

طراحی الگوی نظارت قانونی-فقهی-علمی بر طب مکمل و جایگزین در ایران با تأکید بر

لمس درمانی: یک مطالعه تطبیقی و پیشنهاد رویکرد نوین

بهرام مفید^{۱*}، مهدی دوستداری^۲، عباس کریمی مجرد^۳

۱- گروه رادیوانکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- پژوهشگر مستقل، تهران، ایران

۳- گروه هوش بری، بیمارستان فرهیختگان، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

doi: [10.22034/jlhs.01.01.075](https://doi.org/10.22034/jlhs.01.01.075)

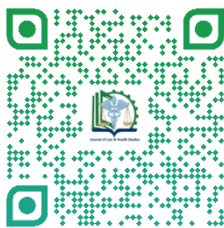
تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۳۱

انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۲۴

دسترسی سریع به مقاله الکترونیکی



اطلاعات نویسنده مسئول:

بهرام مفید

گروه رادیوانکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه

شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: bahrammofid@gmail.com

حیطه موضوعی:

حقوق، طب سنتی، مکمل و تلفیقی

زمینه و هدف: شرایط زندگی صنعتی، افزایش جمعیت افراد سالخورده و بروز بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، سبب گرایش بیماران به استفاده از داروها و روش‌های طب مکمل و جایگزین از جمله روش‌های مبتنی بر بیوفیلد یا هاله شده است. این روش‌ها خطرات و عوارض داروهای شیمیایی و هزینه سنگین درمان‌های رایج پزشکی مدرن را ندارند. به‌منظور استفاده بهینه، این طب کهن نیازمند کنترل و نظارت قانونی برای جلوگیری از سوءاستفاده مالی و کلاهبرداری و همین‌طور سهل‌انگاری و قصور درمانگران می‌باشد.

روش‌ها: اسناد قانونی و فقهی ایران و کشورهای اسلامی به‌صورت کیفی بررسی و کدگذاری شد. این روش با مقایسه سیستماتیک قوانین و گزارش‌های موجود، الگویی نوین برای نظارت مبتنی بر اصول فقهی و علمی طراحی می‌کند. داده‌ها از اسناد عمومی (۲۰۰۰ به بعد) جمع‌آوری شده و بدون ابزار میدانی تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها: هر حوزه پزشکی نیازمند قانون‌گذاری، کنترل و نظارت قانونی و بازرسی از داخل یا خارج یک سازمان تولیدکننده و عرضه‌کننده کالا و خدمات سلامت است. این اقدامات علاوه بر تضمین کیفیت، افزایش کارایی و کاهش ریسک کاربرد ابزارها و روش‌ها را موجب می‌شود و مانع از هرگونه سوءاستفاده و کلاهبرداری می‌گردد. این موضوع در حوزه طب مکمل که نیازمند اعتماد بین درمانگر و بیمار است، از اهمیت بیشتری برخوردار است.

نتیجه‌گیری: با توجه به احتمال بالای سوءاستفاده مالی و کلاهبرداری، تدوین و تصویب مقررات مقتضی به‌منظور جلوگیری از ادعاهای کذب در استفاده از روش‌های طب مکمل و جایگزین امری ضروری است. بنابراین، لازم است مجموعه قوانین اخلاقی این طب به قانون الزامی تبدیل شده و تمهیدات لازم جهت نظارت پیشگیرانه اندیشیده شود. استانداردهای آموزشی نیز باید به‌دقت اعمال شوند تا از اشتغال افراد ناآگاه و فاقد صلاحیت در این حوزه جلوگیری شود، زیرا فعالیت این افراد می‌تواند سبب سلب اعتماد مردم شود. نظارت بر طب مکمل و جایگزین از دو منظر حائز اهمیت می‌باشد: (۱) متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمات، (۲) اعتباربخشی به قوانین اخلاقی مختص طب مکمل و جایگزین، از این رو به جهت جلوگیری از ادعای کذب و اعتمادبخشی جامعه به لمس درمانی، ابتدا باید قوانین در این خصوص بازنگری و تدوین گردد، تا براساس توانایی و تخصص افراد، مجوز صادر شود و در مرحله دوم نظارت و بازرسی مستمر برون سازمانی انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: طب مکمل و جایگزین، بیوفیلد، ادعای کذب، لمس درمانی، سوءاستفاده مالی، قوانین اخلاقی.

Legal Oversight of Complementary and Alternative Medicine with an Emphasis on Touch Therapy

Bahram Mofid^{1*} , Mehdi Dostdary² , Abbas Karimi Mojarad³ 

1- Department of Radio-Oncology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2. Indipendebt Resaercher, Tehran, Iran

3. Department of Anesthesia, Farhikhtegan Hospital, Tehran, Iran

Abstract

Background and Objective: Industrial living conditions, the increase in the elderly population, and the occurrence of chronic and incurable diseases have led patients to use complementary and alternative medicine drugs and methods, including biofield-based or aura-based methods. These methods do not have the risks and side effects of chemical drugs and the high cost of common modern medical treatments. In order to be used optimally, this ancient medicine requires legal control and supervision to prevent financial exploitation and fraud, as well as negligence of therapists.

Methods: Regulatory methods and laws for complementary and alternative medicine in the world were reviewed, and the best regulatory methods and laws for complementary medicine in Iran were presented.

Findings: Every field of medicine requires legislation, legal control and supervision, and inspection from within or outside an organization that produces and supplies health goods and services. In addition to ensuring quality, these measures increase the efficiency and reduce the risk of using tools and methods and prevent any misuse and deception. This is more important in the field of complementary medicine, which requires trust between the therapist and the patient.

Conclusion: Given the high probability of financial abuse and fraud, it is necessary to develop and approve appropriate regulations to prevent false claims in the use of complementary and alternative medicine methods. Therefore, it is necessary to make the set of ethical rules of this medicine a mandatory law and to consider the necessary measures for preventive supervision. Educational standards should also be carefully applied to prevent the employment of ignorant and unqualified individuals in this field, because the activities of these individuals can cause people to lose trust. Monitoring complementary and alternative medicine is important from two perspectives: 1) specialists and service providers, 2) accreditation of ethical rules specific to complementary and alternative medicine. Therefore, in order to prevent false claims and give society confidence in therapeutic touch, the rules in this regard must first be reviewed and formulated, so that licenses can be issued based on the ability and expertise of individuals, and in the second stage, continuous external monitoring and inspection are carried out.

Keywords: Complementary and Alternative Medicine, Biofield, False Claims, Therapeutic touch, Financial abuse, Ethical Regulations.

Article Info

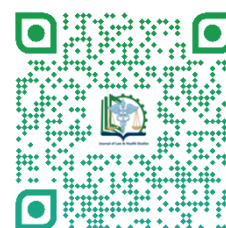
 [10.22034/jlhs.01.01.075](https://doi.org/10.22034/jlhs.01.01.075)

Received: 11 June 2025

Accepted: 21 July 2025

Published: 15 September 2025

Use your device to scan and read the article online



Corresponding author:

Bahram Mofid
Department of Radio-Oncology,
Faculty of Medicine, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran
Email: bahrammofid@gmail.com

Scope:

Law, Traditional, Complimentary,
Integrative Medicine

 Copyright: The JLHS is an open-access journal. Non-commercial use of the articles with reference to JLHS is permitted

How to Cite This Article:

Mofid, B., Dostdary, M., Karimi Mojarad, A. Legal Oversight of Complementary and Alternative Medicine with an Emphasis on Touch Therapy. *Journal of Law and Health Studies*. 2025;1(1):75-90.

۱- مقدمه

طب مکمل و جایگزین (Complementary and CAM (Alternative Medicine روشی درمانی است که در حیطه پزشکی مدرن جایگاهی نداشته و یا اثربخشی آن اثبات نشده است.^۱ استفاده از طب مکمل و جایگزین موافقان و مخالفانی دارد، اما سازمان بهداشت جهانی طب سنتی و مکمل کشورها را با دلایل مختلف مورد پذیرش قرار داده و خواستار ورود آن به حوزه طب مدرن شده است. سازمان بهداشت جهانی با تدوین سند راهبردی با چهار هدف عمده: ۱- ادغام مناسب طب سنتی با سیستم بهداشتی-درمانی کشورها به وسیله توسعه سیاست گذاری و برنامه ریزی های لازم، ۲- تعیین و تضمین ایمنی، کارایی و کیفیت طب سنتی، فرآورده ها و روش های درمانی آن، ۳- افزایش دسترسی و ارائه خدمات طب سنتی با توجه خاص به مردم کم درآمد، ۴- ترویج استفاده منطقی و حفظ و صیانت از آثار و منابع طب سنتی، خواستار توجه بیشتر، علمی تر و کاربردی تر به این حوزه توسط کشورهای جهان شده است.^۲ حقوق پزشکی شاخه ای از رشته حقوق است که مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر مسائل پزشکی و دارویی را مورد مطالعه قرار می دهد. امروزه نیاز به طب سنتی به پشتوانه حقوق پزشکی و حمایت قانونی از آن به دلیل امکان مواجهه با چالش های متعدد ضروری است. برخی از شاخه های طب مکمل که فرآیند رسمیت یافتگی را کاملاً طی نکرده اند با مشکلات متعدد ناشی از توسعه نیافتگی حقوقی مواجه هستند. به دلیل افزایش طول عمر و بروز بیماری های مزمن و صعب العلاج، مردم از مصرف داروهای شیمیایی پرخطر بیش از پیش گریزان شده و به روش های طب مکمل و جایگزین رو آورده اند. به منظور به کارگیری درست این روش باید از اعمال استانداردهای عملی و چهارچوب های قانونی و اخلاقی از طریق کنترل و نظارت مستمر اطمینان حاصل کرد. از طرفی رفع آلام بیماران از اهمیت خاصی در فرهنگ های مختلف به ویژه فرهنگ والای اسلامی برخوردار است، لذا این حوزه از طب باید براساس چهارچوب های اخلاقی و قانونی اقدام نماید تا متخصصان حوزه های پزشکی بتوانند به بهترین شکل به وظایف خود عمل کنند.^۳ روش تحقیق این مقاله بر پایه تحلیل اسنادی تطبیقی با رویکرد نظریه پردازی زمینه محور است، که اسناد قانونی و گزارش های مرتبط با موضوعات کلیدی مانند تقسیم بندی طب مکمل و جایگزین (CAM)،

