶۱۲ فرآورده طبیعی/گیاهی، ۳۶۹ ماده اولیه طبیعی (عصاره و اسانس) و ۹۳۶ داروی طب سنتی، دارای مجوز تولید یا واردات هستند. همچنین ۱۰۳ شرکت تولیدکننده فرآورده‌های طبیعی و ۸۶ شرکت تولیدکننده داروهای طب سنتی ایران در کشور مشغول فعالیت هستند.

علی‌رغم اقدامات بسیار مؤثری که در حوزه طب سنتی و مکمل در سال‌های اخیر در کشور صورت گرفته است هنوز فاصله بسیار زیادی تا دستیابی به سیاست‌های کلی نظام در این حوزه و ایجاد مرجعیت علمی ایران در حوزه طب سنتی و جهانی‌سازی آن به‌عنوان عامل توانمند فرهنگی و اقتصادی برای کشور وجود دارد. مهم‌ترین مشکلات این حوزه در شرایط فعلی را می‌توان معلول شرایط زیر دانست (۵۱).

دغدغه‌های موجود در بخش ساختار

- ۱- عدم وجود واحد متناظر معاونت طب سنتی در سطح دانشگاه‌ها و در صف اول خدمات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور جهت اجرایی شدن دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های واحدهای ستادی معاونت طب سنتی؛
- ۲- تداخل عملکرد معاونت طب سنتی با سایر معاونت‌های وزارتخانه و یا با سایر سازمان‌ها نظیر سازمان غذا و دارو به اشکال: الف - موازی کاری (انجام یک وظیفه توسط معاونت طب سنتی و هم‌زمان توسط نهاد دیگر) ب- عدم انجام امور توسط هر دو (به خاطر تعلق ارتباط موضوع به دیگری) ج- تخریب یکدیگر (به جهت عدم هماهنگی و اتخاذ سیاست واحد) د- سردرگمی ارباب‌رجوع (به خاطر عدم شکل‌گیری سیر اداری)؛
- ۳- اضافه شدن تشکیلات به بدنه دولت؛
- ۴- حذف معاونت طب سنتی و بدون متولی شدن جریان نوپای طب سنتی کشور؛
- ۵- ایجاد واحدهای ستادی نامتناسب با عملکرد پیش‌بینی‌شده جهت معاونت طب سنتی.

دغدغه‌های موجود در بخش پژوهش

- ۱- ثبت جهانی اصول طب سنتی ایرانی، روش‌های سلامت بخش و درمانی این مرزوبوم توسط سایر کشورها نظیر واژه‌های طب یونانی، حمام ترکی، ماساژ چینی و ... به دلیل عدم وجود مقالات معرفی‌کننده این طب در مجلات بین‌المللی و همچنین کمبود مقالات کارآزمایی بالینی اثبات‌کننده اثربخشی و ایمنی روش‌های آن؛
- ۲- اولویت‌بندی نامناسب طرح‌ها و پروژه‌های پژوهشی؛
- ۳- طراحی نامناسب مدل‌های پژوهش؛
- ۴- بودجه ناکافی جهت پژوهش‌های کاربردی؛
- ۵- انجام پژوهش‌های باکیفیت پایین و غیرقابل‌انتشار در مجلات معتبر دنیا؛

۶- عدم وجود ارتباطات بین‌المللی با مراکز معتبر پژوهشی دنیا؛

۷- عدم وجود برنامه منسجم جهت به ثمر رسیدن پژوهش‌ها و ارتباط با صنعت.

دغدغه‌های موجود در بخش آموزش

۱- آموزش طب سنتی توسط مؤسسات متعدد نامعتبر در سطح کشور؛

۲- برنامه‌ریزی نامشخص برای اصلاح مداوم کوریکولوم آموزشی رشته‌های طب سنتی،

داروسازی سنتی و تاریخ طب؛

۳- تأسیس دانشکده‌های طب سنتی بدون کیفیت لازم برای آموزش دستیار؛

۴- عدم وجود وحدت رویه آموزشی در دانشگاه‌های مختلف؛

۵- فقدان سیستم ارزیابی کیفیت آموزش دستیاران؛

۶- پذیرش دستیار به صورت PhD به جای دستیار کلینیکال؛

۷- کمی تعداد پذیرش سالیانه دستیار؛

۸- عدم وجود رشته‌های کمک‌کننده جانبی نظیر رشته‌های پرستاری سنتی جهت اعمال

یداوی، ماساژ و...

