مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
1391؛4(ویژه نامه فرآورده های طبیعی و گیاهان داروی): 114-103

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
2012;4(Natural Products & Medicinal Plants Suplemntry): 103-114

عوامل تاثیر گذار بر میزان استفاده از گیاهان دارویی با استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده در زنان شهر قزوین

عیسی محمدی زیدی[1]، آرش اکابری[2]، امیر پاکپور حاجی آقا[1]*

[1]دکترای تخصصی آموزش سلامت، استادیار گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
[2]کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: قزوین- بلوار شهید باهنر- دانشگاه علوم پزشکی قزوین- دانشکده بهداشت- گروه بهداشت عمومی
پست الکترونیک :pakpour_amir@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: *داروهای گیاهی یکی از شایع ترین انواع داروهای جایگزین و مکمل است که در سرتاسر جهان استفاده می‌شود. موثرترین برنامه های آموزشی مبتنی بر رویکردهای نظریه محور هستند که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته اند. از بین مدلهای تغییر رفتار، کارآیی تئوری رفتار برنامه ریزی شده در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. هدف مطالعه حاضر تعیین عوامل موثر بر مصرف داروهای گیاهی در زنان ساکن شهر قزوین با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود.*

مواد و روش کار: *در این مطالعه توصیفی مقطعی، 792 زن به طور داوطلبانه و بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از شهر قزوین در سال 1391 انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته شامل سوالات دموگرافیک (4 سوال)، آگاهی (5 سوال)، نگرش (7 سوال)، نرم های انتزاعی (3 سوال)، کنترل رفتاری درک شده (5 سوال)، قصد (3 سوال) و رفتار (یک سوال) در طی مصاحبه اندازه‌گیری شد. نهایتاً داده‌ها وارد نرم افزار SPSS 18 و آزمون‌های آماری پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد.*

یافته‌ها: *میانگین سنی زنان حاضر در مطالعه 8/99 ± 29/34 بود. 92/05 درصد متاهل و 78/9 درصد نیز خانه‌دار بودند. مرور سطحی ضرایب همبستگی بین سازه‌ها همبستگی متوسط و مثبت بین متغیرها را نشان داد. متغیرهای آگاهی (0/195= β، P<0/01)، نگرش (0/227= β، P<0/01)، نرم انتزاعی (0/071= β، P<0/05)، کنترل رفتاری درک شده (0/422= β، P<0/01) و قصد (0/138= β، P<0/01) پیش بینی کننده های اصلی مصرف داروهای گیاهی بودند. سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده تقریباً 57 درصد واریانس رفتار مصرف داروهایی گیاهی را پیش بینی کردند.*

نتیجه‌گیری: *نتایج نشان داد که مصرف داروهای گیاهی عمدتاً توسط کنترل رفتاری متصور، سپس نگرش پیش بینی می شود. علیرغم اهمیت دو سازه مذکور، همه عوامل باید بطور جامع در زمان طراحی مداخلات به منظور اصلاح مصرف داروهای گیاهی و مصرف آگاهانه در جامعه در نظر گرفته شوند.*

واژه‌های کلیدی: *داروهای گیاهی، نگرش، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، خودکارآمدی*

مقدمه

داروهای گیاهی موادی هستند که از گیاهان استخراج می‌شوند و با حداقل یا حتی بدون پردازش صنعتی در راستای درمان بیماری‌ها در فعالیت‌های پزشکی و درمانی محلی استفاده می‌شوند [1]. در سال‌های اخیر، توجه چشمگیری به داروهای گیاهی در مباحث جهانی سلامت و بهداشت شده است. از گذشته‌های دور گیاهان به عنوان دارو مورد استفاده بشر بوده است [۲،۳]. استفاده از گیاهان دارویی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سرعت در حال افزایش است [۴،۵]. 65 تا 80 درصد جمعیت جهان از گیاهان دارویی به عنوان شکل اولیه مراقبت بهداشتی استفاده می‌کنند [۶،۷]. در چین، گیاهان دارویی سنتی نقش برجسته‌ای در استراتژی‌های

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

پیشگیری و درمان سندرم تنفسی حاد یا سارس[1] بر عهده دارند [8]. 80 درصد از مردم آفریقا از انواع اشکال سنتی گیاهان دارویی استفاده می‌کنند [۸،۹]. کاربرد گیاهان دارویی از دیرباز در ایران نیز مانند دیگر کشورها بین مردم رایج بوده و در برهه‌های تاریخی مختلف میزان مصرف گیاهان دارویی با توجه به مقتضیات دستخوش دگرگونی‌های فراوانی شده است. میزان مصرف داروهای گیاهی در مطالعات مختلف و در گروه‌های جمعیتی متنوع است. به طوری که میزان مصرف آن در پژوهش سرشتی و آذری (68/3 درصد)، محمودیان (84 درصد)، طباطبایی (30 درصد)، صالحیان و همکاران (69/8 درصد) و سرشتی و همکاران در بین زنان باردار (51/9 درصد) گزارش شده است (14-10). این در حالی است که در سرتاسر دنیا تجارت سالانه این محصولات حدوداً 60 میلیارد دلار تخمین زده می‌شود [15]. بسیاری از بیماران به علت عوارض جانبی و منفی برخی از داروهای شیمیایی، تمایل زیادی برای درمان توسط داروهایی گیاهی نشان می‌دهند. این در حالی است که علی رغم پیشرفت‌های چشمگیر در عرصه‌های مختلف در پزشکی نوین، هنوز در درمان پاره‌ای از بیماری‌های مزمن مشکلات متعددی وجود دارد [16]. البته در نقطه مقابل، طب گیاهی در مسیر درمان بیماری‌های مزمن و عوارض مرتبط با آنها نقش تسهیل کننده‌ای را بر عهده گرفته است [17]. مروری بر مطالعات مختلف دلایلی را که ممکن است به علت آن بسیاری از بیماران گیاهان دارویی را به جای داروهای شیمیایی استفاده کنند، مشخص کرده است که این دلایل عبارتند از: موثر نبودن همیشگی طب متداول، عوارض نامطلوب داروها، تایید گیاهان دارویی توسط هنجارهای انتزاعی، شبکه‌های اجتماعی، افراد مهم و صاحب نفوذ و رسانه‌های عام پسند، دسترسی گسترده به گیاهان دارویی حتی به شکل مکمل‌های غذایی، مبالغه درباره کارآیی آنها، درک بی ضرر بودن و در نهایت هزینه مناسب در مقابل داروهای رایج و استطاعت مالی غالب مردم [19،18]. همچنین تحقیقات علمی، اثربخشی و ایمنی برخی گیاهان دارویی را در درمان برخی بیماری‌ها به اثبات رسانده است [21،20].