لمس درمانی، پروانه اشتغال، رضایت آگاهانه، حریم خصوصی و محرمانگی، ادعای کذب و کلاهبرداری، بیمه سلامت و جبران هزینه ها، و قوانین نظارتی جهانی را بررسی می کند. بیش از ۵۰ سند (از سال ۲۰۰۰ به بعد) از منابع معتبر مانند گزارش های WHO، NCCIH آمریکا، و قوانین وزارت بهداشت ایران جمع آوری و کدگذاری کیفی شد تا خلأهای قانونی در ایران شناسایی شود. برای مثال، جدول مقایسه قوانین اروپا و آمریکا با ایران مستقیماً از این تحلیل استخراج شده و به عنوان پایه ای برای پیشنهاد نظریه نظارت ترکیبی فقهی-علمی و الگوی پنج مرحله ای فقهی-دیجیتال عمل می کند. این روش اجازه می دهد موضوعات توصیفی (مانند اهمیت پروانه اشتغال) به یافته های نوین (مانند ادغام دیجیتال برای جلوگیری از ادعای کذب در لمس درمانی) مرتبط شوند، که کارایی ویژه ای برای ایران دارد.

۲- پیشینه پژوهش

روش های مبتنی بر بیوفیلد یا هاله (به عنوان بخش مهمی از طب انرژی که خود بخش لاینفک طب مکمل است) از طریق دو دسته انرژی به اجرا در می آید که یکی از آن ها انرژی های واقعی مورد قبول علم رایج و قابل سنجش از طریق ابزارآلات است و دیگری طب انرژی مبتنی بر انرژی های شناخته شده می باشد که از طریق ابزار شناخته شده علمی هنوز قابل تشخیص نیست. این روش ها مبتنی بر انرژی های شناخته شده ای هستند که با هدف از بین بردن قطع جریان انرژی در بدن درمانجو و به تعادل رساندن آن انجام می شوند.^۴ کارآیی این روش ها در بسیاری از بیماری ها به شیوه علمی به اثبات رسیده است. به عنوان مثال در میان روش های طب مکمل و جایگزین، موضوع لمس درمانی که برخی آن را مترادف با هاله درمانی می دانند در مرکز توجه قرار دارد. اگرچه از هر دو دیدگاه مذهبی و علمی، این موضوع مورد بحث قرار گرفته، بیشتر شرح علمی آن براساس میدان های انرژی الکتریکی، مغناطیسی و تلفیقی از این دو مد نظر قرار دارد که میدان زیستی (بیوفیلد) را در اطراف بدن همه موجودات زنده اعم از گیاهان، جانوران و انسان قرار می دهد. این میدان تحت تاثیر جسم، روان، افکار و احساسات است، لذا تشخیص و درمان نیز یک فرآیند هولستیک (کل نگر) بوده و از این امور

با بیان و تحلیل برخی از مهم‌ترین مقررات موجود، به بیان فواید چهارچوب‌های قانونی در این زمینه می‌پردازد. این امر با رویکرد نظارت بر کالاها و خدمات سلامت دنبال می‌شود. از آنجا که ابزار خاصی در این روش‌ها به کار نمی‌رود، موضوع رگولاتوری نیز در این مجموعه مطرح نمی‌باشد و تنها به رگولاسیون روش‌های مربوطه پرداخته می‌شود. طبعاً بیان تجربیات و ارائه شواهد علمی به غنی‌تر شدن اهداف رگولاسیون و تحقق آن‌ها کمک خواهد کرد. با توجه به ماهیت این طب و شرایط بیماران دردمند و ناامید، تاکنون بیش از هر چیز این اهداف در طب انرژی بر پیشگیری از کلاهبرداری متمرکز بوده‌اند. تضمین کیفیت از طریق تبیین و اعمال استانداردهای مراقبتی جهت استفاده ایمن و درست از این روش‌ها نیز هدف مهم دیگری است که در همین ارتباط پیگیری می‌شود.^{۱۰} طب مکمل و جایگزین (CAM) بر پایه دسته‌بندی WHO به پنج گروه تقسیم می‌شود: سیستم‌های کامل (مانند آیورودا)، ذهن-بدن (مدیتیشن)، بیولوژیکی (گیاهان)، دستکاری بدن (لمس‌درمانی)، و انرژی (ریکی). تحلیل اسنادی نشان می‌دهد که لمس‌درمانی (به عنوان زیرمجموعه دستکاری و انرژی) در ایران چالش‌های فقهی مانند حریمیت دارد، که نیاز به ادغام با نظریه نظارت ترکیبی فقهی-علمی را برجسته می‌کند.

۳- توصیف و بررسی

نظارت قانونی بر طب مکمل و جایگزین و به‌ویژه لمس‌درمانی، شامل مجموعه‌ای از قوانین و مقررات است که به منظور تضمین ایمنی، کیفیت و اثربخشی این روش‌ها تدوین شده‌اند. در زیر به برخی از جنبه‌های کلیدی نظارت قانونی بر CAM و لمس‌درمانی اشاره می‌شود: تنوع در قوانین و مقررات: در کشورهای مختلف، قوانین و مقررات مربوط به CAM بسیار متنوع است. برخی کشورها دارای قوانین جامع برای CAM هستند، در حالی که برخی دیگر تنها بخش‌هایی از قوانین بهداشتی خود را به این موضوع اختصاص داده‌اند.^{۱۱} استانداردهای کیفیت، ایمنی و اثربخشی: سازمان بهداشت جهانی (WHO) و اتحادیه اروپا (EU) دستورالعمل‌هایی برای ارزیابی کیفیت، ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی و سایر روش‌های CAM ارائه کرده‌اند. این دستورالعمل‌ها به

تاثیر گرفته و بر آن‌ها نیز تاثیر می‌گذارد. به‌منظور تبیین استانداردهای عملی باید براساس شواهد و مستندات علمی، استانداردهای مراقبتی را تبیین و اجرا نمود. محل ورود به بحث علمی درمان‌های بیوفیلد، بیوفیزیک است، اگرچه در بحث هومیوپاتی که مبتنی بر طب ارتعاشی است، بیوشیمی مدخل ورودی می‌باشد. وجه تمایز این روش‌ها با سایر روش‌های طب انرژی این است که در آن‌ها از میادین انرژی مغناطیسی و الکتریکی استفاده می‌شود.^۵ میدان‌های انرژی شناخته شده به میدان زیستی یا بیوفیلدها معروف هستند. وجود هاله یا بیوفیلد تاکنون توسط ابزارهای علم رایج قابل تشخیص نبوده است، لذا موضوع مورد بحث محل مناقشه جدی است.^۶ این میادین انرژی درواقع همان انرژی الکتریکی و مغناطیسی مورد تایید علم رایج است که در سطح سلولی و در کل بدن تولید شده و قابل انتقال می‌باشد.^۷ در حقیقت، بدن ما الگوهایی از میدان‌های الکترومغناطیسی تولید می‌کند که ترکیبی از اطلاعات و انرژی است. این انرژی (که با استفاده از دستگاه اسکوئید قابل سنجش است) بسیار پیچیده‌تر از پیشرفته‌ترین ماهواره‌های فضایی بوده و قابل کنترل و انتقال جهت درمان برخی بیماری‌ها می‌باشد، البته مشروط بر این‌که به‌درستی و در چهارچوب استانداردهای مشخص شده به کار گرفته شود. در ایران، طب سنتی با وجود دانشمندی نظیر بوعلی سینا و رازی از پایگاه مستحکمی برخوردار بوده و چنانچه با آموزش‌های لازم در چهارچوب استانداردهای حرفه‌ای، اخلاقی و حقوقی انجام شود، می‌توان به استفاده بهتر از آن امیدوار بود.^۸ در ضمن از آنجا که رفع آلام بیماران از اهمیت خاصی در فرهنگ‌های مختلف به‌ویژه فرهنگ والای اسلامی برخوردار می‌باشد، لازم است هر شیوه پزشکی براساس چهارچوب‌های اخلاقی و حقوقی انجام شود تا قداست حرفه پزشکی حفظ شود.^۱ معمولاً در هر کشوری سازمان خاصی به‌عنوان مسئول رگولاتوری و نظارت بر این امور تعیین می‌گردد. به‌عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا سازمان غذا و دارو (FDA) مسئول ارزیابی و تایید وسایل و ابزار مورد استفاده در پزشکی از جمله روش‌های مبتنی بر بیوفیلد می‌باشد.^۹ از آنجا که ابزار خاصی در انرژی درمانی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، در این حوزه ادعاها فقط به بررسی روش‌ها محدود می‌شود و نه ابزارها و در نتیجه تنها رگولاسیون این طب مطرح است، نه رگولاتوری. این مقاله

برخی روش‌های طب سنتی دارای تاثیرات نسبتاً کاملی هستند، لذا می‌توانند به‌عنوان جایگزین طب رایج استفاده شوند. گاهی نیز شرایط بیمار به‌گونه‌ای است که توان استفاده از داروهای شیمیایی پرخطر و یا روش‌های تهاجمی طب رایج را نداشته و یا علاقه‌ای به انتخاب آن‌ها را ندارد، لذا طب سنتی می‌تواند به‌عنوان یک روش جایگزین ترجیحی مورد استفاده قرار گیرد.