دغدغه‌های موجود در بخش سلامت

۱- ارائه داروهای با اثربخشی و ایمنی نامشخص به مردم توسط فعالان طب سنتی در سطح کشور؛

۲- عدم آشنایی مردم با اصول حفظ تندرستی؛

۳- ناآشنایی بیماران با مخاطرات احتمالی درمان‌های طبیعی؛

۴- انجام نا به‌جای پروسه‌های درآمدزای طب سنتی به دلیل عدم نظارت بر مطب‌ها؛

۵- اعمال تعرفه‌های دلخواه توسط ارائه‌کنندگان خدمات طب سنتی؛

۶- تحت پوشش بیمه نبودن خدمات طب سنتی؛

۷- نامشخص بودن سهم طب سنتی در رفع مشکلات نظام سلامت.

افق‌های پیش رو

افق‌های پیش روی طب سنتی و مکمل در حوزه‌های مختلف به شرح زیر است:

الف) حوزه پژوهش

۱- راه‌اندازی و تجهیز مراکز تحقیقاتی و سپس پژوهش‌شده و پژوهشگاه‌های مجهز در حوزه‌های علوم پایه و بالینی طب سنتی؛

۲- حمایت مالی از طرح‌های همسو با نقشه راه پژوهش طب سنتی کشور؛

۳- ارتقای توانمندی پژوهشی متخصصین رشته‌های طب و داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی با برگزاری دوره‌های هدفمند و حمایت از گذراندن دوره‌های تکمیلی در دانشگاه‌های معتبر خارجی؛

۴- حمایت از راه‌اندازی نشریات معتبر علمی در حوزه طب سنتی به‌طور عام و طب ایرانی به‌طور خاص؛

۵- حمایت از طرح‌های دانش‌بنیان و تبدیل دانش علمی مبتنی بر پژوهش به محصول؛

۶- جهانی‌سازی طب ایرانی با راه‌کارهای حمایتی از طرح‌های مشترک بین‌المللی، پذیرش دانشجویان خارجی، همکاری‌های کلان با مراکز و دانشگاه‌های خارجی؛

۷- تقویت ساختارهای مردم‌نهاد در امر پژوهش مانند انجمن علمی طب سنتی و گسترش آن‌ها؛

۸- گسترش منطقی رشته‌های مرتبط با طب سنتی در مقاطع مختلف برای تأمین نیروی پژوهشی موردنیاز کشور.

ب) حوزه آموزش

۱- افزایش پذیرش دانشجوی تخصصی در رشته‌های طب و داروسازی ایرانی به‌منظور تربیت نیروی متخصص موردنیاز در پاسخ به نیاز جامعه؛

۲- گسترش زیرساخت‌های موردنیاز در آموزش بالینی اعم از درمانگاه‌های طب سنتی و راه‌اندازی بیمارستان‌های تلفیقی طب سنتی و مرسوم؛

۳- گسترش زیرساخت‌های آموزش عملی داروسازی سنتی با راه‌اندازی و تجهیز آزمایشگاه‌های تخصصی داروسازی سنتی؛

۴- تدوین درس‌نامه‌های آموزشی بر اساس پژوهش‌های هدفمند طراحی شده؛

۵- راه‌اندازی رشته‌های بینابینی در مقاطع مختلف برای تأمین کادر درمان موردنیاز مانند تغذیه سنتی، پرستار سنتی، ماساژ ایرانی؛

۶- افزایش واحدهای مرتبط با طب‌های سنتی و مکمل و با تأکید بر قرار گرفتن واحد بالینی در کوریکولوم آموزش دانشجویان پزشکی؛

۷- تدوین دوره‌های آموزشی مشخص و گسترده برای سطوح مختلف درمان به‌ویژه به‌رورزان در خانه‌های بهداشت سراسر کشور؛

۸- تمرکز در تولی‌گری آموزش در سطوح مختلف جامعه و کادر درمان از مبادی مراجع ذی‌صلاح علمی و اجرایی کشور مانند دفتر طب ایرانی؛

۹- افزایش واحدهای مرتبط با داروسازی سنتی با تأکید بر قرار گرفتن واحد عملی و کارورزی داروخانه‌های سنتی در کوریکولوم آموزش دانشجویان داروسازی؛

۱۰- سازمان‌دهی آموزش در سایر حوزه‌های طب مکمل مثل طب سوزنی و همیوپاتی.