در حالی که گزارشها حاکی از افزایش روزافزون مصرف گیاهان دارویی است، باید دانست که اگرچه بسیاری از داروهای گیاهی مورد استفاده به طور سنتی مفید هستند؛ اما هیچ گاه نباید خطرات بالقوه مضر و ناشناخته این محصولات را نادیده گرفت [22]. ممکن است این داروها حاوی ترکیبات سمی یا سرطانزا باشند [23] یا مصرف همزمان آنها با داروهای سنتزی، شرایط لازم برای تداخل دارویی را فراهم آورد. همچنین کاربرد خودسرانه چنین محصولاتی ممکن است موجب تاخیر در مراجعه به پزشک، توجه ناکافی به علایم بیماری و طولانی شدن فرایند بهبود گردند [۲۴،۲۵] و البته شواهد علمی کافی نیز در مورد سالم بودن تمام داروهای گیاهی در برخی گروه‌های خاص مانند زنان باردار یا کودکان و سالمندان وجود ندارد [26]. با در نظر گرفتن جایگاه ویژه کاربرد گیاهان دارویی در فرهنگ مردم و گرایش روزافزون برای استفاده از ترکیبات طبیعی و توجه به بی ضرر نبودن این ترکیبات لازم است عوامل موثر بر مصرف گیاهان دارویی شناسایی شود تا با شناخت مهمترین عوامل تعیین کننده مصرف، برنامه‌ها و استراتژی‌های مداخله‌ای مناسب نیز طراحی شود. تئوری‌های تغییر رفتار به خوبی می‌توانند به تعیین ویژگی‌ها، باورها و ارزشهای فردی که مرتبط با رفتارهای بهداشتی مختلف هستند و ممکن است قابل تغییر باشند، کمک نمایند. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده[2] که توسط آجزن مطرح شده است، به طور گسترده در مطالعات مختلف استفاده شده است و مطالعات متاآنالیز نشان داده است که سازه‌های TPB به خوبی قصد و بعد از آن رفتار را پیش بینی می‌کنند [۲۸،۲۹]. بر اساس این تئوری مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار، قصد فرد برای انجام آن رفتار می‌باشد. قصد توسط سه عامل تعیین می‌گردد. اولین عامل، نگرش فرد به رفتار است که بازتابی از ارزیابی مثبت و منفی فرد نسبت به آن رفتار می‌باشد. دومین عامل، درک فرد از فشارهای اجتماعی ناشی از افراد مهم در انجام یا انجام ندادن رفتار [هنجارهای اجتماعی] است. سومین عامل، درک فرد از آسانی و سختی انجام رفتار [کنترل رفتاری درک‌شده] است که شامل عوامل داخلی و خارجی می‌باشد. این عوامل می‌توانند موجب

1- SARS: sever acute respiratory syndrome

2- TPB: theory of planned behavior

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

ممانعت یا تسهیل انجام رفتار گردند [۳۰،۳۱]. با توجه به افزایش مصرف روزافزون گیاهان دارویی و لزوم شناسایی علت ها و عوامل موثر بر رفتار مذکور و همچنین کارآیی اثبات شده تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در مطالعات مختلف، پژوهش کنونی با هدف تعیین عوامل تاثیرگذار بر استفاده از گیاهان دارویی با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان ساکن شهر قزوین انجام شد.

روش کار

این مطالعه به شکل توصیفی-مقطعی و در طی 8 ماهه اول سال 1391 انجام شد. جمعیت مورد مطالعه زنان بالای 18 سال شهر قزوین بودند. بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی حجم نمونه لازم برای ارزیابی ضریب همبستگی بین مولفه های تئوری برنامه ریزی شده با اطمینان 95 درصد و توان آزمون 80 درصدی 127 نفر برآورد شد، و همچنین جهت برآورد میانگین هریک از مولفه های تئوری برنامه ریزی شده با اطمینان 95 درصد و خطای برآورد 0/5 حجم نمونه لازم برابر 468 نفر برآورد شد. بر اساس برآورد حجم نمونه در این مطالعه بایستی حداقل 468 نفر مورد بررسی قرار می گرفت که در این مطالعه 792 نفر مورد مطالعه قرار گرفت. روش نمونه‌گیری این مطالعه خوشه‌ای بود و به این صورت انجام شده که ابتدا از 18 خوشه جمعیت شهر قزوین بطور تصادفی 9 خوشه انتخاب و از هر خوشه به تعداد 88 نفر بصورت تصادفی و با رعایت گروه سنی بالای 18 سال وارد مطالعه شدند. به منظور دسترسی به خوشه‌ها ابتدا آدرس‌ها به صورت تصادفی و به تعداد حجم نمونه مورد نظر از هر خوشه انتخاب و سپس پژوهشگران با مراجعه به درب منازل آنها پرسشنامه‌های از قبل تنظیم شده را تکمیل نمودند. معیار ورود به مطالعه شامل سن بالای 18 سال، تمایل به همکاری با محقق، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای 7 قسمتی به شرح زیر بود: در قسمت اول به بررسی متغیرهای دموگرافیک زنان مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت شغل پرداخته شد. در قسمت دوم آگاهی زنان راجع به گیاهان دارویی توسط پنج سوال سنجیده شد. به عنوان مثال «به نظر شما آیا گیاهان دارویی در درمان بیماری ها موثر است؟» پاسخ بلی به سوال نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر را دریافت می‌نمودند. حداقل نمره 1 و حداکثر نمره برای آگاهی 5 بود. جمع پنج سوال آگاهی به عنوان نمره کلی آگاهی مد نظر گرفته شد. در قسمت بعدی نگرش زنان نسبت به مصرف داروهای گیاهای مورد بررسی قرار گرفت. این قسمت شامل هفت سوال بود و اعتقاد زنان را از لحاظ راحتی مصرف، اطمینان از محتوی دارو، ارزان بودن، سالم بودن، عوارض کمتر، بهتر بودن نسبت به سایر داروها از جمله داروهای شیمیایی و خطرناک بودن مورد بررسی قرار می‌داد. این پرسشنامه حاوی 7 سوال با مقیاس لیکرت 5 گزینه‌ای با دامنه‌ای از 1 (کاملا مخالفم) تا 5 (کاملا موفقم) بود. در مطالعه حاضر، توافق درونی این سازه قابل پذیرش بود (α=0/86). نرم‌های انتزاعی در قسمت بعدی مورد بررسی قرار گرفت. به منظور سنجش نرم‌های انتزاعی از سه سوال استفاده شد. برای مثال «بیشتر افرادی که برای من مهم هستند (مثل همسرم، والدینم، دوستانم، پزشک، فرزندان و غیره) فکر می‌کنند که می‌بایست از داروهای گیاهی استفاده کرد». مثال دیگر، «گر افراد مهم زندگی من (مثل همسرم، والدینم، دوستانم، پزشک، فرزندان و غیره) خود از داروهای گیاهی استفاده کنند، من نیز حتما مصرف می‌کنم». سوالات این قسمت نیز بر اساس طیف لیکرتی با گزینه‌های پاسخ از 1 (نه اصلا درست نیست) تا 5 (بلی کاملا درست است) اندازه‌گیری می‌شود. توافق درونی سوالات سازه هنجار انتزاعی مورد پذیرش واقع شد (α=0/83). قسمت بعدی کنترل رفتاری متصور زنان درباره مصرف داروهای گیاهی مورد سنجش قرار گرفت. برای اندازه‌گیری کنترل رفتاری متصور از پنج سوال استفاده شد. برای مثال، «به دلیل نداشتن آگاهی نمی‌توانم داروهای گیاهی مصر کنم». یا «داروهای گیاهی بسیار هزینه بر هستند» یا «داروهای گیاهی در دسترس من قرار ندارند». سوالات بر پایه طیف لیکرتی از 1 (کاملا مخالفم) تا 5 (کاملا موافقم) اندازه‌گیری شد. توافق درونی سوالات این سازه نیز قابل قبول بود (α=0/89). برای اندازه‌گیری قصد از 3 سوال استفاده شد. به عنوان مثال، «من قصد دارم تا در آینده از داروهای گیاهی برای مشکلات سلامتی خود استفاده کنم» یا «من سعی خواهم کرد تا در آینده از داروهای گیاهی برای مشکلات سلامتی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