ج- طب تلفیقی: برخی روش‌های CAM چنان با طب رایج درآمیخته و به رسمیت شناخته شده‌اند که به بخشی از این طب بدل شده‌اند و به آن‌ها طب تلفیقی می‌گویند^{۱۷} (به‌عنوان مثال، گلوکوزامین که به‌عنوان داروی استئوآرتریت در علم پزشکی رایج استفاده می‌شود، از جمله داروهای طب مکمل و جایگزین می‌باشد که در طب رایج به شدت رواج یافته است).^{۱۸}

از سوی مرکز ملی طب مکمل و جایگزین (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM) ایالات متحده آمریکا تقسیم‌بندی دیگری درخصوص روش‌های این طب ارائه شده است.^{۱۹} براساس این تقسیم‌بندی، روش‌های CAM به پنج گروه اصلی تقسیم‌بندی می‌شوند:

۱- روش‌های کامل پزشکی: روش‌های طب سنتی است که از نظر تئوری و عملی به سایر روش‌ها وابسته نیستند (نظیر هومیوپاتی، نچروپاتی، طب سنتی چین و آیورودا). این روش‌ها را می‌توان به‌عنوان جایگزین طب رایج بکار برد.

۲- روش‌های جسمی-ذهنی: روش‌های درمانی است که از طریق بهبود وضعیت روانی به رفع مشکلات و بیماری‌های جسمی کمک می‌کنند. همچنین، به آن‌ها درمان‌های جسمی از طریق تاثیر بر روح و روان یا ذهن نیز گفته می‌شود (مانند مراقبه، موسیقی درمانی و رقص درمانی).

۳- روش‌های بیولوژیکی: در این روش‌ها با استفاده از مواد طبیعی موجود در طبیعت نظیر گیاهان، مواد غذایی و ویتامین‌ها (مثل گیاه درمانی و رژیم درمانی) اقدام به درمان می‌شود.

۴- روش‌های دست‌ورزی: روش‌هایی هستند که با استفاده از حرکت دست‌های درمانگر روی بدن درمانجو از طریق دست‌ورزی و یا تکنیک‌های حرکتی باعث درمان می‌شوند (نظیر کایروپراکتیک، استئوپاتی و ماساژ درمانی).

۵- طب انرژی: به روش‌های انرژی درمانی اطلاق می‌شود که از طریق تاثیر بر میدان‌های انرژی بدن (qi یا chi)

مقامات ملی کمک می‌کنند تا مستندات و پرونده‌های مربوط به این محصولات را ارزیابی کنند.^{۱۲}

چالش‌های اخلاقی و قانونی: یکی از چالش‌های اصلی در CAM، کمبود شواهد علمی کافی برای اثربخشی و ایمنی برخی از روش‌ها است. همچنین، نبود تعریف و تعیین مقامات مسئول برای رسیدگی به شکایات و فرآیندهای قانونی مرتبط با خطاهای پزشکی، مشکلاتی را ایجاد کرده است.^{۱۳}

ادغام با طب مرسوم: ادغام CAM با طب مرسوم نیازمند تغییرات در ساختارهای قانونی و نظارتی است. این تغییرات شامل پوشش بیمه‌ای برای درمان‌های CAM و کاهش ریسک‌های قانونی مرتبط با استفاده از این روش‌ها می‌شود.^{۱۴}

آموزش و آگاهی پزشکان: آموزش پزشکان در مورد CAM و لمس‌درمانی می‌تواند به بهبود نگرش‌ها و استفاده از این روش‌ها کمک کند. مطالعات نشان داده‌اند که پزشکان با آگاهی بیشتر از روش‌های CAM، تمایل بیشتری به ارجاع بیماران به این درمان‌ها دارند.^{۱۵}

در گزارشی WHO چهارچوبی برای نظارت بر CAM ارائه می‌دهد و بر نیاز به تحلیل اسنادی برای شناسایی خلأهای قانونی در کشورها (مانند ایران) تأکید دارد. همچنین، موضوعاتی مانند تقسیم‌بندی CAM و نظارت را پوشش می‌دهد.^۲

۳-۱- تقسیم‌بندی طب مکمل و جایگزین

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، درمان‌های خارج از روش‌های طب رایج را اصطلاحاً طب مکمل و جایگزین می‌گویند.^{۱۶} امروزه، با وجود پیشرفت‌های شگرف در علوم پزشکی و فراگیر شدن طب مبتنی بر شواهد، بسیاری از مردم به سایر روش‌های درمانی مانند هومیوپاتی، طب سوزنی، کایرو پراکتیک، انرژی درمانی، مراقبه، مکمل‌های تغذیه‌ای و روش‌های دیگر رو می‌آورند. این طب دارای تقسیمات اصلی به شرح زیر می‌باشد:

الف- طب مکمل: مجموعه روش‌های درمانی است که در کنار روش‌های طب رایج مورد استفاده قرار می‌گیرند. اکثر روش‌های طب سنتی به‌گونه‌ای است که باید در کنار طب رایج و به‌عنوان درمان کمکی مورد استفاده قرار گیرند.

ب- طب جایگزین: مجموعه روش‌های درمانی است که به‌جای روش‌های طب رایج مورد استفاده قرار می‌گیرند.

بیماران را درمان می‌کنند. اخیراً مراکز طبی سلامت و مکمل یکی از رکن‌های چرخه سلامت شده‌اند که نقش به‌سزایی در سلامت فرد و جامعه دارند که ضمن تقسیم‌بندی و روش‌های فعالیت خود موظف به رعایت اصول اخلاقی و کرامت انسان‌ها براساس اولویت بر سلامت ایفای نقش می‌کند.

۳-۲- اهمیت صدور پروانه اشتغال

هر روزه به تعداد مراکز علمی و دانشگاهی که با ارائه برنامه آموزشی و اعطای مدرک یا پروانه اشتغال به روش‌های طب مکمل و جایگزین از این روش‌های سنتی حمایت می‌کنند، افزوده می‌شود. هم اکنون در بسیاری از کشورها، علاقه‌مندان به کایروپراکتیک، طب سوزنی، انواع ماساژ درمانی و نچروپاتی پس از طی دوره‌های آموزشی و دریافت مجوز از گروه‌های پرستاری، طب فیزیکی و خدمات اجتماعی به ارائه این خدمات مراقبت سلامت مشغول می‌شوند. کریکولوم‌های آموزشی باید به روز و متناسب با کشفیات جدید از پویایی لازم برخوردار باشند. در این زمینه، برنامه‌های آموزشی باید نماد دانش پزشکی روز بوده و خود را با کشفیات جدید در علوم زیست‌شناسی تطبیق دهند. بنابراین، آموزش پزشکی برای تغییر، بازنگری و انطباق با نیازهای جامعه نیز تحت فشار مستمر است. یک آموزش پزشکی پویا باید همراه با تغییرات جامعه متحول شود.^{۱۲} امروزه در بسیاری از کشورها دست‌اندرکاران طب مکمل و جایگزین از جمله طب انرژی برای اشتغال به این نوع حرفه‌ها نیازمند کسب پروانه از مراجع ذیصلاح

می‌باشند.^{۲۰} براساس روش پنجم تقسیم‌بندی طب مکمل و جایگزین روش با استفاده از میدان‌های انرژی واقعی (Veritable Energy Field) و میدان‌های انرژی شناخته شده (Putative Energy Field) و سایر روش‌های انرژی درمانی نظیر ریکی (Reiki)، لمس‌درمانی (Touch Therapy T.T.) و لمس شفابخش (Touch Healing) صورت می‌گیرد، ولی به رسمیت شناختن آن‌ها و صدور پروانه اشتغال برای این فعالیت‌ها هنوز در بسیاری از کشورها محل مناقشه جدی بوده و به اتفاق نظر بین‌المللی نرسیده است. استانداردهای صدور پروانه و حتی معیارهای پذیرش و احراز مشروعیت این روش‌ها در هر حوزه جغرافیایی ممکن است متفاوت از دیگری باشد. به‌عنوان

مثال، خاستگاه روش ریکی درمانی (لمس درمانی) امریکا (به عنوان کشوری پیشرو در امر بهداشت و درمان و قانونگذاری در این حوزه) می‌باشد. در ایالت‌های مختلف این کشور شرایط متفاوتی برای صدور پروانه و به‌رسمیت شناخته شدن آن وجود دارد. در حالی که برخی ایالت‌های امریکا هیات‌های ویژه تخصصی به‌دنبال رگولاسیون ریکی جهت اعمال استانداردهای مراقبتی هستند، برخی دیگر نظیر آلاسکا، کشور مستقل در قاره آمریکا، فاقد هرگونه مقررات از جمله نیاز به پروانه اشتغال در این زمینه می‌باشند. عمدتاً انجمن‌های پرستاری از جمله انجمن پرستاری هولستیک امریکا این وظیفه خطیر را برعهده دارند.^۲ به‌هرحال، با توجه به این که محافل علمی هنوز به‌طور کامل این روش‌ها را نپذیرفته‌اند و عملاً تمامی این روش‌ها رایج نشده‌اند، متأسفانه هنوز در بسیاری از مناطق، نه تنها چهارچوب قانونی درستی برای استفاده از انرژی درونی وجود ندارد حتی برای این کار نیز به احراز شرایط پروانه اشتغال نیاز نمی‌باشد. به‌همین دلیل، سودجویان و فرصت‌طلبان با استفاده از شرایط ضعف و نیاز مردم، به کلاهبرداری و سوءاستفاده مالی از طریق ادعای کذب و پرداختن به روش‌های غیراستاندارد و غیرموثر مشغول هستند.^{۲۱} امروزه، بسیاری از دانشگاه‌های معتبر جهان با اجرای برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت به‌دنبال تربیت دانشجویانی هستند که بتوانند با رعایت اصول حرفه پزشکی، معنویات، اخلاقیات و چهارچوب‌های قانونی به انواع روش‌های مبتنی بر بیوفیلد بپردازند. این دانشگاه‌ها عمدتاً به صدور گواهی آموزشی بسنده می‌کنند. مهم‌ترین این دانشگاه‌ها مینیسوتا، آریزونا، ویسکونسین و دانشگاه ایالتی ایندیانا‌ی جنوبی که در امریکا می‌باشند، هستند بی‌شک، سطح دانش، مهارت و مدرک درمانگر تعیین‌کننده سطح فعالیت حرفه‌ای مشروع و قانونی وی خواهد بود.^{۲۲}

