



منظمة
الصحة
العالمية
جنيف

استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب الشعبي ٢٠٠٢-٢٠٠٥

استراتيجية الطب الشعبي مناسبة:

يستمر الطب الشعبي في لعب دور مهم في الرعاية الصحية وفي كثير من أجزاء العالم يعتبر على أنه الشكل المفضل للرعاية الصحية، وفي كل مكان يزداد استخدام الأدوية العشبية وما يدعى بالطب التكميلي والبديل، بشكل دراماتيكي (مثير ومفاجيء) ولا يوجد مُحدِّدٌ وحيد للشعبية، إلا أن قبول الممارسات الشعبية ثقافياً، مع ما يرافق ذلك من توافره مع قلة كلفته وسلامته ونجاعته، وما يثير التساؤل حول إمكانية بلوغ الطب الإخلافي وأساليبه، كلها تلعب دوراً في ذلك وبالنظر إلى هذا الاجتذاب الواسع، نجد فقراً في الأبحاث حول سلامة الطب الشعبي ونجاعته وهذا أمر كبير الأهمية ويتعلق بالموضوع.

إنَّ استراتيجية الطب الشعبي مُحتاجٌ إليها بإلحاح:

إنَّ الوكالات الدولية والوطنية واللاحكومية تستمر في بذل الجهود الكبيرة للتأكيد بأنَّ المعالجات السليمة والناجعة والمتوفرة مع ميسورية التكلفة لمجال واسع من الأمراض جاهزة لما نحتاج إليه وتقدر المنظمة WHO بأنَّ ثلث سكان العالم لا يزالون يفتقدون قدرة الوصول (الإتاحة) النظامية للأدوية الأساسية وترتفع الصورة إلى ٥٠٪ في الأجزاء الأفقر من أفريقيا وآسيا وحسن الحظ في كثير من الدول النامية يقدم الطب الشعبي مصدراً وافراً ورئيساً في الرعاية الصحية إن استخدام الطب الشعبي في الرعاية الصحية الأولية وخاصة في معالجة الأمراض المميته هو سبب ذو اعتبار مهم وقد تطور الآن اعتماد مبدأ القاعدة ذات الدلالة (الأساس الدليلي) لاعتماد الاستخدام السليم والناجع.

إنَّ استراتيجية الطب الشعبي قد تطورت:

استجابة لجميع هذه التحديات فإنَّ منظمة الصحة WHO قد طورت استراتيجية للطب الشعبي لتوفير هذا الشكل من الرعاية الصحية ليتوافق مع الأمن الصحي بأفضل ما يكون إنها تركز على العمل مع الدول الأعضاء في المنظمة لتحديد دور الطب الشعبي في استراتيجيات الرعاية الصحية الوطنية، داعمة البحوث السريرية حول سلامة ونجاعة الطب الشعبي مع النصح باستعمالٍ مُرشدٍ لهذا الطب الشعبي (التقليدي).

منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٢ ©

إنَّ هذا المستند لا يمثل منشوراً رسمياً لمنظمة الصحة العالمية WHO، رغم أنَّ حقوقه محفوظة للمنظمة، ولذلك يمكن مراجعته أو تلخيصه واستخلاص النتائج منه أو ترجمته وإعادة إنتاجه جزئياً أو كلياً على ألاَّ يكون ذلك بقصد البيع أو مقترناً بأهداف تجارية.

وتقع مسؤولية الآراء المعبر عنها في المستند على عاتق المؤلفين المبينة أسماؤهم. وأما التصميم المستخدمة وعرض المادة الموجودة على الخرائط المضمَّنة في المستند فلم تستخدم تعبير أي رأي مهما كان في جزء منظمة الصحة العالمية المتعلق قانونياً بأي بلد أو مقاطعة أو مدينة أو مناطق سلطتها، أو ما يتعلق بالحد من حدودها أو خارج هذه الحدود.

تمثل الخطوط المنقطة تقريباً خطوطاً حدية في حيث لا يوجد اتفاق كامل حولها.

التصميم والمخطط العام من وضع ريناتا كير.



استراتيجية
منظمة الصحة
العالمية في
الطب الشعبي
٢٠٠٥-٢٠٠٢



منظمة
الصحة
العالمية
جنيف

هذه أول استراتيجية عالمية حول الطب الشعبي لمنظمة WHO، وقد وُضِعَتْ مسودتها عقب مشاورات موسعة، وإنَّ هناك الكثير من التعديلات والتغييرات على المستوى الإقليمي قد تكون ضرورية لكي تأخذ الإخراجات على هذا المستوى أهمية ذات قيمة في استخدام الطب الشعبي والطب البديل والتكميلي. وبالإضافة إلى ذلك يجب ملاحظة وجود صعوبات فيما يتعلق بالمصطلحات الدقيقة لوصف المعالجات والمنتجات الخاصة بهذا النوع من الطب. وكثيراً ما تشكل مَصْدُوقِيَّة المعطيات المتعلقة بالموضوع مشكلة أخرى. وإنَّ المنهجيات في جمع المعطيات لا تعتمد الدراسات المقارنة، وليست ذات مثابنتات واضحة ومحددة.

إنَّ فريق الطب الشعبي في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية يرحب بكل النصائح والملاحظات التي تؤخذ على البيانات الواردة في هذه الاستراتيجية. ويرجى إرسالها إلى:

الدكتورة زيوري زانغ – Dr Xiaorui Zhang منسقة فريق العمل – الطب الشعبي
– قسم السياسة الدوائية والأدوية الأساسية. في منظمة الصحة العالمية. Avenue
Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland
أو على البريد الإلكتروني: zhangx@who.int



المحتويات

هـ	شكر وتقدير
و	الترخيصات، والمختصرات، أقاليم منظمة الصحة العالمية
	النقاط الرئيسية: استراتيجية منظمة الصحة العالمية
١	في الطب الشعبي ٢٠٠٢-٢٠٠٥
١	ما الطب الشعبي؟
١	الاستعمال الواسع المتنامي
٢	لماذا مثل هذا الاستخدام الواسع؟
٢	الحماس اللامحدود حيال الشك المغرق في الإبهام
٣	تحديات تطوير الطب الشعبي أو الطب البديل (TM/CAM)
٤	الدور الحالي لمنظمة الصحة العالمية
٥	شبكة العمل
٦	استراتيجية التنفيذ
٧	١- مراجعة (نظرة) عامة
٧	١-١ ما الطب الشعبي؟ نحو تعريف عملي
٩	٢-١ الاستعمال الواسع والاجتذاب
١٢	٣-١ المصروف
١٢	٤-١ الحساب من أجل الاستعمال وزيادة الاهتمام
١٥	٥-١ الاستجابة لتعميم المعالجة بالطب الشعبي (TM/CAM)
١٩	٢- التحديات
١٩	١-٢ مالذي نحتاج عمله
٢٠	٢-٢ السياسة الوطنية والشبكة القانونية
٢١	٣-٢ المأمونية (السلامة)، النجاعة، الجودة
٢٤	٤-٢ الإتاحة
٢٦	٥-٢ الاستعمال المرشّد
٢٩	٣- الدور الحالي لمنظمة الصحة العالمية
	١-٣ تطوير الطب الشعبي (TM/CAM) وجعله متكاملًا (مدمجًا)
٢٩	مع الأنظمة الصحية الوطنية
٣١	٢-٣ التأكيد على الطب الشعبي المناسب والسليم والفعال

٣٢	..... زيادة إتاحة المعلومات عن الطب الشعبي	٣-٣
٣٥	..... الموارد الوطنية والدولية للطب الشعبي	٤-٤
٣٥	..... وكالات الأمم المتحدة	٤-١
٣٧	..... المنظمات الدولية	٤-٢
٣٨	..... المنظمات غير الحكومية	٤-٣
٣٩	..... الروابط المهنية العامة	٤-٤
٤٠	..... الروابط المهنية الدولية والوطنية	٤-٥
٤١	..... المبادرات النوعية	٤-٦
٥٠	..... استراتيجية وخطة العمل بين عامي ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥	٥-٠
	..... ١-٥ السياسة: جعل الطب الشعبي متكاملًا (مدمجًا)	
	..... مع مجموعات العناية الصحية الوطنية بشكل مناسب،	
٤٤	..... وذلك بتطوير سياسات وبرامج تطبيق الطب الشعبي	
	..... ٢-٥ المأمونية (السلامة)، النجاعة، الجودة: يمكن تحقيق هذه الأمور	
	..... (السلامة والنجاعة والجودة) بالنشر الواسع لقواعد	
	..... الطب الشعبي TM/CAM، والتزويد بالإرشادات حول أسس	
٤٦	..... ضمان الجودة والتنظيم	
	..... ٣-٥ الإناحة والتيسير: يجب زيادة التوافر والتيسير بالكلفة في الطب الشعبي،	
٤٧	..... ويجب التأكيد على ضرورة التوافر للسكان الأكثر فقراً	
	..... ٤-٥ الاستعمال المرشد: بالحث الواسع لاستعمال الطب الشعبي	
	..... المناسب والصحيح، سواء من قبل مقدمي هذا العلاج	
٤٨	..... أو من قبل الزبائن المطبق عليهم	
٤٩	..... الملحق ١: المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية	
	..... الملحق ٢: منشورات ومستندات انتقائية لمنظمة الصحة العالمية	
٥١	..... حول الطب الشعبي	
٥١	..... السياسة الوطنية والمراقبة	
٥١	..... الجودة والمأمونية والنجاعة	
٥٢	..... الاستعمال المرشد	
٥٣	..... المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية	
٥٥	..... المراجع	

كلمة شكر وتقدير

الفاعلة والنقد البناء التي وردت من أعضاء الأسرة الطبية العالمية الواسعة وتضم:

من الدول الأعضاء: أرمينيا (E. جبريليان)،
أستراليا (G. موريسون)، بلجيكا
(J. لارويل)، كندا (Y. بيرجيفين، و P. شان
(الصين M. شان، و T. لونغ، و L. بيلونغ)
الدانيمارك (P. ركهولد)، ألمانيا (K. كيللر)،
غانا (E. منساح)، الهند
(S. شاندر)، أندونيسيا (K. ريشازا) إيطاليا
(P. بروكاشي) إيران (M. شيراغالي) اليابان
(A. يوكوماكو) هولندا (M. تنهام) نيجيريا
(T. فاكيا) النرويج (O. كريستيانسن
و E. سالفيسين) باكستان (F. شودهاري)
جمهورية كوريا (H.W. هان) السويد
(A. نوردستروم) تايلاند (M.N. سونغخلا)
المملكة المتحدة (J. لامبيرت) الولايات المتحدة
(B. كلاي و L. فوجيل) فيتنام (L. فان تروين)
زيمبابوي (L. ماتونديو).

من وكالات الأمم المتحدة والوكالات الرديفة
المتعددة: الاتحاد الأوروبي (L. فرانسن)
(UNAIDS J. بيريانز) (UNDP M. بالي)
(UNESCO M.F. روديل) (WIPO S. بهاتي)
البنك الدولي (R. غوفينداراج)

من المنظمات والمنشآت اللاحكومية: مؤسسة
فورد (V. دافيز فلويد) المنظمة الإسلامية للعلوم
الطبية (A. عوضي) مؤسسة جون د. وكاترين
ت. ماك آرثر (D. مارتن) مؤسسة روكفلر
(A. سو) (WSMI H. كرانز و J. رينشتاين)
مؤسسة ليكا شنغ (K. لو).

لقد تطورت هذه الاستراتيجية ونمت
بوساطة المراكز الرئيسة للمنظمة وفريق المكتب
الإقليمي الذين يعملون في سياسات المداواة
والأدوية الأساسية، وبالمشاوره مع آخرين من
فريق البرامج في المنظمة WHO، وشركاء
أساسيين في التطوير. ثم خُتِمت بالتشاور مع
ممثلين عن الدول الأعضاء في المنظمة،
ومجموعة واسعة من الأمم المتحدة والمنظمات
اللاحكومية والدولية الأخرى، والمراكز
التعاونية مع المنظمة (WHO) في مجال الطب
الشعبي، ولجان الخبراء في هذه المنظمة.

إنها استراتيجية تغطي الدولة والإقليم وما بين
الأقاليم والأعمال العالمية، والتي بُنيت على
المنقاشات التي تمت أثناء مشاوره المنظمة WHO
حول منهجيات الأبحاث والتقييم فيما يتعلق
بالطب الشعبي. (وذلك بين ١١ - ١٤ أبريل/
نيسان ٢٠٠٠) وقد عولجت بوساطة خبراء في
الطب الشعبي، وكذلك من المقر الرئيسي
للمنظمة، وفريق المكتب الإقليمي الذي يعمل
في الطب الشعبي.

لقد أعقب اللقاء المذكور سلسلة من المؤتمرات
جمعت مراكز المنظمة الرئيسة والمكاتب
الإقليمية. وكذلك مؤتمرات ضمت الدول
الأعضاء وشركاء من الأمم المتحدة، وذلك
لمراجعة مسودة استراتيجية المنظمة WHO في
الطب الشعبي ٢٠٠٢-٢٠٠٥.

إنَّ منظمة الصحة العالمية WHO وبكل امتنان
تتقدم بالشكر والتقدير لمن ساهم بالمشاركة

من مراكز منظمة الصحة العالمية الرئيسية (برامج أخرى): آدامز، (EIP/OSD) علوان (NMH/MNC)،
A. أسامووا باه، R. (EGB) بنغوا (NMH/)
J. (CCH) كاي، J. (WKC) فرينك، D. (EIP)،
هيمنان، Y. (CDS) كاواغوشي، B. (WKC)،
كيان، A. (EGB/ECP) كيرن، M.T. (GMG)
مبيزفو، A. (FCH/RHR)،
(FCH/WMH)، ز نابارو (DGO)،
B. ساراسينو (NMH/MSD)، Y. سوزوكي
D. (HTP) تارانتولا (Senior Policy Adviser)، T. (FCH)،
E.M. ولستام (SDE/HSD)،
D. ياش (NMH).

وقد قام بوضع مسودة الاستراتيجية
T. فالكينبيرغ و J. سواير و X. زانغ.

وقام بمراجعتها وتحريرها: J. غراهام
و J.D. كويك و J. سواير و P. ثورب،
D. ويتني و X. زانغ.

وقام بدعم السكرتارية: V.A. لي و Y.
ماروياما.

من المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية
WHO بخصوص الطب الشعبي: المركز الدولي
للطب البديل والتكميلي، بيثسدا
(N. هازليتون)، جامعة إلينوي في شيكاغو –
شيكاغو (N. فرانس ورث).

من رعييل ولجان الخبراء في منظمة الصحة
العالمية: F. تاكاكو، و D. جاميسون

من المكاتب الإقليمية للمنظمة الصحة العالمية:
مكتب (الإقليم الإفريقي كاسيلو، وسامبا)،
مكتب (الإقليم الأمريكي ألين، بوراس،
دالسيو، لاند، لوبيز-أكونا، سيلفا)، مكتب
(إقليم الشرق المتوسط الدكتور حسين عبد
الرزاق الجزائري، بيتر غراف، عبد العزيز
صالح)، مكتب (الإقليم الإفريقي دانزون، دي
جونشير)، مكتب (جنوب شرق آسيا أيبكون،
ورافي، شين) مكتب (غرب المحيط الهادىء
شين، أومي).

من مراكز منظمة الصحة العالمية الرئيسية (أقسام
السياسة الدوائية والأدوية الأساسية):
بغداد، كريس، غراهام، هوجرزيل،
ماروياما، كويك، راجو، ساواير،
فيلاسكويز، ويتني، زانغ.

الترخيصات، والمختصرات، وأقاليم منظمة الصحة العالمية

الدلالة والبيان	الترخيمة أو المختصر
المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أفريقيا – انظر في الأسفل عند تغطية الدول الأعضاء	AFRO
متلازمة عوز المناعة المكتسب	AIDS
الطب الإخلافي، وأصلها الأجنبي allopathic medicine	AM
مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي للأمريكيتين/ منظمة الصحة الأمريكية – انظر في الأسفل عند تغطية الدول الأعضاء في المنظمة	AMRO/ PAHO
الطب البديل والتكميلي	CAM
دائرة الأمراض السارية	CDS
مكتب الإدارة العامة	DGO
دائرة الهيئات الرئاسية والعلاقات العامة	EGB
دائرة الهيئات الرئاسية والعلاقات العامة/ قسم التعاون والشراكة الخارجية	EGB/ECP
المعلومات ودائرة البيانات اللازمة للسياسة الصحية	EIP
المعلومات ودائرة البيانات اللازمة للسياسة الصحية/ قسم تنظيم إيتاء الخدمات الصحية	EIP/OSD
الوكالة الأوروبية لتقييم المنتجات الطبية الدوائية	EMEA
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط – انظر في الأسفل عند تغطية الدول الأعضاء في المنظمة	EMRO
المكتب الإقليمي لأوروبا – انظر في الأسفل عند تغطية الدول الأعضاء في المنظمة	EURO
منظمة الأغذية والزراعة في الأمم المتحدة	FAO
دائرة صحة الأسرة والمجتمع	FCH
دائرة صحة الأسرة والمجتمع/ قسم البحوث والصحة الإنجابية	FCH/RHR
دائرة صحة الأسرة والمجتمع/ قسم صحة المرأة	FCH/WMH
دائرة الإدارة العامة	GMG
فيروس العوز المناعي المكتسب/ متلازمة العوز المناعي المكتسب	HIV/AIDS
دائرة التكنولوجيا والمستحضرات الصحية	HTP
المركز القومي للطب البديل والتكميلي (في الولايات المتحدة الأمريكية)	NCCAM
منظمة لاحكومية	NGO
دائرة الصحة النفسية والأمراض غير السارية	NMH
دائرة الصحة النفسية والأمراض غير السارية/ قسم الرعاية الصحية	NMH/CCH
دائرة الصحة النفسية والأمراض غير السارية/ قسم تدبير الأمراض غير السارية	NMH/MNC
دائرة الصحة النفسية والأمراض غير السارية/ قسم الصحة النفسية والاعتماد على المواد (الدوائية والمخدرات)	NMH/MSD
قسم البحوث والصحة التناسلية/ الدعم التقني للدول والبلدان (قسم من دائرة صحة الأسرة والمجتمع)	RHR/TSC
دائرة الصحة البيئية والتطور المستديم/ قسم الصحة في التطور المستديم.	SDE/HSD
المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا – انظر في الأسفل عند تغطية الدول الأعضاء في المنظمة	SEARO

الطب الصيني الشعبي	TCM
الأمم المتحدة	UN
برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس عوز المناعة المكتسب/متلازمة العوز المناعي المكتسب	UNAIDS
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة	UNESCO
منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية	UNIDO
مركز WHO للتطوير الصحي (كوب، اليابان)	WKC
منظمة الصحة العالمية	WHO
المنظمة العالمية للملكية الفكرية	WIPO
المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ (الباسيفيك) – انظر في الأسفل عند تغطية الدول الأعضاء في المنظمة	WPRO
الصناعة الدوائية الذاتية العالمية	WSMI

الدول الأعضاء في الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية: الجزائر، أنغولا، بنين، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، كامرون، الرأس الأخضر، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، كوموروس، كونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، غينيا الاستوائية، إريتريا، إثيوبيا، الغابون، وغامبيا، غانا، غينيا بيساو، كينيا، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موريتوس، موزمبيق، نامبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، ساو توم والبرنسيب، سينيغال، سيشل، سيراليون، جنوب أفريقيا، سوازيلاند، توغو، أوغندا، جمهورية تانزانيا الاتحادية، زامبيا، زيمبابوي.

دول الأعضاء في الإقليم الأمريكي لمنظمة الصحة العالمية: أنتيغوا وبربودا، الأرجنتين، الباهاماز، الباربادوز، بيليز، بوليفيا، البرازيل، كندا، شيلي، كولومبيا، كوستاريكا، كوبا، دومينيكا، جمهورية الدومينيكان، إيكوادور، السلفادور، غرينادا، غواتيمالا، غوايانا، هايتي، هندوراس، جامايكا، المكسيك، نيكاراغوا، بنما، باراغواي، البيرو، بورتوريكو، سانت كيتس ونيفيز، سانت لوشيا، سانت فينسنت غرينادينز، سورينام، ترينيداد وتوباغو، الولايات المتحدة الأمريكية، الأوروغواي، فنزويلا.

الدول الأعضاء في إقليم شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية: أفغانستان، البحرين، قبرص، جيبوتي، مصر، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، الجماهيرية العربية الليبية، المغرب العربي (مراكش)، عمان، باكستان، قطر، المملكة العربية السعودية، الصومال، السودان، الجمهورية العربية السورية، تونس، الإمارات العربية المتحدة، اليمن.

الدول الأعضاء في الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية: ألبانيا، أندورا، أرمينيا، أستراليا، أذربيجان، بيلاروس، بلجيكا، البوسنة والهرسك، بلغاريا، كرواتيا، جمهورية الشيك، الدانيمارك، إستونيا، فنلندا، فرنسا، جيورجيا، ألمانيا، اليونان، هنغاريا، إيسلندا، إيرلندا، إسرائيل، إيطاليا، كازاخستان، قرقيزستان، لاتفيا، ليتوانيا، لوكسمبورغ، مالطا، موناكو، هولندا، النرويج، بولندا، البرتغال، جمهورية مولدوفا، رومانيا، روسيا الاتحادية، سان مارينو، سلوفاكيا، سلوفينيا، إسبانيا، السويد، سويسرا، طاجيكستان، مقدونيا من جمهورية يوغسلافيا السابقة، تركيا، تركمانستان، أوكرانيا، المملكة المتحدة، أوزباكستان، يوغسلافيا.

الدول الأعضاء في إقليم جنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية: بنغلادش، بهوتان، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، الهند، أندونيسيا، جزر المالديف، مايانمار، نيبال، سيريلانكا، تايلاند.

الدول الأعضاء في إقليم غرب المحيط الهادئ لمنظمة الصحة العالمية: أستراليا، بروناي دار السلام، كمبوديا، الصين، جزر كوك، فيجي، اليابان، كيريباتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ماليزيا، جزر مارشال، ميكرونيزيا، منغوليا، نورو، نيوزيلندا، نياو، بالاو، بابواغينا الجديدة، الفيليبين، جمهورية كوريا، ساموا، سنغافورا، جزر سليمان، توكيلاو، تونغتا، توفالو، فانوتو، فيتنام.

نقاط أساسية في استراتيجية منظمة الصحة العالمية (WHO) للطب الشعبي

الطب الشعبي هذا بعض المعالجات الدوائية كاستخدام الأعشاب الطبية^(١) وأجزاء الحيوانات مع المعادن أو بدونها. كما يمكن أن يتم بدون معالجات دوائية إذا طبق بدون أي صنف دوائي وبشكل بدائي أوّلي كالمعالجة بوخز الإبر، أو المداولات اليدوية (كالتدليك)، والمعالجة الروحية.

وأما في البلدان التي يكون فيها نظام الرعاية الصحية المسيطر يعتمد على الطب الإخلافي، أو عندما لا يعتمد نظامها في الرعاية الصحية الوطنية

على تضمين الطب الشعبي، فيستعمل عندئذ مصطلح الطب البديل أو التكميلي (CAM) أو الطب اللاعتيادي^(٢) بدل الطب الشعبي TM.

سعة الانتشار والاستعمال المتزايد:

إنّ الطب الشعبي التقليدي TM واسع الانتشار ويزداد بسرعة كنظام صحي وذو أهمية اقتصادية. ففي أفريقيا يستعمل السكان الطب الشعبي بنسبة ٨٠٪ منهم لتحقيق الرعاية الصحية التي يحتاجونها. وأما في آسيا وأمريكا اللاتينية فقد استمر استعمال الطب الشعبي نتيجة ظروف تاريخية وعقائد ثقافية معينة.

لقد اجتذب الطب الشعبي التكميلي والبديل طيفاً كاملاً من التفاعلات والاستجابات، فمن المتحمسين بلا حدود، إلى المشككين المغرقين في الإبهام. وحتى الوقت الحاضر بقي الطب الشعبي التقليدي (TM) في الدول النامية واسع الانتشار، بينما أصبح الطب التكميلي والبديل CAM في زيادة مستمرة في الدول المتطورة.

وفي كثير من أجزاء العالم لا يزال صراع التساؤلات بين صانعي القرار السياسي وأصحاب المهن الصحية وعموم الناس حول مدى مأمونية ونجاعة وجودة وتوافر وتطوير مثل هذا النوع من الرعاية الصحية.

ومن هنا، وفي هذا الوقت بالذات أدركت منظمة WHO أنّ عليها أن تحدد دورها في إمكانية تطوير استراتيجية لتحديد المواضيع المتعلقة بسياسة ونجاعة وجودة وتوافر الطب الشعبي التقليدي والطب البديل والتكميلي (TM/CAM)

ما الطب الشعبي؟

الطب الشعبي مصطلح شمولي يُستعمل للدلالة على أمرين: أنظمة الطب الشعبي TM systems : كالطب الشعبي الصيني، والطب الشعبي الهندوسي، والطب العربي اليوناني، وكذلك يستعمل ليشير إلى أشكال مختلفة من الطب الشعبي الواطن (المحلي). ويمكن أن يستعمل في

^(١) تشمل المعالجات الطبية العشبية: الأعشاب الطبية، ومواد عشبية، ومستحضرات عشبية، ومنتجات عشبية تكميلية وهي التي تحتوي على مكونات عشبية فعالة أو مواد نباتية أخرى أو خليطاً من ذلك كله.

^(٢) ولذلك يستعمل في هذا المستند مصطلح «الطب الشعبي (التقليدي)» TM ليعبر عن استخدامه في أفريقيا وأمريكا اللاتينية، مع / أو شمال وغرب المحيط الهادئ (الباسيفيكي)، بينما يستخدم مصطلح الطب البديل أو التكميلي عندما يشار به في الاستعمال في أوروبا مع/ أو شمال أمريكا (أو أستراليا)، وعندما يراد التعميم ليشمل جميع هذه الأقاليم تستعمل العبارة الشمولية TM/CAM.

ولا يتوزعون بشكل متساو حيث يكون تركيزهم في المدن والمناطق الحضرية، ولهذا لا يستطيع القرويون بلوغ (تحصيل) هذا النوع من الطب، أي لا يكون متوافراً لهم. وقد يكون الطب الشعبي هو المصدر الوحيد للرعاية الصحية خاصة في المناطق العالمية الأكثر فقراً. وفي غانا وكينيا ومالي أظهرت البحوث أن تطبيق دورة course من مضادات الملاريا، البيريميثامين/سلفادوكسين، يكلف دولارات عديدة، وأما حالياً فينفق على كل فرد خارج المخصصات على المصروف الصحي في غانا وكينيا حوالي ٦ دولارات فقط سنوياً. وبالمقابل تكون تكلفة معالجة الملاريا بالأعشاب أرخص بشكل ذو أهمية، ويكون الدفع أكثر يسراً أو بحسب حالة المريض المالية. وإن الطب الشعبي التقليدي في كثير من البلدان النامية أكثر شعبية لأنه يكمن داخل مجموعة واسعة من المؤمنين به وذوي المعتقدات..

الأسلوب البديل في الرعاية الصحية لدى الدول المتطورة:

في كثير من الدول المتقدمة أصبحت شعبية استخدام الطب البديل متزايدة بسبب التأثيرات الضائرة للأدوية الكيميائية، والتساؤل حول أساليب الاستهلاك في الطب الإخلافي، وتزايد توافر المعلومات الصحية شعبياً.

وفي الوقت ذاته، ومع زيادة طول مدة الحياة المتوقعة زاد اختطار نشوء وتطور الأمراض المزمنة والمسببة للعجز والإنهاك كأمراض القلب والسرطان والسكري والأمراض النفسية. ولذلك بدا لكثير من المرضى بأن الطب البديل يوفر وسائل أطف من الطب الإخلافي لتدبير مثل هذه الأمراض.

الحماس اللاحدود حيال الشك المغرق في الابهام:

يعاني كثير من مُقدّمي الطب الشعبي (TM/CAM) من قضية استمرار أو زيادة التعرف على مجالهم ودعمه، وفي الوقت ذاته فإن هناك الكثير من

وفي الصين يطبق الطب الشعبي بنسبة ٤٠٪ من مجمل إتياء الرعاية الصحية.

ومن جهة أخرى أصبح الطب البديل (التكميلي) CAM في الدول المتقدمة أكثر شعبية بشكل متزايد.

إن نسبة السكان الذين يستخدمون الطب البديل CAM مرة واحدة على الأقل قد بلغت ٤٨٪ في أستراليا، و٧٠٪ في كندا، و٤٢٪ في الولايات المتحدة الأمريكية، و٣٨٪ في بلجيكا، و٧٥٪ في فرنسا.

وفي كثير من أجزاء العالم أصبحت الصريفات على الطب الشعبي TM/CAM ليست فقط مهمة بل وفي تزايد سريع، ففي ماليزيا يقدر صرف ٥٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً على هذا النوع من الرعاية الصحية بالمقارنة مع صرف ٣٠٠ مليون دولار أمريكي على الطب الإخلافي.

وفي الولايات المتحدة تم صرف فوق المخصصات عام ١٩٩٧ على الطب الشعبي CAM بما يقدر ٢٧٠٠ مليون دولار. وفي أستراليا وكندا والمملكة المتحدة بلغت الصريفات السنوية على الطب البديل CAM ٨٠ مليون دولار أمريكي و٢٤٠٠ مليون دولار أمريكي، و٢٣٠٠ مليون دولار أمريكي على التوالي.

لماذا يتم مثل هذا الانتشار الواسع؟

إنه متيسر (متوافر) وميسور التكلفة في البلاد النامية

يعزى الاستعمال الواسع في البلاد النامية للطب الشعبي إلى توافره وميسورية تكلفته، ففي أوغندا

– كمثل – تبلغ نسبة ممارسي الطب الشعبي^(٣) بالنسبة للسكان ١/٢٠٠ – ١/٤٠٠، ويظهر ذلك بجلاء أهمية التوافر عند مقارنته بنسبة ممارسي

الطب الإخلافي حيث تبلغ ١/٢٠٠٠٠ أو أقل،



^(٣) يفهم من ممارسي الطب الشعبي أنهم الذين يمارسون الطب بالطرق الشعبية العامة، ومجبري العظام، والمتخصصين بالأعشاب.. إلخ، وأما مقدمو الطب الشعبي فيدخل فيهم الأطباء الممارسون للطب الإخلافي مع ممارسي الطب الشعبي، كالأطباء وأطباء الأسنان والمرضات الذين يقدمون المعالجات الشعبية لمرضاهم. فكثير من الأطباء يمكنهم تطبيق وخز الإبر لمرضاهم.