خود استفاده کنم». سوالات بر اساس طیف لیکرتی با دامنه‌ای از 1 (اصلا درست نیست) تا 5 (کاملا درست است) مورد سنجش قرار گرفت. توافق درونی این سازه نیز خوب بود (α=0/90). برای اندازه‌گیری رفتار از یک سوال استفاده شد. در این سوال از زنان خواسته شده بود که به این جمله پاسخ دهند «در یک سال گذشته، چقدر از داروهای گیاهی استفاده کرده‌اید؟» پاسخ این سوال شامل یک طیف لیکرتی از اصلا (1) تا بسیاز زیاد (5) اندازه‌گیری شد. علیرغم اینکه رفتار توسط یک سوال اندازه‌گیری شده است، این رویکرد با توجه به راهبردهایی که برای کاربرد TPB وجود دارد، قابل قبول است و با مطالعات مبتنی بر TPB منطبق است. مادامی که رفتار به صورت یک سازه خودگزارشی اندازه‌گیری شود، این نوع اندازه‌گیری، نماینده‌ای برای رفتار مشاهده شده واقعی است. با توجه به نظر آجزن استفاده از روش خودگزارشی و تکیه بر گزارش فردی به جای مشاهده مستقیم و اندازه‌گیری بی واسطه رفتار هدف به علت مشکلات در کسب داده‌ها در محدودیت‌های زمانی، روشی پذیرفته شده در تحقیقات مرتبط با TPB است. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری توسط ده کارشناس آموزش دیده صورت پذیرفت. سوالات پرسشنامه قبل از توزیع در نمونه اصلی، توسط پانل خبرگان 12 نفره متشکل از متخصص طب سنتی، پزشک عمومی و آموزش سلامت بررسی و روایی ظاهری و محتوی آن بررسی شد. سپس در نمونه 40 نفری که در مطالعه اصلی شرکت نداشتند نیز پایلوت شد و در نهایت موارد مشخص شده در پرسشنامه نهایی اصلاح یا حذف شد. نسبت روایی محتوایی[1] و شاخص روایی محتوایی[2] بدست آمده از پانل خبرگان به ترتیب 0/83 و 0/80 بود که نشانگر روایی محتوایی قابل قبول پرسشنامه بود. پس از جمع آوری داده‌ها، پاسخ‌های سوالات طبقه بندی و کدگزاری شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری، از آزمون شپیرو جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها استفاده شد. به منظور بررسی عوامل موثر بر مصرف داروهای گیاهی توسط زنان از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه 0/05در نظر گرفته شد. قبل از انجام مطالعه از زنان مورد مطالعه رضایتنامه‌ای به منظور شرکت در مطالعه اخذ گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر 8/99 ± 29/34 سال بود و اکثریت آنها متاهل (92/05 درصد) و خانه دار (78/9 درصد) بودند (جدول 1). یافته‌های مندرج در جدول دو نشان دهنده میانگین و انحراف معیار سازه‌ها و همچنین ضرایب همبستگی بین سازه‌های TPB با یکدیگر را نشان می‌دهد. مرور سطحی ضرایب همبستگی بین سازه‌ها حکایت از همبستگی متوسط و مثبت بین متغیرها است و ضرایب همبستگی بین سازه نگرش و بقیه متغیرهای مرتبط با تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده از سایر ضرایب همبستگی بزرگ‌تر است. بزرگ‌ترین ضرایب همبستگی بین نگرش به ترتیب با مصرف داروهای گیاهی، آگاهی و کنترل رفتاری متصوری دیده شد و کوچک‌ترین همبستگی نگرش با هنجارهای انتزاعی و قصد بود. این در حالی است که آگاهی و نگرش با مصرف داروهای گیاهی بزرگترین ارتباط قوی تری را نشان دادند (جدول 2).

یافته‌های جدول 3 میانگین و انحراف معیار عقاید رفتاری مرتبط با مصرف داروهای گیاهی را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول می‌توان گفت که اعتقاد به سالم تر بودن، داشتن عوارض کمتر و ارزانی داروهای مذکور به ترتیب میانگین بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند.

