

## عامل‌های موثر بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی در

### شهرستان کرج

روح‌اله رضایی<sup>۱</sup>، لیلا صفا<sup>۲</sup> و سپیده میانجی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۲

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی عوامل موثر بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی بود. جامعه آماری پژوهش زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت- درمان روستایی در بخش مرکزی شهرستان کرج بودند که ۱۱۰ نفر از آنان با استفاده از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های استاندارد محمدی زیدی و همکاران (۲۰۱۲) و لو و همکاران (۲۰۱۳) استفاده شد. روایی محتوایی پرسش‌نامه با نظرسنجی از کارشناسان تأیید شده و روایی سازه و پایایی ابزار پژوهش نیز از راه بررسی برازش مدل در سه سطح مدل اندازه‌گیری، مدل ساختاری و مدل کلی بدست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش چند متغیره مدل‌سازی معادلات ساختاری به روش کم‌ترین مربعات جزئی استفاده شد که به این منظور نرم‌افزار Smart PLS بکار گرفته شد. نتایج پژوهش نشان دادند که متغیرهای هنجارهای اجتماعی و کنترل رفتاری درک شده دارای اثری مثبت و معنی‌دار بر نگرش زنان روستایی نسبت به استفاده از گیاهان دارویی بودند. همچنین، بر اساس نتایج پژوهش مشخص شد که متغیرهای هنجارهای اجتماعی کنترل رفتاری درک شده و نگرش اثری مثبت و معنی‌دار بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی داشته و در حدود ۴۴ درصد از واریانس آن را تبیین کردند.

**واژه‌های کلیدی:** تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، قصد استفاده، زنان روستایی، گیاهان دارویی.

<sup>۱</sup> - دانشیار دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان.

<sup>۲</sup> - استادیار دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان.

<sup>۳</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان.

\*- نویسنده مسئول مقاله: safa@znu.ac.ir

## پیشگفتار

استفاده از گیاهان دارویی در درمان انواع بیماری‌ها از زمان‌های بسیار دور تا پیدایش علوم پزشکی نوین در سراسر جهان همواره دارای اهمیتی شایان توجه بوده است (Sivasankari et al., 2012; Vahidi et al., 2012; Ameri et al., 2013)، اما با پیشرفت در علوم پزشکی، به تدریج داروهای شیمیایی جانشین گیاهان دارویی شده و استفاده از گیاهان دارویی در بسیاری از کشورها کاهش شایان توجهی یافت (Rashidi et al., 2011). این در حالی است که افزایش استفاده از داروهای شیمیایی افزون بر ایجاد آلودگی در محیط زیست، منجر به بروز عوارض جانبی زیادی در بیماران گردید (Rashidi et al., 2011; Javan Bakht & Esmacili, 2014). بروز چنین مسایلی سبب شد تا با گذشت زمان، مجدداً مردم به سمت استفاده از گیاهان دارویی تمایل پیدا کنند. گیاهان دارویی افزون بر نداشتن و یا پایین بودن مقدار عوارض جانبی و عدم ایجاد آلودگی در محیط زیست (Vahidi et al., 2012)، از نظر اقتصادی نیز مورد توجه قرار گرفتند، زیرا روش‌های درمانی که در آن‌ها از گیاهان دارویی استفاده می‌شود، بسیار ارزان‌تر و اقتصادی‌تر از روش‌های درمان با داروهای شیمیایی می‌باشد (Shosan et al., 2014).