السياسة: قواعد العمل السليم في الطب الشعبي:

نسبياً: هناك أقطار قليلة قد طورت سياستها فيما يتعلق بالطب الشعبي والتكميلي TM/CAM، فقد بلغ عددها فقط ٢٥ دولة من أصل ١٩١ دولة عضو في المنظمة. ولقد حققت في الوقت الحاضر هذه السياسة قواعد سليمة في تحديد دور الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM في إتياء الرعاية الصحية الدولية. مؤكدة على ضرورة وضع آليات ضابطة ومنظمة ومشجعة للمحافظة على ممارسة جيدة في هذا المجال، وبحيث يكون بلوغه عادلاً والمعالجة به موثوقة وناجعة وسليمة وذلك بشكل مؤكد. ويمكن المساعدة على التأكد من الاستعدادات المالية الكافية لتقديم الأبحاث والتعليم والتدريب، وفي الحقيقة أصبح كثير من الدول المتطورة يرى بأن مواضيع الطب البديل CAM تتعلق بالسلامة والجودة وضرورة ترخيص مقدميه، وأساسيات من التدريب، وتحديد أولويات البحوث، ويمكن التوقف عند هذه النقاط من خلال شبكة سياسية دولية، ولقد أصبحت الحاجة إلى سياسة دولية أكثر إلحاحاً خاصة في الدول النامية التي لا يكون فيها الطب الشعبي مدمجاً مع نظام الرعاية الصحية الوطنية، مع أن الكثير من سكانها يعتمدون على الرعاية الصحية بالطب الشعبي.

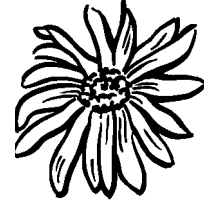
إنَّ ازدياد عدد السياسات الوطنية قد يكون له منافع إضافية في تسهيلات العمل بالمواضيع العامة كتطوير وتنفيذ الأبحاث الأساسية والطبيعية المقبولة والمتعلقة بسلامة ونجاعة الطب الشعبي، والاستعمال المستديم للنباتات الطبية، والحماية، والاستعمال الصحيح المطلوب للمعرفة بالطب الشعبي أو المواطن (المحلي).

المأمونية (السلامة)، النجاعة، الجودة:
ضرورية في توسيع الرعاية الطبية الشعبية
TM/CAM:

إنَّ ممارسات الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM قد نشأت ضمن أوساط مختلفة في مناطق مختلفة. ولذلك لا يوجد تطور متوازٍ

ممارسي الطب الإخلافي، بمن فيهم أولئك الذين يمارسون في دول ذات باع كبير في تطبيق الطب الشعبي، يبدون تحفظات قوية بل ويَشْكُون أو يعبرون بشكل صريح بعدم جدوى الطب الشعبي أو البديل. ويتصارع المنظّمون مع التساؤلات حول سلامة ونجاعة المعالجات العشبية الشعبية، بينما يذهب كثير من المجموعات الصناعية والمستهلكون إلى مقاومة أي تطوير لخطط سياسية ترمي إلى دعم نشر معالجات الطب الشعبي والتكميلي (TM/CAM). إلا أن التقارير التي أشارت إلى تقوية المناعة بوساطة الطب الشعبي بين المصابين بفيروس HIV كانت قوية وواضحة. ويقلق آخرون ممن يعيشون مع مرضى الإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS بأن مثل هذه المعالجات قد تؤخر معالجة مرضاهم بالأدوية الثابتة النفع لهم. ورغم ازدياد استعمال أدوية الطب الشعبي وممارستها، إلا أن هناك ازدياداً لطلب إثبات سلامتها وفعاليتها وجودتها.

وبشكل مثير، هناك الكثير من المطبوعات العلمية حول منهجيات استعمال الطب الشعبي TM/CAM مقارنة بتلك التي تدعم الإجراءات الجراحية الحديثة. فهناك تقارير شخصية وعن سلسلة من المرضى ولكن بدون حالات شاهدة أو مجموعات مقارنة. ورغم ذلك فإنَّ الدلائل العلمية المأخوذة من تجارب سريرية عشوائية فيما يتعلق بكثير من استعمالات وخز الإبر، وبعض الأدوية العشبية، وبعض المعالجات النفسية



تعتبر قوية. وبشكل عام، لم يترافق ازدياد استعمال الطب الشرعي والتكميلي TM/CAM بازدياد كمية وجودة وتوافر الدلائل السريرية على نجاعته بما يكفي للمطالبة بدعم الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM.

تحديات تطوير قدرة الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM:

لتضخيم وتكبير كامن (قدرة) الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM كمصدر للرعاية الصحية، هناك عدد من المواضيع يجب التوقف عندها، وتتعلق بالسياسة والمأمونية (السلامة) والنجاعة والجودة والتوافر والاستعمال المرشد.

العشبية مثلاً تجنى (تحصد) أكثر مما يجب من مناطق جمهرة الأعشاب البرية .

ويتعلق التحدي البارز الآخر بخصائص الملكية الفكرية والقوانين النافذة، وإنَّ المنافع الاقتصادية من تطبيقات المعارف الطبية الشعبية بالمعايير الواسعة يمكن أن تكون حقيقية جوهرية. وتبقى التساؤلات حول الطريق الأفضل للمشاركة بين المبدعين ومالكي معارف الطب الشعبي غير محلولة حتى الآن.

الاستعمال المُرشَّد: التأكيد على الملاءمة والفعالية بحسب الكلفة:

هناك أشكال عديدة للاستعمال المُرشَّد للطب الشعبي والتكميلي TM/CAM ويضم ذلك:

تأهيل وترخيص مقدمي خدمات الطب الشعبي، والاستعمال المناسب السليم للمنتجات ذات الجودة العالية، والعلاقات الجيدة بين مقدمي خدمات الطب الشعبي TM/CAM والممارسين الإخلافيين والمرضى. والاستعداد المسبق بالمعلومات العلمية والإرشادات الجماهيرية.

إنَّ تحديات التعليم والتدريب تندرج أخيراً في مجالين:

الأول: التأكيد من أنَّ تعليم وتدريب مقدمي الخدمات الطبية الشعبية TM/CAM كافٍ.

الثاني: استعمال التدريب للتأكد من أنَّ مقدمي الطب الشعبي وممارسي الطب الإخلافي يدركون ويقدرّون جيداً التكاملية بين أنماط الرعاية الصحية التي يقدمون خدماتها.

إنَّ الاستخدام المناسب للمنتجات ذات الجودة العالية المضمونة من شأنه أن ينقص الاختطار المرافق لمستحضرات الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM كالأدوية العشبية.

على أية حال، فإنَّ تنظيم وتسجيل الأدوية العشبية لم يتطور حتى الآن في معظم البلدان، وكذلك جودة المنتجات العشبية المباعة غير مسجلة بالترخيص. ونحتاج إلى مزيد من العمل للتحذير عند استعمال الطب الشعبي

من الطرق والأساسيات – سواء وطنياً أو دولياً – لتقييم هذه الممارسات. كما يشكل تقييم منتجات الطب الشعبي مشكلة أخرى، خاصة فيما يتعلق بالأعشاب الطبية، حيث يمكن أن تتأثر فعاليتها ونوعيتها بعوامل عديدة، ولذلك فليس من المستغرب أن تكون الأبحاث في مجال الطب الشعبي غير كافية، وتكون معطياتها قليلة وتطوير منهجياتها غير كاف. وهذا ما أدى بدوره إلى تباطؤ تطوير تنظيمات وتشريعات هذا الطب. وإنَّ أنظمة الترصد الوطنية لمراقبة وتقييم الحوادث الضائرة هي أيضاً نادرة.

ولذلك، ومع أنَّ الكثير من معالجات الطب الشعبي لها كوامن (قدرات) واعدة، ويزداد استعمالها إلا أنها لم تخضع للاختبار ولم يراقب استعمالها. وكتيجة لذلك فإنَّ معرفة تأثيراتها الجانبية تبقى محدودة. وهذا بدوره جعل تعريف المعالجات الأكثر سلامة وفعالية والحث على استعمالها المنطقي أكثر صعوبة.

إذا كان لا بد من الحث على اعتبار الطب الشعبي مصدراً للرعاية الصحية، فيجب أن يكون أمراً حاسماً مركزاً في الحث على الاستعمال المُرشَّد وتحديد المعالجات الأكثر فعالية وسلامة.

الإتاحة: جعلُ الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM متوفراً وميسور الكلفة:

مع أنَّ سكان البلدان النامية يعتمدون بقوة – حسب البلاغات المدونة عنهم – على الطب الشعبي TM لتلبية احتياجاتهم من الرعاية الصحية، إلا أنَّ المعطيات حول ذلك قليلة جداً. وقد جمعت البحوث الكمية التي تؤكد على الدعم الموجود (مالياً وجغرافياً) والأبحاث النوعية لتوضيح محددات الإتاحة. ويجب أن يكون التركيز على الأمراض التي تمثل عبئاً كبيراً على فقراء الناس. وإذا كانت هذه الإتاحة في زيادة حقيقة فإنَّ منابع المصادر الطبيعية التي تعتمد عليها بعض المعالجات والمنتجات يجب حمايتها. فالمواد الخام في بعض المعالجات

ونجاعة الطب الشعبي والتكميلي TM/ CAM، خاصة بالرجوع إلى الأمراض مثل الملاريا والإيدز، العدوى بفيروسه HIV/AIDS.

◀ النصح بالاستعمال المرشّد بالحث على الاستعمال المرتكز على القواعد الواضحة في ممارسة الطب الشعبي والتكميلي TM/ CAM.

◀ إدارة المعلومات حول الطب الشعبي بالعمل بمثابة مركز تبادل المنشورات لتسهيل تبادل المعلومات حول الطب الشعبي.

إنّ التحديات الموصوفة سابقاً تتطلب زيادة واتساع فعاليات منظمة الصحة العالمية WHO في هذا المجال.

شبكة من أجل العمل؛

إنّ استراتيجية الطب الشعبي لمنظمة الصحة العالمية ٢٠٠٢ – ٢٠٠٥ تراجع حالة الطب



الشعبي والتكميلي TM/CAM عالمياً، وتضع الخطوط التمهيدية لدور وفعاليات المنظمة WHO الخاصة، والأهم أنها تقدم

شبكة من العمل للمنظمة وشركائها بهدف إتاحة المجال للطب الشعبي ليلعب دوراً أكبر في إنقاص نسبة الوفيات والمراضة، خاصة بين فقراء الناس. وتتضمن الاستراتيجية أربعة بنود (مواضيع) أساسية:

١- السياسة: جعل الطب الشعبي متكاملًا ومدمجًا مع أنظمة الرعاية الصحية الوطنية بشكل مناسب، وذلك بتطوير وتنفيذ برامج وسياسات الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM الوطنية.

٢- السلامة والنجاعة والجودة: وذلك بتوسيع نشر القواعد المعرفية حول الطب الشعبي، وتقديم الإرشاد حول أساسيات التنظيم وضمان الجودة.

متى يكون مناسباً بين الفعالية والكلفة، ومتى لا ينصح به، ولماذا يجب أخذ الحذر عند تطبيق منتجات الطب الشعبي.

الدور الحالي لمنظمة الصحة العالمية؛

إنّ مهمة ورسالة منظمة الصحة العالمية ودورها في الأدوية الأساسية والسياسة الدوائية هي أن تحافظ على الحياة



وتحسن الحالة الصحية بإنقاص الثغرة بين كامن (قدرة) الأدوية الأساسية التي يجب أن توفرها للناس، وحقيقة

وجود ملايين الناس من الفقراء وغير المستفيدين منها، فالأدوية غير متوفرة ولا ميسورة الكلفة ولا مأمونة بالنسبة لهم، أو أنها لا تستخدم بشكل مناسب. ويمكن القيام بذلك عبر تنفيذ مجموعة من الوظائف الجوهرية: كسياسة التلاؤم

والمطابقة، وأوضاع التبشير الصحي، والعمل التشاركي الجماعي، وإنتاج الدلائل الإرشادية والأدوات العملية، وتطوير الأمثولات norms والمعايير، وتشجيع الأبحاث الاستراتيجية والعملية، وتطوير الموارد البشرية، ومعلومات التدابير الصحية.

وبتعايير الطب الشعبي ومنظمة الصحة العالمية يمكن الشروع بتنفيذ هذه الوظائف بوساطة:

◀ تسهيل الطب الشعبي في أنظمة الرعاية الصحية الوطنية. بمساعدة الدول الأعضاء على تطوير سياساتها الوطنية فيما يتعلق بالطب الشعبي والتكميلي TM/CAM.

◀ وضع الخطوط العريضة للطب الشعبي بإنتاج دلائل إرشادية بتطوير وإنشاء المعايير، ومنهجيات الأسس الفنية لبحوث معالجات الطب الشعبي ومنتجاته، وحول الاستعمال أثناء تصنيع منتجات الطب الشعبي.

◀ التشجيع على قيام بحوث استراتيجيات الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM، بدعم مشاريع البحوث السريرية حول سلامة

٣- الإتاحة: وذلك بزيادة توافر الطب الشعبي وجعله ميسور التكلفة، وبشكل مناسب، مع التأكيد على توفيره لفقراء الناس.

٤- الاستعمال المرشّد: بالحث على الاستعمال الحكيم والمناسب علاجياً سواء من قبل المقدمين للطب الشعبي أو المستهلكين.

إنّ تنفيذ الاستراتيجية يجب أن يركز أساساً على الأمرين الأولين، فبلوغ السلامة والنجاعة والجودة سيكون أساساً لتوفير الإتاحة والاستعمال المرشّد.

تنفيذ الاستراتيجية:

إنّ زيادة قدرة الطب الشعبي تؤدي إلى تحسين الحالة الصحية في شتى أنحاء العالم وتتطلب

أنماطاً كثيرة من الخبرات، ولحسن الحظ فإنّ منظمة الصحة WHO قد أسست شبكة عالمية للطب الشعبي والتكميلي TM/CAM، وتضم أعضاء من السلطات الصحية الوطنية، وخبرات من المراكز المتعاونة مع المنظمة ومعاهد الأبحاث. وبالإضافة إلى ذلك تنضم وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية التي تهتم بمواضيع الطب الشعبي. وأولئك الذين يقدمون المساعدة ممن تتصل بهم المنظمة. وهناك الكثير من المنظمات قد ساهمت في تطوير استراتيجية المنظمة في الطب الشعبي ٢٠٠٢-٢٠٠٥، بل وقد وافق الكثير منها على الشراكة في تنفيذها.

إن استخدام المؤشرات الحرجة critical indicators سيسهل مراقبة التطور القطري تحت أي بند من بنود الاستراتيجية.



الفصل

مراجعة (نظرة) عامة

كليهما)، أو معالجات لادوائية إذا طُبِّقت بشكل أولي بدون استخدام الأدوية كحالات الوخز بالإبر والمعالجات اليدوية (الإيداء)، والكيغونغ qigong، والتاي جي tai ji، والمعالجات الحرارية واليوغا yoga، والمعالجات الأخرى: الفيزيائية والنفسية والروحية، والعقلية الجسدية.

الإطار ١:

ما الطب الشعبي؟

يمكن أن يقنن الطب الشعبي وينظم ويعلم بشكل واسع ومفتوح، ويمارس بشكل واسع ومنهجي، ويفيد بتقديم خبرات آلاف السنوات. وبالمقابل يمكنه أن يكون بمنتهى السرية والخفاء وذا ألغاز، ومحدود محلياً بشكل كبير. وبمعرفة ذات خبرة تمرر شفاهاً. كما يمكنه أن يعتمد على أعراض فيزيائية صريحة أو على مدركات وقوى خارقة للطبيعة.

وهكذا يبدو جلياً على المستوى العالمي بأنه لا يمكن وضع تعريف دقيق للطب الشعبي يتضمن خصائصه ووجهات نظرياته المتداخلة والمتعاكسة، إلا أن تعريفه بشكل عملي يمكن أن يكون مفيداً. وبحسب منظمة الصحة العالمية WHO فإن هذا التعريف يجب أن يكون شاملاً وواسعاً.

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الطب الشعبي بأنه ممارسات طبية متفاوتة تستخدم أساليب ومعارف وعقائد متنوعة كما تشمل استخدام النباتات والحيوانات أو الأدوية ذات القاعدة المعدنية أو جميع ذلك، والمعالجات الروحية والطرق اليدوية والتمارين التي تطبق مفردة أو بالمشاركة بقصد المحافظة على الصحة، وكذلك بقصد تشخيص الأمراض ومعالجتها أو أتقائها.

إن الطب الشعبي TM، والبديل والتكميلي CAM قد أصبحا ملفتَيْن للانتباه أكثر فأكثر ضمن موضوع الاستعداد المسبق للرعاية الصحية وإصلاح القطاع الصحي. ويتعلق الكثير من العوامل بسعة انتشار الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM. ويجب عنونة بعض المواضيع المهمة إذا أريد لها التطور بنجاح.

١-١ ما الطب الشعبي؟ نحو تعريف عملي

هناك مجموعات طبية شعبية TM كثيرة، تضم الطب الشعبي الصيني والهندوسي الهندي والعربي اليوناني. وهناك أوساط طبية شعبية واطنة مختلفة قد نشأت تاريخياً بوساطة الآسيويين والأفريقيين والعرب والأمريكيين الوطنيين، وسكان المحيطات، وفي أوساط وجنوب أمريكا، وأوساط أخرى. قد تأثرت بالتاريخ والحالة الشخصية والفلسفة (العلوم المعرفية)، وقد تختلف ممارساتها بشكل كبير بين بلد وآخر، وبين إقليم وآخر. ولسنا بحاجة للقول بأن نظرياتهم وتطبيقاتهم كثيراً ما تختلف بشكل كبير عن الطب الإخلافي allopathic medicine، (الإطار ١).

بالاعتماد على المعالجات الموجودة يمكن تصنيف المعالجة في الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM كمعالجات دوائية إذا استخدمت الأدوية العشبية^(٤)، والأجزاء الحيوانية أو المعادن (أو

^(٤) تضم الأدوية العشبية: الأعشاب والمواد العشبية والمستحضرات العشبية، ومكوّنات أجزاء المنتجات العشبية التي تتضمن نواتج فعالة للنبات، أو المواد النباتية الأخرى أو مزيج من ذلك كله.

الطب التكميلي والبديل

تستعمل عبارة «التكميلي» و«البديل» (وأحياناً «اللاتقليدي» و«الموازي») لتشير إلى مجال واسع من ممارسات الرعاية الصحية لا تمثل جزءاً من التقاليد الخاصة بالبلد، أو أنها لا تدخل بالتكامل مع جهاز الرعاية الصحية السائد في الدولة.

فالوخز بالإبر معالجة طبية شعبية صينية وقد عرفته كثير من الدول الأوروبية كطب تكميلي أو بديل لأنه لا يشكل جزءاً من الرعاية الصحية التقليدية الخاصة بها.

وبشكل مشابه، ومنذ أن نشأت أنظمة المعالجة المثلية واليدوية (الميادة) في أوروبا في القرن الثامن عشر،

{«لهجة التحدث عن الطب «البديل» كما لو كنا نتحدث عن الأجانب. فيها نوع من المزدراء، لأن كلا العبارتين تشير إلى أصناف متغيرة جداً، تعرف بماذا تكون، وليس أكثر من ذلك.»^(١٤)}

وبعد دخول الطب الإخلافي لم تصنف هذه المجموعات كطب شعبي TM، ولم تشرك مع الأنماط السائدة من الرعاية الصحية، وبدلاً من ذلك حافظو على إطلاق اسم الطب البديل عليها^(٥).

هناك بعض المعالجات الشعبية الشائعة TM/CAM التي وصفت في المجلة الطبية البريطانية ١٩٩٩ في الطب الشعبي CAM، قد أدرجت هنا في الجدول ١، ومن الواضح أن الجدول غير مستوعب، وقد طورت أسس أخرى باستمرار.

الجدول ١

طرق علاجية ومعالجات طبية شعبية تستعمل بشكل شائع:

الطب الصيني	الهندي	اليوناني	المدواة الطبيعية	المدواة العظمية	المعالجة مثلية	الميادة	أخرى
●	●	●	●	■	●		● ^(٦)
●				■			■ ^(٧)
●	●	●	□	●		●	الضغط الإبري ^(٧)
●	●	●	●				
●	كيغونغ ^(١٠)	يوغا	ارتقاء				

- استعمال شائع لمثل هذه المعالجة والطرق العلاجية
- الاستعمال أحياناً لمثل هذه المعالجات والطرق العلاجية
- استعمال اللمس العلاجي

(٥) في هذا المستند عندما تستعمل عبارة الطب الشعبي التقليدي TM فيشار بها إلى أفريقيا وأمريكا اللاتينية وجنوب شرق آسيا، مع أو غرب المحيط الهادي (الباسيفيكي)، بينما تستعمل عبارة «الطب البديل أو التكميلي» CAM عندما يشار إلى أوروبا مع/ أو شمال أمريكا (وأستراليا)، وعندما يراد عموم هذه المناطق فتستخدم العبارة العامة TM/CAM.

(٦) كمثال: الكثير من مجموعات الطب الشعبي الرسمية في أفريقيا وأمريكا اللاتينية تستخدم طب الأعشاب.

(٧) كمثال في تايلاند يستخدم البعض الطب الشعبي المشارك مع وخز الأبر والإرقاء بالإبر.

(٨) معالجة يدوية من أصل ياباني، يطبق فيها الضغط بوساطة الإبهامين والراحتين على نقاط محددة من الجسم.

(٩) نمط من المعالجة اليدوية يستخدم في الطب الشعبي الصيني.

(١٠) من الطب الشعبي الصيني، يتم فيه تشارك للحركة مع التأمل وتنظيم التنفس لدعم جريان الطاقة الحيوية (qi) في الجسم، وتحسين الدوران وزيادة الوظيفة المناعية

الشعبي ولكن تنظيم منتجات هذا الطب ضعيف، والدول المتطورة مثل كندا والمملكة المتحدة اللتان لا توفران تعليم هذا الطب على المستوى الجامعي بقدر مهم ولكنهما بذلتا الجهود للتأكيد على ضرورة توافر الجودة والسلامة فيه. وأخيراً فإنّ الدول التي تعمل وفق النظام الشمولي يمكنها أن تتوقع تحقيق النظام التكاملي. (الجدول ٣).

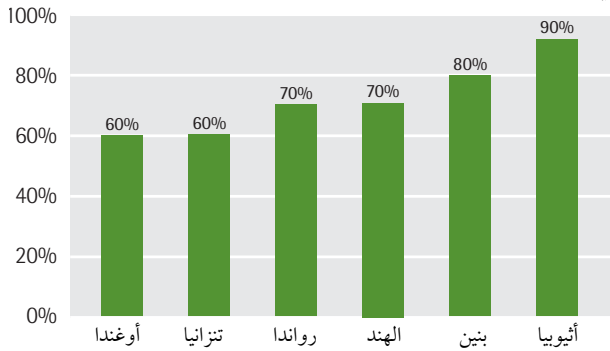
في البلاد التي تعمل بنظام التحمل tolerant system، يتركز نظام الرعاية الصحية فيها بشكل كامل على الطب الإخلافي، ولكن ممارسات الطب الشعبي يمكن تحملها بواسطة القانون.

٢-١ الاستعمال الواسع والاجتذاب:

في كثير من الدول النامية - كما تشير تقريرها الحكومية غالباً - يتابع السكان استعمال الطب الشعبي TM لتحقيق حاجاتهم من الرعاية الصحية (الشكل ١).

الشكل ١:

استخدام الطب الشعبي في الرعاية الصحية الأولية شامل في بعض الدول النامية:



المصدر: جمعت المعلومات من تقارير حكومية لمنظمة الصحة العالمية

وبشكل مشابه، يكمن الحلُّ في تخفيض دور الطب الشعبي في الأنظمة الصحية. إنّ استراتيجية الإقليم الأفريقي قد أُقرّت من قبل ٥٠ لجنة أفريقية في آب ٢٠٠٠، وتفيد بأن ٨٠٪ من سكان الدول الأفريقية الأعضاء في المنظمة يستخدمون الطب الشعبي لمساعدتهم في تلبية حاجاتهم من الرعاية الصحية (٢م). ويشمل ذلك استخدام الدايات traditional birth attendants (TBAs).

تضمنين الطب الشعبي TM/CAM في أنظمة الرعاية الطبية الوطنية:

لقد عرّفت منظمة الصحة العالمية ثلاثة أنظمة صحية لوصف الدرجة التي يمكن من خلالها الاعتراف بالطب الشعبي TM/CAM رسمياً كعنصر من عناصر الرعاية الصحية.

في النظام المتكامل المدمج integrative system يكون الطب الشعبي معترفاً به رسمياً ويُشركُ في جميع مجالات الرعاية الصحية، ويعني ذلك تضمين الطب الشعبي في مجالات الدولة ذات الصلة في سياستها الدوائية الوطنية، ويُسجّل مقدمو الخدمة والمنتجات في السجلات، ويتم تنظيم عملهم. وتوفر معالجات الطب الشعبي في المشافي والعيادات السريرية، سواء كانت عامة أو خاصة، وتخضع معالجات الطب الشعبي للتعويض بأسلوب الضمان الصحي. وإجراء الأبحاث ذات الصلة ويتم توفير تعليم الطب الشعبي.

وفي العالم كله يمكن اعتبار الصين وجمهورية كوريا الديموقراطية الشعبية وجمهورية كوريا وفيتنام فقط قد حققت النظام التكاملي في الطب الشعبي. الجدول ٢

ويعترف النظام الشامل inclusive system بالطب الشعبي TM/CAM، ولكنه لا يجعله متكاملًا (مدمجًا) مع جميع أشكال الرعاية الصحية، سواء كانت بإيحاء الرعاية الصحية أو التعليم أو التدريب أو التنظيم. فالطب الشعبي قد لا يكون متوافراً في جميع مستويات الرعاية الصحية، وقد لا يغطي الضمان الصحي المعالجة بالطب الشعبي، وقد لا يغطي التعليم الجامعي الرسمي علوم الطب الشعبي TM/CAM، كما أن تنظيم مقدمي الطب الشعبي ومنتجاته قد يكون هزيلًا أو جزئياً.

ويدعو ذلك للقول بأنّ العمل السياسي والتنظيمي والممارسة وتغطية الضمان الصحي والأبحاث والتعليم لا تزال ماضية في الطريق. فالدول التي تعمل في النظام الشمولي الواسع متضمنة الدول النامية كغينيا الاستوائية ونيجيريا ومالي نجد عندها سياسة وطنية في الطب

الجدول ٢ : أمثلة عن الدول ذات الأساليب التكاملية في الطب الشعبي TM/CAM

السياسة الوطنية في الطب الشعبي البنيل والتكميلي TM/CAM	وحدة الطب الشعبي البنيل والتكميلي TM/CAM أو قسم ضمن الوزارة	تنظيم منتجات عشبية وصناعاتها	موارد الطب الشعبي البشرية	الممارسة على كل المستويات بما فيها المشافي الشعبية (أي إذا كانت الممارسة في المشافي الشعبية، والطب التكميلي قد تكاملت مع نظام الصحة الوطني	تغطية الضمان الصحي للمعالجة والمنتجات والشعبي البنيل والتكميلي	معاهد البحوث الوطنية للبنيل الشعبي البنيل والتكميلي	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
الصين	يتضمن دستور ١٩٤٩ إدارة الدولة للطب الشعبي TOM والتكميلي TM	التنظيم : نعم يتضمن دستور الأدوية الأعشاب . تتضمن لائحة الأدوية الأساسية أدوية عشبية صناعيون ٦٠٠ مزارعون ٣٤٠٠٠٠	أطباء الطب والتكميلي TOM ٥٢٥٠٠ أطباء TOM/AM ١٠٠٠٠ صيدلية TOM ٨٣٠٠٠ أطباء مرتبطين بال TOM ٧٢٠٠٠ صيدلة AM ٥٥٠٠٠٠	مشافي TOM ٢٥٠٠ مشافي TOM/AM ٣٩ إجمالي الأسرة الشعبية ٣٥٠٠٠ مشافي TM للمجموعات الصغرى ١٢٧	كامل	معهد ١٧٠ بحوث وطني دولية	معهد ١٧٠ بحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
جمهورية كوريا	سياسة الطب الشعبي TM الوطنية عام ١٩٦٩	التنظيم : نعم يتضمن دستور الأدوية الأعشاب	أطباء شرقيون ٩٩١٤ واخزو الإبر ٤٥٠٠	مشافي طبية شرقية ١٠٧ عيادات شرقية طبية محلية ٦٥٩٠	كامل	معهد بحوث وطني ١	معهد بحوث وطني ١	جامعات الطب الشرقي ١١	هيئة تدريس في ٣ كليات طبية ومدرستين تكنولوجيتين طبيتين للطب البشري TM
فيتنام	سياسة الطب الشعبي TM الوطنية عام ١٩٥٥	التنظيم : نعم يتضمن دستور الأدوية الأعشاب الطبية . صناعيون الدولة : ٢	أطباء TM ٢٥٠٠ واخزو الإبر ٢٠٠٠٠ ممارسة الطب البشري ٥٠٠٠ البنيل والتكميلي	٤٨ مشفى ذات أقسام TM	كامل	معهد بحوث وطني ٣	معهد بحوث وطني ٣	هيئة تدريس في ٣ كليات طبية ومدرستين تكنولوجيتين طبيتين للطب البشري TM	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية

المصادر : مجموعة من تقارير حكومية لمنظمة الصحة العالمية

الجدول ٣ : نماذج عن الدول ذات الأساليب الواسعة في الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM

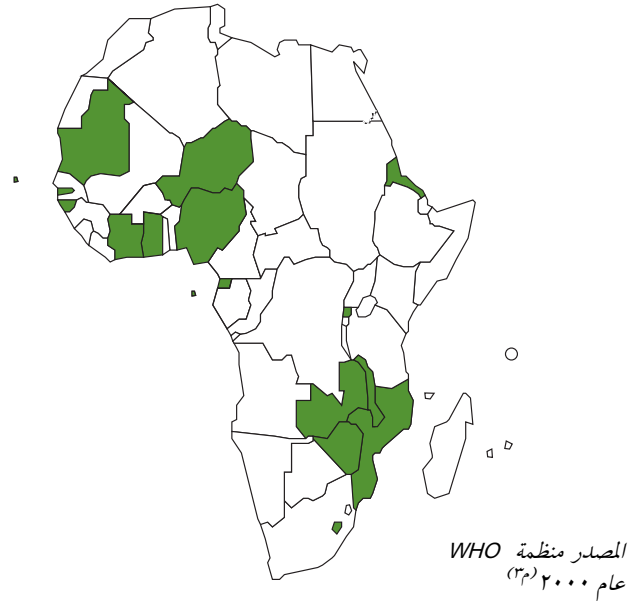
السياسة الوطنية في الطب الشعبي والطب التكميلي ضمن وزارة الصحة	وحدة أو قسم للطب الشعبي والطب التكميلي ضمن وزارة الصحة	تنظيم الطب الشعبي أو المنتجات العشبية أو كليهما	ممارسة الطب الشعبي البنيل على كل المستويات بما فيها المشافي العامة. (أي ممارسته فيها أو تكامله مع النظام الصحي الوطني)	النظام الصحي الذي يغطي المعالجة والمنتجات	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
الهند	نعم	كلاهما	نعم في بعض المشافي	لا	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
سريلانكا	نعم	كلاهما	لا	لا	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
أندونيسيا	نعم	كلاهما	نعم في بعض المشافي الدولة	لا	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
اليابان	لا	كلاهما	نعم في بعض المشافي الدولة	نعم	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
أستراليا	لا	منتجات عشبية	نعم في بعض مشافي الدولة	جزئياً	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
الإمارات العربية المتحدة	لا	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	لا	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
ألمانيا	لا	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	جزئياً	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
الترويج	نعم	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	جزئياً	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
المملكة المتحدة	نعم	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	جزئياً	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
كندا	نعم	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	جزئياً	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
الولايات المتحدة الأمريكية	لا	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	جزئياً	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
غانا	نعم	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	لا	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية
نيجيريا	نعم	كلاهما	نعم في بعض مشافي الدولة	لا	معاهد البحوث الطب الشعبي والطب التكميلي البنيل على المستوى الوطني أو الجامعات	معاهد البحوث وطني دولية	جامعات الطب الشرقي ١١	٣٠ جامعة للطب التكميلي ٣ كليات للطب الشعبي للمجموعات الصغرى ٥١ مدرسة طبية تكنولوجية

المصادر : مجموعة من تقارير حكومية لمنظمة الصحة العالمية

وفي الحقيقة، فإن إدراك أهمية دور الدايات في الرعاية الصحية الأولية جعل عدداً من الدول الأفريقية قد بدأ بوضع برنامج تدريبي لتحسين مهارات الدايات والمعرفة المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية. (الشكل ٢)

الشكل ٢:

الدول الأفريقية التي تنفذ برامج تدريبية للدايات

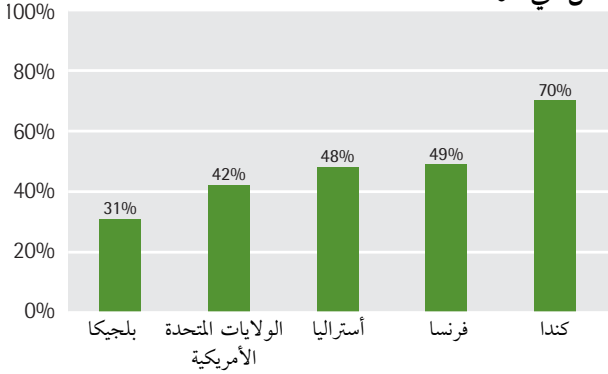


المصدر منظمة WHO
عام ٢٠٠٠ (٢٣)

أستراليا و٤٩٪ في فرنسا و٧٠٪ في كندا (١٧٠٦٣). وفي دراسة مسح لـ ٦١٠ من الأطباء سويسريين أظهرت بأن ٤٦٪ منهم قد استعمل أحد أشكال الطب التكميلي وبشكل رئيسي المعالجة المثلية والوخز بالإبر. ووهذا قابل للمقارنة مع شكل الطب الشعبي للسكان السويسريين بالإجمال. (٩٢) وفي المملكة المتحدة (بريطانيا) هناك نسبة ٤٠٪ من ممارسي الطب الإخلافي العام يقدمون بعض أشكال الطب التكميلي سواء بالإحالة أو الإتاحة. (١٠٣)

الشكل ٣:

نسبة السكان الذين استخدموا الطب التكميلي مرة واحدة على الأقل في دول متقدمة متقاة



المصادر: P وورد A، ١٩٩٩، صحة كندا، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٨ (٧٠٨، ٦٣)

وفي الولايات المتحدة أُبلغ عن مسح وطني في مجلة الرابطة الطبية الأمريكية وقد أظهر استعمال ١ من ١٦ معالجة بديلة أثناء العام الماضي، وقد ازداد من نسبة ٣٤٪ عام ١٩٩٠ إلى ٤٢٪ عام ١٩٩٧ (١٣٣). وإنَّ عدد الزيارات لمقدمي الطب التكميلي ماض بازدياد حتى أنه يتجاوز مجموع الزيارات لمجموع أطباء الرعاية الأولية في الولايات المتحدة.