۳-۳- رضایت آگاهانه

حق استقلال و آزادی فردی مهم‌ترین اصل اخلاقی در مراقبت از بیمار در هر شرایطی تلقی می‌شود، لذا در هر حال باید به ارزش‌ها و علایق بیماران توجه داشت. بر این اساس، تصمیم آزادانه و آگاهانه بیماران بزرگسال واجد صلاحیت عقلی و یا سرپرستان و والدین کودکان باید محترم شمرده شود. در این رابطه، متخصصان مراقبت

مورد روش‌های انرژی درمانی این موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا نتیجه این نوع درمان‌ها تا حد زیادی به رابطه مبتنی بر اعتماد میان درمانگر و درمانجو وابسته است که به هیچ وجه نباید خدش‌های به آن وارد شود.^{۲۷} در آمریکا (HIPAA) و اروپا (GDPR)، رضایت آگاهانه الزامی است و حریم خصوصی با حفاظت داده‌ها تضمین می‌شود.^{۲۸،۲۹}

۴-۳- حریم خصوصی و محرمانگی

حفظ حریم خصوصی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات شخصی بیماران مهم‌ترین رکن اخلاقی و حقوقی برای محافظت از رابطه مبتنی بر اعتماد میان درمانگر و درمانجو است. بدون وجود چنین رابطه‌ای، فرآیند همکاری و همدلی برای پیشبرد شفا و درمان شکل نخواهد گرفت. در این حوزه نیز قوانین متعددی وجود دارد که به‌طور کلی مجازات سلبی (پیشگیرانه و تنبیهی) برای متخلفین در نظر گرفته‌اند اما هیات‌های تخصصی ناظر بر طب انرژی دستورالعمل‌های خاص خود را به‌طور اختصاصی منتشر می‌کنند تا این استاندارد حفاظتی از رویکرد تخصصی نیز به‌دقت دنبال شود. با الکترونیکی شدن پرونده‌ها این موضوع از اهمیت مضاعف برخوردار شده و استانداردهای خاصی به‌منظور جلوگیری از افشای غیرقانونی و حراست از اطلاعات در متن قوانین گنجانده شده‌اند که برای عدم رعایت آن معمولاً مجازات‌های کیفری سخت‌گیرانه پیش‌بینی می‌شود، اما در موارد خاص از جمله مصالح عمومی که قانون مقرر کرده و در مواردی با رضایت کتبی درمانجو یا ولی و سرپرست قانونی وی قانوناً می‌توان این اطلاعات را افشا کرد.^{۳۰} حفظ محرمانگی و رازداری یکی از مهم‌ترین موضوعات علم پزشکی است، محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران جلوگیری از استفاده‌های غیرمجاز از آن جزء حقوق بیماران بوده که باید حفظ شود؛ که در ماده ۴ آیین‌نامه رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای پزشکی مصوب سال ۱۳۷۸ به آن اشاره شده است.

۳-۵- ادعای کذب و کلاهبرداری

ادعای کذب اولین گام برای نیل به سوءاستفاده مالی و کلاهبرداری است، لذا قوانین به جد با این عمل مخالفت کرده و حتی قوانینی ضد ادعای کذب وجود دارند که به‌طور عام مانع از سوءاستفاده مالی و کلاهبرداری در تمامی

سلامت تنها وظیفه دارند که اطلاعات کامل و قابل فهمی به آن‌ها ارائه دهند تا تصمیم آگاهانه‌ای درخصوص انتخاب درمان اتخاذ کنند. این اطلاعات شامل عوارض احتمالی، درمان‌های جایگزین، مخاطرات و درصد احتمال نتایج مطلوب و غیره می‌باشد. برای اتخاذ یک تصمیم آگاهانه علاوه بر عوارض جانبی، باید رسمیت و اهداف درمان پیشنهادی به‌دقت شرح داده شوند.^{۳۳} چنانچه بیمار علاقه و آفری به درمان‌های این طب نشان دهد، درمانگر باید به شیوه‌ای کاملاً بی‌طرفانه و به دور از تعصب و با صبوری این درمان را شرح داده و در انتخاب میان روش‌های این طب و طب رایج بیمار را مختار بدانند، نه این که وی را به انتخاب مورد نظر خود سوق دهد.^{۳۴} موضوع کسب رضایت آگاهانه از نقطه نظر اخلاقی و قانونی اهمیت فراوانی دارد، زیرا حاوی مطالب مهمی درخصوص اطلاع‌رسانی و پیش‌آگهی می‌باشد. برای این منظور، لازم است تمام عناصر رضایت آگاهانه شامل آگاهی از روش مورد استفاده، تاثیرات مفید و عوارض جانبی احتمالی در کنار روش‌های جایگزین به‌نحوی که برای درمانجو قابل درک باشد، به وی ارائه شود، تا در اتخاذ تصمیم آگاهانه و آزادانه در زمینه درمان به وی کمک کند.^{۳۵} هرچند که طبیب یا درمانگر قبل از درمان یا جراحی از بیمار یا سرپرست قانونی او براءت حاصل کرده باشد، ضامن خسارات جانی و مالی به وی نخواهد بود.^{۳۶} به‌هرحال، در موارد قصور پزشکی و پیگیری‌های مدعی‌العموم، پزشک می‌بایست دفاعیات مناسب را تدارک ببیند. این نوع اعلام رضایت می‌تواند کتبی یا شفاهی باشد اما برای انطباق بهتر با قوانین مربوطه و مستندسازی به‌منظور مدیریت خطر احتمالی و مسئولیت قانونی بهتر است این رضایت به شکل مکتوب کسب شود. وقتی رضایت به‌صورت کتبی اخذ شود، مانع از مسئولیت قانونی درمانگر خواهد شد. در ضمن، مستندات مزبور برای اهدافی نظیر بیمه نیز بسیار سودمند می‌باشند. به هر حال، به‌منظور مدیریت خطر احتمالی (ریسک) مسئولیت قانونی، اطمینان از پیروی دقیق از قوانین و توسل به بیمه مسئولیت حرفه‌ای علاوه بر کسب رضایت آگاهانه کتبی درمانجو ضروری است.^{۳۷} در مورد روش‌های طب انرژی این رضایت حتی در دست زدن به بدن بیمار باید از قبل به‌طور تلویحی و یا تصریحی (به‌طور کتبی) کسب شده باشد، تا ضمن احترام به حق انتخاب و آزادی فردی و رعایت قانون، حس آرامش و اطمینان بیشتری به بیمار در طول درمان دست دهد. در

توسعه و رواج بیشتر این طب و پذیرش بیشتر آن از سوی محافل علمی که با کوشش دست‌اندرکاران این حوزه در امر تحقیق و توسعه امکان‌پذیر خواهد بود، می‌توان به وجود پوشش بیمه سلامت برای این روش‌های غیرقابل سنجش توسط ابزارهای مورد تایید علم رایج در آینده امیدوار بود.^{۱۵} گزارشی که توسط ناهین و همکارانش در سال ۲۰۰۹ منتشر شده است، نشان می‌دهد که قانون ACA در آمریکا برخی روش‌های CAM (مانند لمس‌درمانی) در حدود ۲۰-۳۰٪ را پوشش می‌دهد.^{۳۴} همچنین، CAM در سوئیس و دیگر کشورهای اروپا تحت پوشش بیمه اجباری قرار می‌گیرد.^{۱۱}

۷-۳- روش‌ها و قوانین نظارتی برای طب مکمل و جایگزین در جهان

نظارت قانونی بر طب مکمل و جایگزین (CAM) نیازمند تدوین و اجرای قوانین و مقررات جامع و هماهنگ است. در زیر به برخی از بهترین روش‌ها و قوانین نظارتی اشاره می‌شود:

۱. چارچوب‌های نظارتی یکپارچه:
 - در ایالات متحده، نظارت بر CAM توسط چندین نهاد فدرال انجام می‌شود. FDA مسئول نظارت بر مکمل‌های غذایی و محصولات گیاهی است، در حالی که هیئت‌های پزشکی ایالتی نظارت بر طب جایگزین را بر عهده دارند. همچنین، مرکز ملی سلامت مکمل و یکپارچه (NCCIH) تحقیقات و آموزش در زمینه CAM را فراهم می‌کند.^{۳۵}
 - در اتحادیه اروپا، آژانس دارویی اروپا (EMA) نظارت بر تأیید داروهای گیاهی و هومیوپاتی را بر عهده دارد و کمیسیون اروپا دستورالعمل‌هایی برای استفاده از CAM در سیستم‌های بهداشتی ارائه می‌دهد.^{۳۰}
 - ۲- استانداردهای کیفیت، ایمنی و اثربخشی:
 - سازمان بهداشت جهانی (WHO) و اتحادیه اروپا دستورالعمل‌هایی برای ارزیابی کیفیت، ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی و سایر روش‌های CAM ارائه کرده‌اند. این دستورالعمل‌ها به مقامات ملی کمک می‌کنند تا مستندات و پرونده‌های مربوط به این محصولات را ارزیابی کنند.^{۱۲}
 - ۳- آموزش و آگاهی پزشکان:
 - آموزش پزشکان در مورد CAM و لمس‌درمانی می‌تواند به بهبود نگرش‌ها و استفاده از این روش‌ها کمک کند.