با توجه به اهمیت و مزایای استفاده از گیاهان دارویی، امروزه استفاده از این گیاهان به شکل جدی مورد توجه قرار گرفته و جایگاه آن‌ها دچار تحولات علمی و تخصصی نظام‌مندتری شده است، به گونه‌ای که هم اکنون، در کشورهای انگلستان ۳۳ درصد، ایتالیا ۴۶ درصد، فرانسه ۴۹ درصد، هلند ۱۸ درصد و آلمان ۲۰ تا ۳۰ درصد از مردم دست کم از یک روش درمانی با گیاهان دارویی استفاده می‌کنند (Ameri et al., 2012). این در حالی است که کشور ایران با توجه به شرایط اقلیمی مناسب برای کشت گیاهان دارویی و وجود دانش بسیار زیاد در زمینه استفاده از این گیاهان دارویی (Naderi et al., 2009)، از جایگاهی مناسب در این زمینه برخوردار نبوده و مقدار استفاده از گیاهان دارویی در بین عامه مردم بویژه زنان در حد بسیار پایینی می‌باشد (Ashayeri et al., 2008). برای نمونه بر اساس آمار موجود، گیاهان عرضه شده در نظام دارویی کشور کم‌تر از سه درصد کل گیاهان دارویی کشور می‌باشد که این امر حاکی از آگاهی و تمایل پایین مردم نسبت به مصرف گیاهان دارویی می‌باشد (Rashidi et al., 2011). در چنین شرایطی، بررسی و شناخت عوامل موثر بر استفاده از گیاهان دارویی و طراحی و اجرای برنامه‌ها و راهبردهای مداخله‌ای مناسب برای توسعه استفاده از این گیاهان ضروری به نظر می‌رسد. در این زمینه، محمدی زیدی و همکاران (Mohammadi Zeidi et al., 2012) بر این باورند که تئوری‌های تغییر رفتار بویژه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به خوبی می‌توانند به تعیین مشخصه‌ها، باورها و ارزش‌های فردی که مرتبط

با رفتارهای بهداشتی گوناگون بوده و ممکن است تغییرپذیر باشند، کمک کنند. این تئوری چارچوبی کاملاً مشخص و شفاف را برای بررسی عوامل تعیین کننده قصد رفتاری افراد ارائه داده و به دلیل آزمون در شرایط مکانی و زمانی گوناگون دارای استحکام تئوریک و پایایی و روایی بالایی در تبیین و پیش‌بینی رفتار مصرف کننده در زمینه‌های گوناگون از جمله استفاده از گیاهان دارویی می‌باشد (Mohamed, 2004; Paul and Rana, 2012).

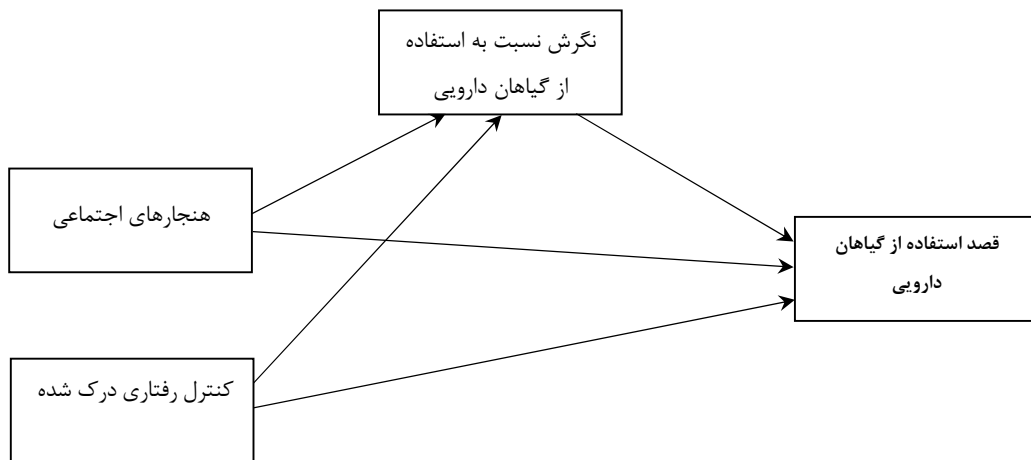
مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، نظریه عمل مستدل فیش‌بین و آیزن (Ajzen & Fishbein, 1975) بود که در آن تأکید می‌شود، رفتار استفاده واقعی به گونه مستقیم تحت تأثیر قصد انجام کار که به عنوان احتمال ذهنی یک فرد در انجام رفتاری خاص تعریف می‌شود، قرار دارد زیرا به گونه عام، افراد به همان شیوه‌ای رفتار می‌کنند که قصد آن رفتار خاص را داشته باشند (Chang et al., 2015). بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، قصد رفتاری بهترین و قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی کننده رفتار واقعی افراد در شرایط و موقعیت‌های گوناگون می‌باشد که خود تحت تأثیر متغیرهای مهم دیگری شامل نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای اجتماعی در مورد یک رفتار خاص و کنترل رفتاری درک شده قرار دارد (Mohamed, 2004; Luo et al., 2013; Tagoe and Abakah, 2014). نگرش به طور ساده احساس عمومی مساعد یا نامساعد یک فرد درباره یک مفهوم خاص است؛ یک فرد که باور دارد انجام یک رفتار خاص منجر به دستاوردی مثبت برای او خواهد شد، از نگرش مثبتی نسبت به انجام آن رفتار برخوردار خواهد بود (Mohamed, 2004). هنجارهای اجتماعی، همان فشارهای اجتماعی هستند که موجب انجام دادن یا ندادن رفتاری می‌شوند (Luo et al., 2014)؛ به بیان دیگر، هنجارهای اجتماعی به این موضوع اشاره دارند که آیا افراد با نفوذ و تأثیرگذار رفتار یک فرد را تأیید و پشتیبانی می‌کنند یا نه؟ (Mohamed, 2004). به همین منوال، کنترل رفتاری درک شده نیز به باور یک فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام یک رفتار خاص اشاره دارد (Luo et al., 2014). زمانی که افراد به توانایی‌های خود اطمینان داشته و از فرصت و منابع کافی برخوردار هستند، کنترل رفتاری درک شده آن‌ها برای یک فعالیت قوی‌تر خواهد بود (Ajzen, 1991). روی هم رفته، سه عامل اشاره شده در قالب تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، سبب ممانعت و یا تسهیل در انجام رفتار می‌شوند (Davis et al., 2002; Mohammadi Zeidi et al., 2012). بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، افراد قصد استفاده از گیاهان دارویی را خواهند داشت، اگر آن‌ها باور داشته باشند که استفاده از گیاهان دارویی منجر به دستاوردی با ارزش برای آنان خواهد شد، افراد تأثیرگذار آنان را به استفاده از گیاهان دارویی تشویق کنند و فرصت و منابع لازم برای استفاده افراد از گیاهان دارویی فراهم باشد (Mohamed, 2004).