لقد أصبح الوخز بالإبر عموماً بشكل خاص، وقد نشأ في الصين، ويطبق الآن في ٧٨ دولة على الأقل، ويمارس ليس من قبل المتخصصين به فحسب، بل من قبل الأطباء الإخلافيين أيضاً. (الشكل ٤).

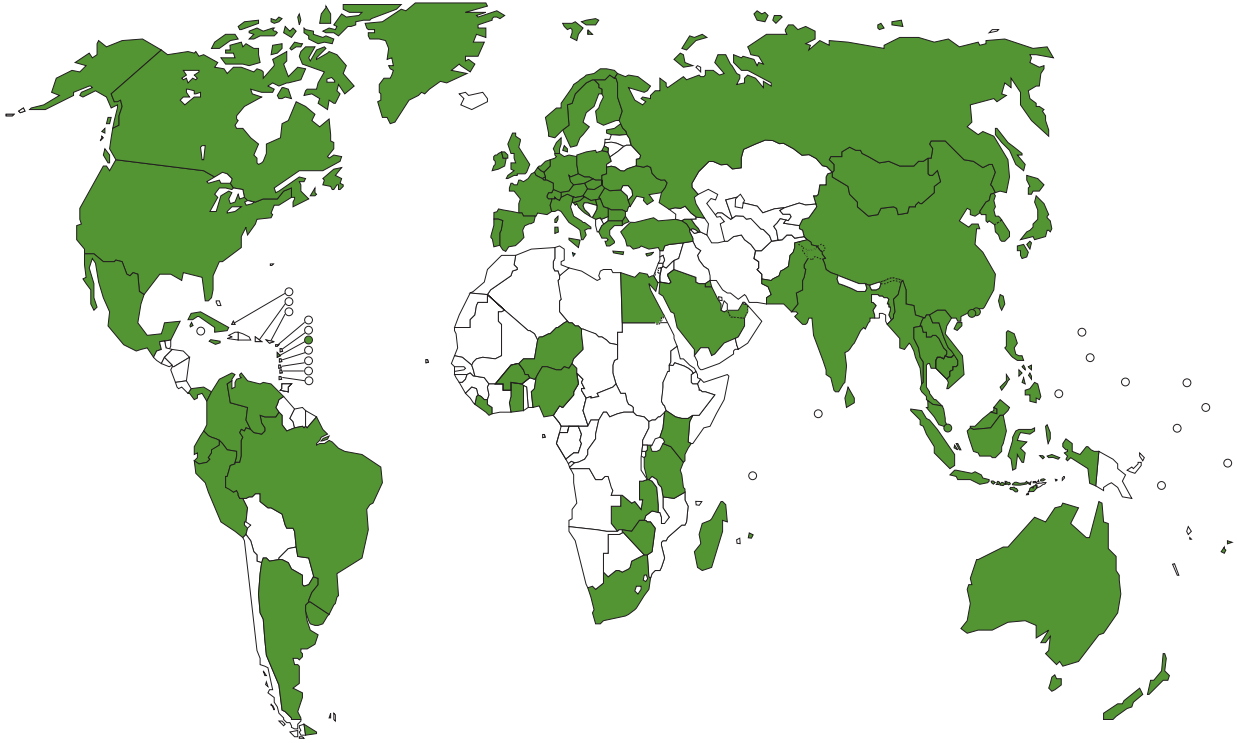
وبحسب اتحاد جمعيات واخزي الإبر وكي الجلد، يوجد على الأقل ٥٠٠٠٠ واخز للإبر في آسيا. ويوجد في أوروبا ما يقارب ١٥٠٠٠ متخصص بوخز الإبر متضمناً الأطباء الإخلافيين الذين يمارسونه.

وقد قدمت بعض هذه الدول التدريب للصيادلة والأطباء والمرضات.

وفي كثير من الدول الآسيوية استمر استخدام الطب الشعبي TM رغم توفر الطب الإخلافي فيها، وفي اليابان تبين أن ٦٠-٧٠٪ من الأطباء الإخلافيين يصفون أدوية الكامبو kampo لمرضاهم. وفي ماليزيا تستخدم الأدوية الشعبية من مالئي (malay) والصين والهند. وفي الصين يمثل الطب الشعبي ٤٠٪ من مجموع إيتاء الرعاية الطبية ويستخدم لمعالجة ٢٠٠ مليون مريض سنوياً (٤٢). وفي أمريكا اللاتينية أظهرت بلاغات المكتب الإقليمي للأمريكيتين بأن ٧١٪ من السكان في تشيلي و٤٠٪ من سكان كولومبيا يستعملون الطب الشعبي (٥٣).

وفي كثير من الدول المتقدمة تحوز بعض المعالجات من الطب التكميلي على شعبية كبيرة. كما أظهرت التقارير الحكومية واللاحكومية المختلفة (الشكل ٣) بأن نسبة السكان الذين يستخدمون الطب التكميلي قد بلغت ٤٦٪ في

الدول التي يمارس فيها الوخز بالإبر أطباء الطب الإخلافي وحدهم، أو بالمشاركة مع متخصصي الوخز بالإبر



المصادر: الاتحاد الدولي لجمعيات الوخز بالإبر-كي الجلد، ٢٠٠٠، منظمة الصحة العالمية، (١٢،١١م)

في ماليزيا يقدر صرف ٥٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً على الطب الشعبي، بالمقارنة مع ٣٠٠ مليون دولار أمريكي تصرف على الطب الإخلافي^(٦٢). وفي الولايات المتحدة الأمريكية قدر مجموع الصريفات خارج المخصصات عام ١٩٩٧ على الطب الشعبي بـ ٢٧٠٠ مليون دولار أمريكي الذي قورن بمجمل الصريفات خارج مخصصات ١٩٩٧ لعموم الخدمات الطبية^(١٢٢). وفي أستراليا والمملكة المتحدة قدر الصرف السنوي على الطب الشعبي والطب التكميلي والبديل CAM بـ ٨٠٠ مليون دولار أمريكي و ٢٣٠٠ مليون دولار أمريكي على التوالي. وفي كندا يقدر صرف ٢٤٠٠ مليون دولار أمريكي بين عامي ١٩٩٧-١٩٩٧ على الطب الشعبي^(٨٢).

إنَّ التسويق العالمي للأدوية العشبية الذي يعتمد على المعرفة التقليدية قد بلغ الآن ٦٠ ألف مليون دولار أمريكي^(١٧٢). وفي الولايات المتحدة الأمريكية زادت مبيعات الأعشاب الطبية ١٠١٪ في مجالات التسويق السائدة بين مايو-أيار - ١٩٩٦ إلى مايو-أيار - ١٩٩٨. وتضم أكثر

في بلجيكا، ٧٤٪ من المعالجة بوخز الإبر يطبقها أطباء إخلافيون. وفي ألمانيا ٧٧٪ من عيادات معالجة الألم تطبق وخز الإبر. وفي المملكة المتحدة (بريطانيا) يطبق ٤٦٪ من الأطباء الإخلافيين الوخز بالإبر سواء لمرضى قد نُصِحُوا بتطبيقها أو لمرضاهم الخاصين. وفي الولايات المتحدة يوجد ١٢٠٠٠ طبيب مرخص بتطبيق وخز الإبر، وإنَّ ممارسة الوخز بالإبر قانوني في ٣٨ ولاية، وهناك ست ولايات تطور سياسة ممارسة الوخز بالإبر. (١٥،١٤،١١م).

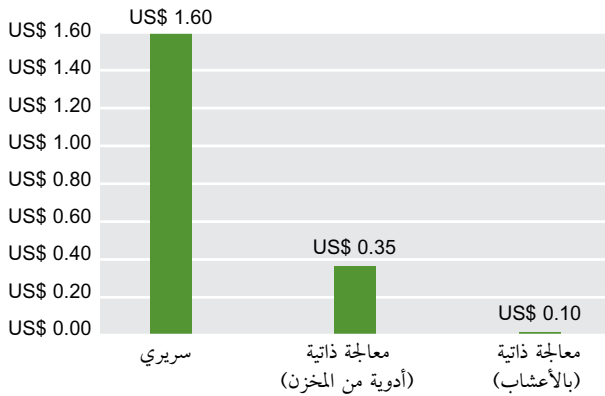
٣-١ الصَّرْفُ

إنَّ البلاغات المتوفرة حول الصرف الوطني على الطب الشعبي والطب البديل والتكميلي TM/CAM قليلة. والأكثر قلة ما يتعلق بصريفات المعالجة الذاتية بالطب الشعبي خارج نطاق المخصصات. إلاَّ أنَّ بعض الأشكال متوفرة، ومن الواضح مع ازدياد استعمال الطب الشعبي في شتى أنحاء العالم ازدادت الصريفات العامة والخاصة معها.

ولذلك يمكن أن يكون الطب الشعبي وسيلة الرعاية الطبية الوحيدة المتاحة في بعض المناطق الريفية. ولقد أظهرت المسوح المنقولة برنامج منظمة الصحة العالمية لدحر الملاريا عام ١٩٩٨ بأن ٦٠٪ من أطفال غانا ومالي ونيجيريا وزامبيا الذين يعانون من حرارة عالية يعالجون في المنزل بمداواة عشبية^(٢٥،٢٤،٢٣،٢٢م). وأحد الأسباب الرئيسية لذلك هو توافر المداواة العشبية في الأرياف. (انظر الشكل ٥).

الشكل ٥:

معالجة الملاريا في غانا بالأدوية العشبية فيما يعتبر أرخص من الأشكال الأخرى من الرعاية الصحية



المصدر: ^(٢٦م) adapted from Ahorlu C et al., 1997

وقد يكون الطب الشعبي هو مصدر الرعاية الصحية الوحيد الميسور التكلفة، خاصة للفقراء. ففي غانا وكينيا ومالي أظهرت دراسة بأن معالجة الملاريا خلال مساق course كامل بالبيريميثامين/سلفادوكسين يمكن أن يكلف عدة دولارات. وأما حالياً فيبلغ مجموع الصرفيات الصحية فقط ٦ دولارات أمريكية خلال العام لكل شخص في غانا وكينيا. وبعبارة أخرى لا يستطيع بعض الناس شراء الأدوية الكيميائية^(٢٧م).

ومن جهة أخرى فإن الأدوية العشبية ليست فقط أرخص نسبياً بل يمكن أن يكون دفعها ميسراً أو بحسب حالة المريض المالية.

الجدول ٤: ازدياد مبيعات المنتجات العشبية الأكثر شعبية في الولايات المتحدة الأمريكية بين عامي ١٩٩٧-١٩٩٨:

العشبة	المبيعات مقدره بمليون دولار أمريكي للزيادة %	
	مبيعات عام ١٩٩٧	مبيعات عام ١٩٩٨
مزودات بأعشاب كاملة	٢٩٢	٥٨٧
القنفذية Echinacea	٣٣	٦٤
الثوم garlic	٦٦	٨١
كزبرة البئر = Ginkgo biloba	٥٢	١٢٦
maidenhair tree		
الجنسنغ Ginseng	٧٦	٩٦
عشبة القديس جون St. John's wort	١	١٠٣
أعشاب أخرى	٦٤	١١٨

المصدر: بيان عن Scanner Data, FDM, Inc., USA ^(١٨م).

المنتجات العشبية شيوماً (شعبية): الجنسنغ، كزبرة البئر (الجنكة)، الثوم، وعشبة القديس جون. (الجدول ٤)^(١٨م).

١-٤ الحساب من أجل الاستعمال وزيادة الاهتمام

التوافر وميسورية التكلفة في الدول النامية:

في بعض الدول النامية يعتبر الطب الشعبي أكثر توافراً من الطب الإخلافي. ففي تنزانيا وأوغندا وزامبيا وجد الباحثون بأن نسبة ممارسي الطب الشعبي^(١١) إلى السكان تبلغ ١/٢٠٠ - ١/٤٠٠. ويتباين ذلك بوضوح مع نسبة ممارسي الطب الإخلافي التي تبلغ نسبة ١/٢٠٠٠٠ أو أقل^(٢٠،١٩م).

وفي مسح أجري ١٩٩١ بوساطة وكالة الأمم المتحدة للتنمية الدولية وجدت بأنه في الصحراء الأفريقية الدنيا يفوق عدد ممارسي الطب الشعبي عدد ممارسي الطب الإخلافي بنسبة ١٠٠ إلى ١^(٢١م).

والأكثر من ذلك، يتركز الأطباء الإخلافيون بدنياً في المدن والمناطق المتحضرة الأخرى،

^(١١) يفهم بشكل عام من عبارة ممارسي الطب الشعبي المداونون الشعبيون والمجربون ومختصو الأعشاب الطبية إلخ. . وأما عبارة مقدمو الطب الشعبي فتشمل ممارسي الطب الشعبي مع أطباء الطب الإخلافي وأطباء الأسنان والمرضات الذين يقدمون معالجات الطب الشعبي TM/CAM في عياداتهم لمرضاهم. فمثلاً يطبق كثير من الأطباء البشريين الوخز بالإبر لمعالجة مرضاهم.

لاو الشعبية الديموقراطية تشجع على تطبيق الطب الشعبي بما فيها النشر الخارجي بين المجتمعات في تقرير: الأدوية في حديقتك.

وفي تايلاند تشجع وزارة الصحة وتنبه الناس وتحثهم على استخدام الأعشاب الطبية في الرعاية الصحية الأولية. وذلك من خلال منشور: دليل النباتات الطبية في الرعاية الصحية الأولية.

أساليب الرعاية الصحية باستخدام الطب البديل أو التكميلي في الدول المتقدمة:

يدل استخدام الطب البديل والتكميلي CAM في الدول المتقدمة على أن هناك عوامل أخرى غير التقاليد (الشعبية) والكلفة تفعل فعلها، ويدخل في ذلك التأثيرات الضائرة للأدوية الكيميائية، والتساؤلات حول أساليب واستهلاك الطب الإخلافي، والإتاحة العامة الأكبر عن المعلومات الصحية، وتغير القيم وتراجع تحمل المعاملات الجماعية paternalism، وليست هذه إلاّ غيض من العوامل (١٦م، ٣٢).

يُعتمد الطب الشعبي على حاجة الأشخاص، فقد يتلقى أشخاص مختلفون معالجات مختلفة حتى بحسب الطب الحديث، رغم أنهم مصابون بالمرض ذاته. فالطب الشعبي يعتمد على الاعتقاد بأن كل شخص له تركيبه الخاص وظروفه الاجتماعية الخاصة التي تؤدي بدورها إلى تفاعلات مختلفة تجاه أسباب المرض ومعالجته (٦٥)

وفي الوقت ذاته فإنّ طول فترة الحياة المتوقعة التي جاء بها قد زاد من اختطار حدوث الأمراض المزمنة والمنهكة. كأمراض القلب والسرطان والسكري والاضطرابات العقلية (٢٧م). ومع أنّ معالجات وتكنولوجيا الطب الإخلافي متوفرة إلاّ أنّ بعض المرضى لم يجد فيها حلاً مقنعاً. وإنّ المعالجات والتكنولوجيا إما أنها لم تكن فعالة بشكل كافٍ أو أنها تسبب تأثيرات ضائرة. وقد

وبشكل مشابه في السلفادور، يمكن أن تكلف معالجة طفل يعاني من الإسهال في مشفى عام كمريض خارجي متضمنة الاستشارة الطبية وثمان الأدوية ٥٠ دولاراً أمريكياً. بينما قد لا تتجاوز الكلفة عند ممارس الطب الشعبي ٥ خمسة دولارات أمريكية، وقد يتساهل ليقبل الدفع على أقساط (٢٨م).

والإتاحة الأكبر مع الموثوقية لممارسي الطب الشعبي تكون في قدرتهم على تدبير الأمراض المنهكة وغير القابلة للشفاء، ولعل في ذلك تفسير لظاهرة أنّ معظم الأفريقيين الذين يتعايشون مع HIV/AIDS يستعملون الطب الشعبي العشبي لتحقيق الشفاء من أعراض مرضهم ولتدبير العدوى الانتهازية. وكثيراً ما يُعرف ممارسو الطب الشعبي في مجتمعاتهم بقدرتهم وخبرتهم في معالجة الأمراض المنتقلة جنسياً والوقاية منها (١٢). وفي الوقت ذاته فإنّ الطب الشعبي كثيراً ما يكون مسجى (مخفياً) في مجموعات اعتقادية عريضة (واسعة) ويستمر كجزء تكاملي لحياة كثير من الناس. ولذلك ينصح برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه UNAIDS بالتعاون مع ممارسي الطب الشعبي في الوقاية من الإيدز ورعايته الصحية في الصحراء الأفريقية الدنيا (٢٩م، ٣٠).

لقد كان هناك إلحاح في المؤتمر الذي رعاه برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه UNAIDS في كامبلا (خيزان ٢٠٠٠) بأن الطب الشعبي أمر حقيقي، وقد حمل أعباء الرعاية السريرية لأوبئة الإيدز في أفريقيا، وقد أغفل هذا الاتجاه بشكل كبير من قبل وزارات الصحة والوكالات الدولية (٣١م).

إنّ الطب الشعبي TM يستعمل أيضاً بشكل واسع في الدول النامية الآسيوية، فقد أبلغت الحكومة الهندية بأنّ ٦٥٪ من سكانها ليس لهم مصدر آخر للرعاية الصحية غير الطب الشعبي. وفي بعض الدول الآسيوية تشجع الحكومات على الطب الشعبي. فوزارة الصحة في جمهورية

(١٢) تشير الأبحاث في بعض الدول إلى أنّ بعض الأمراض لا تصنف كأمراض منتقلة جنسياً حسب علم تصنيف الأمراض الطبية الحيوية، إلاّ أنها تعرف محلياً (أو يشار إليها) بهذه الصفة لدى المعالجين الشعبيين وزبوناتهم.

الحركة والأعضاء النوعية، وإن أساليب الطب الشعبي يمكن أن تجعلها قليلة { (٣٧م) .

كما أن الدراسة التحليلية لبيانات دعوى سوء الممارسة بين عامي ١٩٩٠-١٩٩٦ في الولايات المتحدة المقامة ضد للمتخصصين بالمياذاة والتدليك وواخزي الإبر قد أصبحت أقل تردداً. كما أصبحت أقل شدة في الأذية من الدعاوى ضد الأطباء البشريين. ففي الأدب الطبي كله سُجلت ١٩٣ حالة ضائرة للوخز بالإبر (حوادث خفيفة من التكدم، والدوخة) خلال ١٥ سنة (٣٨م).

١-٥ الاستجابة إلى تعميم الطب الشعبي

تستجيب الحكومات حالياً لازدياد تطبيق الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، فهناك عدة دول تُطوّر تنظيماتاً للمياذاة، في حين هناك ٢٤ دولة حالياً لديها مثل هذه الأنظمة (الشكل ٧).

وهناك دول أخرى تعمل لتنظيم الأدوية العشبية، وإن عدد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية ذات التنظيمات والضوابط المتعلقة بالأدوية العشبية قد ارتفع من ٥٢ دولة عام ١٩٩٤، إلى ٦٤ دولة عام ٢٠٠٠

(الشكل ٨). وفي عام ٢٠٠٠ وحده أعدت أنظمة وضوابط الأدوية العشبية في أستراليا، كندا، مدغشقر، نيجيريا، الولايات المتحدة الأمريكية. (إن منظمة الصحة العالمية مرتبطة بمدغشقر ونيجيريا لتطوير أنظمتها). وفي بعض الدول تزداد تركيبات وميزانيات وتدرجات على الطب الشعبي باستمرار وثبات. (الجدول ٥)

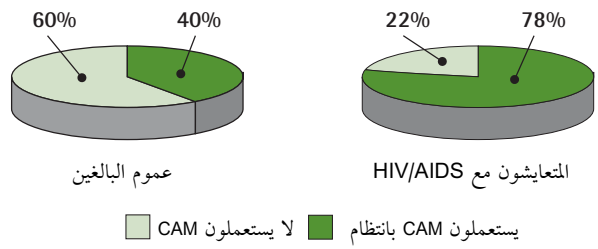
كما أن ازدياد معاهد أبحاث وطنية للطب الشعبي في الدول النامية يعتبر علامة أخرى على أهمية تنامي هذا الطب. وحقيقة فإن معظم الدول النامية لديها الآن معاهد أبحاث وطنية للطب الشعبي. ونجد أهم الأمثلة في الصين وغانا وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وجمهورية كوريا، والهند ومالي، ومدغشقر ونيجيريا وتايلاند وأندونيسيا،

أظهر المسح القومي الذي أجري في الولايات المتحدة الأمريكية بأن غالبية مستخدمي الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM، في الحقيقة لم يتلقوه كطب بديل بل كطب تكميلي للطب الإخلافي (٣٣م).

وقد أظهر مسح حديث بأن ٧٨٪ ممن يعيشون مع الإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS في الولايات المتحدة الأمريكية يستخدمون أحد أشكال الطب الشعبي التكميلي CAM (الشكل ٦) (٣٧م، ٣٦م، ٣٥م).

الشكل ٦ :

استعمال الطب الشعبي والتكميلي CAM لمرضى يعيشون مع الإصابة بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS في الولايات المتحدة الأمريكية

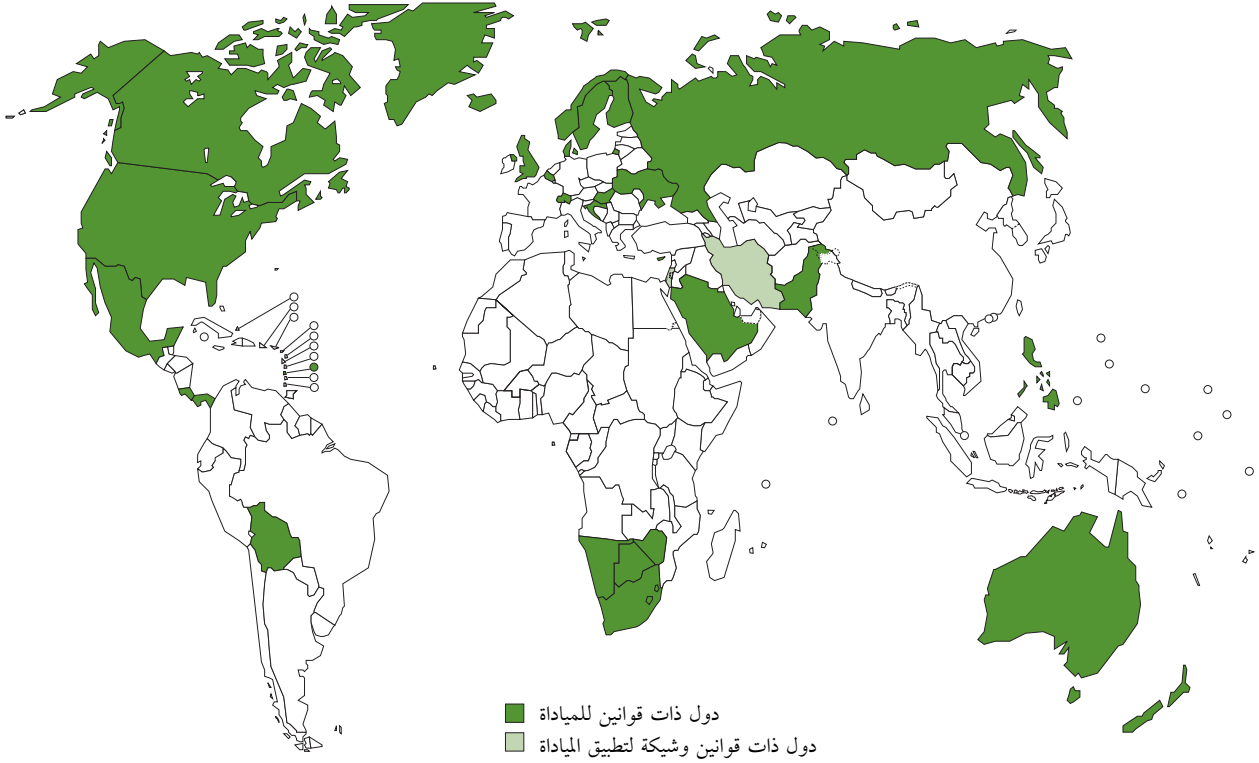


المصادر: Anderson W et al., 1993; Mason F, 1995; Ostrow MJ et al., 1997. (٣٦م، ٣٥م، ٣٤م)

وإن دراسات المسح الصحي في الدول المتطورة لرصد سلوك ورضا المستفيدين، تبين أن هناك تقديراً عالياً لجودة الرعاية المقدمة من قبل مقدمي الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM، وقد تم إدراك أن الاختطار المنخفض المرافق للعلاجات المعتمدة على إجراءات الطب الشعبي TM تعزى لشعبيتها.

{ من المجتمع معرفة وإثبات الدور الأساسي للطب الشعبي، وقدرته على الاستجابة بكفاءة لرعاية الأعراض الحادة والرضوض، وابداعه التقني في التشخيص والمعالجة وزيادة التطبيقات السريرية لاكتشافات العلوم الأساسية. وعلى أية حال، إنه مجال الرعاية الشاملة وتدريب حالات الأمراض المزمنة الأكثر إحداثاً للتدهور، والمؤثرة على

الشكل ٧:
أصبحت قوانين المياداة واسعة الانتشار



المصدر: تقرير الاتحاد الفيدرالي العالمي للمياداة، واتحاد المياداة العالمي ٢٠٠٠ (م٣٩، ٤٠).

مقدمي هذا الطب التكميلي CAM ونظام الرعاية الصحية النرويجية (٤٢).

وقد توبعت هذه النتائج على المستوى الدولي، ففي عام ١٩٩٩ تم التوقيع على مذكرة التفاهم للتعاون الصحي بين وزارتي الصحة في جمهورية الصين الشعبية والنرويج. ويهدف الاتفاق على الحث على الأمور الصحية وخدماتها في كلا البلدين مع التركيز على تطوير الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM وتنظيم المشافي وهيئاتها الإدارية.

وقد تمت مراجعة التحضيرات المسبقة للطب الشعبي البديل والتكميلي CAM واستخدامه في المملكة المتحدة (بريطانيا) ومتابعة العلاقات الناشئة حول سلامتها.

وحالياً باستثناء حالات اعتلال العظام، والمعالجة بالمياداة لأنها محمية بالقانون، يمكن لأي شخص ممارسة الطب الشعبي التكميلي CAM بدون تدريب. وفي عام ١٩٩٩ طلب مجلس اللوردات (الأعيان) من لجنة العلوم والتكنولوجيا إجراء مسح حول هذا النوع من

وجهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وسيريلانكا وفيتنام (انظر أيضاً الشكل ٩).

وفي ذات الحين نجد في الدول المتقدمة أنّ شعبية الطب البديل أو التكميلي قد أخذت بالاتساع أكثر فأكثر.