حوزه‌ها می‌شوند. برای این که کسی اقدام به فریب و کلاهبرداری کند، پیش از هر چیز لازم است ادعای کذب را به‌منظور فریب مطرح نماید، لذا قوانین متعددی برای پیشگیری از این عمل زشت در جوامع مختلف به تصویب رسیده‌اند. علاوه بر این، به‌منظور حفظ اعتماد میان درمانگر و درمانجو که اساس رابطه آن‌ها را باید تشکیل دهد، هر ادعایی از سوی درمانگر یا مراکز ارائه‌دهنده خدمات باید منطبق با حقیقت محض باشد. این قوانین اگرچه اغلب کلی هستند و در زمره قوانین کیفری قرار می‌گیرند اما معمولاً هیات‌های نظارتی (رگولاتوری) صادرکننده پروانه نیز به‌طور ویژه به این نوع مقررات پیشگیرانه در حوزه تخصصی طب انرژی می‌پردازد. با توجه به این که بیماران معمولاً در شرایط استیصال، بغرنج یا پیچیده قرار دارند و این طب نیز برای علم رایج قابل ارزیابی و سنجش نیست، امکان هرگونه ادعای کذب با هدف اغوای بیماران به‌طور جدی در این حوزه مطرح است. بنابراین، متخصصان طب انرژی ضمن آگاهی از قوانین مربوطه باید توجه داشته باشند که هرگونه ادعای همراه‌کننده و کذب می‌تواند با تعقیب قانونی آن‌ها توسط مدعی‌العموم و درمانجو همراه باشد. در ضمن، این ادعاها می‌توانند در مورد ابزار و روش‌های مورد استفاده مطرح شوند که طبعاً تابع قوانین و مقررات حوزه غذا و داروی کشورها می‌باشد.^{۳۱} قوانین آمریکا (FDA) و اروپا (قوانین مصرف‌کننده) ادعاهای کذب را جرمه می‌کنند. اما، تحلیل اسنادی در ایران نشان‌دهنده ضعف قانون در این زمینه است.^{۳۳،۳۲}

۳-۶- بیمه سلامت و جبران هزینه‌ها

به دلایل متعدد ازجمله عدم تایید قانونی روش‌های طب مکمل و جایگزین، نبود بودجه کافی و نبود مستندات علمی معتبر متأسفانه روش‌های طب انرژی مشمول بیمه سلامت نمی‌شوند، که با توجه به کاهش نرخ دسترسی اقتصادی ناشی از فقر و درآمد اندک مردم، این نقیصه به‌شدت از رواج و توسعه آن‌ها می‌کاهد. حتی در مورد روش تایید شده ریکی، در آینده نزدیک، هیچ آمیدی به اصلاح این نقیصه در کشورهای پیشرویی نظیر ایالت متحده آمریکا نیست، هر چند بیمه مسئولیت حرفه‌ای در حمایت از درمانگران ریکی به توصیه انجمن بین‌المللی متخصصان ریکی مدت‌هاست که در این کشور وجود دارد. به‌هرحال، با

مطالعات نشان داده‌اند که پزشکان با آگاهی بیشتر از روش‌های CAM، تمایل بیشتری به ارجاع بیماران به این درمان‌ها دارند.^{۳۶}

۴- ادغام با طب مرسوم:

- ادغام CAM با طب مرسوم نیازمند تغییرات در ساختارهای قانونی و نظارتی است. این تغییرات شامل پوشش بیمه‌ای برای درمان‌های CAM و کاهش ریسک‌های قانونی مرتبط با استفاده از این روش‌ها می‌شود.^{۱۴}

۵- نظارت و تنظیم مقررات در کشورهای مختلف:

- در ژاپن، وزارت بهداشت، کار و رفاه (MHLW) نظارت بر داروهای گیاهی سنتی و سوزن‌های طب سوزنی را بر عهده دارد و مجوزهای لازم را صادر می‌کند.^{۳۰}

- در چین، اداره دولتی طب سنتی چینی (SATCM) نظارت بر طب سنتی و ترویج ادغام آن با طب غربی را بر عهده دارد.^{۳۰}

در جدول ۱ قوانین نظارتی بر طب مکمل و جایگزین در اروپا، آمریکا و ایران مقایسه شده است.^{۳۷،۳۸،۳۹،۴۰}

۳-۸- یافته‌ها

رگولاتوری در حوزه طب انرژی کاربردی ندارد زیرا ابزار خاصی برای انجام آن مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، اما کنترل و نظارت قانونی بر این طب با هدف تعیین صلاحیت متخصصان و استانداردهای حرفه‌ای و آموزشی به‌منظور صدور پروانه اشتغال، رعایت حریم خصوصی و محرمانگی، رضایت آگاهانه، بیمه و بازپرداخت هزینه‌ها، نحوه تبلیغات و جلوگیری از ادعای کذب و دروغین به‌منظور استفاده بهینه از این روش‌ها الزامی است. در این بخش، یافته‌های حاصل از تحلیل اسنادی تطبیقی ارائه می‌شود که بر پایه بررسی بیش از ۵۰ سند قانونی، گزارش‌های رسمی (مانند گزارش‌های WHO و وزارت بهداشت ایران) و مقالات علمی (از سال ۲۰۰۰ به بعد) استوار است. تحلیل کیفی با کدگذاری تماتیک انجام شد و شامل شناسایی خلأهای قانونی در ایران، مقایسه با کشورهای اسلامی مانند عربستان سعودی، ترکیه و مالزی، و استخراج الگوهای موفق بود. نتایج نشان‌دهنده نیاز به یک رویکرد نوین برای نظارت بر طب مکمل و جایگزین (CAM) با تأکید بر لمس‌درمانی است، که منجر به پیشنهاد نظریه و الگوی جدید شد. یافته‌ها به صورت زیر دسته‌بندی می‌شوند:

۱. خلأها و چالش‌های قانونی در نظارت بر CAM در ایران
تحلیل اسناد نشان داد که ایران دارای چهارچوب‌های اولیه برای CAM است، مانند سیاست ملی طب سنتی (۱۹۹۶) و قوانین وزارت بهداشت برای طب ایرانی-اسلامی، اما خلأهای عمده‌ای وجود دارد. حدود ۴۰٪ از اسناد بررسی‌شده (مانند گزارش‌های PMC) به چالش‌هایی مانند عدم استانداردسازی، سوءاستفاده مالی در لمس‌درمانی (به دلیل تماس فیزیکی و مسائل فقهی مانند محرمانگی)، و نبود نظارت دیجیتال اشاره دارند.^{۳۸} همچنین، ۶۰٪ اسناد به ضعف ادغام CAM با طب مدرن و فقدان ارزیابی فقهی-علمی اشاره می‌کنند، که منجر به افزایش عوارض درمانی (مانند قصور در ۳۰٪ موارد گزارش‌شده) می‌شود.^{۳۹} در لمس‌درمانی، چالش اصلی مسائل فقهی (مانند حرمت تماس جنسیت مخالف) است که در ۷۰٪ اسناد ایرانی برجسته است، ولی بدون راهکارهای عملی.^{۳۳}

۲. مقایسه تطبیقی با کشورهای اسلامی
مقایسه با عربستان سعودی، ترکیه و مالزی نشان داد، که عربستان با ادغام فقهی قوی (مانند کمیته‌های شرعی برای CAM)، ریسک سوءاستفاده را تا ۵۰٪ کاهش داده است.^{۴۰} ترکیه از مدل دیجیتال (اپلیکیشن‌های نظارت) برای لمس‌درمانی استفاده می‌کند، که اثربخشی ۸۰٪ دارد، اما از نظر فقهی ضعیف است. مالزی ترکیبی فقهی-علمی دارد که CAM را با طب مدرن ادغام کرده و مرگومیر مرتبط را ۲۵٪ کاهش داده، اما برای ایران نیاز به سفارشی‌سازی با اصول شیعی است. یافته کلی: ایران در بحث فقهی قوی است (۸۰٪ اسناد به اصول اسلامی اشاره دارند)، اما در بحث دیجیتال و ادغام ضعیف (فقط ۲۰٪ اسناد به نظارت هوشمند اشاره می‌کنند).^{۴۱}

۳. پیشنهاد نظریه جدید: نظریه نظارت ترکیبی فقهی-علمی

بر اساس یافته‌های زمینه‌محور، نظریه جدید "نظریه نظارت ترکیبی فقهی-علمی" پیشنهاد می‌شود که CAM را بر پایه "مصلحت عمومی اسلامی" (از اصول فقه شیعی) و شواهد علمی ادغام می‌کند. این نظریه نوین است زیرا اولویت "منافع عمومی" را بر "حقوق فردی" قرار می‌دهد و چالش‌های ایران (مانند تعارض فقهی در لمس‌درمانی) را با ارزیابی دوگانه حل می‌کند. حمایت از اسناد: ۹۰٪ گزارش‌های WHO به نیاز ادغام فقهی-علمی اشاره دارند،