محمدی زیدی و همکاران (Mohammadi Zeidi et al., 2012) در بررسی عوامل تأثیرگذار بر مقدار استفاده زنان شهر قزوین از گیاهان دارویی با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

دریافتند که سطح دانش، نگرش، هنجارهای اجتماعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی کننده استفاده زنان از گیاهان دارویی بوده و در حدود ۵۷ درصد از واریانس آن را تبیین کردند. در مطالعه دیگری، وحیدی و همکاران (Vahidi et al., 2012) به این نتیجه رسیدند که بین سطح تحصیلات و نگرش افراد نسبت به مصرف گیاهان دارویی رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت، به گونه‌ای که افراد با سطح تحصیلات بالاتر دارای نگرش نامساعدتری پیرامون استفاده از گیاهان دارویی بودند. جوان‌بخت و اسمعیلی (Javan Bakht & Esmaeili, 2014) در بررسی ترجیحات افراد گوناگون برای مصرف گیاهان دارویی در تبریز نشان دادند که قصد زنان در استفاده از گیاهان دارویی نسبت به مردان بیش‌تر بود. لو و همکاران (Luo et al., 2013) در مطالعه‌ای به بررسی نگرش، هنجارهای اجتماعی و کنترل رفتاری درک شده در مورد شیوه‌های سنتی درمان چینی در آفریقای جنوبی پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که افزون بر متغیرهای فردی، بر اساس مدل رفتار برنامه‌ریزی شده دو متغیر نگرش و هنجارهای اجتماعی از تأثیر قابل توجهی بر قصد استفاده افراد از شیوه‌های سنتی درمان چینی برخوردار بوده و متغیر قصد نیز به طور مستقیم بر مقدار استفاده افراد تأثیر داشت. لینگ (Ling, 2013) در پژوهش خود با عنوان "قصد مصرف کنندگان در خرید محصولات سبز: بررسی متغیرهای پیش‌برنده و تعدیل‌کننده" دریافتند که دو متغیر نگرش و خودکارآمدی (کنترل رفتاری درک شده) دارای اثری مثبت و معنی‌دار بر قصد افراد در خرید و استفاده از محصولات سبز از جمله گیاهان دارویی بوده و در حدود ۵۵ درصد از واریانس آن را تبیین کردند. اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) در مطالعه عوامل پیش‌برنده خرید واقعی گیاهان دارویی در مالزی به این نتیجه رسیدند که چهار متغیر نگرش، هنجارهای اجتماعی، باورهای فرهنگی و ایمنی محصول در حدود ۵۷ درصد از واریانس متغیر قصد خرید و استفاده از گیاهان دارویی را تبیین کردند. همچنین، بر اساس نتایج پژوهش مشخص شد که ۶۱ درصد از واریانس میزان خرید و استفاده واقعی افراد از گیاهان دارویی را پنج متغیر قصد، نگرش، هنجارهای اجتماعی، باورهای فرهنگی و ایمنی محصول پیش‌بینی کردند.