في عام ١٩٩٥ تحرى البرلمان النرويجي عن كيفية الإمكانية الفضلى لإدخال الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM في الخدمات الصحية النرويجية. ويشمل ذلك اعتبارات منها: الإشهاد على التدريب المهني، والتعليم في الطب الشعبي التكميلي CAM، وتوثيق المعالجات الطبية الشعبية.

في عام ١٩٩٧ شكلت وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية لجنة للنظر في أشكال الطب التكميلي أو البديل، وقررت إلغاء جميع أشكال أعمال التدجيل، وإنشاء نظام تسجيل مقدمي الطب التكميلي CAM. كما قررت تخصيص اعتمادات مالية خلال خمس سنوات لزيادة المعرفة بالطب التكميلي CAM. كما حثت على إجراء تعاون بين

ازدياد عدد الدول الإفريقية التي أسست التكوينات والميزات والتدريب حول الطب الشعبي

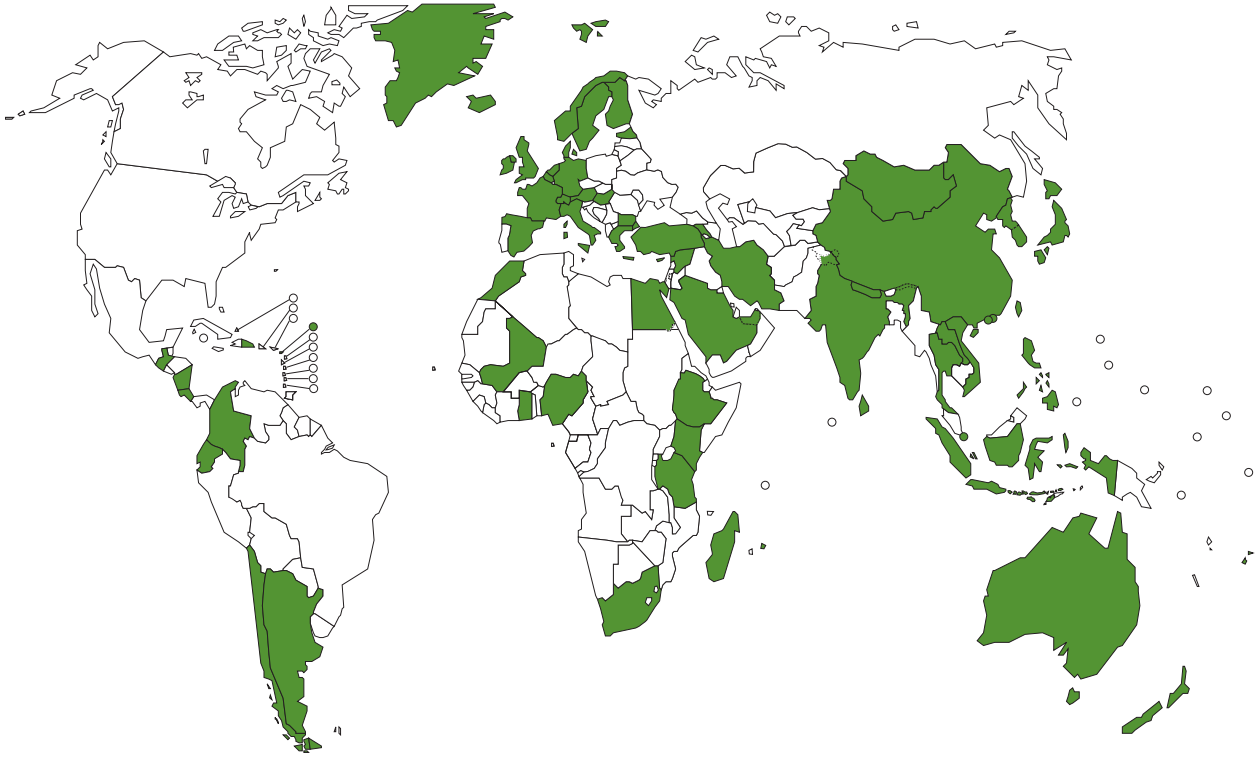
الدولة	شبكة قانونية للطب الشعبي TM	الهيئة الوطنية للتدبير والتنسيق	جمعية(ات) لممارسي الطب الشعبي	إدارة ممارسي الطب الشعبي	مخصصات ميزانية الطب الشعبي
أنغولا		●	●	●	
بيتسوانا			●		
بوركينافاسو	●	●	●		
الكاميرون			●	●	
كوت ديفوار	●	●	●		●
جمهورية الكونغو الشعبية الديمقراطية	●	●			
غونيا الاستوائي	●	●	●		
إيريتريا					●
إثيوبيا	●		●		●
غامبيا				●	
غانا	●	●	●		●
ليسوتو	●	●	●	●	
مدغشقر	●	●	●	●	
ملاوي		●	●		
مالي	●	●	●	●	●
موريتانيا			●		
موزمبيق	●		●		
نامبيا	●	●	●		
النيجر	●	●	●	●	
نيجيريا	●	●	●		●
رواندا		●	●	●	●
ساو توم وبرنسيب	●	●	●		
سينيغال			●		●
زامبيا	●	●	●	●	
زيمبابوي	●	●	●	●	

المصدر: منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠(٣٤)

ثانياً، افترض بأن إدارة الخدمات الصحية للبحوث والتطوير ومستشارية البحوث الطبية تدعم تمويل البحوث لإنشاء مراكز ممتازة لبحوث الطب البديل والتكميلي CAM، مستخدمة المراكز الوطنية للولايات المتحدة

الرعاية الصحية. وقد نصحت اللجنة بإنشاء آلية مركزية (التمويل من الحكومة وموارد المعونات) للرعاية وتقديم الإرشادات حول التدريب والأبحاث المجرة على الطب البديل والتكميلي CAM.

الشكل ٨:
أكثر فأكثر، أصبحت الدول تنظم الأدوية العشبية



المصدر: منظمة الصحة العالمية ١٩٩٨ (٤١م). وبيانات جمعت بواسطة منظمة الصحة العالمية بين ١٩٩٨-٢٠٠١.

مواضع البحث الممتازة. ففي المملكة المتحدة قامت الخدمة الصحية الوطنية حديثاً بتمويل تجربتين لوخز الإبر في معالجة الألم المزمن. بينما

الشكل ٩:

أصبح لدى الكثير من الدول الأفريقية معاهد قد شرعت في تنفيذ بحوث الطب الشعبي



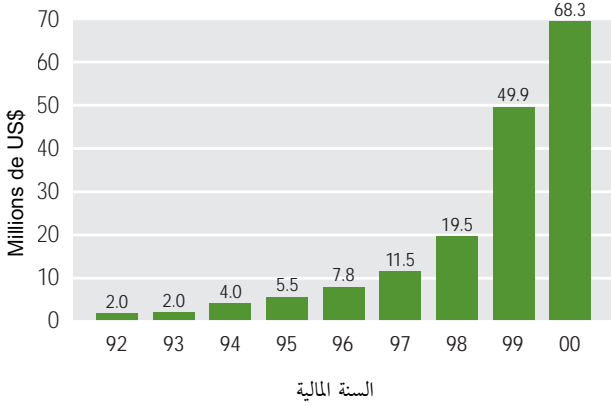
المصدر: منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠ (٣م)

الأمريكية للطب التكميلي والبديل كنموذج. (انظر الصفحة التالية) (١٦م).

إنَّ زيادة التدريب على الطب الشعبي التكميلي CAM وفرص تعليمه في المملكة المتحدة تعكس زيادة الاهتمام بهذا النوع من الرعاية الصحية. فمثلاً أصبح التدريب على وخز الإبر يأخذ شكلاً أكاديمياً. كما أصبحت تُوفّر لطلاب الطب دورات courses للطب الشعبي البديل والتكميلي، مع أنهم يميلون للتزود بمدخل أكاديمي فقط غير المهارات السريرية النوعية التعليمية. وقد ارتفع عدد المدارس الطبية في المملكة المتحدة، التي تجري مثل هذه الدورات courses من ١٠٪ إلى ٤٠٪ بين عامي ١٩٩٥-١٩٩٧ (٤٣م). وفي الولايات المتحدة هناك عدد كبير من المدارس الطبية الآن فيها صفوف اختيارية وحلقات بحث عن الطب التكميلي CAM (٤٤م).

في الدول المتقدمة، يزداد تمويل ودعم بحوث الطب التكميلي CAM، ووحدة البحث في

الشكل ١٠ :
ازدياد تمويل الطب التكميلي CAM في الولايات المتحدة
بشكل مهم



المصدر: المركز الوطني للطب التكميلي والبديل (٢٠٠٠م) (٤٥٣).

الرسمي بولايات الطب الشعبي التكميلي CAM، لتشجيع استخدامه في المشافي وتشجيع الأطباء الإخلافيين لدراسة الطب الشعبي على المستوى الجامعي (٤٦٣).

وكذلك في أوروبا، فإن الوكالة الأوروبية لتقييم المنتجات الدوائية (EMA) تعمل أيضاً لتحقيق الجودة والسلامة والنجاعة فيما يتعلق بالمنتجات الدوائية العشبية. وقد أنشئت مجموعة العمل بالمنتجات الدوائية العشبية عام ١٩٩٧ من قبل الوكالة الأوروبية لتقييم المنتجات الدوائية (EMA). انظر الفصل (٤).

والأكثر حداثة، فإن تصريح أبوجا Abuja Declaration حول دحر الملاريا Roll Back Malaria، الموقَّع من قبل رؤساء الدول والحكومات الأفريقية لـ ٥٣ دولة عام ٢٠٠٠، اعترف بأهمية الطب الشعبي في مكافحة الملاريا. وقد تضمن التصريح طلباً للحكومات بالتأكيد على فعالية مثل هذه المعالجة وأن تجعلها متوفرة وميسورة التكلفة لأفقر المجموعات البشرية من المجتمع.

في ألمانيا هناك مركز للبحث في الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM في الجامعة التقنية في ميونيخ، وقد أنتج سلسلة من المراجعات الجهازية الهامة (م٤٣). وفي الولايات المتحدة عام ١٩٩٢، أسس الكونغرس مكتباً للطب البديل في المعهد الوطني للصحة (انظر <http://nccam.nih.gov/>)، وقد تم توسيع تفويض هذا المكتب ومهامه حيث أصبح باسم المركز الوطني للطب التكميلي والبديل (NCCAM).

لقد تلقى المركز الوطني للطب التكميلي والبديل NCCAM ميزانية متزايدة، ارتفعت حتى بلغت عام ٢٠٠٠ مقدار ٦٨,٤ مليون دولار أمريكي (الشكل ١٠)، وبشكل متزامن في عام ٢٠٠٠ قام البيت الأبيض بإحداث هيئة (مفوضية) للطب البديل. وقد أنشئت بأمر تنفيذي في ٨ مارس - آذار ٢٠٠٠ وقد كلفت هذه الهيئة بتطوير نظام تشريعي وتوصيات علاجية لزيادة وتضخيم منافع الطب التكميلي CAM لعموم الناس. وتضم هذه الهيئة عشرة أعضاء، فيهم أعضاء مجلس الشيوخ والخبراء.

وفي الولايات المتحدة أيضاً عدد كبير من وحدات البحث الطبي التكميلي CAM، تعتمد على معاهد البحوث كجامعة ميريلاند، وجامعة كولومبيا في نيويورك، وجامعة هارفارد في ماساشوست، ومركز ميموريال سلوان كيتيرنج للسرطان في نيويورك (٤٣٣).

لقد أصبحت الفعاليات الدولية تجاه الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM أكثر وضوحاً، فحديثاً أتم الاتحاد الأوروبي مشروع COST اختصار: التعاون الأوروبي في مجال التقانات والعلوم) على الطب اللاتقليدي. وفي عام ١٩٩٩ قامت جمعية البرلمانات الأوروبية (تحت عنوان الأسلوب الأوروبي لتحقيق الطب اللاتقليدي) حث أعضاء الدول على الاعتراف

الثاني

الفصل

التحديات

إنشاء وسط ملائم ومدعوم للطب الشعبي TM وتطوير منهجيات سياسية وطنية مقدره للطب الشعبي TM وتطوير آليات لتحسين البيئة التنظيمية والاقتصادية للإنتاج المحلي لأدوية الطب الشعبي TM^(٢٢).

وهناك طلبات مماثلة قدمت بوساطة المكتب الإقليمي للمنظمة لجنوب شرق آسيا (SEARO) عام ١٩٩٩^(٤٧٢)، وبوساطة المنتدى الحكومي للصين حول الطب الشعبي عام ٢٠٠٠، واللقاء التاسع للمؤتمر الدولي حول سلطات تنظيم الأدوية (ICDRAS) عام ١٩٩٩.

هناك تحديات شائعة في بعض الأقاليم، فمثلاً تبحث حكومتي الصين والهند حول أفضل السبل لتطبيق الطب الشعبي لدعم الرعاية الصحية الأولية في المناطق البعيدة. وفي أفريقيا تبحث كثير من الدول في الوسائل الفضلى للاستثمار الأمثل لموارد الطب الشعبي المحلية، وكيف يمكن للطب الشعبي أن يكون مكوناً مدمجاً في مجالات الرعاية الصحية الصغرى. وفي الدول الأوروبية الأعضاء في منظمة الصحة العالمية أصبحت أكثر المواضيع أهمية وبسرعة: السلامة والجودة وترخيص مقدمي الخدمة، وأساسيات التدريب، والمنهجيات، وأولويات البحوث.

١-٢ ما الذي نحتاج إلى عمله؟

إن أكثر المواضيع أهمية للتوقف عندها ودراستها مدرجة في الجدول ٦، وتوزع في أربع مجموعات:

◀ السياسة الوطنية والشبكة التنظيمية.

للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM كثير من الوجوه الإيجابية، وتضم: التنوع والمرونة والوفرة وميسورية الكلفة في كثير من أجزاء العالم. والقبول الواسع بين كثير من شعوب الدول النامية، وازدياد شعبيته في الدول المتقدمة، وانخفاض تكاليفه النسبية، وانخفاض مستوى احتياجه للقدره التكنولوجية. وإن جميع ذلك يمكن يوسّع، إلا أن هناك أشكالاً أخرى لهذا النمط من الرعاية الصحية يمكن أن يُنظر إليها كتحديات يجب التغلب عليها، ومنها: الدرجات المتفاوتة التي تعترف بها الحكومات، وفقدان الدلائل العلمية المميزة التي تُظهر كفاءة هذه المعالجات. والصعوبات المتعلقة بحماية المعارف الطبية الشعبية الواطنة أو المحلية، ومشاكل ضمان الاستعمال المناسب لها.

إنّ المجال الواسع من خبرات منظمة الصحة العالمية في الطب الشعبي تعني بأنها في الموقع القادر على معالجة هذه التحديات. والواقع أن الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تطلب بشكل متزايد ومتكرر المساعدة في الإرشاد حول مواضيع الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM - كما عبّر عن ذلك، كمثال، أثناء لقاءات اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية WHO، في المؤتمرات الدولية حول سلطات تنظيم الأدوية (ICDRAS). وأثناء الاجتماعات الدولية للحكومات.

في عام ٢٠٠٠، طلبت اللجنة الإقليمية الأفريقية في منظمة الصحة العالمية WHO، بحضور ٢٥ من وزراء صحة، دعم ما يلي:

تقع تحديات الطب الشعبي في أربع مجموعات :

السياسة الوطنية وشبكات التنظيم	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان الاعتراف الرسمي بالطب الشعبي ومقدميه • الطب الشعبي لا يتكامل (غير داخل) مع أنظمة الرعاية الصحية الوطنية • فقدان آليات التنظيم والقوانين • التوزيع العادل لمنتجات ومعارف الطب الشعبي • التحصيص غير الكافي من الموارد لتطوير الطب الشعبي ومدى بنائه .
السلامة والنجاعة والجودة	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان منهجيات البحث • قواعد الأدلة غير كافية من أجل منتجات ومعالجات الطب الشعبي . • فقدان الأسس الدولية والوطنية لضوابط ضمان السلامة والنجاعة والجودة • فقدان التنظيم الكافي والتسجيل للأدوية العشبية • فقدان تسجيل مقدمي الطب الشعبي • عدم كفاية دعم البحوث
الإتاحة	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان بيانات قياس مستويات الإتاحة والميسورية في الكلف . . • الحاجة إلى تعريف المنتجات والمعالجات الفعالة والسليمة . • فقدان الاعتراف الرسمي بدور مقدمي الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM • فقدان التعاون بين مقدمي الطب الشعبي وممارسي الطب الإخلافي . • عدم استمرارية استعمال الموارد الطبية النباتية .
الاستعمال المرشد	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود تدريب لمقدمي الطب الشعبي وممارسي الطب الإخلافي على الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM . • عدم وجود علاقات بين ممارسي الطب الإخلافي والشعبي ، وبين ممارسي الطب الإخلافي وزبائنهم . • عدم وجود معلومات عامة للاستعمال المرشد للطب الشعبي TM/CAM .

إننا نحتاج الآن إلى مثل هذه السياسات لتحديد دور الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM في أنظمة إيتاء الرعاية الصحية الوطنية، وكيف يمكنها أن تهتم بإصلاح القطاع الصحي . كما يمكننا أن نؤكد على ضرورة التنظيم ووضع الآليات التنظيمية والقانونية بمكانها المناسب للبحث على تحقيق ممارسة جيدة والمحافظة عليها . تلك التي تتيح لممارسة الطب الشعبي أن تكون صحيحة وأن تكون السلامة والنجاعة لأي معالجة مستعملة مضمونة . وبدون مثل هذه السياسات سيُمَارَس الطب الشعبي خارج رقابة الحكومة وبدون حماية المستهلك أو المريض .

ولذلك يجب أن تغطي سياسات الطب الشعبي مجالاً من المواضيع بما فيها: تنظيم وتقنين المنتجات العشبية، وممارسة المعالجين، وتعليم

◀ السلامة والنجاعة والجودة .

◀ الإتاحة .

◀ الاستعمال المرشد .

٢-٢ السياسات الوطنية والشبكة القانونية؛

مع أن الطب الشعبي يُستعمل بشكل واسع للوقاية من المرض وتشخيصه ومعالجته وتديره، إلا أن الدول التي طورت سياسة وطنية للطب الشعبي قليلة جداً.

{دون مساعدة حرجة حول ما يجب أن يكون متكاملًا (مدوجا) وما يجب، سنكون قد خاطرنا وأنشأنا نظاما للرعاية الصحية أثار كلفة، وأقل سلافة، وسنفشل في تحديد الشكل السياسي المسؤول عن تدبير الأعراض المزمنة (٣٢٩)}

وتدريب وإشهاد (منح شهادات أو ترخيص) المقدمين لهذه الخدمات. وإجراء البحوث وتطويرها، وتخصيص التمويل والموارد الأخرى. (الجدول ٧).

وباختصار فإن إشهار سياسات الطب الشعبي يمكنها أن تزيد أنماط الرعاية الصحية المتوفرة للمرضى والمستهلكين سلامة وفعالية.

الجدول ٧

العوامل الرئيسة التي يجب تضمينها في السياسة الوطنية للطب الشعبي

- تعريف الطب الشعبي
- تحديد دور الحكومة في تطوير الطب الشعبي
- الاستعداد المسبق بإنشاء أو توسيع ضوابط قانونية لمقدمي الطب الشعبي، وتنظيم الأدوية العشبية
- الاستعداد المسبق لتعليم وتدريب مقدمي الطب الشعبي والتكميلي TM/CAM
- الاستعداد المسبق للبحث على التطبيق السليم للطب الشعبي
- الاستعداد المسبق لمدى بناء الموارد البشرية للطب الشعبي، بما في ذلك تخصيص الموارد المالية.
- الاستعداد المسبق لتغطية حالة الضمان الصحي.
- الأخذ بعين الاعتبار مواضيع حماية الملكية الفكرية.

وحتى الآن هناك فقط ٢٥ دولة من أصل ١٩١ دولة من أعضاء منظمة الصحة العالمية WHO، قد وضعت سياسة وطنية للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM. ويجب لفت الانتباه إلى مواضيع حماية الملكية الفكرية، إذا كان لدى الدولة المعنية وفرة في معارف الطب الشعبي TM الواطنة أو المحلية، أو الموارد الطبيعية المستخدمة في منتجات الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM أو كليهما. وقد أوصت بعض المجموعات بحماية الطب الشعبي تحت قوانين حماية الملكية الفكرية الموجودة أو المستحدثة، بينما عارض آخرون هذا الاقتراح لأسباب أدبية واقتصادية.

وعلى أية حال فإن القرصنة الحيوية - الاستيلاء غير المرخص على معارف الطب الشعبي وموارده - مُدان بشكل كبير. ومن الواضح بأن وضع سياسات وطنية للطب الشعبي يقتضي الأخذ بعين الاعتبار الحماية القانونية للملكية الفكرية في جميع تطبيقاتها وأهدافها الموضوعية^(٤٨٢).

حقاً يجب أخذ الحذر الكبير بشكل عام عند تطوير سياسات الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، وتقديم المساعدات بحرص وتوجيهها أولاً نحو استخدام وممارسة الطب الشعبي في الدولة المناسبة ذات العلاقة، وأكثر الوسائل مناسبة لتطبيق الطب الشعبي بقصد المساعدة في تحقيق أهداف الرعاية الصحية منه. ويجب أن توجه السياسات الوطنية لتفيد المرضى المستعملين لمعالجات الطب الشعبي. وستفشل هذه السياسات في تحقيق ذلك إذا:

- ◀ كانت غير قادرة على تحقيق ضمان سلامة ونجاعة وجودة منتجات الطب الشعبي وممارساته.
- ◀ وقيدت استعمال وممارسة الطب الشعبي بشكل كبير وغير منطقي.
- ◀ وأدت إلى رعاية صحية ذات تكاليف أعلى.
- ◀ وكانت عائقاً كبيراً تجاه خيارات علاج المريض.
- ◀ أو أنقصت قدرة ممارسي الطب الإخلافي على إيجاد تصالبات تحويلية علاجية للمرضى (الطبية الشعبية أو الحديثة).

٣-٢ السلامة (المأمونية) والنجاعة والجودة:

يرتكز الطب الإخلافي على البيئة الغربية، ولذلك يؤكد ممارسوه على أساليبه العلمية، ويؤكدون بأنه لا ثمن له، ولا يتسم (يتأثر) بالقيم البيئية (موضوعي). وأما معالجات الطب الشعبي فقد نشأت بطروف مختلفة، وقد تأثرت كثيراً بالبيئة والظروف التاريخية التي نشأت فيها أول مرة.



وإن قواعدها العامة تعتمد على مفاهيم شمولية بالنسبة للحياة، كالتوازن بين العقل والجسد والبيئة. كما أنها تؤكد على الصحة أكثر من المرض. وبشكل عام يركز الممارس على الحالة العامة للمريض بشكل شخصي أكثر من الوعكة أو الأمراض الخاصة التي يعاني منها.

إن كمية ونوعية التقارير الخاصة
بسلافة ومجاعة الطب الشعبي غير
كافية لمواجهة الأسس المطلوبة لدعم
استخدامه في شتى أنحاء العالم.
ولا يرجع فقدان بيانات الأبحاث
المتعلقة به نتيجة سياسات الرعاية
الصحية فحسب، بل نتيجة فقدان
منهجيات البحث المقبولة أو الكافية
لتقييم الطب الشعبي. ويجب
ملاحظة وجود دراسات مطبوعة وغير
مطبوعة حول الطب الشعبي في
البلدان المختلفة إلا أنه من الواجب
البحث على أبحاث السلافة والنجاعة،
مع التأكيد على ضرورة تحقيق النوعية
في البحث... (٤٩٥)

إن هذا الأسلوب الأكثر تعقيداً في الرعاية
الصحية جعل الطب الشعبي البديل والتكميلي
TM/CAM أكثر جاذبية بالنسبة لكثيرين. إلا أنه
يجعل التقييم أكثر صعوبة، حيث أن هناك
الكثير من العوامل يجب أخذها بعين الاعتبار.
وحيث أن ممارسات الطب الشعبي قد نشأت
وتطورت في بيئات مختلفة وأقاليم مختلفة
ولذلك لانجد نشوء معايير وأسس متوازية
للتقييم سواء وطنياً أو دولياً. والأكثر من ذلك
أن مقدم خدمة الطب الشعبي البديل والتكميلي
CAM قد يكون ذو خلفية بيئية وفلسفية مختلفة
جذرياً عن الوسط الذي نشأت وتطورت فيه
المعالجة. وقد يؤدي ذلك إلى مشاكل تفسير
التطبيق. ولهذا يمكن أن نفهم لماذا يمانع
ممارسو الطب الإخلافي في بعض الدول
توجيه المرضى إلى مقدمي الطب الشعبي
التكميلي CAM، (وهذا بدوره قد جعل مشروع
الضمان الصحي غير راغب بإعادة تعويضات
المعالجات الشعبية البديلة والتكميلية CAM،
فأنقص بشكل فاعل اختيار المرضى للرعاية
الصحية.)

ومن الصعب تقييم منتجات الطب الشعبي
كالأدوية العشبية، وإن تمييز النبات أساسي،
وكذلك عزل مكوناته الفاعلة. وهذا الأخير أمر
معقد، لأن خصائص النبات الطبي تتأثر مع
الزمن بجمع النبات والمنطقة التي نشأ فيها

(بما في ذلك الظروف المناخية)، وفي الوقت
ذاته قد يشتمل النبات الطبي الواحد على مئات
من التراكيب الطبيعية. وإن تعيين المكون
المسؤول عن التأثير المحدد يجعله غالي الثمن
بشدة.

حالياً، ما نحتاجه بإلحاح هو معرفة شعبية
انتشار الدواء الطبي عالمياً، وتطبيقه الواسع،
والوسائل المناسبة والفعالة لتقييم الأدوية
العشبية، مع الموارد المحدودة.

البحوث، ومنهجيات البحث
وعلاقة الكلفة بالفعالية

ربما لا نستغرب إذا علمنا بأن المراجعات قد
أظهرت قلة التجارب السريرية وصغرهما، وأنها
غير كافية الشواهد والضوابط. إن مجموعة
الحقل التكميلي لكوكران (Cochrane انظر
الفصل ٤) وجدت بأن المواضيع التي صنفتم
كطب بديل تشكل فقط ٤,٠٪ من مجموع
المواضيع المسجلة تحت لائحة خطط استرجاع
النشرية الطبية MEDLINE في الفترة الواقعة
بين ١٩٦٦-١٩٩٦. (على أية حال كان
المجموع السنوي بزيادة ثابت أثناء هذه الفترة،
وأن الجزء المتنامي من التقارير حول التجارب
السريرية العشوائية randomized (RCTs)
clinical trials يفترض الميل للاتجاه نحو
الأساليب الطبية المرتكزة على الدلائل). هناك
فقط بعض التقارير حول التجارب السريرية
العشوائية RCTs تضمنت الكلف (استهدفت
المعالجة بوساطة الأسئلة، كما تضمنت كلف
الاستشارات، والمواد المستعملة إلخ...). وفي
الحقيقة كانت التحليلات الاقتصادية الكاملة
والموثوقة حول الطب الشعبي التكميلي والبديل
TM/CAM قليلة جداً.

إن فشل دعم الأبحاث في هذا المجال خلال
السنوات الحديثة قد أدى إلى فقدان البيانات
وتطوير المنهجيات لتقييم السلامة والنجاعة
والجودة فيما يتعلق بالطب الشعبي التكميلي
والبديل TM/CAM.

توجد حالياً مشعرات تشير إلى أن هناك على
الأقل بعض المعالجات البديلة المستخدمة بشكل

شائع مثل بعض الأدوية العشبية، ومعالجات
الميادة، وطرق إنقاص الشدات السلوكية

كالتأمل خارج نطاق الواقع، يمكنها أن تحقق
تديراً فعالاً في الأمراض المزمنة. (المربع ٢).

المربع ٢:

كأحد (قدرة) واحد

للأوعية، مضادة للميكروبات، ومضادة للاختلاج
وتأثيرات مسكنة وخافضة للحرارة^(١٠٢). ومع ذلك فإنه
لا توجد دراسة مُصنَّبة عشوائية لتحري كيفية ممارسة إيتاء
هذه المعالجات العشبية يومياً بحسب ممارسي المعالجة
بالأعشاب. ويسري ذلك على معظم ممارسات الطب
الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.
فيما يتعلق بالمعالجات غير الدوائية في الطب الشعبي أظهرت
سلسلة المجلة الطبية البريطانية ١٩٩٩ بأن التجارب
المضبوطة العشوائية قد أظهرت بوضوح بأن طرق التنويم
والإرخاء يمكنها أن تخفف القلق، وتمنع اضطرابات الهلع
والأرق. وهناك تجارب عشوائية أظهرت فائدة التنويم في
معالجة الربو ومتلازمة القولون المتهيج، كما تفيد اليوغا في
الربو، وتفيد التاي جي في إزالة الخوف من السقوط عند
الشيخوخة (كبار السن).

إنَّ الأدوية العشبية الطبية، ووخز الإبر أكثر معالجات الطب
الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM شيوعاً وانتشاراً، ولقد
نُشرت تقارير نجاعتها في المجالات العلمية الدولية المعتبرة،
ولقد أصبحت حالياً نجاعة وخز الإبر في إزالة الألم (م١٠)
والغثيان^(٥٠٢) معلومة مقنعة ومنتشرة في شتى أنحاء العالم.
ومن الأدوية العشبية، ذات النجاعة الواضحة بالإضافة إلى
الأرطماسيا السنوية *Artimesia annua*، لمعالجة الملاريا
هناك عشبة القديس جون لتدبير الاكتئاب الخفيف
والمتوسط. ويلاحظ المرضى أن التأثيرات الجانبية لهذه
العشبة أقل منه في الأدوية المضادة للاكتئاب كالأميتريبتلين.
وإنَّ هذه الملاحظات حثت على إجراء البحوث والدراسات
في شتى أنحاء العالم للتأكد على نجاعة باقي أنماط الطب
الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM الأكثر انتشاراً.
وفي المجالات المخبرية ظهرت للخلاصات النباتية تأثيرات
دوائية مختلفة، كصفات: مضادة للالتهاب، موسعة

المربع ٣:

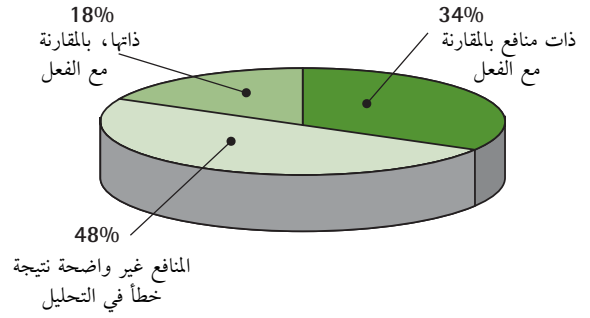
دراسة تكاليف- وفعالية الطب الشعبي التكميلي والبديل CAM في البيرو

لقد كانت النتائج (مهمة بنسبة ٩٥٪) كما يلي:
١- إن مجمل الكلف المباشرة التي استخدمت في الطب
التكميلي كانت أقل من كلف المعالجة المطبقة في الطب
التقليدي. (لتقييم الكلف المباشرة في كلا المجموعتين
دونت الكلف المباشرة عند المعالجة لكلا المجموعتين
وبحسب المرضيات المنتقاة، ثم تم الإحصاء والمقارنة
بين كلف المجموعتين).
٢- وفي كل المعايير المقيمة - النجاعة السريرية ورضا
المستفيد ونقص الاختطار المستقبلي - تبين أن: نجاعة
الطب التكميلي كانت أعلى من المعالجات الطبية
التقليدية ويشمل ذلك المجالات التالية:
* أقل في التأثيرات الجانبية
* علاقة أعلى بين إدراك المريض للنجاعة السريرية
والمراقبة الطبية لها.
* التمييز الأعلى بين المرضى للدور الذي لعبته
المجموعات الصحية في حل المشاكل الصحية.
٣- إنَّ إجمالي نتائج الكلف والفعالية للطب التكميلي كانت
٥٣-٦٣٪ أعلى منها في معالجات الطب المدرسي من
أجل جميع المرضيات المنتقاة.