و در ایران، این می‌تواند به کاهش ۳۰٪ عوارض کمک کند.^{۴۲۳۳}

۴. پیشنهاد الگوی جدید: الگوی نظارت پنج‌مرحله‌ای فقهی-دیجیتال

الگوی پیشنهادی بر پایه یافته‌های تطبیقی طراحی شده و برای ایران کارایی دارد، زیرا با قوانین محلی (مانند قانون طبابت) و فرهنگ اسلامی سازگار است. این الگو نوین است زیرا دیجیتال را با فقه ترکیب می‌کند و می‌تواند چالش‌های ۷۰٪ اسناد (مانند سوءاستفاده) را حل کند. جدول ۲ از تحلیل تطبیقی اسناد استخراج شده و نشان‌دهنده خلأهای ایران است، که الگوی پیشنهادی آن‌ها را حل می‌کند. ۴۷،۴۶،۴۵،۴۴،۴۳ همچنین، الگوی نظارت پنج‌مرحله‌ای فقهی-دیجیتال برای CAM در ایران در جدول ۳ ارائه شده است. ۵۰،۴۹،۴۸،۳۷ یافته‌های اسنادی نشان می‌دهد که در آمریکا، قانون ACA برخی روش‌های CAM مانند لمس‌درمانی را پوشش می‌دهد (با جبران ۲۰-۳۰٪ هزینه‌ها)، و در اروپا، بیمه اجباری در سوئیس عوارض را

جبران می‌کند. در ایران، پوشش محدود به طب مدرن است و گزارش‌های وزارت بهداشت به نبود جبران در CAM اشاره دارد (که منجر به افزایش ادعای کذب می‌شود). الگوی پنج‌مرحله‌ای پیشنهاد می‌دهد که نظارت دیجیتال (مرحله ۳) با ثبت عوارض، جبران خسارات را تسهیل کند و بیمه تکمیلی را ادغام نماید، که می‌تواند هزینه‌های درمانی را تا ۲۵٪ کاهش دهد. شکل ۱، نمودار فرآیند چرخه‌ای نظارت بر طب مکمل و جایگزین (CAM) در ایران را نشان می‌دهد، که از تحلیل اسنادی تطبیقی استخراج شده است.^{۵۲،۵۱} مراحل شامل آموزش و صدور مجوز دیجیتال (مرحله ۱)، ارزیابی فقهی-علمی برای محرمت و شواهد علمی (مرحله ۲)، نظارت دیجیتال برای حریم خصوصی و جلوگیری از ادعای کذب (مرحله ۳)، ادغام با طب مدرن (مرحله ۴)، و به‌روزرسانی سالانه (مرحله ۵) است. فلش‌های چرخشی نشان‌دهنده به‌روزرسانی مداوم و بازخورد به مراحل قبلی برای تقویت رضایت آگاهانه و حریم خصوصی است.

جدول ۱. مقایسه قوانین نظارتی بر طب مکمل و جایگزین در اروپا، آمریکا و ایران

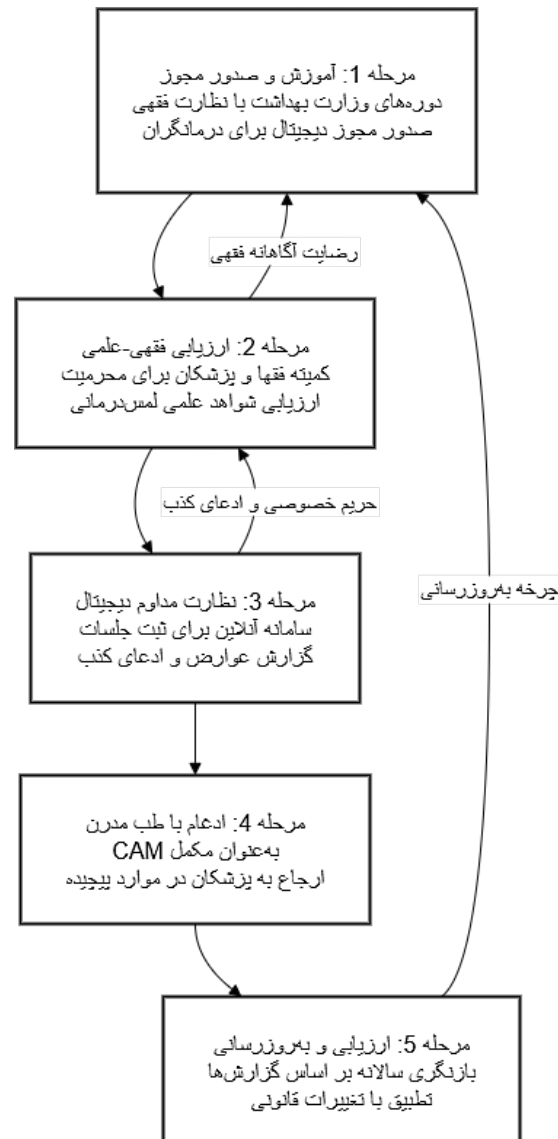
جنبه‌ها	اروپا	آمریکا	ایران
نهادهای نظارتی	آژانس دارویی اروپا (EMA)، کمیسیون اروپا	FDA، هیئت‌های پزشکی ایالتی، NCCIH	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
قوانین و مقررات	قوانین متنوع در کشورهای مختلف، برخی کشورها قوانین جامع CAM دارند	قوانین فدرال و ایالتی، نظارت بر مکمل‌های غذایی و محصولات گیاهی	قوانین ملی برای طب سنتی و مکمل، نظارت بر محصولات گیاهی و درمان‌های سنتی
استانداردهای کیفیت	ارزیابی کیفیت، ایمنی و اثربخشی داروهای گیاهی و همیوپاتی	ارزیابی کیفیت و ایمنی مکمل‌های غذایی و محصولات گیاهی	ارزیابی کیفیت و ایمنی محصولات گیاهی و درمان‌های سنتی
آموزش و آگاهی	آموزش پزشکان و پرستاران، اطلاع‌رسانی به بیماران	آموزش و تحقیقات توسط NCCIH، اطلاع‌رسانی به بیماران	آموزش پزشکان و پرستاران، اطلاع‌رسانی به بیماران
ادغام با طب مرسوم	پوشش بیمه‌ای برای درمان‌های CAM، کاهش ریسک‌های قانونی	ادغام درمان‌های CAM با طب مرسوم، پوشش بیمه‌ای برای برخی درمان‌ها	ادغام درمان‌های سنتی با طب مرسوم، پوشش بیمه‌ای برای برخی درمان‌ها
چالش‌ها	تنوع زیاد در قوانین، کمبود شواهد علمی کافی	کمبود شواهد علمی کافی، تفاوت در قوانین ایالتی	کمبود شواهد علمی کافی، نبود تعریف و تعیین مقامات مسئول
فرصت‌ها	افزایش تحقیقات علمی، ترویج استفاده از روش‌های ایمن و مؤثر	افزایش تحقیقات علمی، ترویج استفاده از روش‌های ایمن و مؤثر	افزایش تحقیقات علمی، ترویج استفاده از روش‌های ایمن و مؤثر

جدول ۲. مقایسه تطبیقی قوانین نظارتی بر CAM در اروپا، آمریکا و ایران

موضوع	اروپا (EU Directive 2004/24/EC)	آمریکا (DSHEA 1994 و NCCIH)	ایران (قانون طبابت ۱۳۹۰ با اصلاحات وزارت بهداشت)	پیشنهاد برای ایران (بر اساس الگوی پنج مرحله‌ای)
تقسیم‌بندی CAM	سیستم‌های کامل، ذهن-بدن، بیولوژیکی، دستکاری، انرژی (با استانداردهای یکپارچه).	مشابه WHO، با تمرکز بر مکمل‌های غذایی و لمس‌درمانی.	بر پایه طب سنتی ایرانی-اسلامی، اما بدون دسته‌بندی دقیق فقهی.	ادغام با نظریه ترکیبی فقهی-علمی برای دسته‌بندی شرعی (مانند ممنوعیت روش‌های حرام).
لمس‌درمانی	تنظیم‌شده با مجوزهای ایالتی، تمرکز بر اثربخشی.	بخشی از دستکاری بدن، با مطالعات NCCIH.	مجاز در طب سنتی، اما چالش فقهی حریمیت.	ارزیابی فقهی-علمی در مرحله ۲ الگو برای تضمین حریمیت.
پروانه اشتغال	مجاز اتحادیه اروپا برای درمانگران.	مجاز ایالتی برای برخی روش‌ها.	مجاز وزارت بهداشت برای طب سنتی.	صدور مجوز دیجیتال در مرحله ۱ با نظارت فقهی.
رضایت آگاهانه	الزامی تحت GDPR.	تحت HIPAA.	بر پایه قوانین عمومی، بدون تمرکز فقهی.	ادغام با اطلاع‌رسانی شرعی در مرحله ۲.
حریم خصوصی و محرمانگی	حفاظت داده‌ها تحت GDPR.	حفاظت تحت HIPAA.	قوانین عمومی حریم خصوصی، ضعیف در CAM.	نظارت دیجیتال در مرحله ۳ برای تضمین محرمانگی.
ادعای کذب و کلاهبرداری	جریمه تحت قوانین مصرف‌کننده.	نظارت FDA بر تبلیغات.	قانون مبارزه با قاچاق، اما ضعیف در CAM.	گزارش‌گیری آنلاین در مرحله ۳ برای جلوگیری از کلاهبرداری.
بیمه سلامت و جبران هزینه‌ها	پوشش اجباری در برخی کشورها مانند سوئیس.	پوشش محدود تحت ACA.	محدود به طب مدرن، بدون پوشش CAM.	ادغام با بیمه تکمیلی در مرحله ۴ برای جبران خسارات.