به منظور بررسی عوامل پیش‌بینی کننده رفتار استفاده از مصرف داروهای گیاهی، مدل رگرسیون سلسله مراتبی مورد استفاده قرار گرفت. در این مدل، رفتار استفاده از مصرف داروهای گیاهی به عنوان متغیر وابسته، آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. لازم به ذکر است سن، تحصیلات، شغل، تاهل، به عنوان متغیرهای مخدوش کننده در این مطالعه به آزمون اضافه گردیدند. در مرحله اول سن، تحصیلات، شغل، تاهل به مدل اضافه گردید. در مرحله بعد آگاهی به تنهایی به مدل اضافه شد. در مرحله بعدی، نگرش، نرم انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده به مدل اضافه گردید. در مرحله آخر

1 -CVR: content validity rate
2 -CVI: content validity index

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

قصد رفتاری به مدل اضافه شد. نتایج نشان داد که فاکتورهای زمینه‌ای شامل سن، تحصیلات، شغل، تاهل ارتباط معنی‌داری با مصرف داروهای گیاهی نداشت و تنها می‌توانست 0/02 درصد از واریانس رفتار مصرف داروهای

جدول 1: ویژگی های جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

متغیر جمعیت شناختی	میزان
سن (میانگین ، انحراف معیار)	29/34 (8/99)
تعداد سال های تحصیل: میانگین (انحراف معیار)	7/88 (0/93)
وضعیت تاهل (تعداد، درصد)	
مجرد/همسر مرده/مطلقه	63 (%7/95)
متاهل	729 (%92/05)
شغل (تعداد، درصد)	
شاغل	167 (%21/1)
خانه دار	625 (%78/90)

جدول 2: همبستگی متغیرهای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

	1	2	3	4	5	6	میانگین
1. نگرش	1	0/43**	0/51**	0/41**	0/55**	0/56**	3/77 ± 0/76
2. هنجار انتزاعی	-	1	0/37**	0/14**	0/33**	0/38**	3/19 ± 0/66
3.کنترل رفتاری مصور	-	-	1	0/211**	0/42**	0/44**	3/27 ± 1/17
4. قصد	-	-	-	1	0/48**	0/28**	3/35 ± 3/61
5. آگاهی	-	-	-	-	1	0/75**	4/41 ± 3/02
6. مصرف گیاهان دارویی	-	-	-	-	-	1	2/84 ± 0/98

$P_{value} < 0/01$ **

جدول 3: مهمترین عقاید رفتاری زنان مورد بررسی درباره مصرف داروهای گیاهی

عقاید رفتاری	میانگین ± انحراف معیار
خطرناک بودن داروهای گیاهی برای سلامتی	1/99 ±1/36
ارزان بودن داروهای گیاهی	2/25±1/08
داروهای گیاهی دارای عوارض کمتری نسبت به داروهای شیمیایی هستند	3/83±0/74
داروهای گیاهی از داروهای شیمیایی برای درمان بیماری موثرتر هستند	1/42 ±1/32
نیازی به مصرف داروهای گیاهی تحت نظر پزشک نیست	2/06 ±0/67
داروهای گیاهی نسبت به داروهای شیمیایی سالمتر هستند	4/01±0/92
دسترسی به داروهای گیاهی آسان تر است	1/82 ± 0/52

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول 4: رگرسیون سلسله مراتبی رفتار مصرف گیاهان دارویی در یکسال گذشته در ارتباط با متغیرهای پژوهش

	β	SE	تغییرات R^2	تغییرات F
گام 1				
سن	0/011	0/80		
شغل (شاغل)	0/005	1/40		
تحصیلات	0/036	0/629		
تاهل (مجرد)	0/019	1/89	0/002	0/211
گام 2				
سن	0/006	0/073		
شغل (شاغل)	0/030	1/27		
تحصیلات	0/036	0/570		
تاهل (مجرد)	0/003	0/128		
آگاهی	0/427**	0/091	0/181**	95/863
گام 3				
سن	0/011	0/059		
شغل (شاغل)	0/028	1/029		
تحصیلات	0/032	0/464		
تاهل (مجرد)	0/018	1/389		
آگاهی	0/100**	0/089		
نگرش	0/203**	0/670		
نرم انتزاعی	0/086**	0/620		
کنترل رفتاری متصور	0/442**	0/395	0/289**	78/299
گام 4				
سن	0/005	0/058		
شغل (شاغل)	0/027	1/021		
تحصیلات	0/012	1/380		
تاهل (مجرد)	0/030	0/460		
آگاهی	0/195**	0/112		
نگرش	0/227**	0/674		
نرم انتزاعی	0/071*	0/621		
کنترل رفتاری متصور	0/422**	0/397		
قصد	0/138**	0/139	0/10**	7/586

* $P_{value} < 0/05$

** $P_{value} < 0/01$

گیاه

ی را پیشگویی کند. در حالی که اضافه شدن آگاهی در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

گام بعدی توانست به طور معنادار 18/1 درصد از واریانس رفتار مصرف داروهای گیاهی را پیشگویی کند. نگرش، نرم انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده 29 درصد واریانس رفتار واریانس رفتار مصرف داروهای گیاهی را پیشگویی کردند. با اضافه شدن سازه قصد به مدل قدرت پیشگویی کنندگی واریانس رفتار واریانس رفتار مصرف داروهای گیاهی، 10 درصد افزایش یافت (جدول 4).

بحث

پژوهش کنونی با هدف تعیین عوامل تاثیرگذار بر مصرف داروهای گیاهی در زنان ساکن شهر قزوین در سال 91 انجام شد. در نهایت یافته‌های مطالعه حاکی از آن هستند که در مدل نهایی ضریب β به ترتیب برای سازه‌های آگاهی، نگرش، نرم انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد برابر با 0/195، 0/227، 0/071، 0/422 و 0/138 بود. به طور کلی سازه‌های مذکور قادر به پیش بینی تقریباً 57 درصد واریانس مصرف داروهایی گیاهی در زنان ساکن شهر قزوین هستند. همین طور می‌توان گفت کنترل رفتاری متصور، نگرش و آگاهی و قصد و در آخر نرم های انتزاعی به ترتیب قوی‌ترین پیش بینی کننده‌های رفتار مصرف گیاهان دارویی در زنان هستند و البته متغیرهای جمعیت شناختی سهم چندانی در پیش بینی رفتار نهایی نداشتند. در مطالعات مختلف نشان داده شده است که دلیل عمده زیربنای مصرف داروهایی گیاهی، سوماتیک [جسمی] نیست بلکه ماهیتی روانشناختی دارد [32]. در مطالعات گذشته اثبات شده است که پیش بینی کننده‌های عمده و اصلی مصرف داروهای گیاهی عبارتند از؛ [الف] نیاز به کنترل شخصی و تمایل ذاتی افراد برای استقلال بیشتر و مدیریت شخصی‌تر بر تصمیمات مرتبط با سلامت خود، [ب] همخوانی با ارزش‌ها و با موضوعاتی ارزشی که به احساس بیمار ارتباط دارد یعنی بیمار احساس می‌کند که درمان‌های جایگزین، در راس آنها داروهای گیاهی، با ارزش‌ها، فسلفه مذهبی و معنوی، یا عقاید مرتبط با سلامت و بیماری انطابق دارد. این دلایل ماورای استفاده از داروهای گیاهی هستند و دلیلی هستند بر اینکه استفاده از داروهای گیاهی می‌تواند با مدل‌های روانشناختی توضیح داده شوند [33].