ج) حوزه دارو

۱- گسترش کارخانجات داروسازی داروهای سنتی و گیاهی؛

۲- افزایش صادرات داروهای گیاهی و سنتی باهدف افزایش درآمد کشور؛

۳- گسترش مراکز تحقیقاتی مرتبط با حوزه داروهای سنتی و گیاهی جهت تولید شواهد بالینی معتبر؛

۴- تدوین آیین‌نامه جهت سازمان‌دهی و نظارت بر کار عطاری‌ها؛

۵- تدوین دست‌نامه داروهای گیاهی و سنتی موجود در فارماکوپه دارویی ایران جهت استفاده پزشکان و داروسازان.

(د) حوزه درمان

۱- گسترش سلامت‌کنده‌های طب سنتی و مکمل در کشور باهدف گسترش دسترسی مردم به خدمات ایمن و مورد تأیید

طب سنتی و مکمل؛

۲- گسترش مراکز تلفیقی طب سنتی - مکمل و طب رایج در مراکز بیمارستانی؛

۳- تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات طب سنتی و مکمل باهدف کاهش پرداخت از جیب این خدمات؛

۴- سازمان‌دهی متخصصین سایر شاخه‌های طب مکمل مثل طب سوزنی و هومیوپاتی.

1. WHO. traditional medicine strategy: 2014-2023. Available from:
https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/
2. Policies EOoHSa. About the HiTs series: WHO; 2019. Available from:
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/about-the-hits-series>.
3. Rice T. Health Systems in Transition: United States of America: Health System Review: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.
4. Healy J, Sharman E, Lokuge B, Organization WH. Health systems in transition: Australia: health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
5. De Pietro C, Camenzind P, STURNY I, CRIVELLÌ L, EDWARDS-GRAVOGLIA S, SPRANGLER A, et al. Health Systems in Transition–Switzerland Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies. 2015;17 (4).
6. Marchildon GP. Health Systems in Transition–Canada: Health System Review. Copenhagen (Denmark): European Observatory for Health Services and Policies. 2013.
7. Chevreul K, Brigham B, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health ...; 2015.
8. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Sahin B, Aydin S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. Turkey. Health system review. Health systems in transition. 2011;13(6):1-186, xiii-xiv.
9. Tatar K, Allin S, Matsuda R, Okamoto E, Organization WH. Health systems in transition: Japan: health system review 2009. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
10. Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E. Republic of moldova health system review. Health systems in transition. 2012;14(7):1-151.
11. Vladescu C, Scintee G, Olsavsky V, Allin S, Madovsky P. Health systems in transition: Romania: health system review. Health systems in transition: Romania: health system review2008.

12. Albreht T, Pribakovic RB, Josar D, Poldrugovac M, Kostnapfel T, Zaletel M, et al. Slovenia: Health system review. *Health systems in transition*. 2016;18(3):1-207.
13. Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribakovic Brinovec R, et al. Health systems in transition: Slovenia-health system review 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.
14. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(4):1-168.
15. Gaal P. *Health Systems in Transition: Hungary: Health System Review: European Observatory on Health Systems and Policies*; 2011.
16. Sigurgeirsdóttir S, Waagfjörð J. Iceland: health system review. 001044948. 2014.
17. Rosen B, Waitzberg R, Merkur S. Israel: Health systems in transition. *Health*. 2015;17(6).
18. Ahmedov M, Azimov R, Mutalova Z, Huseynov S, Tsoyi E, Rechel B. Uzbekistan: health system review. *Health systems in transition*. 2014;16(5):1-137, xiii.
19. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domanski F, Czyzewski M, et al. Poland health system review. *Health systems in transition*. 2011;13(8):1-193.
20. Chun C, Kim S, Lee J, Lee S. Republic of Korea. Health system review. *Health Systems in Transition (European Observatory on Health Systems and Policies)*. 2009;11(7).
21. Busse R, Blümel M. Germany. Health system review. 2014.
22. Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, Karanikolos M. Lithuania: health system review. *Health systems in transition*. 2013;15(2):1-150.
23. Boyle S. *Health systems in transition: United Kingdom (England)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2011.
24. Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, et al. Austria: Health system review 2018. *Health Systems in Transition*. 2018;20(3):1-256.
25. Ringard Å, Sagan A, Sperre IS, Lindahl AK. Norway: health system review. *Health systems in transition*. 2013;15(8):1-162.