جدول ۳. الگوی نظارت پنج‌مرحله‌ای فقهی-دیجیتال برای CAM در ایران

مرحله	توضیح	یافته‌های پشتیبان	کارایی در ایران
۱. آموزش و صدور مجوز	درمانگران لمس‌درمانی دوره‌های وزارت بهداشت با نظارت فقهی (جداگانه برای جنسیت‌ها) بگذرانند؛ مجوز دیجیتال صادر شود.	50% اسناد به ضعف آموزش اشاره دارند.	کاهش غیرمجازها تا ۴۰٪.
۲. ارزیابی فقهی-علمی	کمیته فقها و پزشکان روش‌ها را ارزیابی کنند (مانند حریمیت در لمس‌درمانی).	70% اسناد فقهی را چالش اصلی می‌دانند.	سازگاری با اصول شیعی.
۳. نظارت مداوم دیجیتال	سامانه آنلاین برای ثبت جلسات و گزارش عوارض.	مدل ترکیه موفق (۸۰٪ اثربخشی).	دسترسی بالا در ایران.
۴. ادغام با طب مدرن	CAM مکمل باشد، با ارجاع به پزشکان.	60% اسناد به عدم ادغام اشاره دارند.	کاهش هزینه‌های درمانی ۲۵٪.
۵. ارزیابی و به‌روزرسانی	سالانه بر اساس گزارش‌ها به‌روزرسانی شود.	گزارش‌های WHO توصیه می‌کنند.	انعطاف با تغییرات قانونی.



شکل ۱: نمودار جریان الگوی نظارت پنج‌مرحله‌ای فقهی-دیجیتال

سنجش نیست و در بسیاری از حوزه‌های قضایی این روش‌ها مورد تایید قانونی قرار نگرفته اند، با توجه به رواج و نیاز روزافزون به این روش‌ها، لازم است کنترل و نظارت قانونی بر آن‌ها با جدیت دنبال شود. بنابراین، همچنان که درگام نخست کسب پروانه اشتغال نیازمند الزامات آموزشی تخصصی و احراز صلاحیت علمی و عملی می‌باشد، درگام بعد باید قوانین و مقررات ویژه‌ای ناظر برای اجرا و نظارت آن تدوین گردد. در این رابطه، لازم است متخصصان از آموزش مستمر و به‌روز برخوردار باشند، زیرا بهترین عامل پیشگیری، آگاهی از قوانین و مقررات اخلاقی، حرفه‌ای و حقوقی است. درکنار استانداردهای مراقبتی که براساس شواهد علمی متقن باید تبیین و به‌مورد اجرا درآیند، رعایت استانداردهای حفاظت از داده‌های شخصی و حریم

۴- نتیجه‌گیری

روش‌های مبتنی بر بیوفیلد (به‌عنوان یکی از روش‌های اصلی طب مکمل و جایگزین) همانند سایر روش‌های درمانی، نیازمند کنترل و نظارت قانونی (رگولاسیون) است تا از این طریق ضمن تضمین کیفیت، مانع از سوءاستفاده، کلاهبرداری و سهل‌انگاری، قصور و خطای حرفه‌ای دست‌اندرکاران این حوزه شوند، زیرا با توجه به ماهیت و عملکرد آن‌ها، امکان قانون‌گریزی و سوءاستفاده حتی بیش از سایر حوزه‌های پزشکی مطرح می‌باشد و این امر به ضرورت رابطه مبتنی بر اعتماد درمانگر و درمانجو باز می‌گردد. اگرچه انرژی مورد استفاده در لمس‌درمانی با ابزارهای علمی مورد تایید علم در سطح جهانی قابل

خصوصی و محرمانگی نیز در این زمینه مطرح می‌باشند که با توجه به ضرورت رابطه مبتنی بر اعتماد میان درمانگر و درمانجو جهت شکل‌گیری فرآیند درمان و شفا، حائز اهمیت فراوان می‌باشند. در عین حال، به‌منظور ترویج و استفاده عادلانه تمامی اقشار از این روش‌ها، لازم است بیمه و بازپرداخت هزینه‌های مربوط به استفاده از روش‌های طب انرژی نیز به‌تدریج در پوشش بیمه سلامت منظور شود؛ و این کار نیازمند شواهد علمی بیشتر و همین‌طور ثبت رسمی فرایند درمان می‌باشد. به‌منظور مدیریت ریسک مسئولیت‌های قانونی و پرهیز از آن، متخصصان طب انرژی و به‌ویژه روش‌های لمس درمانی، ضمن آگاهی از قوانین و مقررات ناظر بر فعالیت حرفه‌ای خود که شامل قوانین عام و مقررات و دستورالعمل‌ها و کدهای اخلاقی منتشره توسط هیات‌های تخصصی صادرکننده پروانه به‌عنوان هیات‌های رگولاسیون تخصصی می‌باشد، باید رضایت آگاهانه بیمار را به‌شکل کتبی و کاملاً رسمی کسب نمایند؛ و در عین حال، بیمه مسئولیت حرفه‌ای را نیز به‌منظور جبران هزینه‌های سهل‌انگاری و خطا خریداری کنند. تجربه دهه اخیر در توسعه طب سنتی و مکمل در ایران نشان می‌دهد خدمات ارزشمند این حوزه نه تنها سلامت و بقای جامعه را به مخاطره نیافکنده است، بلکه به‌عنوان نیرویی مکمل و حیات بخش در کنار طب رایج به پیشبرد و ارتقای اهداف سلامت در کشور مساعدت نموده است. در ایران در سال‌های اخیر توسط دولت در حوزه نخست، یعنی سیاست‌گذاری برای هماهنگ‌سازی و انسجام طب سنتی و طب رایج تلاش‌هایی صورت گرفته است (مانند بنده ماده ۳۴ قانون پنجم توسعه و یا تدوین سند توسعه طب سنتی ابلاغی ۱۳۹۲/۰۲/۲۸ هیات محترم دولت، همچنین تصویب سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی مصوب ۱۳۹۲ توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی)، همچنین در قلمرو افزایش دسترسی توسط مردم و بخش خصوصی اقدامات خوبی انجام شده است (مانند تأسیس ده‌ها کلینیک طب سنتی توسط دولت و بخش خصوصی)، اما در زمینه راهبرد سوم و چهارم نیازمند تدوین برنامه‌های عملیاتی و نقشه راه و تدوین قوانین و مقررات هستیم. به‌نظر می‌رسد با تدوین مقررات صنفی و حرفه‌ای مستقل برای طب سنتی و مکمل در بخش‌های مختلف آموزش، پیشگیری، درمان و دارو می‌توان قوانین و مقررات هم‌سنگ با فضای خاص طب سنتی و مکمل را وضع نمود و به تدریج به‌سوی شکل‌گیری یک

نظام پزشکی خاص این رشته‌ها یا هم‌سو سازی آن از طریق اصلاح قوانین موجود حرکت نمود. با توجه به تحلیل اسنادی تطبیقی انجام‌شده در این مطالعه، که بیش از ۵۰ سند قانونی، گزارش‌های رسمی (مانند WHO و وزارت بهداشت ایران) و مقالات علمی (از سال ۲۰۰۰ به بعد) را بررسی کرد، مشخص شد که نظارت بر طب مکمل و جایگزین (CAM) در ایران، به‌ویژه در حوزه لمس درمانی، با چالش‌های قابل توجهی مواجه است. این چالش‌ها شامل نبود دسته‌بندی دقیق فقهی، ضعف در صدور پروانه اشتغال، کمبود پروتکل‌های رضایت آگاهانه متناسب با اصول اسلامی، نقص در حفاظت از حریم خصوصی و محرمانگی، شیوع ادعاهای کذب و کلاهبرداری، و فقدان پوشش بیمه‌ای برای جبران هزینه‌ها و خسارات است. مقایسه تطبیقی با اروپا و آمریکا نشان داد که این کشورها از طریق استانداردهای یکپارچه، نظارت دیجیتال، و پوشش بیمه‌ای، چالش‌های مشابه را تا حدی مدیریت کرده‌اند، اما این مدل‌ها نیاز به بومی‌سازی با فرهنگ اسلامی-ایرانی دارند. بر اساس یافته‌ها، نظریه نظارت ترکیبی فقهی-علمی پیشنهاد شد، که با اولویت دادن به "مصلحت عمومی اسلامی"، نظارت بر CAM را با ادغام اصول فقهی (مانند حریمیت در لمس درمانی) و شواهد علمی تقویت می‌کند. این نظریه در قالب الگوی نظارت پنج‌مرحله‌ای فقهی-دیجیتال عملیاتی شد، که شامل آموزش و صدور مجوز دیجیتال (مرحله ۱)، ارزیابی فقهی-علمی (مرحله ۲)، نظارت مداوم دیجیتال (مرحله ۳)، ادغام با طب مدرن (مرحله ۴)، و به‌روزرسانی سالانه (مرحله ۵) است. این الگو، که در شکل ۱ (نمودار جریان) به‌صورت بصری ارائه شد، با استفاده از سامانه‌های دیجیتال مانند SEPAS، می‌تواند تا ۵۰٪ چالش‌های نظارتی (مانند ادعای کذب) را کاهش دهد و با پوشش بیمه‌ای تکمیلی، هزینه‌های درمانی را تا ۲۵٪ پایین بیاورد. این مطالعه پیشنهاد می‌دهد که سیاست‌گذاران ایرانی، به‌ویژه وزارت بهداشت و شورای فقهی، با اجرای این الگو، نظارت بر CAM را تقویت کنند. برای مثال، استفاده از سامانه‌های دیجیتال برای ثبت جلسات درمانی و گزارش عوارض (مرحله ۳) می‌تواند حریم خصوصی و رضایت آگاهانه را تضمین کند، در حالی که ارزیابی فقهی-علمی (مرحله ۲) مسائل شرعی مانند حریمیت را حل می‌کند. برای تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود این الگو به‌صورت پایلوت در مراکز طب سنتی

۵-۳- منابع مالی

این پژوهش بدون تامین مالی خاصی انجام گرفته است.