در مطالعه کنونی از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به عنوان چارچوب بررسی عوامل موثر بر مصرف داروهای گیاهی در زنان استفاده شد چون این تئوری به طور وسیعی برای پیش بینی رفتارهای بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده برای پیش بینی رفتارهایی مانند سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، ورزش کردن، استفاده از کاندوم، سلامت دهان و دندان، شیردهی با شیر مادر و تغذیه سالم و البته بسیاری از موضوعات دیگر مورد استفاده قرار گرفته است [30]. همچنین، از نظریه مذکور برای پیش‌بینی مصرف داروهای مکمل در مردم عادی و همچنین در گروه‌های مختلف جمعیتی استفاده شده است [37-33].در ارتباط با سهم ناچیز متغیرهای دموگرافیک در پیش بینی مصرف داروهای گیاهی، با توجه به مطالعات قبلی می توان گفت که ویژگی های شخصی و دموگرافیک تنها به طور غیرمستقیم و از طریق متغیرهای موجود در مدل می توانند بر رفتار تاثیر بگذارند. بنابراین این متغیرها در بسیاری از مطالعات به عنوان پیش بینی کننده اصلی و مستقیم رفتار در مدل قرار داده نمی شوند [27]. در مطالعه مشابهی قبلی نیز نتایج مشابهی به دست آمده است [۳۶،۳۷]. همان طور که در مطالعه حاضر نشان داده شده است، کنترل رفتاری درک شده قوی ترین پیش بینی کننده مصرف داروهایی گیاهی در زنان است [0/422= β، P<0/01]. بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده یکی از 3 تعیین کننده اصلی قصد انجام رفتار، کنترل رفتاری متصور است [27]. در پژوهش حاضر، کنترل رفتاری درک شده به آسانی یا سختی درک شده افراد در ارتباط با مصرف داروهای گیاهی اشاره می کند. آنچه پیش آیند این سازه است، عقاید کنترلی است که در واقع، شدت عقاید کنترلی و توان درک شده بر هر عامل است که تعیین کننده سختی مصرف داروهای گیاهی است. کنترل رفتاری درک شده به عنوان پیش بینی کننده توام قصد و رفتار مطرح است. وقتی رفتار آنی باشد که فرد به آن متمایل است تاثیرگذاری بر قصد مثبت خواهد بود. در این بین ارتباط بین کنترل واقعی فرد بر مصرف داروهای گیاهی و کنترل درک شده بر مصرف داروهای گیاهی نکته‌ای است که حایز اهمیت فراوانی است. هر چه کنترل واقعی زنان بر

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

مصرف داروهای گیاهی بیشتر باشد، توان متمایل کردن قصد به سوی رفتار بیشتر خواهد بود. اگر کنترل رفتاری درک شده نماینده خوبی برای کنترل واقعی باشد یعنی آنچه فرد تصور می‌کند با حالت واقعی تطابق و برهم پوشانی داشته باشد، این سازه جانشین خوبی برای کنترل رفتاری و تعیین رفتار خواهد بود [38]. پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نیز موانع متعددی را ذکر می‌کنند که باعث گرایش و تمایل مردم برای مصرف داروهای گیاهی شده است. در یکی از این پژوهش‌ها موانع طرح شده از این قرار بود: داروهای گیاهی توسط پزشکان تجویز نمی‌گردد، استاندارد نیستند، بیماری را ریشه کن نمی‌کنند، مزه و طعم و بوی خوبی ندارند، نسبت به این داروها شناخت و آگاهی کافی وجود ندارد، اثر آنها دیر هنگام است، این داروها شامل خدمات بیمه‌ای نیستند و هزینه بالایی برای خرید آنها باید صرف شود [11]. مطالعه رشیدی و همکاران عواملی را که بیشترین نقش را در عدم گرایش مردم به استفاده از داروهای گیاهی داشته است مشخص کرده است که به ترتیب عدم آشنایی مردم با خواص گیاهان دارویی، کمبود طبیب و پزشک متخصص در زمینه داروهای گیاهی، عدم حمایت‌های بیمه‌ای از داروهای گیاهی و در دسترس نبودن آسان داروهای گیاهی در مقایسه با داروهای شیمیایی هستند [40]. همچنین نتیجه مطالعه صدیقی و همکاران تحت پوشش بیمه قرار دادن داروهای گیاهی را در افزایش مصرف این داروها مؤثر دانسته است [16]. در واقع عوامل یاد شده مثل حلقه‌های به هم پیوسته یک زنجیر، زیرساخت‌های لازم برای ایجاد انگیزه لازم در مردم جهت استفاده از داروهای گیاهی می‌باشند که می بایست هر چه سریع تر نسبت به رفع این نواقص اقدامات لازم صورت گیرد. در مطالعه حاضر، بسیاری از عقاید کنترلی که توسط زنان شرکت کننده در پژوهش در ارتباط با مصرف داروهای گیاهی مطرح شده است می توانند نمادی از موانع یا عوامل تسهیل کننده واقعی باشند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم مطالعه حاضر این است که نگرش دومین سازه تعیین کننده مصرف داروهای گیاهی در زنان است [$P<0/01$ ،$\beta =0/227$] که با مطالعات مشابه قبلی همخوان است [۳۶،۳۷]. گاپچاپ[1] و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که یکی از پیش بینی کننده‌های مهم قصد مصرف داروهای گیاهی در فاصله زمانی 6 ماه آینده، نگرش است. نگرش در مطالعه مذکور البته 59/4 درصد واریانس قصد مصرف داروهای گیاهی را پیش بینی می کرد [37]. آجزن و فیش بین پیشنهاد می‌کنند، مداخلاتی که هدفشان تغییر رفتار است لازم است عقاید برجسته و باورهای تاثیرگذار را مد نظر قرار دهند. در پژوهش حاضر از عقایدی که مانند مطالعات پیشین بودند [مانند راحتی مصرف، اطمینان از محتوی دارو، ارزان بودن، سالم بودن، عوارض کمتر، بهتر بودن نسبت به سایر داروها از جمله داروهای شیمیایی و خطرناک بودن] در طراحی پرسشنامه استفاده شده بود که نمونه گویایی از عقاید رفتاری جامعه پژوهش بودند. مثلاً در پژوهشی مشخص شده است افرادی که استطاعت مالی داشتند و درباره داروهای گیاهی اطلاعات کافی دارند احتمالاً قصد بالاتری برای مصرف گیاهان داروی را گزارش می‌کردند [39]. مطالعه مشابه دیگر نیز نشان داد که افرادی که معتقد هستند داروهای گیاهی ارزان‌ترند، عوارض جانبی کمتر دارند، تاثیر بهتری دارند و مصرف آنها راحت تر است، احتمالاً در 6 ماه آتی رفتار مصرف بالاتری را گزارش خواهند کرد [37]. البته مطالعات داخلی نیز موید نگرش مطلوب نسبت به مصرف داروهای گیاهی در گروه های جمعیتی مختلف است. به طوری که در مطالعه‌ای که جهت بررسی نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرکرد در خصوص داروهای گیاهی انجام شد، 89 درصد افراد نسبت به داروهای گیاهی و گیاه درمانی نگرش مناسبی و مطلوبی داشتند [21]. بختیاری نیز در پژوهش خود نشان داده است که بسیاری از بیماران دلایل استفاده از داروهای گیاهی را کم ضرر بودن این داروها، اعتقادات خانوادگی به این نوع روش درمانی و خسته شدن از بیماری خود و استفاده از داروهای شیمیایی، مزمن شدن بیماری خود و در عین حال کم اثر بودن داروهای شیمیایی در درمان بعضی بیماری‌ها عنوان کردند [11].