در مجموع، با توجه به مطالب اشاره شده در مورد پایین بودن تمایل مردم بویژه زنان به استفاده از گیاهان دارویی از یک سو و لزوم برنامه‌ریزی علمی در راستای افزایش مقدار استفاده مردم از گیاهان دارویی از طریق بررسی و شناخت مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار از سوی دیگر و نیز با در نظر گرفتن این مسئله که تاکنون مطالعه خاصی در این باره در استان البرز انجام نگرفته است، پرسش اساسی این پژوهش این بود که بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، مهم‌ترین عوامل موثر بر قصد زنان روستایی در استفاده از گیاهان دارویی در شهرستان کرج کدامند؟ بر اساس پرسش طرح شده، این پژوهش با هدف بررسی عوامل موثر بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی در

شهرستان کرج انجام گرفت. در چارچوب هدف اصلی پژوهش و بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، مدل نظری پژوهش در شکل ۱ ترسیم شد.



شکل ۱- مدل نظری پژوهش.

- بر مبنای مدل نظری پژوهش، مهم‌ترین فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از:
- فرضیه ۱: هنجارهای اجتماعی اثر مثبت و معنی‌داری بر نگرش زنان روستایی نسبت به استفاده از گیاهان دارویی دارد.
  - فرضیه ۲: هنجارهای اجتماعی اثر مثبت و معنی‌داری بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی دارد.
  - فرضیه ۳: کنترل رفتاری درک شده اثر مثبت و معنی‌داری بر نگرش زنان روستایی نسبت به استفاده از گیاهان دارویی دارد.
  - فرضیه ۴: کنترل رفتاری درک شده اثر مثبت و معنی‌داری بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی دارد.
  - فرضیه ۵: نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی اثر مثبت و معنی‌داری بر قصد استفاده زنان روستایی از این گیاهان دارد.

## ابزار و روش

این پژوهش از لحاظ امکان کنترل متغیرها، غیرآزمایشی و توصیفی، از نظر روش گردآوری داده‌ها، میدانی و در نهایت به لحاظ قابلیت تعمیم یافته‌ها، از نوع پیمایشی بشمار می‌آید. جامعه آماری این پژوهش زنان روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی در بخش مرکزی