أجريت الدراسة بوساطة البرنامج الوطني للبيرو للطب
التكميلي CAM، ومنظمة الصحة الأمريكية حيث قارنوا
ممارسات الطب التكميلي بممارسات الطب الإخلافي في
العيادات والمشافي التي تمارس عملها ضمن نظام الأمن
الاجتماعي البيروفي. ولقد قيِّمت فعالية الطب التكميلي من
خلال البنود التالية:
* ملاحظة النجاعة السريرية
* وجود رضا من قبل المريض (أو المستفيد)
* نقص الاختطار الطبي المستقبلي المرتبط بتغيرات نمط
الحياة.
ولقد قورنت المعالجات من أجل مرضيات انتقائية، ذات
شدة من الدرجة ذاتها، حسب ما يدون من سجلات للقصة
السريرية أو التقييمات السريرية أو كليهما.
بلغ مجموع المرضى ٣٣٩ مريضاً: منهم ١٧٠ عولجوا بطرق
الطب التكميلي و١٦٩ عولجوا بطرق الطب الإخلافي.
واستمرت متابعتهم مدة سنة كاملة. ولقد حللت نتائج المعالجة
للمرضيات التالية: درجة متوسطة من الفصال العظمي، ألم
الظهر، العصابات المرتكزة على القلق، الربو الخفيف أو
المتقطع، أمراض الحموضة الهضمية، الصداع الشقيقي
التوتري، البدانة الخارجية المنشأ، التحليل الوجهي المحيطي.

المصدر: EsSalud & Pan American Health
Organization, 2000^(٥١٢)

توجد دلائل جيدة عن نجاعة بعض الأدوية العشبية، ولكن كثيراً من التقييمات غير كافية:



النسبة المئوية % لتجارب سريرية عشوائية تظهر فائدة الأدوية العشبية (تعتمد على ٥٠ حالة عشوائية (RTCs) بعشرة أدوية عشبية لـ ١٨ حالة علاجية).

المصدر: يعتمد على بيانات حول الأدوية العشبية. *an Evidence-based Look. Therapeutics Letter, Issue 25, June-July 1998*

يشير المربع ٣ إلى بعض التحليلات الأكثر تفصيلاً حول الفعالية والكلفة، التي يجب الشروع بتنفيذها أولاً. والدلائل الأكثر ثباتاً على طول هذه الخطوط يمكن أن تكون المساعدات المتعددة في هذه المناقشات الحالية لتحقيق اعتراف أكبر بالطب الشعبي وتطبيقاته. وفي الحقيقة يمكن أن يكون شرطاً لازماً الحث على إتاحة الطب الشعبي التكميلي والبديل TM/CAM وتوسيعه، والتأكيد على الاستعمال المرشّد لهذا النوع من الرعاية الصحية.

ضمان السلامة والجودة على المستوى الوطني: إنَّ المستوى المنخفض لفعالية الأبحاث قد أبطأ من تطوير الأسس الوطنية لضمان سلامة وجودة معالجات ومنتجات الطب الشعبي التكميلي والبديل TM/CAM. وبشكل خاص، فإنَّ فقدان المعلومات والدلائل التقنية أعاق تطوير تنظيم وتسجيل الأدوية العشبية، وقد أدى ذلك بدوره إلى إبطاء إحداث - كمثل - أنظمة الخدمات الوطنية لمراقبة وتقييم التأثيرات الضائرة. وإنَّ الحقيقة التي تجلت بتسجيل ٣٪ فقط من ٧٧١ حالة من الأدوية المزيفة التي أبلغت عنها منظمة الصحة العالمية في إبريل - نيسان ١٩٩٧ تضم أدوية عشبية لتدل على هذا المستوى المنخفض من المراقبة أكثر من كونها مشعراً على أنَّ التأثيرات الضائرة للأدوية العشبية قليلة (٥٢م).

تحديد حاجات البحوث:

إنَّ التقرير السادس الصادر عن لجنة البحوث والتكنولوجيا لبيت اللوردات قد حدد عدداً من المشاكل المتعلقة ببحوث الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM في المملكة المتحدة. ويمكن الأخذ بها كتطبيق على مشاكل البحوث في هذا المجال بشكل عام. لقد وجدت اللجنة ضعفاً في البنية التحتية للبحوث واستنتجت بأنَّ ضعف البحوث كثيراً ما يكون بسبب عدم فهم دستور (أدبيات) البحوث وعدم وجود منهجيات سليمة راسخة، والموارد قصيرة الأمد، والأبحاث غير مرغوبة في تقييم الدلائل.

ويظهر الجدول ٨ خلاصة الحاجات الرئيسة في ضمان السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

الجدول ٨

الحاجات الأساسية لضمان السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM

على المستوى الوطني:

- تنظيم وتسجيل وطني للأدوية العشبية
- مراقبة السلامة للأدوية العشبية، ووسائل العلاج الأخرى في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM
- دعم البحوث السريرية حول استخدام الطب الشعبي، بقصد حل المشاكل الصحية الشائعة في الدولة
- وضع معايير وطنية ومنهجيات ودلائل تقنية لتقييم السلامة والنجاعة والجودة في استخدام الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM
- دستور للأدوية الوطنية ودراسة النباتات الطبية.

على المستوى العالمي:

- إتاحة المجال لإيجاد معلومات في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM من خلال تبادل المعلومات والعمل على الشبكات.
- نتائج مشتركة لأبحاث استخدام الطب الشعبي في معالجة الأمراض الشائعة والحالات الصحية.
- قواعد واضحة حول السلامة والنجاعة والجودة لمعالجات ومنتجات أدوية الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM

أولويات البحوث

- تأثيرات أي معالجة شخصية: النجاعة والسلامة والكلفة-الفعالية
- بحث حول آليات عمل المعالجات الشخصية، بما في ذلك نماذج الاستجابة للمعالجة.
- بحث حول أنماط الطب الشعبي، متضمناً البحوث الاجتماعية حول دافع تحري تطبيق الطب الشعبي التكميلي والبديل TM/CAM، ونماذج استخدام هذا الطب.
- بحث حول استراتيجية البحث الحديثة الحساسة لأساليب ونماذج الطب الشعبي.
- بحث حول نجاعة منهجيات التشخيص المستعملة.
- بحث حول تنفيذ وتأثيرات الطب الشعبي في مجالات الرعاية الصحية النوعية.

٢-٤ الإتاحة Access

لقد أظهرت الإحصائيات بشكل ساحق بأنّ دول العالم الأشد فقراً هم الأكثر حاجة لمعالجات ميسورة التكاليف وفعالة تجاه الأمراض السارية. فمن ١٠,٥ مليون طفل ماتوا عام ١٩٩٩، كان ٩٩٪ منهم من الدول النامية. وأكثر من ٥٠٪ من وفيات الأطفال في الدول النامية ترجع إلى أحد خمسة أمراض عدوائية.

وبشكل مشابه ٩٩٪ من مليوني وفاة تحدث سنوياً بالسُّل، نجدها في الدول النامية. و ٨٠٪ من ٣٠ مليون مصاب بالإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS حالياً يعيشون في الصحراء الأفريقية الدنيا (السفلى) (٥٣٦).

وفي الوقت ذاته، نجد

أنّ إتاحة الأدوية الكيميائية الأساسية الحديثة في حدوده الدنيا في حين يعاني معظم الناس من انتشار الأمراض السارية. والأسباب معروفة تماماً وتتضمن عدم الكفاية المالية ونقص إيتاء الرعاية الصحية. وفي الدول النامية يعتبر الطب الشعبي غير مكلف بالمقارنة مع غيره. ومن جهة أخرى فإنّ ممارسي الطب الشعبي موثوق بهم ومحترمين بشكل واسع في الرعاية الصحية، وليس بالضرورة الاعتراف بهم رسمياً.

إذا حاولنا الاقتراب من الطب الشعبي لزيادة تحسين الحالة الصحية في الدول النامية فيجب التوقف عندئذ لدراسة عدة مشاكل (الجدول ١٠).

أولاً يجب تحقيق مشعرات معيارية لقياس مستويات الإتاحة بدقة -سواء مالية أم جغرافية - لجعل الطب الشعبي TM متطوراً. ويجب الأخذ بعين الاعتبار البحوث الكمية للمساعدة في تحديد معيقات توسيع مجال الإتاحة.

ثانياً: يجب تعريف الأسلم والأكثر فعالية من معالجات الطب الشعبي، لتحقيق القواعد السليمة لدعم الحث على تطبيق الطب الشعبي. ويجب أن يكون التركيز على معالجة الأمراض الأكثر عبثاً على السكان الفقراء. وهذا يعني التركيز على تطوير الوقاية والمعالجة ضد الملاريا والإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS.

الجدول ١٠

الحاجات الرئيسة في زيادة التوافر وميسورية التكلفة في الطب الشعبي

على المستويين الوطني والعالمي:

- تعريف المنتجات والمعالجات الطبية الشعبية التكميلية والبديلة TM/CAM الأكثر سلامة وفعالية. ويتضمن ذلك: دليلاً على أنّ المعالجة فعالة، ودليلاً على أنّ المعالجة سليمة، ودليلاً على أنّ المعالجة فعالة بالنسبة للتكلفة.
- بحوث على سلامة وفعالية المعالجة بالطب الشعبي بالنسبة للأمراض التي تمثل عبثاً كبيراً خاصة بالنسبة للسكان الأكثر فقراً.
- الاعتراف بدور ممارسي الطب الشعبي في تحسين الرعاية الصحية في الدول النامية.
- تطوير وملاءمة مهارات ممارسي الطب الشعبي في الدول المتقدمة
- الحماية والمحافظة على العلوم المتعلقة بالطب الشعبي محلياً.
- الاستمرار في استنبات النباتات الطبية.

ومن الواضح أنّ التوجه نحو الطب الشعبي والفعال والسليم لا يعني استبدال برامج التوجه نحو إتاحة الطب الإخلافي، بل يجب توفير فرص أخرى لتحسين العلاقة بين ممارسي الطب الشعبي والإخلافي لتمكين المرضى من

٥-٢ الاستعمال المرشد

يتطلب كثير من البلدان فعاليات أكبر إلى حد بعيد فيما يتعلق ب: تأهيل وإجازة الممارسين، والاستخدام المناسب للمنتجات ذات الجودة المضمونة، العلاقات الجيدة بين ممارسي الطب الشعبي والطب الإخلافي والمرضى، والاستعداد المسبق بالمعلومات والإرشادات العامة الشعبية.

التعليم والتدريب

التحديات في هذا المجال مضاعفة على الأقل (الجدول ١١).

أولاً: يجب التأكد من أن تأهيل وتدريب الممارسين كافٍ.

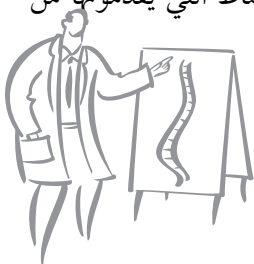
الجدول ١١

الحاجات الأساسية في الحث على الاستعمال السليم من قبل الممارسين والمستفيدين

على المستوى الوطني:

- دلائل تدريبية إرشادية حول معظم العلاجات الطبية الشعبية البديلة والتكميلية TM/CAM الأكثر شيوعاً.
- دعم وزيادة منظمات ممارسي الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.
- تقوية التعاون بين ممارسي الطب الشعبي وممارسي الطب الإخلافي.
- تأمين معلومات مؤكدة حول الاستخدام الصحيح لمعالجات الطب الشعبي ومنتجاته للمستفيدين.
- تحسين الاتصالات بين ممارسي الطب الإخلافي ومرضاهم فيما يتعلق باستخدام هؤلاء المرضى للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

ثانياً: استخدام التدريب للتأكد بأن ممارسي الطب الشعبي وممارسي الطب الإخلافي يعون ويدركون تكاملية الأنماط التي يقدمونها من الرعاية الصحية.



يشمل الأول تأسيس أنظمة الفحوص والإجازة حيث كان ذلك ممكناً، للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM. ثم التشريع أو التقنين

اكتساب كلتا المعالجين وتأمين حاجاتهم المثلى. وهذه هي الحالة في كل مكان (وكذلك بالتالي تطبيق الطب الشعبي التكميلي والبديل CAM). ولكنها وثيقة الصلة بشكل خاص في بعض المناطق بالوصول إلى الطب الإخلافي. ولحسن الحظ في هذه المناطق نجد أن ممارسي الطب الشعبي يحظون بالثقة والاحترام. وإن العمل بهذه الممارسات يمكنه أن يسهل التوزيع الفعال للرسائل الصحية الهامة إلى المجتمعات. كما يحث على الممارسات الطبية الشعبية المأمونة.

وإذا كان التوجه في جعل زيادة الطب الشعبي مستمرة فيجب رفق الموارد الطبيعية التي يعتمد عليها أساساً. فالمواد الخام في الأدوية الطبية الشعبية - كمثال - كثيراً ما تجنى من جمهرتها (تجمعاتها) النباتية البرية. فالحصار الجائر نتيجة الاستعمال المحلي الشديد أو نتيجة حاجات التصدير هي مشكلة متزايدة.

في شرق وجنوب أفريقيا، أصبح دعم وجود جذور البطاطا الأفريقية Hypoxis hemerocallidea (كانت تدعى سابقاً H. rooperi) مهدداً، نتيجة ازدياد شعبيتها لاستخدامها في معالجة المصابين بالإيدز/ HIV/AIDS مما عزز زيادة الطلب عليها^(٣١م).

وحيث أن الغالبية العظمى لمراد هذه النباتات وأشباهاها من الأنواع الحيوية المختلفة ناشئة في الدول النامية ذات القدرة الضعيفة على حمايتها، فيجب حلّ مثل هذه المشاكل حلاً ملحاً.

وإنّ عدم حلّ هذه المواضيع الفكرية يمثل مشكلة أخرى في معالجة الموضوع. بينما يمثل البحث في الطب الشعبي أمراً أساسياً لضمان تحقيق السلامة وفعالية المعالجات. وإنّ معرفة ممارسي الطب الشعبي المحلية ومنتجاته المكتسبة من قبل الباحثين يمكن أن تكون مصدراً لمنافع مادية للشركات ومعاهد البحوث. وبشكل متزايد يبدو أنّ معارف الطب الشعبي تبدو متناسبة ومتسقة ومصونة ببراءة من قبل العلماء والمصانع سواء بمعاوضة أو بدون معاوضة للمؤتمن عليها وبدون موافقة مستنيرة^(١٧م).

(وضع القوانين الناظمة) ولذلك فلا يسمح بممارسة الطب الشعبي ولا بيع منتجاته إلا لمن كان مرخصاً أو مؤهلاً.

وأما الثاني فيتطلب تعديل برامج التدريب لممارسي الطب الشعبي ليشمل العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية والصحة العامة، والضمان الدوائي، والدرجات الصحية الطبية والعمومية متضمنة مكونات الطب الشعبي.

الاستعمال المناسب للأدوية المضمونة الجودة:

إنَّ الاستعمال المناسب للأدوية المضمونة الجودة يمكنه أن ينقص من الاختطارات المرتبطة بمنتجات الطب الشعبي كالأدوية العشبية، ومع ذلك فإنَّ تنظيم وتسجيل الأدوية العشبية لم يتطور في كثير من البلدان. فالمنتجات قد تكون ملوثة، أو مختلفة المحتوى بشكل كبير، وكذلك جودتها ومأمونيتها. فالثوم مثلاً كثيراً ما يُطلب لخصائصه الخافضة للكوليسترول، لكنه قد يفشل في ذلك إذا ما عولج بطرق معينة (٥٤م).



وفي الوقت ذاته فإنَّ معايير ضبط وضع التوسيمات (اللصاقات) والإعلان حول الأدوية العشبية قليلة جداً.

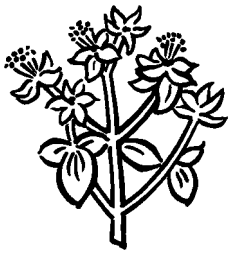
والأكثر من ذلك أنَّ الكثير منها

يباع بلا وصفات طبية أو كدواعم تغذوية، مع نصائح قليلة حول استخدامها المناسب. ولذلك فالمستهلكون قد يجهلون التأثيرات الجانبية الكامنة فيها. وكيف ومتى يمكن أخذ الأدوية العشبية بسلام. وبعكس هذه الوضعية فقد نحتاج إلى ضوابط أكثر تشدداً حول منتجات الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، وأكثر جهداً لتثقيف العامة في هذا المجال.

الإعلام والاتصالات:

يزداد استعمال الطب الشعبي بسرعة إلا أنَّ إدراك خطاطره وكيفية تجنب هذه الاختطارات لم يواكب هذه السرعة، ولذلك قد لا يدرك المستهلكون أهمية تحري المعالجة عند المؤهلين

المناسبين فقط والممارسين المدربين. ولماذا عليهم تحري التحذيرات عند استخدام منتجات الطب الشعبي. وليس مفهوماً بشكل شائع - كمثال - أنَّ هناك تأثيرات جانبية قد تتلو التفاعل بين الأدوية العشبية والأدوية الكيميائية وخصائص خاصة به - كمثال - فإنَّ الجنسنغ له تأثيرات جانبية خطيرة، وإذا ما أشرك مع الوارفارين فإنَّ اختطار فعاليته في تضاد الصفائح تزداد ويسبب تضاداً مفرطاً للتخثر (٥٥م). وبشكل مشابه فإنَّ استعمال عشبة القديس جون كمضاد للاكتئاب حسبما تبين مع المقارنة بالإيميرامين المضاد للاكتئاب، ولكن إذا أخذت هذه العشبة من قبل أشخاص يستعملون مركب إندينافير indinavir، وهو مثبط بروتياز فيروس HIV، فإنَّ مستويات هذا الدواء في الدم تنقص دون المستوى المطلوب لإحصار تضاعف فيروس HIV (٥٦م، ٥٧).



وبدون معرفة إمكانية مثل هذه المشعرات قد يفشل المرضى في إعلام أطبائهم الإخلافيين عن الأدوية العشبية التي يستعملونها، كما قد يفشل الأطباء الإخلافيون سؤال مرضاهم عن الأدوية العشبية التي يستعملونها.

في الولايات المتحدة الأمريكية في عامي ١٩٩٠ و١٩٩٧ فإنَّ أقل من ٤٠٪ من الأدوية العشبية المستخدمة معلومة لدى الأطباء (١٣م). وفي الوقت ذاته فإنَّ الأطباء الإخلافيين والمرمضات والصيادلة قد يأخذون معلوماتهم من مصادر شعبية عامة وقد لا يتلقون تدريباً حول الطب الشعبي البديل والتكميلي CAM، ولذلك قد لا يكونون قادرين على إجابة تساؤلات مرضاهم حول خيارات المعالجة بالطب الشعبي.

بوساطة استراتيجية المعلومات والتعليم والاتصالات قد تنغلب على كثير من هذه المشكلات، ونثير الانتباه حول المنافع الكامنة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

الثالث

الفصل

الدور الحالي لمنظمة الصحة العالمية

ويشمل ذلك مساعدة الدول الأعضاء لتطوير السياسة الوطنية والتنظيمات، وتسهيل تبادل المعلومات الإقليمية في هذا الموضوع، ودعم الجهود لتحقيق سلامة المنتجات، وتوفير الموارد البشرية المؤهلة والمدربة.

أفريقيا

كما ذكر في الفصل الثاني فإن اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية في أفريقيا قد تبنت حلاً عام ٢٠٠٠، في الحث على دور الطب الشعبي في أنظمة الصحة، ودعي «استراتيجية إقليم أفريقيا»^(٢٢).

واعترف الحلُّ بأهمية دور الطب الشعبي في تحقيق مبدأ الصحة للجميع في إقليم أفريقيا. ونصح بتسريع إنتاج المنتجات المحلية من الأدوية الشعبية. وألح الحلُّ بإصرار على الدول الأعضاء بترجمة الاستراتيجية إلى سياسات طبية شعبية واقعية حقيقية، وتضمينها في التشريعات والخطة المقررة في التداخلات النوعية على المستوى الوطني والمحلي. والتعاون مع جميع المشاركين في تنفيذها وتقييمها. وقد أصبحت النتائج ملموسة في الوقت الحاضر نتيجة تطوير هذه الاستراتيجية، وتشمل تنظيم شبكات قانونية للطب الشعبي في ١٦ دولة أفريقية.

في الأمريكيتين:

في عام ١٩٩٩ قام المكتب الإقليمي الأمريكي AMRO بتشكيل مجموعة عمل لتقييم الوضع، واستخدام الطب الشعبي في إقليمها (متضمنة السياسة الوطنية والتنظيم)، واعتزم إجراء

إن أهداف منظمة الصحة العالمية الرئيسة وفي الوقت الحالي تقوم على دعم برامج تطوير الطب الشعبي ووضع معياريتها. ولذلك يمكن للدول الأعضاء:

◀ تطوير الطب الشعبي فيها حسب ما يناسبها وجعله متكاملًا (مدمجًا) مع أنظمة الرعاية الصحية.

◀ تحقيق ضمان مناسب للسلامة والاستعمال الفعال للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

وعليها أن تبحث عن:

◀ زيادة الإتاحة: بين الدول الأعضاء، والاتصال بين الجماعات العلمية والعامّة لإيصال المعلومات الدقيقة حول الطب الشعبي. وإنَّ بعض إنجازات وفعاليات منظمة الصحة العالمية الهادفة إلى التواء هذه العناصر قد أدرجت في الأسفل.

وحول الشروع بفعاليات الطب الشعبي فإنَّ المنظمة لا تعمل مع الدول الأعضاء والمنظمات الوطنية والدولية والهيئات الإقليمية فحسب بل من خلال شبكة المراكز المتعاونة مع المنظمة.

١-٣ تطوير الطب الشعبي وجعله مدمجًا (متكاملًا) مع أنظمة الرعاية الصحية الوطنية

إنَّ منظمة الصحة العالمية فعالة بشكل خاص في دعم تطوير الطب الشعبي TM في أفريقيا، وجنوب شرق آسيا، وغرب المحيط الهادئ،

لقائين (مؤتمرين) حول تنظيم الأدوية العشبية، والبحث في الطب المحلي. ولقد نُظِم المؤتمر الإقليمي حول الأشكال التنظيمية للمنتجات العشبية بوساطة مراكز المنظمة الرئيسة والمكتب الإقليمي الأمريكي AMRO وانعقد عام ٢٠٠٠، وكانت المواضيع التحليلية متعلقة بالسياسة الوطنية والاقتصاديات، وتنظيم وتسجيل المنتجات العشبية. وبالإضافة إلى ذلك تتجه المنظمة المساعدة على تأمين سلامة ونجاعة الأدوية الطبية الشعبية حيثما أدخلت، وترسخ تبني اقتراح تسجيل المنتجات العشبية. ويسهل هذا الأخير تكاملاً أكبر للطب الشعبي ضمن أنظمة الرعاية الصحية الوطنية في الأمريكيتين.

إنَّ تنظيم وتسجيل الأدوية العشبية قد ترسخ بشكل خاص في: بوليفيا، شيلي، كولومبيا، كوستاريكا، إيكوادور، هندوراس وغواتيمالا، والمكسيك وبيرو، وفنزويلاً. وأما المؤتمر الثاني لبحث الطب الواطن أو المحلي فقد عقد في آذار ٢٠٠١ في غواتيمالا.

{ لقد اعترف صانعو السياسة الصحية في شتى أنحاء العالم بأن الطب الشعبي واستخدام النباتات الطبية العشبية يستمر في تشكيل جزء قوي من ثقافة الدولة وتاريخها ومعتقداتها (٥٨٤). }

أوروبا:

أكثر من ١٢ دولة أوروبية غربية قد أكدت أو راجعت تنظيماتها حول الأدوية العشبية بالتنسيق مع دلائل منظمة الصحة العالمية في تقييم الأدوية العشبية. وتلعب المنظمة دوراً متزايداً في إرشاد الدول الأوروبية حول تنظيم الطب الشعبي التكميلي TM/CAM وكيف يتم تقييم سلامته ونجاعته.

جنوب شرق آسيا

يطبق الطب الشعبي TM بشكل واسع ومحترم في جنوب شرق آسيا، وفي عام ١٩٩٨ في مؤتمر وزارات الصحة في جنوب شرق آسيا

بينوا ناصحين بأنَّ هذا «التراث الغني» مورد مهم ويجب استخدامه بشكل أكثر فاعلية عند تنفيذ الرعاية الصحية الأولية في بلدان المنطقة. وكاستجابة لذلك، نظم المكتب الإقليمي لإقليم جنوب شرق آسيا SEARO مشاوراً إقليمياً حول تطوير الطب الشعبي وذلك في السنة التالية. ولقد ركزت المشاورة على تقوية برامج الطب الشعبي TM الوطنية. ودور الخبرات في الطب الشعبي لتحسين أنظمة المناطق الصحية. وبالإضافة إلى ذلك تمت المشاركة بالمعلومات حول السياسة الوطنية وتنظيمات الطب الشعبي. واستمر المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا SEARO بفاعلية في دعم دول مستقلة بجهودها لتطوير السياسة الوطنية في الطب الشعبي ودمج هذا الطب بأنظمة الرعاية الصحية الوطنية.

وبشكل خاص دعمت منظمة الصحة العالمية قسم الأنظمة الهندية للطب والمعالجات المثلية الذي رُسِّخ ضمن وزارة الصحة الهندية والخدمات الاجتماعية العائلية عام ١٩٩٥. وخلال عامي ١٩٩٨ – ١٩٩٩ زاد القسم جهوده لوضع معايير والحث على ضوابط الجودة للطب الهندوسي الهندي واليوناني وطب سيدها siddha، وطب المعالجات المثلية. وكذلك أتم إنجاز دلائل ممارسة صناعية جيدة عن الطب الهندوسي الهندي، والحث على نشر معلومات الطب الشعبي TM في الهند.

غرب المحيط الهادئ

في غرب المحيط الهادئ توجد تركة غنية من الطب الشعبي، وهي ذات دول عظيمة التلاؤم. وفي مؤتمرات عامي ١٩٩٧ و١٩٩٩ كرر المشاركون دعمهم الكامل للتطبيق والتطوير الواسعين للطب الشعبي من ضمن الجهود المبذولة لتحسين الحالة الصحية.

إنَّ المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ WPRO لا يدعم دول المنطقة فقط في وضع مسودات سياسة الطب الشعبي TM وتنظيماته بل يُسهِّل تكامل الطب الشعبي (دمجه) في أنظمة الخدمات الصحية.

فمثلاً ساعدت منظمة الصحة العالمية في وضع مسودة تشريعات وُقِّعت في ٨ أكتوبر - تشرين أول - عام ١٩٩٧ فأنشئ بموجبها المعهد الفلبيني للرعاية الصحية بالطب التكميلي والبديل. وساعدت بابواغينيا الجديدة في تحضير سياسة الطب الشعبي الوطنية التي أشركت في الخطة الصحية للدولة بين عامي ٢٠٠١-٢٠١٠. هذه السياسة التي أعطت للطب الشعبي الأولوية العليا.

وفي سنغافورا، اجتازت فعاليات ممارسي الطب الشعبي الصيني - بتقديم عدة توصيات من قبل المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ WPRO حول تنظيم الممارسين - البرلمان عام ٢٠٠٠ (صدق عليها البرلمان)

{لقد أصبحت رغبة حكومات دول منطقة منظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ تزداد أكثر فأكثر في الحث على استعمال الطب الشعبي بشكل خاص، ووضعها ضمن أنظمة الخدمات الصحية الرسمية، إذ يوجد الآن ١٤ دولة ومنطقة في الإقليم أصدرت جميعها مستندات حكومية رسمية اعترفت بالطب الشعبي وممارسته. على عكس السنوات القليلة الماضية حيث كان هناك أربع دول فقط (الصين واليابان، وجمهورية كوريا، وفيتنام) تعترف رسمياً بدور الطب الشعبي ضمن أنظمة الرعاية الصحية الرسمية}{(٥٩٥).

أثناء ذلك، أجريت دورات courses بتفرغ كامل منحت شهادات علمية حول الطب الشعبي في جامعات أستراليا، الصين، هونغ كونغ (الصين)، اليابان، جمهورية كوريا، فيتنام وقد استفاد كثير منها من الخبرات المتوفرة في إقليم غرب المحيط الهادئ WPRO.

وتضمنت الفعاليات الأخرى للمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ WPRO، في عام ١٩٩٧ إصدار دلائل إرشادية عن الاستعمال المناسب لطب الأعشاب لحث دول الإقليم

على الاستعمال المناسب لطب الأعشاب. ويمكن أن تستعمل هذه الدلائل للمساعدة على إعادة صياغة سياسات وبرامج طب الأعشاب.

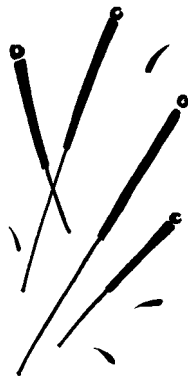
ولقد أصبح إنشاء وتنفيذ سياسات الطب الشعبي الوطنية شيئاً فشيئاً من اهتمامات المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ WPRO.

في عام ١٩٩٩، قامت حلقة عملية لورشة عمل في منظمة الصحة العالمية لتطوير سياسات الطب الشعبي الوطنية بمراجعة دور الطب الشعبي في غرب المحيط الهادئ وحددت مشاكل وضع مسودة سياسات الحكومة المتعلقة بالموضوع.