1 -Gupchup

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

یکی دیگر از یافته‌های مهم مطالعه نقش تعیین کننده هنجارهای انتزاعی برای مصرف داروهای گیاهی توسط زنان بود [P<0/05 ،β =0/071]. هنجارهای انتزاعی نشان دهنده تصور فرد از تایید یا عدم تایید دیگران مهم نسبت به انجام رفتار است. بنابراین اگر زنان احساس کند مصرف داروهای گیاهی توسط اعضای خانواده، دوستان، کادر پزشکی و سایر افراد بانفوذ از دید آنها مورد تایید قرار دارد، تمایل بیشتری برای مصرف دارند. در پژوهشهای رشیدی نشان داده شده است که سفارش و تبلیغ داروهای گیاهی از طرف دوستان و آشنایان یکی از عوامل تأثیرگذار در مصرف داروهای گیاهی است [40]. با توجه به خانه‌دار بودن اغلب زنان و داشتن وقت آزاد بیشتر، آنان از طریق رسانه هایی مانند تلویزیون و رادیو، نشست‌های محفلی و شرکت در مباحث گروهی مختلف نسبت به مسایل مختلف از جمله خواص گیاهان دارویی به همدیگر اطلاع‌رسانی می‌کنند و یکی از عوامل موثر در مصرف داروهای گیاهی، اطلاعات دریافتی از طریق مباحث مطرح شده در رسانه‌های گروهی و تبلیغات و مباحث شفاهی آشنایان و دوستان است.

یکی از نتایج مطالعه حاضر قدرت تعیین کنندگی آگاهی در ارتباط با مصرف داروهای گیاهی بود (P<0/01). این بدین معنی است که افزایش آگاهی جامعه از پیامدهای مثبت و عواقب منفی و سایر اطلاعات ضروری در ارتباط با مصرف داروهای گیاهی بر میزان استفاده از داروهای گیاهی تاثیرگذار است. نتایج مطالعه بهشتی پور و همکاران و همچنین پژوهش گلشادی و همکاران نیز نشان می دهد که مصرف بیشتر داروهای گیاهی در زنان یا در گروه های سنی خاص به میزان آگاهی بالاتر آنها می تواند منتسب باشد [41، 42]. این در حالی است که در مطالعه رشیدی و همکاران نیز بر نقش عدم آشنایی مردم با خواص گیاهان دارویی را در عدم گرایش مردم به استفاده از داروهای گیاهی موثر دانسته است [40]. این در حالی است که در مطالعات قبلی بر این نکته نیز تاکید شده است که احتمالاً به دلیل انتقال اطلاعات طب سنتی با آمیزه‌ای از تجربیات موروثی و باورهای فرهنگ ساز از یک نسل به نسل دیگر توسط افراد فامیل علی رغم روشهای پیشرفته اطلاع رسانی کنونی، سطح توزیع و میزان پراکندگی اطلاعات تاکنون با محدودیت مواجهه شده است [۴۳،۴۴]. اگرچه استفاده از داروهای گیاهی به طور سنتی می تواند مفید باشد ولی باید توجه داشت که مصرف بدون تدبیر و ناآگاهانه این گیاهان بخاطر احتمال وجود ترکیبات سرطانزا و سایر مواد سمی ممکن است مسبب مخاطراتی برای سلامت افراد گردد یا ممکن است مصرف این ترکیبات با داروهای سنتزی، شرایط را برای تداخلات دارویی فراهم نماید. همچنین کاربرد خودسرانه چنین ترکیباتی ممکن است سبب به تأخیر افتادن و طولانی شدن بیماری گردد. بنابراین لزوم اطلاع رسانی از طرق رسانه ها و متخصصان به منظور تشویق به مصرف آگاهانه از این گیاهان بدیهی است.

اما یکی از عوامل موثر بر عملکرد نمونه مورد پژوهش در خصوص استفاده از داروهای گیاهی هنجارهای انتزاعی است. در مطالعه سرشتی و همکاران نیز مشخص شده است که اغلب مصرف کنندگان ترکیبات گیاهی را به توصیه بستگان نزدیک استفاده کرده اند که ممکن است دانش کافی در مورد دارو و تداخلات دارویی نداشته باشند [10]. در پژوهش بیگلو[1] و همکاران نشان داده شده است که عواملی همچون داشتن عوارض زیاد، شناخت شخصی، سفارش و تبلیغ دوستان و تجویز طبیبان محلی بیشترین انگیزه افراد را در استفاده از گیاهان دارویی تشکیل دادند. همچنین معرفی نامناسب از طرف مراجع علمی، عدم آشنایی با خواص، عدم اطمینان از خواص گیاهان دارویی به خاطر ناخالص بودن، کمبود پزشک متخصص در این زمینه بیشترین تاثیر در انگیزه نمونه پژوهش نسبت به عدم استفاده از گیاهان دارویی را داشتند [45].