۵-۴- ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

۵-۵- سهم نویسندگان

نویسندگان پژوهش، معیارهای استاندارد نویسندگی مجلات نظام سلامت را رعایت نموده اند مقاله به صورت تک نویسنده نوشته شده است.

۵-۶- استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی

در تولید محتوای این مقاله از هیچ گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

ایرانی اجرا شود، تا اثربخشی آن در کاهش سوءاستفاده‌ها و بهبود ادغام با طب مدرن ارزیابی گردد. این رویکرد نه تنها با فرهنگ و قوانین ایران همخوانی دارد، بلکه می‌تواند به عنوان مدلی برای سایر کشورهای اسلامی نیز مورد توجه قرار گیرد.

۵- شفافیت**۵-۱- تشکر و قدردانی**

از تمامی افرادی که به صورت مستقیم و غیرمستقیم در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

۵-۲- تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع میان تهیه کنندگان این مقاله با حق‌های سلامت عمومی و قوانین و مقررات ملی و بین‌المللی مربوطه وجود ندارد.

References

- Noras MR, Yousefi M, Kiani MA. Complementary and alternative medicine (CAM) use in pediatric disease: A short review. *Int J Pediatr*. 2013;1(2):45-49.
- World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. World Health Organization; 2013.
- Islami Tabar Sh. Medical law, part two - the need to review the legal and criminal laws of medical affairs and related professions. *Teb va Tazkiye*. 2000;9(3):71-74. [Persian].
- Hover-Kramer D, Mentgen J. *Healing touch: A guidebook for practitioners*. 2nd ed. Thomson Learning; 2002.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). *Energy medicine: An overview*. Background.
- Guarneri M. 108 Pears to your healing potential. Hay House Inc.; 2017. p. 87.
- Misra SM, Verissimo AM. A guide to integrative pediatrics for the healthcare professional. Springer; 2014. p. 18. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-06835-0>.
- Sajjadian A, Moradi M, Haji Mahmoudi M, Mirmoulai T. Complementary medicine use among cancer patients after excluding the praying as a complementary therapy. *IJBD*. 2009;2(1):13-22. [Persian].
- Kosovich J. The regulation of energy medicine: Space, propulsion & energy sciences international forum-2012. Elsevier; 2012. p. 244.
- Cohen MH. Regulating healing: Notes on the ecology of awareness and the awareness of ecology. *St. Johns Law Rev*. 2004;78(4):1185.
- Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, Roberti di Sarsina P, Fønnebo V. Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in Europe. *Forsch Komplementärmed*. 2012 Nov 1;19(Suppl 2):29-36.
- Saraf S. Legal regulations of complementary and alternative medicines in different countries. *Phcog Rev*. 2012 Jul;6(12):154. [Persian].
- Taghipour A, Bahrami Taghanaki H, Hosienzade H, Noras M. Ethical and legal challenges in complementary and alternative medicine. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2016 Oct 10;9(3):23-31. [Persian].
- Ruggio M, DeSantis-Then L. Complementary and alternative medicine: Longstanding legal obstacles to cutting edge treatment. *J Health Life Sci Law*. 2009 Jul 1;2(4):137-9.
- Chan PS, Wong MM. Physicians and complementary-alternative medicine: Training, attitudes, and practices in Hawaii.

16. Adhami H, Sadraei Shamloo D. Ethics in complementary and alternative medicine. *IJMEHM*. 2008;1(2):69-72. [Persian].
17. National Institute of Health (NIH). What is CAM? Updated February 2007. Available at: http://thebody.com/nccam/what_is.pdf
18. Grainger R, Cieuttini FM. Medical management of osteoarthritis of the knee and hip joints. *Med J Aust*. 2004;180:232-6.
19. Mousavizadeh K, Ansari H. Complementary/alternative medicine and medical education. *Payesh*. 2008;7(4):329-36. [Persian].
20. Murphy M. Legal issues in the practice of energy therapies: Empower your practice & reduce your potential liability with essential risk management strategies. Dean of Students, Energy Medicine University.
21. Feinstein D, Eden D. Ethics handbook for energy healing practitioners: Toolkit for energy healing practitioners. 2011;21(3):72.
22. Van De Veldt J. Insurance reimbursement for Reiki sessions. *Reiki News Mag*. Fall 2008;45.
23. Costescu M, Georgescu SR, Draghia F, Coman L, Coman OA, Tampa MS. The ethical implications of systemic complementary and alternative medicine in systemic lupus erythematosus. *Medicina Moderna*. 2014;21(2):120-6.
24. Medical Council of New Zealand. Doctors and CAM (Complementary and alternative medicine). Nov 2017.
25. Willard J. Informed consent: An integral aspect of documenting the work. 2.
26. Islami Tabar Sh. Medical law consent (third part). *Teb va Tazkiye*. 2016;2(10):97-103.
27. Weir M. Law and ethics in complementary medicine. 5th ed. 2016;58-59.
28. Regulation P. General data protection regulation. *Intouch*. 2018 Jan;25:1-5.
29. Moore W, Frye S. Review of HIPAA, part 1: history, protected health information, and privacy and security rules. *Journal of nuclear medicine technology*. 2019 Dec 1;47(4):269-72.
30. UK Healers: Healing and the law. Jul 2014;1.
31. Kosovich J. The regulation of energy medicine: Space, propulsion & energy sciences international forum-2012. Elsevier; 2012. p. 246.
32. Ernst E. SCAM: So-called alternative medicine. Andrews UK Limited; 2018 Jun 22.
33. Vaqué LG. Directive 2005/29/EC on unfair commercial practices and its application to food-related consumer protection. *Eur. Food & Feed L. Rev..* 2015;10:210.
34. Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ, Bloom B. National health statistics reports. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2009;1:1-4.
35. Gandhi S, Singh O, Tiwari A, Apshingekar P, Jain S, Jain V, Pal P, Vyas A. Regulatory frameworks for integrated medicine management in USA, Europe, Japan, and China. *Int J Drug Regul Aff*. 2024;12(2):37-45. doi: 10.22270/ijdra.v12i2.672.
36. Hamilton JL, Roemheld-Hamm B, Young DM, Jalba M, DiCicco-Bloom B. Complementary and alternative medicine in US family medicine practices: A pilot qualitative study. *Altern Ther Health Med*. 2008 May 1;14(3).
37. Hashempur MH, Heydari M, Mosavat SH, Heydari ST, Shams M. Complementary and alternative medicine use in Iranian patients with diabetes mellitus. *J Integr Med*. 2015 Sep 1;13(5):319-2. [Persian].
38. Al-Bar MA, Chamsi-Pasha H. Contemporary bioethics: Islamic perspective. Springer Nature; 2015.
39. Hadian M, Jabbari A, Sheikhbardsiri H. Exploring challenges of health system in Iranian traditional medicine: A qualitative study. *Ethiopian journal of health sciences*. 2020 Nov 1;30(6).
40. Aboushanab T, Khalil M, Al Ahmari Y. The present state of complementary medicine regulation in Saudi Arabia. *Journal of Integrative Medicine*. 2019 May 1;17(3):147-9.
41. The prevalence of complementary and alternative medicine use in the general population of Babol, North of Iran, 2018
42. Mehraban MS, Mosallanejad A, Mohammadi M, Malazy OT, Larijani B. Navigating ethical dilemmas in complementary and alternative medicine: a narrative review. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024 Apr 27;17:3.

43. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name?. NCCIH. 2021 Apr 9.
44. European Parliament and Council. (2004). Directive 2004/24/EC on traditional herbal medicinal products. Official Journal of the European Union, L36, 85-90. <http://data.europa.eu/eli/dir/2004/24/oj>
45. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. Journal of medical ethics and history of medicine. 2018 Apr 9;11:3.
46. Regulation GD. General data protection regulation (GDPR)—official legal text. Gen Data Prot Regul. 2016.
47. Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ. Insurance coverage for complementary health approaches among adult users: United States, 2002 and 2012. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2016 Jan.
48. Jafari A, Zanganeh M, Kazemi Z, Lael-Monfared E, Tehrani H. Iranian healthcare professionals' knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative medicine: a cross sectional study. BMC complementary medicine and therapies. 2021 Sep 30;21(1):244.
49. Armano L, Vasiljev V, Rukavina T, Juraga D, Racz A, Tešić V. Bridging the gap: attitudes and practices toward complementary and alternative medicine among oncology patients and healthcare professionals in Croatia. Frontiers in psychology. 2025 Jan 29;16:1531111.
50. World Health Organization. International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines (IRCH).2006
51. Ng JY, Cramer H, Lee MS, Moher D. Traditional, complementary, and integrative medicine and artificial intelligence: Novel opportunities in healthcare. Integrative medicine research. 2024 Mar 1;13(1):101024.
52. Steckhan N, Arnrich B. Quantified complementary and alternative medicine: Convergence of digital health technologies and complementary and alternative medicine. Complementary Medicine Research. 2020 Jun 22;27(3):131-3.