في نهاية عام ١٩٩٩، تحرت مشاورات منظمة الصحة حول الطب الشعبي والطب الإخلافي وكيف يمكن التنسيق بين نمطي الرعاية الصحية لبلوغ الأثر الصحي الأعظمي. وفي عام ٢٠٠٠ وضعت ورشة العمل الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لممارسات الطب الشعبي مسودة خطة عمل لتطبيق الطب الشعبي في ٢٠ جزيرة من جزر المحيط الهادئ.

٢-٣ ضمان استعمال الطب الشعبي بشكل مناسب وسليم وفعال

كثيراً ما تنشأ معالجات الطب الشعبي ضمن بيئة ثقافية نوعية جداً، والآن وبشكل متزايد تنتقل إلى أوساط بيئية أخرى، وهذا ما يرفع من قضايا السلامة والنجاعة. فمثلاً لتساءل: هل تطبق المعالجات المنقولة بدرجة التدريب والمهارة والمعرفة ذاتها التي نشأت فيها وجاءت منها؟



ولنأخذ وخز الإبر كحالة في هذه المسألة. الآن يمارس وخز الإبر بشكل واسع في كثير من الدول غير الصين (بلد منشئه)، ومن المحتمل أن الوخز بالإبر قد أصبح أكثر معالجات الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM



تجرى في معهد
البحوث الطبية في
كينيا، ومركز غانا
الوطني للبحوث
العلمية في الطب
النباتي، ومعهد نيجيريا
الوطني للبحوث الدوائية وتطورها. ويتبع
البحث الدلائل العامة لمنظمة الصحة العالمية
لمنهجيات بحوث الطب الشعبي وتقييمه.

التعاون مع المنظمات الأخرى:

تعمل منظمة الصحة العالمية على الاستعمال
المناسب والمأمون والفعال لفوائد الطب الشعبي
البديل والتكميلي TM/CAM من المدخل التقني
لعدد من المنظمات، سواء كان وطنياً أو دولياً.
فالمرکز الوطني للطب الشعبي البديل والتكميلي
NCCAM في الولايات المتحدة الأمريكية قد
صمم مركزاً تعاونياً مع منظمة الصحة العالمية
للطب الشعبي عام ١٩٩٦، وهو لا يدعم فقط
بالملاحظات التقنية وأفروودات (الدراسات العلمية
المختصرة) منظمة الصحة العالمية WHO حول
النباتات الطبية الانتقائية، والدلائل الإرشادية
ومأمونية وخز الإبر، بل تدعم مالياً تطوير الوثائق
والمستندات كالدلائل الإرشادية العامة حول
منهجيات بحوث الطب الشعبي وتقييمه.

على المستوى الأوروبي تم التعاون مع مجموعة
العمل الخاصة المنبثقة عن الوكالة الأوروبية
لتقييم المنتجات العشبية EMEA's حول
المنتجات الطبية العشبية. وقد تعاونت المجموعة
في تحضير أفروودات منظمة الصحة العالمية
WHO حول النباتات الطبية الانتقائية،
والدلائل الإرشادية العامة حول منهجيات
بحوث الطب الشعبي وتقييمه، والدلائل
الإرشادية حول تقييم طب الأعشاب.

وكتيجة لذلك تشجعت الدول الأوروبية أكثر
في استخدام المستندات التقنية لمنظمة الصحة
العالمية حول الطب الشعبي البديل والتكميلي
TM/CAM. وتعمل WHO مع المراكز المتعاونة
معها في مجال الطب الشعبي لتنفيذ فعاليات
وطنية ودولية وإقليمية. (هناك لائحة كاملة

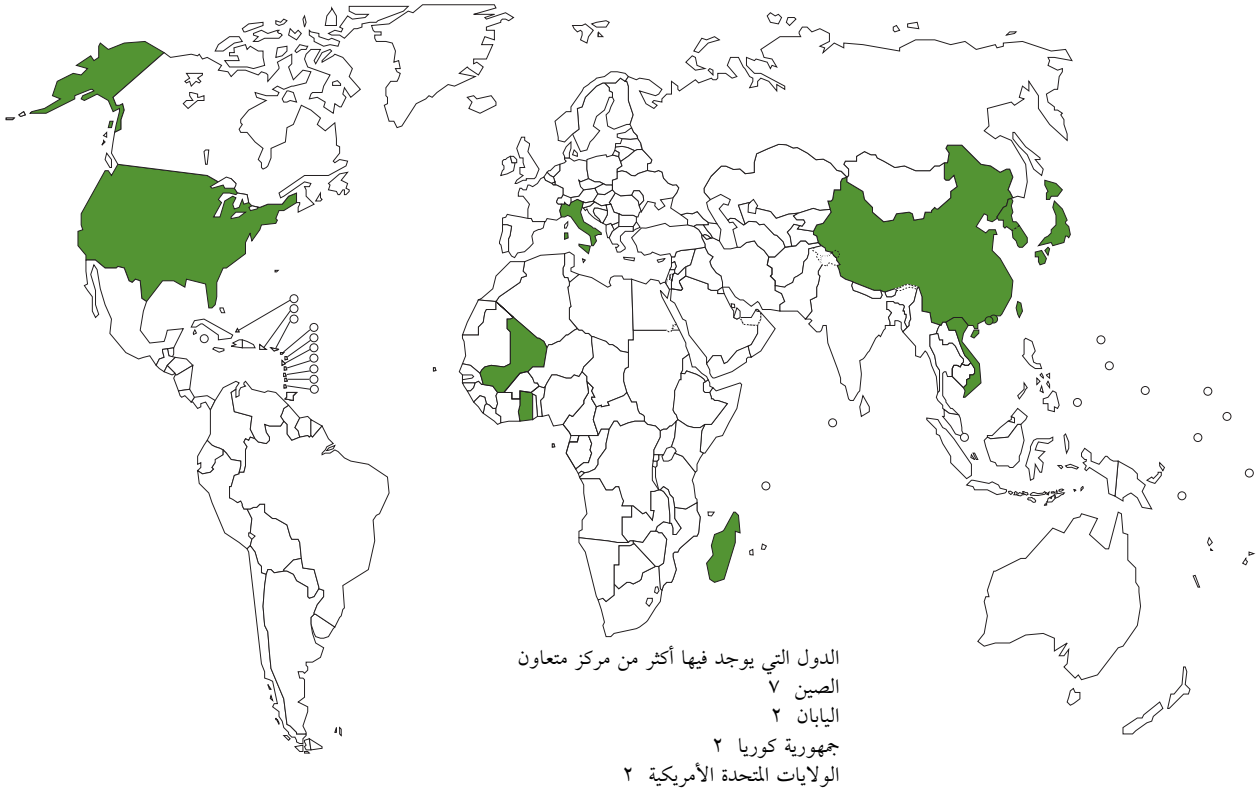
شعبية (شيوعاً) في العالم. ووفقاً لذلك عملت
منظمة الصحة العالمية مع خبرات وخز الإبر
بقصد توحيد التسميات الدولية. وقد أصبح
ذلك مقبولاً بشكل واسع في الوقت الحاضر.

وكذلك طورت منظمة الصحة دلائل إرشادية
حول التدريب الأساسي والسلامة في وخز
الإبر، ودلائل إرشادية حول البحوث السريرية
على وخز الإبر. ولقد شجعت هذه الدلائل
السلطات الصحية الوطنية بشكل قوي لتنظيم
ممارسة وخز الإبر وبحوثه.

وينطبق على ذلك ما يتعلق بمنتجات الطب
الشعبي، خاصة الأدوية العشبية، فهي قيد
التجارة بين الأقاليم وعلى المستوى الدولي،
ويهتم الكثير من السلطات الصحية فيما إذا كان
استعمالها مَرشداً ومأموناً خاصة في حالة فقدان
التنظيمات الخاصة بها، وعدم ضمان جودتها
ومأمونيتها. وقد استجابت منظمة الصحة
بإنتاج مستندات مرجعية مثل: «طرق ضبط
الجودة للأدوية الطبية العشبية»، ليس فقط
لتسهيل العمل التقني الضابط لترخيص وتنظيم
الأدوية بل لتشجيع الدول على مراقبة ضبط
الجودة للأدوية العشبية.

أدوات منظمة الصحة العالمية WHO ومساعداتها:

لقد أسست معاهد الطب الشعبي الوطنية في
معظم الدول النامية، كالصين وجمهورية
كوريا الشعبية الديمقراطية وغانا والهند
وأندونيسيا وجمهورية لاو الديمقراطية
الشعبية وجمهورية مالي ومدغشقر ونيجيريا
وجمهورية كوريا وسيريلانكا وتايلاند
وفيتنام. ولا تقدم منظمة الصحة العالمية
الدلائل الإرشادية والمعلومات العلمية
فحسب لدعم البحوث بل تقدم مُنحاً لدعم
الدراسات التي تجرى حول مأمونية ونجاعة
استخدام الطب الشعبي البديل والتكميلي
TM/CAM. وفي أفريقيا تدعم المنظمة إجمالي
٢١ دولة في بحوثها حول معالجات الطب
الشعبي. فمثلاً تدعم بمنح بحثية للبحوث
السريرية حول مضادات الملاريا العشبية التي



مرجعية مرخصة مثلاً حول الأعشاب الطبية،
 ودليل إرشادي حول السياسة الوطنية والتدريب
 الجيد وانتقاء واستخدام المعالجات. (الملحق
 ٢). هذا وتسهل المنظمة بشكل متزايد
 تبادل المعلومات.

المعلومات المعتمدة (الرسمية الموثوقة)

إنَّ أفراد منظمة الصحة العالمية WHO
 Monographs حول نباتات طبية انتقائية قد
 قدمت معلومات علمية حول سلامة ونجاعة
 وضبط الجودة لنباتات طبية واسعة الاستعمال.
 ويشمل ذلك: مختصرات وجيزة حول الملامح
 النباتية الدوائية لنباتات طبية، ولوائح جدولية
 للمكونات الكيميائية الرئيسة للنباتات،
 وتعليمات عن كيفية ضمان ضبط الجودة للمواد
 العشبية المشتقة من النباتات. كما تلخص
 الأفراد الاستعمالات الطبية في ثلاثة زمر:
 علم الأدوية، علم الجرعات، موانع الاستعمال
 وتحذيرات من التفاعلات الضائرة الكامنة.
 وهي من المراجع الهامة للمصادر الصحية

بأسماء المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية
 WHO في الملحق (١)، وقد وافقت هذه المراكز
 المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية WHO في
 مجال الطب الشعبي أن تحث على تطبيق الطب
 الشعبي الوطني عبر بحوثهم وبرامجهم
 التدريبية (الشكل ١٢). كما وافقوا على
 تشجيع الملاحظات الفنية والمعلومات لدعم
 تطوير الدلائل الإرشادية التقنية لمنظمة الصحة
 العالمية WHO ومستنداتها. ودعم التدريب
 بحسب طلب منظمة الصحة من الخبرات في
 الوخز بالإبر، ومهارات البحوث لتحري
 مأمونية ونجاعة الأدوية العشبية.

٣-٣ زيادة إتاحة المعلومات حول الطب الشعبي البديل والتكميلي : TM/CAM

مع ١٩١ دولة عضو مشمولة في مجال فعاليات
 الطب الشعبي والوصول المباشر للخبرة في
 مجالات شتى من الطب الشعبي، شرعت
 المنظمة في زيادة إتاحة المعلومات الدقيقة حول
 الطب الشعبي TM. ويشمل ذلك إنتاج أعمال

الوطنية، العلماء وشركات الأدوية، كما تستعمل لسواد الناس لإرشادهم إلى الاستعمال المرشّد للأدوية العشبية.

بالإضافة إلى ذلك فإنّ الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO المختلفة مثل بنين Binin والمكسيك وجنوب أفريقيا وفيتنام قد استعملوا الأفروادات كنموذج حتى طوروا أفرواداتهم الوطنية الخاصة (صيغهم أو وصفاتهم...).

الجزء الأول نصحت به الوكالة الأوروبية دولها الأعضاء كمرجع موثوق. ومع أنّ كامل المسؤولية حول محتوى وإنتاج الأفروادة يتوقف على منظمة الصحة العالمية WHO، إلاّ أنها بلا شك تمثل جهداً تعاونياً معززاً بالدقة والموثوقية.

وحتى اليوم، أكثر من ٢٠٠ خبير بالإضافة إلى رعييل من الخبراء المستشارين في المنظمة بالطب الشعبي، وأكثر من ٥٠ مصدراً تنظيمياً دوائياً وطنياً، قد اشتركوا في تحضيرها. وقد طبع الجزء الأول من الأفروادة عام ١٩٩٩، ووزع بشكل واسع منذ ذلك الوقت. وطبع الجزء الثاني عام ٢٠٠١، وأنجز الجزء الثالث في نهاية ٢٠٠١.

الأحوال الحلات التنظيمية للأدوية العشبية

قد تمت مراجعته عالمياً وبشكل واسع وكانت أيضاً بجهود تعاونية، بين منظمة الصحة العالمية WHO وكثير من الدول الأعضاء. وتم التزويد بالمعلومات من قبل ٥٠ دولة وذلك حول تنظيم الأدوية العشبية، ويخدم هذا المرجع كمرشد للمراجع الصحية الموثوقة في دول أخرى، وهو يساهم الآن بتطوير أنظمتها لتنظيم وتسجيل أدويتها العشبية. كما وجدت معاهد البحوث والمصانع الدوائية المرجع المساعد لها.

وهناك مرجع هام آخر هو: طرق ضبط الجودة للمواد العشبية الطبية Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials قد أنتج حديثاً في منظمة الصحة العالمية WHO.

تسهيل تبادل المعلومات:

بالإضافة إلى إنتاج مطبوعاتها ومستنداتها الجاهزة المتوفرة الواسعة، فإنّ WHO تسهل

أيضاً تبادل المعلومات عبر مراكزها التعاونية حول الطب الشعبي. وإنّ التساؤلات التي تم استقبالها من السلطات الوطنية والعلماء والجمهور قد أجيب عليها من قبل هذه المراكز التعاونية مع منظمة الصحة العالمية WHO.

إنّ المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية WHO للطب الشعبي في كلية الصيدلة لجامعة إلينويز Illinois في شيكاغو يمتلك قاعدة بيانات للنباتات الطبية ذات معلومات مرمزة حول المنتجات الطبيعية وتحتوي على ١٥٠٧٥٠ مرجعاً. وتضم قاعدة البيانات هذه مراجع تتعلق بالطب الإثني ethnomedicine، وفارماكولوجيا خلاصات ومركبات نقية، وكيمياء نباتية.

الجدول ١٢

تبادل المعلومات عبر المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية WHO للطب الشعبي في كلية الصيدلة في جامعة إلينويز في شيكاغو

عدد المقرات الرئيسية منظمة WHO أو المكتب الإقليمي	عدد الأسئلة المستقبلة	عدد المراجع الداعمة في الإجابة
المقرات الرئيسية	١٧١	١٧٣٩٦
المكتب الإقليمي لأفريقيا	١٧٥٩	٣١٢٣٨
المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط	٢٨	١٧٨٤
المكتب الإقليمي للأمريكيتين/ منظمة الصحة لعموم أمريكا	٥١٣٥	١٣١٧٦٠
المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا	٢٨٠١	١٧٩١١٣
المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ	٢٨٨	٤٦٥٤٩

منذ عام ١٩٩٤ قدم المركز مساعدة مهمة في إعداد مسودة الأجزاء الثلاثة لأفروادة منظمة الصحة العالمية حول النباتات الطبية الانتقائية، كما قدم معلومات مجانية للدول النامية.

وفي عام ٢٠٠٠ أجاب على ١٠١٨٢ سؤالاً تم تلقيها من الدول النامية عن طريق المقر الرئيسي للمنظمة ومكاتبها الإقليمية. وقد زوّد بـ ٤٠٧٨٤٠ مرجعاً. (الجدول ١٢).

أخيراً وليس آخراً، هناك مواقع على الشبكة للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM قد أسست في مراكز المنظمة الرئيسة والمكاتب الإقليمية للتزويد بالمعلومات حول السياسات الوطنية في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM والتنظيم الإداري وحول ممارسات واستخدام الطب الشعبي، ومعطيات بحثية حول سلامة ونجاعة واستخدام المعالجات الطبية الشعبية.



بالإضافة إلى ذلك فإنّ المراكز المتعاونة مع المنظمة في الصين حول الطب الشعبي (معهد المعلومات والعلوم السريرية، أكاديمية الصين للطب الشعبي الصيني، بكين)، وجمهورية كوريا (معهد بحوث المنتجات الطبيعية، الجامعة الوطنية لسيول)، وفي الولايات المتحدة الأمريكية (المركز الوطني للطب التكميلي والبديل، معهد الصحة، بيتسدا، ميريلاند) كذلك لديها قواعد بيانات للمعلومات حول الطب الشعبي والتكميلي والبديل والتي تلعب دوراً مهماً وأضحاً في التزويد بالمعلومات لكلا المقدمين والشعب.

الموارد الدولية والوطنية للطب الشعبي

بقوة في حزيران ١٩٧٥، وتمتلك الآن عضوية ١٢٥ دولة. وتعمل هذه الدول على حظر الاستثمار التجاري وفق لائحة متفق عليها من الأنواع المعرضة للخطر من النباتات والحيوانات. وتنظيم ومراقبة التجارة في الدول الأخرى بحيث تصبح غير معرضة للخطر. وتدار سكريتارية المعاهدة بوساطة برنامج البيئة للأمم المتحدة وتساعد الدول في تطبيق المعاهدة CITES. بإجراء مناقشات حول التدابير المسبقة والتوصيات التنفيذية. وتشغل السكريتارية أيضاً مشاريع للمساعدة في تحسين الإنجاز (الأداء)، كتدريب حلقات البحوث. وفحص حالات التخصص في المهنة (الحرفة) للتأكد بأن استماراتهم تبقى ضمن الحدود المدعومة.

إن تكليف ومهمة منظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة FAO (<http://www.fao.org/>) هو رفع مستويات التغذية وأساسيات الحياة، وتحسين المنتجات الزراعية، وتحسين وضع السكان الريفيين.

إن الأولوية النوعية للمنظمة هي تشجيع واستمرارية تطوير الزراعة والأرياف. متضمنة استراتيجية طويلة الأمد للمحافظة على الموارد الطبيعية وتدير صيانتها.

منذ عام ١٩٨٠، أنتج قسم الحراج في منظمة الأغذية والزراعة FAO Food and Agriculture Organization مستندات حول المنتجات الحراجية اللاخشبية – ويتضمن بعضها النباتات الطبية – مع معلومات حول السياسات الوطنية وطرق المحافظة عليها وأبحاث متعلقة

إن تضخيم كامن (قدرة) الطب الشعبي لتحسين الحالة الصحية في مختلف أنحاء العالم مهمة عظيمة تغطي مجالاً واسعاً من الفعاليات وتتطلب خبرات من أنماط كثيرة. ولحسن الحظ فإن عدد المنظمات التي تعمل في مواضيع الطب الشعبي والتي يمكن لمنظمة الصحة العالمية WHO أن تطلب مساعدتها هي في تزايد ونمو.

{إن اعتراف الحكومات بأهمية الطب الشعبي من أجل صحة الشعوب في الإقليم وخلق بيئة مناسبة وهو الأساس لجعل الطب الشعبي مناسباً للاستخدام. والمطلوب التزام سياسي مستمر ودعم من قبل صانعي القرار السياسي وممارسي الطب الشعبي والمنظمات اللاحكومية NGOs، والجمعيات المهنية والمجتمع ومعاهد التعليم والتدريب، والآخرين ممن يبدهم الحل والربط من خلال الحملات الإعلامية واستعمال التسويق الاجتماعي وطرق التشارك} (٢٤).

ولقد وصفت بعض هذه المنظمات في الأسفل. وقد اتخذت الاجراءات الضرورية للتعاون بين هذه المنظمات ومنظمة الصحة العالمية.

٤-١ وكالات الأمم المتحدة

معاهدة التجارة الدولية للأنواع المعرضة للخطر من النباتات والحيوانات (CITES) <http://www.cites.org/index.html> قد أدخلت

بها مع فعاليات مختلفة. وقد تعاونت منظمة الأغذية والزراعة مع منظمة الصحة العالمية في آخر أفروداها Monographs حول النباتات الطبية الانتقائية بتزويدها ببيانات البحث .

إنَّ الأهداف الرئيسة لمؤتمر الأمم المتحدة حول التجارة والتنمية United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) (<http://www.unctad.org>) تتمثل في زيادة فرص الدول النامية في التطوير، ومساعدتها في مجابهة التحديات الناجمة عن العولمة. وإنَّ كثيراً من منتجات العالم تعتمد على المعرفة التقليدية وتمثل موارد رئيسة في المدخول والغذاء والرعاية الصحية. وإنَّ معظم الموارد النباتية الوراثية والأشكال الأخرى الحيوية والمختلفة تنشأ أو تتكاثر في الدول النامية. ولذلك حرصت واهتمت منظمة مؤتمر الأمم المتحدة حول التجارة والتنمية UNCTAD بالحماية والحفاظ على المعارف التقليدية الشعبية. وقد تجاوزت حالياً وبينت بأنَّ معارف الطب الشعبي في هذا الوقت قد وُضِعَتْ في غير موضعها المناسب. وإنَّ التعاون بين مؤتمر الأمم المتحدة حول التجارة والتنمية ومنظمة الصحة العالمية UNCTAD وWHO لا يزال في مراحل المبكرة، إلاَّ أنَّ عام ٢٠٠٠ تضمن مؤتمر الأمم المتحدة حول التجارة والتنمية الذي رعته منظمة الصحة العالمية حول الأنظمة والخبرات الوطنية في حماية العلوم التقليدية، والإبداعات والممارسات، وتمثيل مؤتمر الأمم المتحدة حول التجارة والتنمية UNCTAD في ورشات العمل الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية حول قوانين الملكية الفكرية الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والذي عقد في بنكوك.

تساعد منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية United Nations Industrial Development Organization (UNIDO), (<http://www.unido.org>) الدول النامية والاقتصاديات الانتقالية لمتابعة تطوير الصناعة. وتهتم بشكل خاص بعنونة المواضيع المتعلقة بالاقتصاد التكامل، وتحقيق البيئة السليمة والاستخدام الانتاجي في السياسة على مستوى المشاريع والمؤسسات. وكان مؤتمر

منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية UNIDO 1986 حول الخبرات قد أوصى بتشجيع واسع للبحوث حول تطور وتوزيع الادوية العشبية، والتعاون مع أنظمة الإيتاء الصحية خاصة في الدول النامية.

وفي المشاورة الثالثة لمنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية UNIDO حول الصناعات الدوائية في عام ١٩٨٧ قد أوصى بدعم منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية UNIDO للاستخدام الصناعي للأعشاب الطبية متضمنة الإنتاج الصناعي للأدوية العشبية. وتحسن تكنولوجيا إنتاج الأدوية العشبية، وتطوير تكنولوجيا معايرة منتجات الأدوية العشبية. وتدعم منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية UNIDO حالياً الدول النامية في جهودها لبناء صناعات لإنتاج الأدوية العشبية. كما تشاركت منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية UNIDO مع منظمة الصحة العالمية WHO في مشاورات لإنتاج أفرودة منظمة الصحة العالمية WHO حول النباتات الطبية الانتقائية.

منظمة حماية الملكية الفكرية العالمية (WIPO) World Intellectual Property Organization (<http://www.wipo.org>): تهتم هذه المنظمة بالحث على استعمال الأعمال الشخصية وحمايتها، إنها تدير ٢١ معاهدة دولية متعاملة مع أشكال مختلفة من حماية الملكية الفكرية. وفي عام ١٩٩٨ طلبت الدول الأعضاء في منظمة حماية الملكية الفكرية WIPO من منظمة الصحة العالمية أن تبدأ العمل ببرنامج حول الملكية الفكرية من المعارف التقليدية (الشعبية).

ومنذ ذلك الحين اتصلت منظمة حماية الملكية الفكرية العالمية WIPO بالمجموعات العلمية الإقليمية الآسيوية حول مواضيع الملكية الفكرية فيما يتعلق بالطب الشعبي (في نيودلهي - أكتوبر/ تشرين أول ١٩٩٨) وعملت مع برنامج الأمم المتحدة للبيئة UNEP حول دراسة حالتين في دور قوانين حماية الملكية الفكرية بالمشاركة مع المنافع الناجمة عن استخدام النباتات الطبية المرتبطة بمعارف الطب الشعبي TM. وأخذت على عاتقها مهمات تحري الحقائق حول حماية الملكية الفكرية والمعرفة التقليدية عام ١٩٩٨ -

of Medicinal Products (EMA),
 http://www.emea.eu.int) تهتم بالحماية
 والحث على الصحة العامة والحيوانية من خلال
 جهودها في تقييم عالي الجودة في المنتجات
 الطبية، وتطوير منتجات ذات مردود (كفاءة)
 وشفافية لتسهيل الإتاحة الآنية للمستفيدين
 للأدوية المبتكرة، وضبط مأمونية الأدوية تجاه
 البشر والحيوانات، خاصة عبر شبكات المراقبة
 التشاركية. وفي عام ١٩٩٧، أنشأت الوكالة
 الأوروبية لتقييم المنتجات الطبية EMEA ورشة
 عمل خاصة بالمنتجات الطبية العشبية، وتعمل
 المجموعة كمنتدى للدول الأعضاء لتبادل
 المعلومات والخبرات، بحسب المنتجات الطبية
 العشبية. كما تحث على مناقشات عامة حول
 تشريعات موجودة في هذا المجال وتقدم إرشاداً
 حول تنظيم السماح بالأدوية الوطنية في مجال
 الأدوية العشبية. وبالإضافة إلى ذلك تُحضر هذه
 الورشة (المجموعة) لاقتراح تعديل وتطوير
 دلائل إرشادية جديدة ومتطلبات من أجل
 ضمان الجودة والسلامة والنجاعة في المنتجات
 الدوائية العشبية.

منظمة التعاون العلمي الأوروبية للمعالجة
 بالأعشاب European Scientific
 Cooperative on Phytotherapy (ESCOP),
 http://info.ex.ac.uk/phytonet/escop.html
 التي أوجدت عام ١٩٨٩، وتهدف إلى تقديم
 الحالات العلمية المتعلقة بالأدوية العشبية^(١).
 ولتساعد في انسجام حالتها التنظيمية على
 المستوى الأوروبي. وإنَّ اللجنة العلمية لـ
 ESCOP قد أتمت عدداً من الأفرودات
 الأوروبية ملخصة الاستخدامات الطبية
 للنباتات (بما في ذلك مأمونيتها). وتعتبر
 منظمة التعاون العلمي الأوروبي للمعالجة
 بالأعشاب ESCOP هذه الفعالية أساسية في
 الانسجام. وهناك ١٥ خمسة عشر أفرودة قد
 طبعت عام ١٩٩٢. ومنذ ذلك الحين تركز
 الانتباه لوضع ملخص لخصائص المنتج حول
 الأدوية النباتية الخاصة. وبشكل خاص تلك

١٩٩٩، وأدارت بدائرتين مستديرتين حول
 الملكية الفكرية والمعرفة التقليدية. كما طورت
 نموذج المكتبة الرقمية للمعارف التقليدية
 (TKDL) متضمنة معلومات حول ٥٠ نبات
 طبي وما يرتبط بها من معرفة تقليدية.

دعت منظمة حماية الملكية الفكرية العالمية WIPO
 منظمة الصحة العالمية للمشاركة في مؤتمراتها
 وطلبت منها التعاون في تطوير المكتبة الرقمية
 للمعارف التقليدية TKDLs.

٢-٤ المنظمات الدولية

سكرتارية الكومنولث Commonwealth
 Secretariat (http://thecommonwealth.org/)
 وهي المنظمة الرئيسة للكومنولث، وهي رابطة
 اختيارية للدول المستقلة عن المملكة المتحدة سواء
 كانت متطورة أو نامية. وهي تحث كذلك على
 الديمقراطية والحكم الجيد، وتخدم كقاعدة لبناء
 اتفاق عالمي، فالكومنولث مصدر للمساعدة
 العملية في استمرار التطور. وقد حث هذا
 الأخير حالياً على إنتاج الأدوية العشبية. لقد
 قدمت السكرتارية اعتمادات محدودة للدول
 الأفريقية الناطقة بالإنكليزية لتصنيع الأدوية
 العشبية، وفي نهاية عام ٢٠٠٠ شكلت منتدى
 للنباتات الطبية في كيب تاون، وجنوب أفريقيا.
 وقد كشف المنتدى عن طرق لتحسين وتشجيع
 استنبات وتطوير والمحافظة على النباتات لزيادة
 إنتاج الأدوية العشبية الطبية لتقديم طب قابل
 للوفرة، خاصة في أفريقيا. كما غطى المنتدى
 مواضيع خاصة بالتجارة كالحوائيل بلا تعرفه
 جمركية، والتنظيم والترخيص والبراءة والجودة.
 وحملت السكرتارية في المنتدى «الدليل إلى
 التسويق الأوروبي للنباتات الطبية وخلصاتها»،
 وتفصيل نمو وتطوير الصناعة العشبية
 الأوروبية، والدليل المتضمن المعلومات العملية
 لمنتجي النباتات الطبية وتجارها.

الوكالة الأوروبية لتقييم المنتجات الطبية
 European Agency for the Evaluation

^(١) عرفت منظمة التعاون العلمي الأوروبي للمعالجة بالأعشاب ESCOP الأدوية العشبية بأنها «منتجات طبية تحتوي على مكونات
 عشبية فقط وفعالة، أو أجزاء عشبية أو مواد عشبية، أو خليط من كل ذلك، سواء كان بشكله الخام أو معالجاً».

الأفروادات الأوروبية أو الوطنية التي توجد حالياً.

إنَّ المواضيع المتتالية في كل ملخص تصمم لإظهار الأشكال السريرية المتعلقة بالأدوية النباتية. متضمنة الديناميكا الدوائية، والحرثاء الدوائية، وبيان المأمونية قبل السريري.

الاتحاد الأوروبي (The European Union (EU) (Http://userpage.chemie.fu-berlin.de/adressen/eu.html) ويمثل اتحاد ١٥ دولة مستقلة تعتمد على المجتمعات الأوروبية، وقد أوجدت لدعم التعاون السياسي والاقتصادي والاجتماعي. وتتدب الدول الأعضاء سلطة عليا في بعض القضايا الخاصة لمؤسسات مستقلة تمثل توجهات الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي EU ككل ومواطنيها.

يركز الاتحاد الأوروبي على شكلين من الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM: السياسة والتنظيم – وأبحاث الطب اللاتقليدي وحالياً يفحص مشروع (COST) التعاون الأوروبي في مجال الأبحاث العلمية والفنية: European Cooperation in the field of Scientific and Technical research) الفروق بين ما يدعى بالطب التقليدي واللاتقليدي بعبارات واضحة ومفهومة، وحول البحث والممارسة، وأسباب تنامي شعبية الطب اللاتقليدي وتطبيقاته في الطب التقليدي، وما وصلت إليه الحالة الآن من أبحاث الطب اللاتقليدي.