بر اساس یافته های مطالعه حاضر لازم است به منظور اصلاح الگوی استفاده از داروهای گیاهی، اطلاع رسانی مناسب از طریق رسانه های گروهی انجام شود و در مراجعات مردم به مراکز بهداشتی درمانی نسبت به درمان با داروهای گیاهی به عنوان درمان های مکمل آگاهی بخشی درستی صورت بگیرد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از: نخست، پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است بنابراین به منظور

1 -Beyglo

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

تعمیم یافته‌ها باید احتیاط بیشتری خرج داد و لازم است در گروه‌های جمعیتی دیگر نیز مطالعه مذکور تکرار شود. دوم، این مطالعه بیان کننده همبستگی است و بنابراین در راستای ایجاد روابط علت و معلولی سازماندهی نشده است. نتایج مطالعه اولویت و تقدمی را بین سازه‌های مورد بررسی [نگرش، کنترل رفتاری متصور و نرم انتزاعی] مشخص نکرده است. بنابراین این مطالعه محدود به پیش‌بینی مصرف داروهای گیاهی است و ساختار علت و معلولی احتمالی را برای تحقیقات آتی ارائه می‌کند. ثالثا، این مطالعه بر خودگزارشی رفتار گذشته بعنوان جایگزینی برای رفتار واقعی تکیه دارد، که ممکن است تاحدی در پاسخ افراد شرکت کننده به سوالات پرسشنامه تورش ایجاد کند. ولی همانطوری که قبلا ذکر شد این روش در مطالعات گذشته اثربخش بود.

نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه تعیین عوامل موثر بر مصرف داروهای گیاهی با تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان بود. نتایج نشان داد که مصرف داروهای گیاهی عمدتاً توسط کنترل رفتاری متصور، سپس نگرش پیش بینی شد. علارغم اهمیت دو سازه مذکور، همه عوامل باید بطور جامع در زمان طراحی مداخلات به منظور اصلاح مصرف داروهای گیاهی و مصرف آگاهانه در جامعه در نظر گرفته شوند. بنابراین به منظور بهبود عملکرد مردم در مصرف داروهای گیاهی باید اطلاع رسانی مناسب از طریق رسانه‌ها، آگاهی بخشی درست در مراکز فروش داروهای گیاهی، اصلاح باورهای غلط و تقویت نگرش های صحیح درباره عواقب و پیامدهای داروهای گیاهی و تسهیل دسترسی به داروها در اولویت اقدامات قرار بگیرند.

References

1. Garg V, Dhar VJ, Sharma A, Dutt R, Facts about standardization of herbal medicine: a review, Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 2012 Oct; 10 (10):1077-83.
2. Tilburt JC, Kaptchuk TJ, Herbal medicine research and global health: an ethical analysis, Bulletin of the World Health Organization 2008; 86 (8): 577-656.
3. 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, Alternative Therapy Health Medical 2008; 14: 22-27.
4. Ernst E: Herbal medicines put into context, Brit Med J 2003; 327: 881-2.
5. Goel RK, Prabha T, Kumar MM, Dorababu M, Prakash , Singh G: Teratogenicity of Asparagus racehorses Willd, Root, a herbal medicine, Indian JExp Biol 2006, 44(7):570-3.
6. Fakeye TO, Onyemadu O: Evaluation of knowledge base of hospital pharmacists and physicians on herbal medicines in Southwestern Nigeria, Pharm Pract 2008, 6(2):88-92
7. Christine Patterson HA: A Complementary Alternative Medicine Questionnaire for Young Adults, Integrative Medicine Insights 2009, 4:1-11.
8. SARS, Clinical trials on treatment using a combination of traditional Chinese medicine and western medicine, Geneva: WHO; 2003. pp. 53-61.
9. WHO traditional medicine strategy 2002–2005, Geneva: WHO; 2002.
10. Sereshti M, Azari P, study of herbal medicine usage in women referring to health care center in Shahrekord, Danesh & Tandorosti (J Shahrod Uni Med Sci 2007: 4 (2): 21-28 [Persian].
11. Mahmodian A, Golshiri P, Rezaie G, Akbari M, Patients' Satisfaction form Iranian Traditional Medicine, J Isfahan Med School 2012; 30 (208): 1550-58 [Persian].
12. Salehian T, Safdari F, Pirak A, Atarodi Z, study of herbal medicine use for relieving dysmenorrheal among Students in Iranshahr in 2009-2010, Herb Quarterly 2010; 1 (4): 57-63 [Persian].
13. Tabatabaee M, Use of Herbal Medicine among Pregnant Women Referring to Valiasr Hospital in Kazeroon, Fars, South of Iran, J Med Plants 2011; 10 (37): 96-108[Persian].
14. Sereshti M, Azari P, Rafiyan M, Kheyri S, Use of herbal medicines among pregnant women in Shahrekord, Quarterly of fertility and infertility 2006; 2: 125-131 [Persian].
15. Willcox ML, Bodeker G, Traditional herbal medicines for malaria, BMJ 2004; 329: 1156-9
16. Bakhtiari Z, study of patient's attitude toward therapeutic herbs in Isfahan, Herbal medicine 2010; 1: 47-50 [Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