26. Tsilaajav T, Ser-Od E, Baasai B, Byambaa G, Shagdarsuren O. Mongolia health system review. *Health systems in transition*. 2013;3(2):184.
۲۷. زرگران آ، آیتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷. صفحه ۸۶
28. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health System Review. *Health systems in transition*. 2017;19(5):1-166.
29. Hakobyan T, Nazaretyan M, Makarova T, Aristakesyan M, Margaryants H, Nolte E. Armenia: Health system review. 2013.
30. Kroneman M, Boerma W, Groenewegen P. Netherlands: health system review. *Health systems in transition*. 2016;18(2):1-240.
31. Olejaz M, Juul AN, Rudkjøbing A, Okkels HB, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark health system review. *Health systems in transition*. 2012;14(2):i-xxii, 1-192.
32. Džakula A, Sagan A, Pavic N, Loncarek K, Sekelj-Kauzlaric K. Croatia Health system review. 2014.
33. Gerkens S, Merkur S. Health systems in transition: Belgium. *Health system review*, Copenhagen. 2010.
34. Alexa J, Recka L, Votápková J, Spranger A, Wittenbecher F. Czech Republic: health system review. *Health systems in transition*. 2015;17(1):1-165.
35. Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, et al. Health system review. *Health*. 2018;20(4).
36. Switzerland WHOG. WHO Traditional medicine strategy 2002-2005. 2002.
37. Sutton AL. Complementary and Alternative Medicine Sourcebook [recurso Electrónico]: Basic Consumer Health Information about Ayurveda, Acupuncture, Aromatherapy, Chiropractic Care, Diet-based Therapies, Guided Imagery, Herbal and Vitamin Supplements, Homeopathy, Hypnosis, Massage, Meditation, Naturopathy, Pilates, Reflexology, Reiki, Shiatsu, Tai Chi, Traditional Chinese Medicine, Yoga, and Other Complementary and Alternative Medical Therapies; Along with Statistics, Tips for Selecting a Practitioner, Treatments for Specific Health Conditions, a

Glossary of Related Terms, and a Directory of Resources for Additional Help and Information: Omnigraphics; 2010.

۳۸. سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی ۱۳۹۲. در دسترس <http://ms.farhangolm.ir/legislation-bank/2314> .:
۳۹. تعریف طب سنتی و طب مکمل ۱۳۹۷. در دسترس :
<http://pm.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=175&fkeyid=&siteid=17&pageid=59476>
۴۰. طب ایرانی چیست؟ ۱۳۹۷. در دسترس :
<http://pm.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=175&fkeyid=&siteid=175&pageid=59477>
۴۱. اداره کل داروهای طبیعی و مکمل ۱۳۹۴. در دسترس <http://www.fda.gov.ir/item/1110> .:
۴۲. آیین نامه تأسیس سلامتکده طب سنتی ایرانی ۱۳۹۵. در دسترس <http://pm.behdasht.gov.ir/page/ghavanin> .:
۴۳. آیین نامه تأسیس داروخانه طبیعی و سنتی. در دسترس <http://pm.behdasht.gov.ir/page/ghavanin> .:
۴۴. طب سنتی ایرانی (برنامه آموزشی دوره دکتری تخصصی رشته طب سنتی ایرانی). در دسترس:
http://education.tums.ac.ir/IPWebV1C03/Persian_WebUI/Templates/WebSiteTemplate1/WebSiteFile1071.asx?http://education.tums.ac.ir/IPWebV1C03.px?MainInformationID=1382
45. Jafree SR, Zakar R, Zakar MZ. Factors Associated with Low Birth Weight of Children Among Employed Mothers in Pakistan. *Maternal and child health journal*. 2015;19(9):1993-2002.
۴۶. برنامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته رشته تاریخ علوم پزشکی ۱۳۹۱. در دسترس :
<http://iums.ac.ir/files/stm/files/pdf/baname-arshad.pdf>
۴۷. زرگران آ، آیتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷. صفحه ۱۱۰.
۴۸. محمود خ، مهدی ی، مجید خ، زهره پ، فاطمه ب. گزارش عملکرد دفتر طب سنتی بر مبنای برنامه راهبردی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۶. در دسترس :
http://pm.behdasht.gov.ir/uploads/%D9%BE%DB%8C%D8%B4%D8%A8%D8%B1%D8%AF_%D8%B%8C%D8%A7%D8%B2%D8%AF%D9%87%D9%85.pdf
۴۹. ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت. در دسترس : <http://www.leader.ir/fa/content/11651>.
۵۰. زرگران آ، آیتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷.