البنك الدولي World Bank (http://www.worldbank.org/) هو المصدر العالمي الأكبر لمساعدات التنمية، ويقدم ١٧ ألف مليون دولار أمريكي على شكل قروض بفائدة سنوية لزيائته من الدول. مستخدماً موارده المالية، وفريق عمل وقواعد معرفية علمية، وهدفه مساعدة الدول النامية على بلوغ الاستقرار، والدعم العادل لمواجهة الفقر. ويتضمن ذلك حالياً مساعدة عدد من الدول النامية في سياستها واستراتيجيتها في المحافظة

على النباتات الطبية واستنباتها ومعالجتها وتسويقها. بالإضافة إلى ذلك شَعَّل البنك برنامج المعلومات الوطنية أو المحلية (Indigenous Knowledge IK) انظر: (http://www.worldbank.org/afr/ik/index.html) الذي يهدف إلى الرعاية الخاصة المحلية/ المعارف الشعبية في الزراعة والرعاية الصحية وتحضير الأغذية والثقافة وتدير الموارد الطبيعية وكثير من المجالات التي تتعلق بالمجتمعات وفعاليات تنمية الشركاء. وقد استخدمت استراتيجيات مختلفة لتحقيق هذا الهدف. ويشمل ذلك قاعدة بيانات حول المعارف الشعبية وممارستها indigenous/traditional knowledge and practices، وسلسلة من الملاحظات حول المعرفة الشعبية. وهي تدعم مراكز الموارد عبر أفريقيا والتي تركز على تعريف ونشر المعرفة التقليدية الوطنية وممارساتها. وبالعامل مع الحكومات والشركاء المحليين بدأ البرنامج بالعمل للمساعدة في جعل الاتجاه السائد هو تطبيق المعارف الشعبية المحلية أو الوطنية في مشاريع البنك الدولي وفي برامج التطوير الوطنية.

منظمة التجارة العالمية World Trade Organization (WTO) (http://www.wto.org) وهي منظمة عالمية تقوم بوضع القوانين الأساسية الشرعية للتجارة العالمية، ومع أن هذه المنظمة أصبحت ميدانية (عملية) رسمياً في يناير/ كانون ثاني عام ١٩٩٥، إلا أنها تعد خليفة الاتفاقية العامة حول التعريفات ونظام التجارة المتعددة المشتركين الذي وجد عام ١٩٤٧. وتهدف إلى: عدم التمييز (لا تفرقة)، تحرير التجارة المتقدم من عوائقها (حوائلها)، سياسات وشفافيات يمكن التنبؤ بها، التنافس، واستعدادات وتدابير خاصة للدول النامية. إنَّ مجلس مشاورات منظمة التجارة العالمية WTO للاتفاقية حول أشكال قوانين حماية الملكية الفكرية^(٢) المتعلقة بالتجارة قد وافق وانسجم مع منح صفة مراقب لمنظمة الصحة العالمية WHO بناء على أسس خاصة، ويمكن لمنظمة

(٢) تعرف الاتفاقية عموماً باسم TRIPS

إنَّ مهمة مؤسسة فورد (<http://www.fordfound.org/>) هي إنقاص الفقر والحث على العدالة في العالم. وهي تدعم المنظمات اللاحكومية NGOs، والمدارس والجامعات ومعاهد البحوث والمجموعات الثقافية والمنظمات الحكومية. وهي تهتم بشكل خاص بأوبئة الإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS في أفريقيا، وتعتقد بأنَّ أوبئة الإيدز في أفريقيا لا يمكن مواجهتها بدون إشراك واسع لمعالجي الطب الشعبي، والمنظمات المهتمة بالطب الشعبي. وأحد أشهر المتعاونين معها رابطة بروميتر (PRO-ME-TRA) انظر في الأسفل)، التي تقوم بتنفيذ فعاليات الطب الشعبي TM في مناطق أفريقيا الناطقة بالإنكليزية والفرنسية. وتتركز في داكار والسينيغال ومع مكاتب في بنين والكاميرون والولايات المتحدة الأمريكية، وبروميتر PRO.ME.TRA هي رابطة تحث على تطبيق الطب الشعبي مختصرة من تعزيز الطب الشعبي Promotion of Traditional Medicine وعنوانها الإلكتروني: (<http://www.prometra.org>) تعمل على تطوير وقبول استخدام الطب الشعبي.

وكذلك فعلت رابطة مؤلفة من ٤٥٠ معالج مرخص ومكان سريري لبحوث المعالجات في فاتيكا Fatick والسينيغال، كما أنتجت معلومات ثقافية صحية لمواجهة الإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS.

واستراتيجيتها في الاتصالات تكمن في توزيع المطبوعات، وتكنولوجيا الأقمار الرقمية وبيئة الإلكترونيات، ويبدو أنها تنفذ ذلك بمساعدة مؤسسة الحاضر في جنيف بسويسرا، ومؤسسة الفضاء العالمية في الولايات المتحدة الأمريكية.

الصندوق العالمي من أجل الطبيعة World Wide Fund for Nature (WWF) (<http://www.panda.org/>) وهو أكبر منظمة عالمية مستقلة للمحافظة على البيئة، تشبه اتحاد المحافظة العالمي World Conservation Union (<http://www.iucn.org>) (IUCN) ويعمل

الصحة العالمية WHO الآن أن تراقب المواضيع ذات الصلة التي تجري مناقشتها في منظمة الصحة العالمية WTO، والتي يمكن أن تنفذ أو تطبق في القطاع الصحي (حيث انتدبت منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٩ لتراقب وتحلل التطبيقات الصحية العمومية لاتفاقية التجارة فيما يتعلق بالصناعات الدوائية). وفي عام ٢٠٠٠ عقدت منظمة الصحة العالمية WHO ومنظمة التجارة الدولية WTO ورشة عمل حول التمويل والتسعير التفاضلي للأدوية الأساسية.

٤-٣ المنظمات اللاحكومية

يعمل الكثير من المنظمات اللاحكومية NGOs في شتى أنحاء العالم بالطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM. وقد ضربت أمثلة قليلة عن ذلك في الأسفل. وبالتحضير والمداومة والحث على سهولة الوصول إلى المراجعات المنهجية حول تأثيرات تداخلات الرعاية الصحية، وتهدف تعاونية كوكران Cochrane Collaboration، (<http://hiru.mcmaster.ca/>)، cochrane/ إلى مساعدة الناس لاتخاذ القرار الصحيح حول الرعاية الصحية.

مجالات كوكران Cochrane Fields هي أنظمة تركز على أبعاد الرعاية الصحية أكثر من المشاكل الصحية، كقواعد الرعاية (مثل الرعاية الأولية)، ونمط المستفيدين (كالشيوخ)، ونمط المقدمين (كالمرضات)، أو نمط التداخل (كالمعالجات الفيزيائية). ويقوم الناس الذين يعملون في حقل المجالات التخصصية ذات البحث اليدوي بالمساعدة في التأكيد على أنَّ الأولويات والاستباقيات في مجال عملهم يظهر منعكساً في عمل مجموعات مرجعية تعاونية، وتجميع قواعد بيانات تخصصية للمراجع، وتنسيق الفعاليات مع الوكالات ذات الصلة من خارج التعاونية. والتعليق على المراجعات المنهجية المتعلقة بمجال خاص.

تأسس الحقل الطبي التكميلي لكوكران عام ١٩٩٦، لإنتاج المراجعات المنهجية حول الطب الشعبي والمحافظة عليها وتوزيعها.

الاتحاد الدولي لجمعيات وخز الإبر وكبي الجلد
World Federation of Acupuncture-
Moxibustion Societies (WFAS), ([http://
www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo194.htm](http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo194.htm))
تأسست عام ١٩٨٧. وفيها تقريباً ٦٠٠٠٠
عضو من ٧٣ منظمة لوخز الإبر من ٤٠ دولة
في أقاليم مختلفة. ومن هؤلاء الأعضاء ٧٠٪
أطباء بشريون أو نالوا شهادات من كليات
وجامعات في الطب الشعبي معترف بها رسمياً
من قبل الحكومة الوطنية، كما في الصين أو
جمهورية كوريا وفيتنام. وما تبقى من أعضاء
فهم متخصصون بوخز الإبر مرخصون
بممارستها.

ويبحث الاتحاد الدولي لجمعيات وخز الإبر وكبي
الجلد WFAS على التفاهم والتعاون بين
مجموعاته في وخز الإبر وكبي الجلد
Acupuncture-Moxibustion في شتى أنحاء
العالم، وتقوية التبادلات الأكاديمية حول وخز
الأبر وكبي الجلد لتطوير هذا العلم.

لقد عمل الاتحاد الدولي لجمعيات وخز الإبر
وكبي الجلد WFAS مع منظمة الصحة العالمية
لتطوير دلائل منظمة الصحة العالمية WHO
التقنية والأسس العالمية المتعلقة بوخز الإبر وكبي
الجلد. ويتضمن ذلك المساهمة في عدد من
المستندات التقنية لمنظمة الصحة العالمية WHO
حول وخز الإبر.

الاتحاد الدولي للمعالجة اليدوية (الميادة) World
Federation of Chiropractic (WFC) ([http://
www.wfc.org](http://www.wfc.org)) يعمل هذا الاتحاد مع المنظمات
الوطنية والدولية الأخرى لتقديم معلومات
ومساعدات أخرى في مجال المعالجة اليدوية
والصحة العالمية. ويبحث على توحيد معايير
عالية لتعليم المعالجة بالميادة، والبحوث
والممارسة، كما يعمل على تطوير آراء عمومية
إعلامية ونشرها بين الناس فيما يتعلق بالميادة،
والنصائح المطلوب تقديمها حول التشريعات
المناسبة للميادة في الدول الأعضاء.

وهناك فعاليات حديثة مع منظمة الصحة العالمية
WHO تتضمن بحوثاً حول آلام أسفل الظهر،
وجمع المعلومات حول تنظيم وتسجيل ممارسة

الصندوق العالمي من أجل الطبيعة WWF
لمساعدة المجتمعات في شتى أنحاء العالم
للمحافظة على سلامة وتنوع الطبيعة. والتأكيد
بأن أي استعمال للموارد الطبيعية يجب أن
يكون متوازناً وقابلاً للتجدد إيكولوجياً.
ويشمل ذلك إقامة مشاريع وأبحاث حول تدابير
تعزيز منتجات الغابات اللاخشبية، والتي
تشمل بشكل عام النباتات الطبية. وقد أظهرت
كلا المنظمتين كيف يمكن للطلب أو الحاجة
الكبيرة للحاء والجذور وإجمالي النباتات من
الجمهرات (التجمعات) البرية للنباتات الطبية
نقصاً حرجاً في عدد جمهرات بعض الأنواع مما
يفضي بشكل كامل إلى زوالها (انقراضها).



ولإبراز هذه العلاقة
قامت المنظمتان بجلب
المتخصصين بالمحافظة
على الموارد
ومستخدميهما معاً لمناقشة
الحلول الممكنة وبحث
إمكانية تعزيز حصاد النباتات الطبية.
وقد أصدرت كلا المنظمتين دلائل عن كيفية
المحافظة على النباتات الطبية.

٤-٤ الروابط المهنية العالمية

العصبة الدولية الطبية للمعالجات المثلية Liga
Medicorum HomeopathicalInternationalis
(LMHI) = International Homeopathic
Medical League (LMHI). ([http://
www.lmhi.net/](http://www.lmhi.net/)): أسست عام ١٩٢٥ وتمثل
٥٠٠٠ ممارس للمعالجات المثلية
homeopathy في ٥٠ دولة. وأهم أهدافها
دعم الدول الأعضاء في تأمين الاعتراف
القانوني بالمعالجة المثلية. وإنشاء روابط بين
الممارسين المرخصين بالمعالجة المثلية والدبلومات
الطبية. وتقديم المساعدة لدعم المنظمات
الوطنية للمعالجة المثلية حول التعليم أو التثقيف
بالمعالجة المثلية. والبحث بالمعالجة المثلية وتوثيق
الممارسة بها. كما تبحث على تعويض المعالجات
المثلية في جداول نظام الضمان الصحي.

الميادة في الدول . وهذا الأخير سيساعد منظمة الصحة العالمية WHO في مراجعة وتوثيق الحالات القانونية للطب الشعبي .

الصناعات الخاصة بالتطبيب الذاتي العالمية
World Self-Medication Industry (WSMI)

وهو اتحاد ٥٤ جمعية عضو ، (http://www.wsmi.org/guide.html) وقد أنشئ عام ١٩٧٠ ، وفيه صانعون وموزعون المواد الطبية التي تباع بغير وصفات طبية، وتشكل الأدوية العشبية النسبة العظمى منها، وإن معظم الشركات التي تطور وتصنع وتسوق الأدوية العشبية هي عضو في الجمعيات العالمية للصناعات الخاصة بالتطبيب الذاتي WSMI .

تشجع الصناعات الخاصة بالتطبيب الذاتي العالمية WSMI على تطوير هذه الجمعيات التي تشجع على فهم وتطوير المواد الطبية التي تباع بغير وصفة طبية وتستخدم في التطبيب الذاتي المسؤولة . وفي الحقيقة إنها تتطلب جمعيات أعضاء لتطوير واستعمال روافض طوعية للممارسة الإعلامية وتشجيع اللصاقات الواسمة اللطيفة – للمستهلكين .

إن اتحاد الصناعات الخاصة بالتطبيب الذاتي WSMI ذات علاقات رسمية مع منظمة الصحة العالمية WHO منذ عام ١٩٧٧ وتعمل معها على تطوير دلائل إرشادية لتقييم الأدوية العشبية ومنهجيات للبحوث وتقييم الأدوية العشبية . كما تساهم في تقديم بيانات بحوث لتطوير أفراد منظمة الصحة العالمية حول النباتات الطبية الانتقائية .

٥-٤ الجمعيات المهنية الدولية والوطنية؛

إن الكثير من الجمعيات المهنية الدولية تدعم منظمة الصحة WHO في فعاليتها:

المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (Islamic Organization for Medical Sciences IOMS)

(http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo192.htm) وهي تنسق خططاً للعمل مع منظمة الصحة العالمية WHO لتحضير كتيب حول استخدام الأعشاب الطبية وإدماج الطب

الإسلامي بالطب الغربي الحديث ولكن وفق معيار خاص هو «الاستفادة من جميع الموارد» ويعني ذلك أنها راغبة في الأخذ بأي معالجة مفيدة كاملة، بما في ذلك معالجات الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM كالمعالجة بالأدوية العشبية . لقد أسست المنظمات الإسلامية للعلوم الطبية IOMS مركزاً للبحوث حول الأدوية العشبية في الكويت، إنها منظمة بلا ربح، تقدم خدماتها لكل الراغبين في المعالجة بالأدوية العشبية وغيرها .

وهناك الكثير من المنظمات المهنية الوطنية تعمل مع منظمة الصحة العالمية WHO، وتضم المنظمات المهنية الوطنية جمعيات ممارسي الطب الشعبي في أفريقيا وآسيا، فمثلاً يوجد ٢٢ جمعية لممارسي الطب الشعبي في الصحراء الأفريقية الدنيا، وأما في الصين فإن هذه الجمعيات المهنية الوطنية تضم ممارسي الطب الإخلافي والطب الشعبي، وممارسي الطب اليدوي، والمتخصصين بالتغذية والأغذية الصحية، وأما في الهند فتضم هذه الجمعيات ممارسي الطب الهندوسي الهندي، واليوناني وسيدها Siddha، وطب المعالجات المثلية homeopathy .

٤-١ المبادرات النوعية

المبادرة العالمية للأنظمة الصحية الشعبية
Global Initiative for Traditional Systems
(GIFTS) of Health (http://users.ox.ac.uk/~gree0179) وتدعم من قبل سكريتارية الكومنولث (انظر الفقرة ٤-٢)

وهي تهتم برفع مستوى الوعي العالمي لدور الأنظمة الصحية الشعبية وتشجيع تطوير السياسة للتأكيد على استمرارية استعمالها . ويشمل هذا العمل تطوير الروابط بين الأنظمة الصحية الشعبية والمحافظة على التنوع الحيوي والتطور الاقتصادي .

مبادرة البحوث حول الطرق الشعبية لمكافحة الملاريا: Research Initiative on Traditional Antimalarial Methods (RITAM),

العشبية المحلية، للوقاية من الملاريا أو معالجتها
أو كليهما.

لقد عقدت مبادرة البحوث حول الطرق الشعبية
لمكافحة الملاريا المعروفة بالريتما RITMA
مؤتمرها الافتتاحي في ديسمبر/ كانون أول
١٩٩٩ في موشي – تنزانيا.

([http://mim.nih.gov/english/patnerships/
ritam_application.pdf](http://mim.nih.gov/english/patnerships/ritam_application.pdf)) بدأت العمل عام
١٩٩٩ كتعاون بين منظمة الصحة العالمية WHO
والمبادرة العالمية للأنظمة الصحية الشعبية
GIFTS وجامعة أكسفورد وباحثين وجهات
أخرى في شتى أنحاء العالم ممن يبحثون أو
يهتمون بخصائص النباتات المضادة للملاريا،
مع مراجعة لتطوير وتوثيق مصدوقية الأدوية

الفصل الخامس

الاستراتيجية وخطة العمل ٢٠٠٢-٢٠٠٥

إنَّ الأغراض النوعية للطب الشعبي بين عامي ٢٠٠٢-٢٠٠٥ تكمن في دعم الدول لـ:

- ▶ تكامل (دمج) الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM مع أنظمة الرعاية الصحية الوطنية، حسب ما يكون مناسباً^(١)، وذلك بتطوير وتنفيذ سياسات وبرامج الطب الشعبي الوطنية.
 - ▶ يتم الحث على السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي بنشر قواعده المعرفية، وتقديم الدلائل الإرشادية حول التنظيم ومعايير ضمان الجودة.
 - ▶ زيادة الوفرة وميسورية التكلفة للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM حسب المناسب، مع التأكيد على الإتاحة للسكان الفقراء.
 - ▶ الحث على الاستعمال السليم للطب الشعبي المناسب، علاجياً سواء من قبل مقدمين أم المستهلكين.
- وإنَّ أيضاً من هذه الأشياء يتضمن ثلاث مكونات مع النتائج المتوقعة. (الجدول ١٣)

إنَّ المؤشر الحرج مضمن في كل شيء ويجب أن يستعمل في تقييم عمل منظمة الصحة العالمية WHO في هذا المجال. بالإضافة إلى ذلك يجب إجراء مسح متعددة تتعلق بسياسة الطب الشعبي وتنظيمه واستعماله. بالتعاون مع الدول الأعضاء والمنظمات اللاحكومية لتقييم التقدم.

إنَّ أهم استراتيجيات منظمة الصحة العالمية وتوجهاتها بين ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥ إنقاص معدل الوفيات الزائد والمراضة والعجز خاصة عند فقراء الناس والمهمَّشين (م٦٠). وحيث أنَّ الطب الشعبي TM من الرعاية الصحية المتيسرة والميسورة التكلفة، في كثير من الدول القليلة المدخول، فقد حثت المنظمة على اشتماله من النباتات - حيثما ثبتت سلامته وفعاليتها - لتحسين الحالة الصحية. وفي الوقت ذاته، ومع تقدم العمر السكاني العالمي، فقد جلب ذلك ازدياد حدوث الأمراض المزمنة. وإنَّ الطب الشعبي التكميلي والبديل TM/CAM يقدم وسائل كامنة قوية في تدبير هذه الأمراض.



حقاً، في الدول المتقدمة أصبح الناس أكثر فأكثر يستخدمون الطب الشعبي بالمشاركة مع الطب الإخلافي أو بدلاً عنه للمساعدة في الشفاء من الآلام المزمنة أو تحسين نوعية الحياة أو كليهما.

ولكن هناك عدة أشياء يجب أن تتحقق لضمان الاستعمال الأنسب للطب الشعبي التكميلي والبديل TM/CAM. في الوقت ذاته فإنَّ موارد منظمة الصحة العالمية WHO محدودة ويجب أن توجه جهودها لتوفير الصحة العمومية الأكبر لأكثر عدد من السكان.

^(١) يقصد بالمناسب هنا أن يكون الطب الشعبي أقل كلفة وليس أقل سلامة أو نجاعة من الطب الإخلافي للمرض ذاته أو المشكلة الصحية ذاتها.

استراتيجية الطب الشعبي لمنظمة الصحة العالمية 2002-2005، البنود، المكونات، النتائج المتوقعة

البنود	المكونات	النتائج المتوقعة
السياسة: تكامل الطب الشعبي مع أنظمة الرعاية الصحية الوطنية حسب المناسب بتطوير وتنفيذ السياسات الوطنية* والبرامج المقررة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM	١- الاعتراف بالطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM يساعد الدول لتطوير سياسات وبرامج للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM	١-١: ازدياد دعم الحكومات للطب الشعبي من خلال السياسات الوطنية الواسعة حول الطب الشعبي ٢-١: دمج الطب الشعبي المناسب في خدمات أنظمة الرعاية الصحية الوطنية.
	٢- الحماية والمحافظة على معلومات الطب الشعبي المحلي أو الواطن المتعلق بالصحة يساعد الدول على تطوير استراتيجيات حماية معلومات الطب الشعبي الواطن الخاص بها	١-٢: ازدياد تسجيل معلومات الطب الشعبي المحلي أو الواطن والمحافظة عليها. ويتضمن ذلك تطوير مكاتب الطب الشعبي الرقمية.
السلامة والنجاعة والجودة: يتم الحث عليها بتوسيع القواعد المعرفية حول الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، وتقديم دلائل إرشادية حول التنظيم ومعايير ضمان الجودة.	٣- إن قاعدة الوضوح والدلالة في الطب الشعبي تزيد من درجة بلوغ المعرفة حول السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي. مع التأكيد على أولويات المشاكل الصحية كالملاريا والإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS	١-٣: ازدياد بلوغ درجة من معارف الطب الشعبي عبر الشبكات وتبادل المعلومات الدقيقة. ٢-٣: مراجع تقنية حول البحث عن كيفية استخدام الطب الشعبي في الحماية والمعالجة والتدبير حول الأمراض الشائعة والحالات الضرورية. ٣-٣: الدعم الانتقائي للبحوث السريرية حول استخدام الطب الشعبي في أولويات المشاكل الصحية. كالملاريا والإيدز والعدوى لفيروسه HIV/AIDS والملاريا.
	٤- تنظيم الأدوية العشبية: يدعم الدول لتأسيس أنظمة ناظمة فعالة لتسجيل ضمان الجودة للأدوية العشبية.	١-٤: التنظيم الوطني للأدوية العشبية، ويشمل ذلك التنظيم، التأسيس، التنفيذ ٢-٤: مراقبة سلامة الأدوية العشبية والمنتجات والمعالجات الأخرى للطب الشعبي.
	٥- دلائل إرشادية عن السلامة والنجاعة والجودة: لتطوير ودعم الدلائل الإرشادية التقنية حول السلامة والنجاعة وضبط الجودة للأدوية العشبية والمنتجات والمعالجات الأخرى للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM	١-٥: الدلائل الإرشادية التقنية ومنهجيات تقييم السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي. ٢-٥: معايير البيانات ذات القواعد الدلالية حول السلامة والنجاعة والجودة في معالجات الطب الشعبي.
الإتاحة والبلوغ: زيادة التوافر ومسورية التكلفة في الطب الشعبي، مع التأكيد على إتاحتها لفقراء الناس.	٦- الاعتراف بدور ممارسي الطب الشعبي في الرعاية الصحية، ويتم الحث على ذلك بتشجيع العلاقات والحوار بين ممارسي الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM وممارسي الطب الإخلافي.	١-٦: معايير ومؤشرات، كلما كان ذلك ممكناً، لقياس الفعالية بحسب الكلفة والإتاحة العادلة للطب الشعبي. ٢-٦: زيادة دعم الاستعداد المسبق للطب الشعبي المناسب من خلال الخدمات الصحية الوطنية. ٣-٦: زيادة عدد المنظمات الوطنية لمقدمي الطب الشعبي.
	٧- حماية النباتات الطبية: الحث على دعم استعمال النباتات الطبية واستنباتها.	١-٧: دلائل إرشادية حول الزراعة الجيدة للنباتات الطبية ٢-٧: مؤازرة استخدام الموارد النباتية الطبية.
الاستعمال المرشّد الحث على الاستخدام المناسب للمعالجات والأدوية في الطب الشعبي سواء من قبل مقدمي أو المستهلكين.	٨- الاستعمال المناسب للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM من قبل مقدمي (ممارسيه)	١-٨: تدريب أساسي لممارسي الطب الإخلافي حول معالجات الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM المستخدمة بشكل شائع. ٢-٨: تدريب أساسي لممارسي الطب الشعبي TM حول الرعاية الصحية الأولية.
	٩- الاستعمال المناسب للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM من قبل المستهلكين	١-٩: تقديم معلومات حقيقية للمستهلكين حول الطب الشعبي المناسب الخاص بهم. ٢-٩: تحسين علاقات الاتصال بين الممارسين الإخلافيين ومرضاهم فيما يتعلق بالطب الشعبي.

* باستثناء الصين وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وجمهورية كوريا وفيتنام، لم يحدث هذا التكامل (الدمج) في أي مكان، وهذا يؤكد حقيقة بأن بعض الدول تحتاج لتقييم أنماط الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM التي يمكن دمجها في أنظمة الرعاية الصحية الوطنية.

استراتيجية منظمة الصحة العالمية WHO :

ستشجع منظمة الصحة العالمية الحكومات للاعتراف بالعلاقة المهمة لبعض أشكال الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM التي يمكنها أن تحسن الصحة وتحافظ عليها. وستقوي أيضاً التعاون بين مراكزها الرئيسة وبرامج الطب الشعبي لمكاتبها الإقليمية، لتنفيذ بدقة المهام الشائعة العامة بفعالية وكفاية. وستستمر بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة وتستكشف إمكانية العمل مع شركاء جدد. وستضمن ذلك تنظيم سلسلة من الأعمال الإقليمية وبين

الأقاليمية، من أجل سلطات الصحة الوطنية حول سياسة واستعمال الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM. والأكثر أهمية ستساعد منظمة الصحة العالمية WHO الدول الأعضاء



لتطوير وتنفيذ

سياسات وتنظيمات

الطب الشعبي

الوطنية والحث على

الأشكال السليمة

والفعالة من الطب

الشعبي الواطن المتفقة مع دلائل منظمة الصحة

العالمية WHO. كما ستسهل منظمة الصحة

العالمية WHO تشارك المعلومات بين الدول حول

الطب الشعبي TM/CAM.

المشعر الحرج

موضوع الاستراتيجية	عدد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO التي تدعم سياسة وطنية في الطب الشعبي / مجموع عدد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO	الحالة في عام ٢٠٠٥	في عام ١٩٩٩	في عام ٢٠٠٥ كهدف
	١٩١ / ٢٥	%١٣	%٢٥	

الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO التي تطبق سياسة الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM

النتائج المتوقعة في ٢٠٠٢-٢٠٠٥ :

◀ ازدياد دعم الحكومات للطب الشعبي من خلال سياسات وطنية شاملة لهذا الطب.

وخلال السنوات الأربع التالية ستقوم منظمة الصحة العالمية WHO بإجراء أول بندين - تطوير وتنفيذ السياسة الوطنية للطب الشعبي، والحث على السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي - كأولوية، وسيضمن ذلك العمل على تنظيم الأدوية العشبية والمنتجات الأخرى للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM. وسيضمن أيضاً التركيز على تقوية منهجيات الأبحاث وزيادة الجودة والكمية ووفرة الأدلة السريرية لدعم المطالبة بتفعيل الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

إن وفرة الخبرات السريرية المترابطة والمعرفة بالطب الشعبي تستحق أن تكون معلومات تشرك مع منهجيات البحث السليمة لتبلغ درجة وحدود الممارسة التقليدية.

إن المرضى والحكومات وممارسو الطب الشعبي وممارسو الطب الحديث يجب أن يعملوا على الاستفادة من ممارسة الطب الشعبي وفق القواعد الواضحة. وإن دعم المجتمع العلمي وممارسي الطب الحديث سيكون من أهم الاحتياجات إذا أصبح الطب الشعبي في واجهة الخدمات الصحية السائدة. (٦١٥)

١-٥ السياسة: Policy (دمج تكامل)

الطب الشعبي بأنظمة الرعاية الصحية الوطنية، كلما كان ذلك مناسباً، بتطوير وتنفيذ برامج وسياسات الطب الشعبي TM/CAM الوطنية.

المكونات

- ◀ الاعتراف بالطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM يساعد الدول على تطوير سياسات وبرامج وطنية من أجل الطب الشعبي.
- ◀ الحماية والمحافظة على علوم الطب الشعبي المحلية أو الواطنة والمتعلقة بالصحة: تساعد الدول على تطوير استراتيجيات لحماية معارف الطب الشعبي المحلية أو الواطنة الخاصة بها.

◀ اندماج (تكامل) الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM في خدمات أنظمة الرعاية الصحية الوطنية.

◀ ازدياد تسجيل وحفظ معارف الطب الشعبي المحلية أو الواطنة بما في ذلك تطوير المكتبات الوطنية للطب الشعبي

٢-٥ السلامة والنجاعة والجودة:

يتم الحث على السلامة والجودة والنجاعة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM بتوسيع ونشر القواعد المعرفية حول الطب الشعبي وإنتاج دلائل إرشادية حول معايير التنظيم وضمان الجودة.

المكونات:

◀ البناء على بينات في الطب الشعبي: زيادة إتاحة بلوغ المعرفة وزيادة حدودها حول السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، مع التأكيد على أولويات المشاكل الصحية كالمالاريا والإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS.

◀ تنظيم الأدوية العشبية: دعم الدول لتأسيس أنظمة تنظيمية فعالة لتسجيل الأدوية العشبية وضمان جودتها.

◀ دلائل إرشادية حول السلامة والنجاعة والجودة تطوير ودعم تنفيذ الدلائل الإرشادية لضمان السلامة والنجاعة وضبط الجودة للأدوية العشبية والمنتجات والعلاجات الأخرى للطب الشعبي.

استراتيجية منظمة الصحة العالمية WHO:

ستقوي منظمة الصحة العالمية WHO وتوسع شبكتها وخبراتها حول الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، والأعضاء الذين يشملون المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية WHO، والسلطات الصحية الوطنية، المعاهد العلمية والأكاديمية، والوكالات العالمية ذات الصلة مثل الوكالة الأوروبية لتقييم المنتجات الطبية EMEA، دستور الأدوية الأوروبي، منظمة الأغذية والزراعة FAO، منظمة الوحدة الأفريقية،

منظمة الأمم المتحدة UNIDO. وإنَّ العمل مع هؤلاء الشركاء سيؤدي إلى استمرار إنتاج الدلائل التقنية والمعلومات العلمية وبشكل خاص حول الأدوية العشبية. كما ستوسع المنظمة من قاعدة الأدلة في الطب الشعبي TM/CAM، ومع توجه ونظرة لتعريف أي المعالجات الطبية الشعبية قد ثبتت نجاعتها وسلامتها، ولإنشاء مصداقية صحية شعبية أكبر حول الطب الشعبي TM/CAM.