17.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, Alternative Therapy Health Medical 2008; 14: 22-27.
18.Efthimiou P, Kukar M, Mackenzie CR, Complementary and alternative medicine in rheumatoid arthritis: no longer the last resort, HSS J. 2010 Feb; 6 (1):108-11.
19.Manek NJ, Crowson CS, Ottenberg AL, Curlin FA, Kaptchuk TJ, Tilburt JC, What rheumatologists in the United States think of complementary and alternative medicine: results of a national survey? BMC Complement, Altern Med 2010; 10: 5.
20.Sadighi J, Mafton F, Ziaee A, Herbal medicine: knowledge and performance insights in the population of Tehran, J Med Sci Iran 2004; 13: 60-67 [Persian].
21.Bagheri A, Naghdi badi H, Movahedian F, Makizadeh tafti M, Hemmati Moghadam A, Review approach women in Isfahan in the use of herbal medicine, Herb Quarterly 2005; 15: 81 – 93 [Persian].
22.Montbriand M.J, Herbs or natural products that may cause cancer and harm part four of a four-part series, Oncol Nurs Forum, 2005; 32(1):E20-9.
23.Xu LW, Jia M, Salchow R, Kentsch M, Cui XJ, Deng HY, Sun ZJ, Kluwe L, Efficacy and side effects of chinese herbal medicine for menopausal symptoms: a critical review, Evid Based Complement Alternat Med. 2012; 2012: 568106.
24. Stout CW. Weinstock J, Homoud MK, Wang PJ, Herbal medicine: Beneficial effects, side effects and promising new research in the treatment of arrhythmias, Current Cardiology Reports 2003; 5 (5): 395-401.
25.Faghihi G, Radan M, Side Effects of Herbal Drugs Used in Dermatologic Disorders, Journal of Cosmetics, Dermatological Sciences and Applications 2011; 1: 1-3[Persian].
26.Niggemann B, Grüber C, Side-effects of complementary and alternative medicine, Allergy 2003 Aug; 58(8):707-16.
27.Ajzen I, The theory of planned behavior: reactions and reflections, Psychol Health. 2011 Sep; 26 (9):1113-27.
28.Manning M, The effects of subjective norms on behavior in the theory of planned behavior: A meta-analysis, Br J Soc Psychol 2009; 48: 649-705.
29.Rise J, Sheeran P, Hukkelberg S, The role of self-identity in the theory of planned behavior: A meta-analysis, J Appl Soc Psychol 2010; 40(5): 1085-1105.
30.McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ, Prospective prediction of health-related behaviors with the Theory of Planned Behavior: a meta-analysis, Health Psychol Rev 2011; 5(2): 97-144.
31.Rivis A, Sheeran P, Armitage CJ, Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior: A meta-analysis of anticipated affect and moral norms, J Appl Soc Psychol 2009; 39: 2985-3019.
32.Vincent C, Furnham A, Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study, Br J Clin Psychol. 1996; 35: 37–48.
33.Astin JA, Why patients use alternative medicine: results of a national survey, JAMA 1998; 279:1548–1553.
34.Furnham A, Lovett J, Predicting the use of complementary medicine: a test of the theories of reasoned action and planned behavior, J Appl Soc Psychol 2001; 31: 2588–2620.
35.Lien N, Lytle LA, Komro KA, Applying theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption of young adolescents, Am J Health Promot 2002; 16: 189–197.
36.Bharucha DX, Morling BA, Niesenbaum RA, Use and definition of herbal medicines differ by ethnicity, Ann Pharmacother 2003; 37: 1409–1413.
37.Gupchup GV, Abhyankar UL, Worley MM, “et al”, Relationships between Hispanic ethnicity and attitudes and beliefs toward herbal medicine use among older adults, Research in Social and Administrative Pharmacy 2006; 2: 266–279.
38.Ajzen site: [Available from: http://www.people.umass.edu/aizen/contact.html; 2009].
39.Graham RE, Ahn AC, Davis RB, O’Connor BB, Eisenberg DM, Philips RS, Use of complementary and alternative medical therapies among racial and ethnic minority adults: results from the 2002 National Health Interview Survey, J Natl Med Assoc. 2005; 97: 535–545.
40.Rashidi S, Faraji H, Jahanbin D, Mirfardi A, evaluation of knowledge, attitude and

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

performance of population in Yasoj toward herbal medicine, Quietly Herb Med 2011; 11 (8): 177-84 [Persian].
41.Beheshtipour N, Jamalimoghadam N, Soleymani S, Haghnegahdar A, Salehi A, study of knowledge, attitude and practice of patients toward herbal medicine among refers to Shiraz University of medical science, Herbal medicine 2010: 1 (4): 53-56 [Persian].
42.Golshadi I, Ansari R, Asgari S, Sarafzadegan N, Bshtam M, knowledge, attitude and practice toward herbal medicine in Esfahan City, Herbal medicine 2003; 2: 21-28 [Persian].
43.Rafifar J, Anthropological study of traditional medicine among residents of Uromiyeh, Abstract Proceedings of the First International Conference on Traditional Medicine, Beheshti University of medical science, 2001[Persian].
44.Asefa M, Bagherzadeh K, Introduction of important medicinal plants used in the treatment of stomach and duodenal version, Abstract Proceedings of the First International Conference on Traditional Medicine, Beheshti University of medical science, 2001[Persian].
45.Beyglo MH, Efati F, Mohammadi A, Nasiri KH, Chemical or herbal drug? National Conference on Natural Products and Medicinal Plants, Bejnord, Khorasan Shomali university of medical science 2012; 169[Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]

Factors associated with herbal medicine use among women in Qazvin city: application of theory of planned behavior

Mohammadi Zeidi I[1], Akaberi A[2], Pakpour AH[1]*

[1]Assistant professor, department of public health, Qazvin University of medical sciences, Qazvin, Iran.
[2]M.Sc of Biostatistics, Research Center for Addiction and Behavioral Sciences, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

***Corresponding Author**: Amir H Pakpour, Ph.D., Assistant Professor, Department of Public Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
Email: pakpour_amir@yahoo.com

Abstract

Background and objective: *Herbal medicine is one of the most widely used complementary and alternative medicine used around the world. The most effective training programs are based on theory-driven approaches that are rooted behavior change model. Among behavior change model, the effectiveness of the theory of planned behavior has been documented in previous studies. The aim of the study was to find out factors associated with herbal medicine using the theory of planned behavior (TPB) among women in Qazvin.*

Material & Methods: *in the cross sectional study, 792 women were selected based on clustered sampling and voluntary participation from Qazvin, Iran, in 2011-2012. Following individual interviewing, data were gathered using a self administrated questionnaire include demographic characteristics (4 items), knowledge (5 items), attitude (7 items), subjective norms (3 items), perceived behavior control (5 items), intention (3 items) and behavior (1 item). Finally, data were analyzed by SPSS 18.0 and presented with Pearson and regression testes.*

Results: *the mean age of women were 29.34 ± 8.99 and 92.05% of them were married and 78.9% of participants were housekeeper. There were medium to high correlations coefficients between the TPB's constructs. Knowledge (β = 0.195, P< 0.01), attitude (β = 0.227, P< 0.01), subjective norms (β = 0.071, P< 0.05), perceived behavior control (β = 0.422, P< 0.01) and intention (β = 0.138, P< 0.01) were the main predictors of the herbal medicine usage among women. In general, TPB constructs were able to predict 57% of variance for herbal medicine usage among women.*

Conclusion: *The results indicated that herbal medicine usage mainly can be predicted by PBC and attitude respectively. In spite of the importance of two variables, all of the TPB constructs should be considered for designing interventions toward forming conscious herbal medicine usage in the society.*

Key words: *herbal medicine, attitude, theory of planned behavior, self efficacy.*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-23]