۵۱. لایحه برنامه ششم توسعه. در دسترس <http://www.dolat.ir/detail/281959> .:
۵۲. گزارش عملکرد دفتر طب سنتی بر مبنای برنامه راهبردی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۶. در دسترس :
http://pm.behdasht.gov.ir/uploads/%D9%BE%DB%8C%D8%B4%D8%A8%D8%B1%D8%AF_%D9%B%8C%D8%A7%D8%B2%D8%AF%D9%87%D9%85.pdf
۵۳. آیین‌نامه تهیه و عرضه فرآورده‌های طب سنتی ایران. در دسترس :
http://fda.hums.ac.ir/uploads/a_faravardehaye_tebbe_sonnati.pdf
۵۴. آئین‌نامه بسته بندی گیاهان دارویی فرآوری نشده
 ۱۳۹۴. در دسترس <http://fda.gov.ir/item/475> .:
۵۵. آیین‌نامه صدور پروانه تاسیس واحد های تولید داروهای گیاهی، بسته بندی گیاهان دارویی، تولید عصاره ها و اسانس‌های گیاهی ۱۳۹۴. در دسترس <http://fda.gov.ir/item/476> .:
۵۶. آیین‌نامه مربوط به ساخت داروهای گیاهی ۱۳۹۴. در دسترس <http://fda.gov.ir/item/478> .:
۵۷. ضوابط تولید اسانس‌ها و عصاره های گیاهی ۱۳۹۴. در دسترس <http://www.fda.gov.ir/item/481> .:
۵۸. نظام‌نامه بهره‌مندی از دانش و مهارت افراد صاحب تجربه در طب سنتی. در دسترس :
http://pm.behdasht.gov.ir/uploads/%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85_%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87_%D9%85%D9%87%D8%A7%D8%B1%D8%AA.pdf
۵۹. دستورالعمل «جشنواره طب ایرانی». در دسترس <http://www.itma.ir/post/981> .:
۶۰. زرگران آ، آیتی مع، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷. صفحه ۲۹-۳۰.
61. Foreign Investment Promotion and Protection Act (FIPPA). 2014 May 21. Available from:
<http://www.iran-investment.org/fippaen.pdf>.
۶۲. ارزش صادرات گیاهان دارویی. در دسترس: <http://itma.ir/post/1236>.
۶۳. فعالیت‌های اداره فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل و نقش متخصصین فارماکوگنوزی در ارتقاء کمیت و کیفیت تولید فرآورده‌های طبیعی، مصاحبه با دکتر خانوی در دسترس :
<http://www.pharmacognosy.ir/page/fa/5823270/%D9%85%D8%B5%D8%A7%D8%AD%D8%A8%D9%87-%D8%A8%D8%A7-%D8%AF%DA%A9%D8%AA%D8%B1-%D8%AE%D8%A7%D9%86%D9%88%DB%8C>

۶۴. زرگران آ، آیتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷. صفحه ۹۳

۶۵. انجمن علمی طب سنتی ایران، متخصصین. در دسترس: <http://www.itma.ir/experts>

۶۶. لیست قیمت داروهای گیاهی تحت پوشش بیمه (۱۳۹۳). در دسترس :

<https://medplant.ir/18395/%D9%84%DB%8C%D8%B3%D8%AA-%D9%82%DB%8C%D9%85%D8%AA-%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D9%88%D9%87%D8%A7%DB%8C-%DA%AF%DB%8C%D8%A7%D9%87%DB%8C-%D8%AA%D8%AD%D8%AA-%D9%BE%D9%88%D8%B4%D8%B4-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D9%87-1393>

۶۷. تعرفه ویزیت و خدمات طب ایرانی در سال ۹۷. در دسترس: <http://www.tim.ir/post-1197.html>

۶۸. انجمن علمی طب سوزنی ایران، پزشکان عضو انجمن (پیوسته). در دسترس :

http://isaa.ir/fa/doctors/province_list/1

۶۹. س. زرگران آ، آیتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷. صفحه ۳۰.