وستقوم بذلك من خلال المراجعات التقنية حول استخدام الطب الشعبي سريراً في الوقاية والمعالجة والتدبير فيما يتعلق بالأمراض والحالات الشائعة. ودعم أكبر فيما يتعلق بالسلامة والنجاعة في الطب الشعبي TM/CAM.

إنَّ المراكز الرئيسة للمنظمة والمكاتب الإقليمية ستؤسس شبكة تنظيمية عالمية حول أنظمة مراقبة السلامة للأدوية العشبية والمعالجات الطبية الشعبية الأخرى. وسيشمل ذلك مساعدة الدول في توطيد المراقبة بعد تسويق الأدوية النباتية. وستستمر المنظمة في التعاون مع الجمعيات المهنية ذات العلاقة والمعاهد الأكاديمية للتدريب الأساسي في بعض المعالجات اليدوية الخاصة. وستنظم برامج التدريب وورشات العمل للسلطات الوطنية لتطوير معرفتها بمواضيع السلامة والنجاعة المتعلقة بالأدوية العشبية.

المشعر الحرج

موضوع الاستراتيجية	عدد الدول الأعضاء في WHO التي تقنن القوانين والتنظيمات حول الأدوية العشبية/مجموع عدد الدول الأعضاء في WHO	الحالة في عام ١٩٩٩	في عام ٢٠٠٥ كهدف
الدول الأعضاء في منظمة WHO التي لديها قوانين وتنظيمات حول الأدوية العشبية	١٩١/٦٥	٣٤٪	٤٠٪

النتائج المتوقعة بين ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥

◀ ازدياد الإتاحة والوصول إلى درجة المعرفة بالطب الشعبي TM/CAM من خلال الشبكات وتبادل المعلومات الدقيقة.

الصحي أقل من ١٥ دولاراً أمريكياً. وفي بعض الدول يتوفر فقط ٠,٧٥ من الدولار الأمريكي لكل شخص سنوياً لصرفها على الأدوية.

ستكتشف المنظمة الطاقة الكامنة لاستخدام موارد الطب الشعبي لمواجهة الأمراض العدوائية الشائعة، وسيشمل ذلك الأبحاث حول الأدوية العشبية الفعالة، وتشجيع الحكومات لاستحداث وتطوير استراتيجيات لحماية الجمهرات (التجمعات) البرية للنباتات الطبية، والاستنبات المستمر لهذه النباتات. (ولا يؤدي ذلك إلى إتاحة الرعاية الصحية فحسب بل لحماية البيئة وإنشاء موارد أخرى).

إنّ حماية معارف الطب الشعبي الواطنة المحلية المتعلقة بالصحة، والمشاركة العادلة في المنافع، ستحث وتدعم ضمن الموضوع أي بحث يتخذ. وإنّ منظمة الصحة ستشجع الحوار والمداخلات بين ممارسي الطب الشعبي TM/CAM وممارسي الطب الإخلافي، لتحرض على الاعتراف بدور الطب الشعبي TM/CAM في استعدادات الرعاية الصحية.

وفي الدول النامية ستعمل المنظمة مع روابط ممارسي الطب الشعبي TM، والمنظمات اللاحكومية NGOs، لجعل دور ممارسي الطب الشعبي في الحماية من الأمراض السارية وتديرها ملائماً.

المشعر الحرج (٢)

موضوع الاستراتيجية	عدد الدول الأعضاء الأفريقية في منظمة الصحة العالمية WHO التي تدعم الاعتراف المهني بممارسي الطب الشعبي/مجموع عدد الدول الأفريقية الأعضاء في WHO	الحالة في عام ٢٠٠٥	في عام ١٩٩٩	كهدف
الدول الأفريقية الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO التي تعترف مهنياً بممارسي الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM	٤٦/٢١	%٤٥	%٦٠	

مراجعات تقنية حول بحوث استخدام الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM للوقاية والمعالجة وتدير الأمراض والحالات الشائعة.

البحث الانتقائي للبحوث السريرية حول استخدام الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM للمشاكل الصحية ذات الأولوية مثل الملاريا والإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS، والأمراض الشائعة.

التنظيم الوطني للأدوية العشبية بما في ذلك التسجيل والتأسيس والتنفيذ.

مراقبة السلامة في الأدوية العشبية والمعالجات والمنتجات الأخرى المستخدمة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

الدلائل الإرشادية التقنية والمنهجيات لتقييم السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

معايير للبيانات ذات الأسس الدلالية حول السلامة والنجاعة والجودة في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

٣-٥ الإتاحة Access وزيادة التوافر

وميسورية التكلفة للطب الشعبي، بحسب المناسب، مع التأكيد على ضرورة الإتاحة للسكان الفقراء.

المكونات

الاعتراف بدور ممارسي الطب الشعبي في الرعاية الصحية: وذلك بتشجيع المداخلات والحوار بين ممارسي الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM وممارسي الطب الإخلافي.

حماية النباتات الطبية: وذلك بالحث على دعم استخدام واستنبات النباتات الطبية.

استراتيجية منظمة الصحة العالمية

إنّ معظم الدول التي تعاني من الانتشار الواسع للملاريا والإيدز والعدوى بفيروسه HIV/AIDS والأمراض العدوائية الشائعة الأخرى تنفق على المواطن الواحد سنوياً في المجال

(٢) البيانات متوفرة في إقليم أفريقيا فقط.

استراتيجية منظمة الصحة العالمية

ستشجع منظمة الصحة العالمية الدول لتنظيم برامج تدريبية للممارسين الإخلافيين، لتمكينهم من اكتساب المعرفة الأساسية بالطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM والحث على ترخيص الممارسة بالعلاجات.

وستستمر المنظمة بإصدار المراجع الموثوقة للدول الأعضاء كأفروادات منظمة الصحة العالمية WHO حول النباتات الطبية الانتقائية، وهي أيضاً ستطور المواد العلمية والثقافية التعليمية بما فيها التراجع وإحداث موقع عن الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM على شبكة الويب، لرفع درجة الانتباه إلى الحاجة للاستخدام المرشد للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM، وإرشاد العامة للاستعمال السليم.

المشعر الخرج

موضوع الاستراتيجية	عدد الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO التي فيها معاهد بحوث وطنية ⁽³⁾ عن الطب الشعبي/مجموع عدد الدول الأعضاء في WHO	الحالة في عام ٢٠٠٥	في عام ٢٠٠٥ كهدف
الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية WHO التي فيها معاهد بحوث وطنية عن الطب الشعبي	١٩١/١٩	%١٠	%١٨

النتائج المتوقعة بين عامي ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥

- ▶ تدريب أساسي للممارسين الإخلافيين على المعالجات الشائعة الاستخدام في الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.
- ▶ تدريب أساسي لممارسي الطب الشعبي TM على الرعاية الصحية الأولية.
- ▶ معلومات حقيقة ثابتة عن الاستخدام الصحيح لمعالجات الطب الشعبي للمستهلكين.
- ▶ تحسين الاتصالات بين الممارسين الإخلافيين ومرضاهم فيما يتعلق باستخدام الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM.

النتائج المتوقعة بين عامي ٢٠٠٢ - ٢٠٠٥

- ▶ استخدام المعايير والمؤشرات، حيث كان ذلك ممكناً، لقياس الفعالية بحسب الكلفة، والإتاحة العادلة للطب الشعبي.
- ▶ زيادة الاستعداد والتهيئة بما يناسب من الطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM من خلال الخدمات الصحية الوطنية.
- ▶ زيادة عدد المنظمات الوطنية لممارسي الطب الشعبي TM.
- ▶ الاستخدام المدعوم بموارد النباتات الطبية.

٤-٥ الاستعمال المرشد

الحث على الاستعمال السليم دوائياً من الطب الشعبي المناسب البديل والتكميلي TM/CAM من قبل الممارسين والمستهلكين.

المكونات

- ▶ الاستخدام المناسب للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM من قبل ممارسيه: وذلك بزيادة قدرة ممارسي الطب الشعبي بتطبيق معالجاته ومنتجاته بشكل مناسب.
- ▶ الاستخدام المناسب للطب الشعبي البديل والتكميلي TM/CAM من قبل المستهلكين: وذلك بزيادة قدرة المستهلكين لاتخاذ القرار الحكيم (عن علم) باستخدام معالجات الطب الشعبي ومنتجاته.

{ يجب أن نوسع القاعدة المعرفية للطب الشعبي البديل والتكميلي CAM، وممارسي الرعاية الصحية التقليدية، وذلك للإحاطة بكل ذخائر وطاقات الممارسات في الرعاية الصحية المأهولة والفعالة. وفي الحقيقة إنها توسيع آفاق الرعاية الصحية. وعندئذ يمكن دمج تلك الممارسات ضمن الخطط العلاجية الصارمة المضبوطة المناسبة لكل مريض وبالتعاون معه. وإن هذه الأمور الملحة تفرض علينا جهوداً كبيرة في البحوث والتدريب والتعليم والاتصال... (٤٥) }

(٣) يعرف معهد البحث الوطني هنا بمعهد البحث الذي تدعمه الدولة.

الملحق الأول

لائحة المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في الطب الشعبي

١٩	مجموع أعداد المراكز المتعاونة توزيعها الإقليمي
٣	الإقليم الأفريقي
٢	الإقليم الأمريكي
١	الإقليم الأوروبي
١	إقليم جنوب - شرق آسيا
١٢	إقليم غرب المحيط الهادئ

الإقليم الأفريقي

- ◀ مركز للبحث العلمي في المؤسسات الطبية، مامبونغ -أكوايم Mampong-Akwapim، غانا
- ◀ مركز وطني للبحوث الصيدلانية التطبيقية (CNERP)، أنتانانافيرو Antananaviro، مدغشقر
- ◀ المعهد الوطني للبحوث في، سانت بليك Santé Publique، باماكو Bamako، مالي

إقليم الأمريكيتين

- ◀ المركز الوطني للطب التكميلي والبديل (NCCAM)، المعاهد الوطنية للصحة، قسم الصحة والخدمات الإنسانية، بيتسدا Bethesda, USA
- ◀ كلية الصيدلة، جامعة إلينوي Illinois في شيكاغو، شيكاغو، USA

الإقليم الأوروبي

- ◀ مركز للبحث في علم المناخيات الأحيائية Bioclimatology والتكنولوجيا البيولوجية والعلاج الطبيعي، الجامعة الحكومية لميلان، ميلان Milan، إيطاليا

إقليم جنوب - شرق آسيا

- ◀ أكاديمية الطب الكوري الشعبي، بيونغيانغ Pyongyang، الجمهورية الكورية الديمقراطية الشعبية

إقليم غربي المحيط الهادئ

- ◀ معهد الوخز بالإبر وكي الجلد، الأكاديمية الصينية للطب الصيني الشعبي، بيجنغ، جمهورية الصين الشعبية

- ◀ معهد العلوم السريرية والمعلومات، الأكاديمية الصينية للطب الصيني الشعبي، بيجنغ Beijing، جمهورية الصين الشعبية
- ◀ معهد تطوير النبات الطبي، الأكاديمية الصينية للعلوم الطبية، بيجنغ Beijing، جمهورية الصين الشعبية
- ◀ معهد المواد الطبية الصيني، الأكاديمية الصينية للطب الصيني الشعبي، بيجنغ Beijing، جمهورية الصين الشعبية
- ◀ جامعة نانجنغ Nanjing للطب الصيني الشعبي، نانجنغ Nanjing، جمهورية الصين الشعبية
- ◀ معهد بحوث وخز الإبر، جامعة فودان Fudan، شنغهاي Shanghai، جمهورية الصين الشعبية
- ◀ جامعة شنغهاي Shanghai للطب الصيني الشعبي، شنغهاي Shanghai، جمهورية الصين الشعبية
- ◀ مركز بحوث الطب الشرقي، معهد كاتاساتو Kitasato، طوكيو، اليابان
- ◀ قسم الطب الشرقي الياباني، جامعة توياما للطب والصيدلة، توياما Toyama، اليابان
- ◀ معهد البحث الطبي الشرقي-الغربي، جامعة كيانغ هي Kyung Hee، سيؤول، الجمهورية الكورية
- ◀ معهد بحوث الإنتاج الطبيعي، جامعة سيؤول الوطنية، سيؤول Seoul، الجمهورية الكورية
- ◀ معهد الطب الشعبي، هانوي Hanoi، فيتنام

الملحق الثاني

مطبوعات ووثائق مختارة من منظمة الصحة العالمية في الطب الشعبي

أدرجت المطبوعات (المشورات) والوثائق المتوفرة باللغة الإنكليزية في الأسفل (لاحقاً) بشكل لوائح . وفي حال كانت متاحة باللغتين الفرنسية والإسبانية أو إحداهما فقط ، فسيشار إلى ذلك بالحرفين F أو S أو كليهما .

في السياسة الوطنية والمراقبة

خطة عمل أيا Apia للطب الشعبي في دول جزر المحيط الهادئ . مانिला ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية WHO لغرب المحيط الهادئ . ٢٠٠١

تطوير السياسة الوطنية للطب الشعبي . مانिला ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية WHO لغرب المحيط الهادئ . ٢٠٠١

الحالة القانونية للطب الشعبي والطب التكميلي/البديل : مراجعة عالمية واسعة - جنيف - منظمة الصحة العالمية - قيد الطبع

الحث على الطب الشعبي وتطويره : تقرير عن مؤتمر منظمة الصحة العالمية - جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٧٨ - (سلسلة تقارير منظمة - WHO رقم ٦٢٢) .

حالات تنظيم الأدوية العشبية : مراجعة عالمية واسعة ، جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩٨ ، مرجع وثائقي ، (F ، WHO/TM/98.1 فرنسي تحت الطبع/S إسباني)

تقرير ورشة العمل بين الإقليمية حول قوانين حماية الملكية الفكرية في موضوع الطب الشعبي ، جنيف - منظمة الصحة العالمية (ملف وثائقي (WHO/EDM/TRM/2001.1)

دور الطب الشعبي في الرعاية الصحية الأولية في الصين : معتمداً على المنتدى بين الأقليمي تحت رعاية منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وزارة الصحة العامة لجمهورية الصين الشعبية (بين ٩ - ٢١ أكتوبر/ تشرين أول ١٩٨٥) - جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٨٦ . (ملف وثائقي WHO/TM/86.2)

أنظمة الصحة الشعبية في أمريكا اللاتينية والكاريبي - معلومات القيمة القاعدية - واشنطن DC ، منظمة الصحة لعموم أمريكا - منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠

الطب الشعبي وتغطية الرعاية الصحية - جنيف - منظمة الصحة العالمية - ١٩٨٣ أعيد طبعه . ١٩٨٨

ممارسوا الطب الشعبي كعاملين في الرعاية الصحية الأولية – منظمة الصحة العالمية ١٩٩٥ . (ملف وثائقي (WHO/SHS/DHS/TM/95.6 .

في الجودة والسلامة والنجاعة

النباتات الطبية :

اختبارات أساسية للأدوية: المواد الدوائية، المواد النباتية الطبية وأشكال جرعاتها. جنيف – منظمة الصحة العالمية ١٩٩٨ ، (F/S)

ممارسات التصنيع الجيدة: دلائل إرشادية داعمة في تصنيع المنتجات الطبية العشبية، الملحق ٨ للجنة الخبرة WHO حول خصوصيات المستحضرات الدوائية، التقرير ٣٤، جنيف – منظمة الصحة العالمية – ١٩٩٦ (منظمة الصحة العالمية – سلسلة التقارير التقنية – رقم ٨٦٣) (F/S).

دلائل إرشادية للاستخدام المناسب في الأدوية العشبية: مانيلا، المكتب الإقليمي WHO لغرب المحيط الهادئ. ١٩٩٨ (المطبوعات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية – سلسلة غرب المحيط الهادئ – رقم ٢٣)

دلائل إرشادية لتقييم الأدوية العشبية: الملحق ١١ للجنة الخبرة WHO حول خصوصيات المستحضرات الدوائية، التقرير ٣٤، جنيف – منظمة الصحة العالمية – ١٩٩٦ (منظمة الصحة العالمية – سلسلة التقارير التقنية – رقم ٨٦٣) (F/S).

طرق ضبط الجودة للمواد النباتية الطبية: جنيف – منظمة الصحة العالمية – ١٩٩٨

النباتات الطبية في الصين: مانيلا، المكتب الإقليمي WHO لغرب المحيط الهادئ. ١٩٩٨ (المطبوعات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية – سلسلة غرب المحيط الهادئ – رقم ٢)

النباتات الطبية في جمهورية كوريا: مانيلا، المكتب الإقليمي WHO لغرب المحيط الهادئ. ١٩٩٨ (المطبوعات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية – سلسلة غرب المحيط الهادئ – رقم ٢١)

النباتات الطبية في غرب المحيط الهادئ: مانيلا، المكتب الإقليمي WHO لغرب المحيط الهادئ. ١٩٩٨ (المطبوعات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية – سلسلة غرب المحيط الهادئ – رقم ١٩)

النباتات الطبية في فيتنام: مانيلا، المكتب الإقليمي WHO لغرب المحيط الهادئ. ١٩٩٨ (المطبوعات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية – سلسلة غرب المحيط الهادئ – رقم ٣)

أفروادات منظمة الصحة العالمية WHO Monographs حول النباتات الطبية الانتقائية: الجزء ١ – جنيف – منظمة الصحة العالمية – ١٩٩٩

أفروادات منظمة الصحة العالمية WHO Monographs حول النباتات الطبية الانتقائية: الجزء ٢ – جنيف – منظمة الصحة العالمية – ٢٠٠١

البحث

التقييم السريري للأدوية العشبية والمنتجات الطبيعية: تقرير مشاورة منظمة الصحة العالمية حول الطب الشعبي والإيدز – جنيف ٢٦-٢٨ سبتمبر/أيلول ١٩٩٠. جنيف منظمة الصحة العالمية ١٩٩٠ (ملف وثائقي (WHO/TM/GPA/90.2)

الدلائل الإرشادية العالمية لمنهجيات البحث والتقييم للطب الشعبي: جنيف - منظمة الصحة العالمية
- قيد الطبع (ملف وثائقي (WHO/EDM/TRM/2000.1

الدلائل الإرشادية في البحث السريري عن الوخز بالإبر: مانيتا، المكتب الإقليمي WHO لغرب
المحيط الهادئ. ١٩٩٥ (المطبوعات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية - سلسلة غرب المحيط
الهادئ - رقم ١٥)

المسح المختبري لمضادات HIV وتقرير مشاوررة منظمة الصحة العالمية غير الرسمية حول الطب الشعبي
والإيدز - جنيف - ٦-٨ شباط ١٩٨٩ . WHO - جنيف ١٩٨٩ (ملف وثائقي WHO /GPA/ BMR/89.5)

الدلائل الإرشادية حول تقييم السلامة والنجاعة في الأدوية العشبية: مانيتا - منظمة الصحة العالمية
- المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ ١٩٩٣

الطب التقليدي والحديث: الانسجام بين الأسلوبين: مانيتا - منظمة الصحة العالمية - المكتب
الإقليمي لغرب المحيط الهادئ ٢٠٠٠

الاستعمال المرشّد

تسميات الوخز بالإبر:

التسميات الدولية المعيارية المقترحة للوخز بالإبر: تقرير المجموعة العلمية لمنظمة الصحة العالمية -
جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩١ .

تقرير مجموعة العمل حول تسميات الوخز الأذني بالإبر: ليون - فرنسا ٢٨-٣٠ نوفمبر ١٩٩٠ -
جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩١ (ملف وثائقي (WHO/TM/91.2

تسميات الوخز بالإبر المعيارية: الطبعة الثانية، مانيتا، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لغرب
المحيط الهادئ، ١٩٩٣ .

المحافظة على النباتات

المحافظة على النباتات: وقائع المشاورة الدولية - شيانغ ماي - Chiang Mai تايلاند - ٢١-٢٧
مارس/ آذار ١٩٨٨ - كامبرج - المملكة المتحدة - UK مطبوعات جامعة كامبرج ١٩٩١

الموارد الطبيعية وصحة الإنسان: النباتات ذات القيمة الطبية والغذائية. وقائع ندوة منظمة الصحة
العالمية الأولى حول النباتات والصحة من أجل التقدم العلمي الشامل. كوب - Kobe اليابان
٢٦-٢٨ أغسطس/ آب ١٩٩١ ، أمستردام - مطبوعات إلسفير Elsevier العلمية ١٩٩٢ .

الدلائل الإرشادية WHO/IUCN/WWF حول المحافظة على النباتات الطبية: غلاند - Gland سويسرا
- الاتحاد الدولي للمحافظة على الطبيعة ١٩٩٣ (F/S).

انتقاء واستخدام المعالجات

الدورة البُلْدَانِيَّة WHO/DANIDA حول منهجيات انتقاء واستخدام المعالجات الشعبية التقليدية في
برامج الرعاية الصحية الوطنية. تقرير عن الدورة البلدانية التي عقدت في كادوما - Kadoma
زمبابوي ٢٦ يونيو/ حزيران-٦ يوليو/ تموز ١٩٨٩ - جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩١
(ملف وثائقي (WHO/TM/91.1

الدورة التدريبية WHO/DANIDA لانتقاء واستخدام المعالجات الشعبية في الرعاية الصحية الأولية، تقرير ورشة العمل بين الأقليمية المنعقدة في بانكوك - تايلاند ٢٥ نوفمبر/ تشرين ٢ - ٤ ديسمبر/ كانون أول ١٩٨٥. جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٨٦ (ملف وثائقي WHO/TM/86.1).

التدريب والممارسة الجيدة:

الدلائل الإرشادية لتدريب ممارسي الصحة الشعبية على الرعاية الصحية الأولية: جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩٥ (ملف وثائقي WHO/SHS/DHS/TM/95.5).

الدلائل الإرشادية في التدريب الأساسي والسلامة للوخز بالإبر - جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩ (ملف وثائقي (F) WHO/EDM/TM/99.1).

نظرة استباقية لضم ممارسي الصحة الشعبية: تقرير مشاورة حول الإيدز والطب الشعبي - فرانسيس تاون - بوتسوانا ٢٣-٢٧ يوليو/ تموز ١٩٩٠. جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩٠ (ملف وثائقي (F) WHO/TM/GPA/90.1).

الوخز بالإبر: مراجعة وتحليل تقارير. منظمة الصحة العالمية - قيد الطبع

مضمومة Package تدريبية لممارسي الطب الشعبي: مانبلا - المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ ١٩٩٩.

المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية حول الطب الشعبي

تقرير المؤتمر الثالث لمديري المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية حول الطب الشعبي بيجنغ-Beijing جمهورية الصين الشعبية، ٢٣-٢٦ أكتوبر/ تشرين أول ١٩٩٥، جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٩٦ (ملف وثائقي WHO/TM/96.1).

تقرير المؤتمر الثاني لمديري المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية حول الطب الشعبي بيجنغ - Beijing جمهورية الصين الشعبية، ٢٣-٢٦ أكتوبر/ تشرين أول ١٩٩٥، جنيف - منظمة الصحة العالمية ١٩٨٨ (ملف وثائقي WHO/TM/88.1).



References المراجع

1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. World Health Organization. *Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010*. Harare, World Health Organization, 2000 (document reference AFR/RC50/Doc.9/R).
3. World Health Organization. *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999)*. Harare, WHO Regional Office for Africa, 2000.
4. World Health Organization. *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document reference (WP)TM/ICP/TM/001/RB/98–RS/99/GE/32(CHN)).
5. World Health Organization. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington DC, Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization (Working group OPS/OMS), 1999.
6. World Health Organization. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Philippines, 18 September 1998*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998.
7. Fisher P & Ward A. Clinical review. ABC of complementary medicine. Users and practitioners of complementary medicine. *British Medical Journal*, 1999, 319: 836–838.
8. Health Canada. *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A Collection of Papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Health Canada, 2001.
9. G. Domenighetti et al. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parmi les médecins suisses. *Médecine & Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C & Vickers AJ. *ABC of Complementary Medicine*. London, BMJ Books, 2000 (reprinted from a series of articles that appeared in the *British Medical Journal* during 1999).
11. World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies. *The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent*. Beijing, World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies, 2000.
12. World Health Organization. *The Legal Status of Traditional and Complementary/ Alternative Medicine: a Worldwide Review*. Geneva, World Health Organization, in press.
13. Eisenberg DM et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1569–75.
14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G & Aldridge D, eds. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991. Quoted in reference 9.

15. Marthiessen P, Rosslenbroich B & Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen — Bestandaufnahme zur Forschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialen zur Gesundheitsforschung, Band 21.) Quoted in reference 9.
16. House of Lords, United Kingdom. Select Committee on Science and Technology. Session 1999–2000. *6th Report. Complementary and Alternative Medicine*. London, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. United Nations Conference on Trade and Development. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development, 2000 (document reference TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Data from Information Resources, Inc. Scanner Data, quoted in *Herbal Gram, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association*, 1998, 43:61.
19. Mhame P. *The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania*. Paper presented at UNCTAD Expert Meeting on Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices, 30 October – 1 November 2000, Geneva.
20. Quoted in: Spry-Leverton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. *UNICEF Information Feature, October 2000*. At: <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. *Local production and dispensing of herbal antimalarials*. A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8–11 December 1999.
22. Gyapong M et al. *Report on Pre-testing of Instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana*. 10 January 1999.
23. Diarra D et al. *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*. 2–28 January 1999.
24. Brieger W et al. *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Procedures. IDO Local Government, Oyo State, Nigeria*. 13 November – 4 December 1998.
25. RBM Country Team. *The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia*. 21 December 1998 – 20 January 1999.
26. Ahorlu CK. Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
28. Personal communication from Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, March 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, California, Alta Mira Press, 1999.
30. UNAIDS. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*. Geneva, UNAIDS, 1999.
31. Burford G et al. *Traditional Medicine & HIV/AIDS in Africa. A Report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenya, 16–19 May 2000*. 3 July 2000.

32. Jonas WB. Alternative medicine — learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.
33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
34. Mason F. *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey*. Toronto, 1995.
35. Anderson W et al. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
36. Ostrow MJ et al. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.
37. Chez AR & Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
38. Studdert DM et al. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1569–1575.
39. Reported by World Federation of Chiropractic, 2000.
40. Reported by World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies, 2000.
41. World Health Organization. *Regulatory Situation of Herbal Medicines. A Worldwide Review*. Geneva, World Health Organization (document reference WHO/TRM/98.1).
42. Norges Offentlige Utredninger [Norway Official Reports]. NOU 1998:21. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial — og helsedepartementet Avgitt til Sosial — og helsedepartementet [Report of a committee, appointed by the Ministry of Health and Social Affairs, to the Ministry of Health and Social Affairs]. *Alternativ Medisin [Alternative Medicine]*. 1998.
43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686.
44. Bhattacharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
45. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Expanding Horizons of Healthcare. Five-year Strategic Plan 2001–2005*. Maryland, National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2000.
46. Council of Europe. Resolution 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extract from the *Official Gazette of the Council of Europe* — November 1999) (document reference 8435). Parliamentary Assembly. 4 November 1999.
47. World Health Organization. *Regional Consultation on Development of Traditional Medicine in South-East Asia Region, 1999*. New Delhi, World Health Organization (document reference SEA/Trad.Med./80).
48. World Health Organization. *Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Thailand, 6–8 December 2000*. Geneva, World Health Organization (document reference WHO/EDM/TRM/2001.1)
49. World Health Organization. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document reference WHO/EDM/TRM/2000.1).
50. European Commission. *COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993–98*. Brussels, European Commission, 1998 (document reference EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. *Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud (Study of Cost-*

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

Care Technology
Tel: +1 202 974 3238 Email:
borrasca@paho.org

Dr Rosario D'Alessio
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +1 202 974 3282 Email: dalessir@paho.org

المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط
منظمة الصحة العالمية
ص. ب ٧٦٠٨
شارع عبد الرزاق السنهوري
مدينة نصر
القاهرة ١١٣٧١
جمهورية مصر العربية

Mr Peter Graaff
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +20 2 2765301 Email:
graaffp@emro.who.int

المكتب الإقليمي لأوروبا
منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لأوروبا
كوبنهاغن
الدانيمارك

Mr Kees de Joncheere
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +45 3 917 1717 Email: cjo@who.dk

المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا
منظمة الصحة العالمية
مكتب الصحة العالمي
شارع مهاتما غاندي
نيودلهي ١١٠٠٠٢
الهند

Dr Krisantha Weerasuriya
Acting Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +91 11 331 7804 Email:
weerasuriyak@whosea.org

المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ
منظمة الصحة العالمية
ص ب: ٢٩٣٢
مانيلا ١٠٠٠
الفلبين

Dr Budiono Santoso
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +63 2 528 8001 Email:
santosob@who.org.ph

Dr Chen Ken
Traditional Medicines Adviser
Tel: +63 2 528 9948 Email: chenken@who.org.ph

للإتصال فيما يتعلق بالأدوية الأساسية والسياسة الطبية

على المراكز الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية

قسم الأدوية الأساسية والسياسة الدوائية
تجمع التكنولوجيا الصحية والصناعات الدوائية
المراكز الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland:

Dr Jonathan Quick
Director
Tel: +41 22 791 4443 Email: quickj@who.int

Dr Hans Hogerzeil
Team Coordinator, Policy, Access and Rational
Use
Tel: +41 22 791 3528 Email:
hogerzeilh@who.int

Dr Lembit Rägo
Team Coordinator, Quality and Safety: Medicines
Tel: +41 22 791 4420 Email: ragol@who.int

Dr Germán Velásquez
Team Coordinator, Drug Action Programme
Tel: +41 22 791 3509 Email:
velasquezg@who.int

Dr Xiaorui Zhang
Acting Team Coordinator, Traditional Medicine
Tel: +41 22 791 3639 Email: zhangx@who.int

للإتصال بالمكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية

المكتب الإقليمي لأفريقيا
منظمة الصحة العالمية
شارع مازوي
ص ب:
هراري
زبابوي

Dr Jean Marie Trapsida
Acting Essential Drugs and Medicines Policy
Coordinator
Tel: +263 4 742 829 Email: janspex@intnet.me

Dr Ossy Kasilo
Traditional Medicines Adviser
Tel: +263 4 790 233 Email: kasiloo@whoafr.org

المكتب الإقليمي للأمريكيتين
منظمة الصحة العالمية

Pan American Sanitary Bureau
525, 23rd Street NW
Washington, DC 20037:
واشنطن
Dr Caridad Borrás
Programme Coordinator, Essential Drugs and
Health