۷۰. زرگران آ، آیتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷. صفحه ۵۶

۷۱. لیست آیین‌نامه‌های ابلاغی. در دسترس: <http://pm.behdasht.gov.ir/page/ghavanin>

۷۲. انجمن همیوپاتی ایران. در دسترس:

<http://homeopathyiran.org/%D9%86%D8%AD%D9%88-%D8%B9%D8%B6%D9%88%DB%8C%D8%AA-%D8%AF%D8%B1-%D8%A7%D9%86%D8%AC%D9%85%D9%86>

۷۳. دفتر طب ایرانی - وزارت بهداشت. در دسترس :

http://pm.behdasht.gov.ir/uploads/1%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D8%A7%DB%8C%DB%8C_%D8%A7%D8%AC%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B1%D8%A7%D8%AC%D8%B1%D8%A7%D8%A6%D9%87_%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA_%D8%B7%D8%A8_%D8%B3%D9%86%D8%AA%DB%8C.pdf

74. M h. persion medicine an evidence based approach.a short introduction of persion medicine.

tehran:tehran university of medical sciences. 2018:93-127.

۷۵. پژوهشکده گیاهان دارویی جهاددانشگاهی ادامه مطلب در تارنمای دانشگاه یزد: در دسترس :

<http://imp.ac.ir/IMP/Home/Page/About>

۷۶. زرگران آ، آبتی مح، مجاهدیان مم. یک دهه آموزش و پژوهش در طب ایرانی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش رو. تهران: ایرانیان طب؛ ۱۳۹۷.

۷۷. سیدآرش طبه، هما اف، اکبر حدع، مژگان ب، نوشین م. فراوانی بکارگیری روش‌های طب مکمل و سنتی در ساکنین شهر تهران.

۷۸. ژبلا ص، فرزانه م، سیدعلی ض. طب گیاهی: آگاهی، بینش و عملکرد در جمعیت شهر تهران.

۷۹. محمودیان آ، گلشیری پ، رضائی گ، اکبری م. بررسی علل مراجعه و میزان رضایتمندی استفاده‌کنندگان از درمان با طب سنتی ایرانی در شهر اصفهان. ۱۳۹۱.

۸۰. السادات سا، احمد ک، علی م، مهرگان حم، ماندانا آ، فرهاد س. استفاده از طب مکمل در بیماران مبتلا به سرطان.

۸۱. پاریاب، رئیس‌زاده. بررسی میزان و علل مصرف گیاهان دارویی در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تخصصی استان فارس در سال ۱۳۹۳. سلامت جامعه. ۱۷؛ ۲۰(۲): ۶۲-۷۱.

۸۲. حامد دپ، حمیده دز. بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر مصرف گیاهان دارویی در شهر یزد از دیدگاه مردم.

۸۳. رضا حف، ناهید م، سمیه م، سیدمجتبی م، محمد کب، عطیه حجگ. بررسی وضعیت مصرف گیاهان دارویی و عوامل همراه آن در شهر قم.

۸۴. سوده م، فرزانه ت. بررسی عوامل مؤثر بر رضایتمندی بیماران از طب سنتی در شهر کرمان سال ۱۳۹۳.

۸۵. فارسانی غم، اشراقیان م، موحد م، پوررضا آ، سیادت س، فارسانی طم، et al. بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های بیماران گیرنده خدمات طب سنتی با بیماران طب رایج در شهر تهران. مجله تاریخ پزشکی. ۱۴؛ ۲۰(۴): ۱۸۳-۲۰۰.

86. Fesharakinia A, Abedini M. Prevalence of using complementary and alternative medicine in children and its related factors in east Iran. Iranian journal of pediatrics. 2014;24(1):111.

87. Anbari K, Gholami M. Evaluation of trends in the use of complementary and alternative medicine in health centers in Khorramabad (West of Iran). Global journal of health science. 2016;8(2):72.

88. Mohammad-Sajjad Lotfia, Mohsen Adib-Hajbageri*, Zahra Rezaie Shamsavarloo, Hamidreza Sadeghi Gandomanid. The prevalence of traditional and complementary medicine in the general population in Kashan, Iran, 2014. European Journal of Integrative Medicine 8 (2016) 661-669

۸۹. احمد محمودیان، پرستو گلشیری، گیتا رضائی، مجتبی اکبری. بررسی علل مراجعه و میزان رضایتمندی استفاده‌کنندگان از درمان با طب سنتی ایرانی در شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. دوره ۳۰، شماره ۲۰۸: هفته دوم آذر ماه.

summary