شهرستان کرج در سه دهستان محمدآباد، کمال‌آباد و گرم دره بودند که در یک دوره زمانی ۱۵ روزه (نیمه نخست بهمن ماه ۱۳۹۴) برای درمان بیماری و دریافت خدمات گوناگون پزشکی به این مراکز مراجعه داشتند؛ بر اساس آمار مراکز بهداشتی-درمانی، حداکثر تعداد زنان روستایی در زمان‌هایی که بیش‌ترین مراجعه کننده به مراکز گزارش شده است (برای نمونه در فصول نیمه دوم سال)، برای یک دوره زمانی اشاره شده، در حدود ۱۵۰۰ نفر می‌باشد ( $N=1500$ ). گفتنی است که هم اکنون، هشت مرکز بهداشتی-درمانی در بخش مرکزی شهرستان کرج (شامل شش مرکز در دهستان محمدآباد، دو مرکز در دهستان کمال‌آباد و دو مرکز در دهستان گرم دره) مشغول فعالیت و ارائه خدمات پزشکی هستند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که بر اساس آن، تعداد ۱۱۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانیبه عنوان نمونه برای انجام پژوهش انتخاب شدند. بمنظور دستیابی به نمونه‌ها در این پژوهش، روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای به کار گرفته شد؛ بدین ترتیب که در مرحله اول از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با انتساب متناسب استفاده شد، به گونه‌ای که هر یک از دهستان‌های مورد مطالعه به عنوان طبقه در نظر گرفته شده و از بین هشت مرکز بهداشتی-درمانی، چهار مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد که با توجه به توزیع غیریکنواخت مراکز در سه دهستان مورد مطالعه، این مراکز شامل دو مرکز در دهستان محمدآباد، یک مرکز در دهستان کمال‌آباد و یک مرکز دیگر نیز در دهستان گرم دره بودند. در مرحله بعد، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد، به گونه‌ای که پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی در بین زنان مراجعه کننده به چهار مرکز بهداشتی-درمانی انتخاب شده توزیع و گردآوری گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه‌های استاندارد محمدی زیدی و همکاران (Mohammdi Zeidi et al., 2012) و لو و همکاران (Luo et al., 2013) بود که افزون بر بخش مشخصه‌های فردی، در بخش اصلی شامل مقیاس‌های مرتبط با سنجش نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی (شش پرسش)، هنجارهای اجتماعی در مورد استفاده از گیاهان دارویی (سه پرسش)، کنترل رفتاری درک شده در مورد استفاده از گیاهان دارویی (چهار پرسش) و قصد استفاده از گیاهان دارویی (سه پرسش) بود که برای سنجش آن‌ها از طیف لیکرت پنج سطحی (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) استفاده شد (جدول ۱). روایی محتوایی پرسش‌نامه با نظرسنجی از متخصصان در حوزه موضوع مورد پژوهش و پس از انجام اصلاحات ضروری تأیید شد. بمنظور بررسی روایی سازه شامل روایی همگرا و روایی تشخیصی و پایایی ابزار اندازه‌گیری به بررسی برازش مدل در سه سطح مدل اندازه‌گیری، مدل ساختاری و مدل کلی پژوهش پرداخته شد که نتایج بدست آمده از آن‌ها در جداول ۱ و ۲ آورده شده است. در رابطه با پایایی مدل‌های اندازه‌گیری بر پایه سه معیار بار عاملی برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۵، آلفای کرونباخ برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۷

و پایایی ترکیبی (CR) برابر یا بزرگتر از ۰/۷، پایایی هر چهار مدل اندازه‌گیری مورد مطالعه در حد مناسب بود (جدول ۱). البته، گفتنی است که از بین متغیرهای آشکار مورد مطالعه در مدل، تنها یک متغیر  $ATT_6$  در متغیر پنهان Attitude به دلیل داشتن بار عاملی کم‌تر از ۰/۵ از فرایند تحلیل حذف شده و سپس، شاخص‌های گوناگون روایی و پایایی محاسبه شد. در خصوص روایی همگرا، با در نظر گرفتن اینکه مقدار میانگین واریانس استخراج شده (AVE) برای تمامی متغیرهای پنهان در مدل‌های اندازه‌گیری بزرگتر از ۰/۵ بود، از این‌رو، ابزار پژوهش دارای روایی همگرایی مناسب بود. در مورد روایی تشخیصی، با توجه به این که مقدار میانگین واریانس استخراج شده برای تمامی متغیرهای پنهان مورد مطالعه شامل نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی، هنجارهای اجتماعی در مورد استفاده از گیاهان دارویی، کنترل رفتاری درک شده در مورد استفاده از گیاهان دارویی و قصد استفاده از گیاهان دارویی از مقادیر میانگین مجذور واریانس مشترک (ASV) و حداکثر مجذور واریانس مشترک (MSV) بین تمامی متغیرهای پنهان بزرگتر بود (Pahlevan Sharif & Mahdavian, 2015)، در نتیجه، ابزار پژوهش روایی تشخیصی مناسبی داشت (جدول ۱).

#### جدول ۱- خلاصه نتایج بدست آمده در مورد برازش مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش.

| متغیر پنهان<br>(نماد در<br>مدل)                              | متغیر آشکار (نماد در مدل)  | بار<br>عاملی | شاخص‌های روایی و<br>پایایی                              |
|--|--|--------------|---|
|  | به نظر من استفاده از گیاهان دارویی برای سلامتی افراد مضر و خطرناک است ( $ATT_1$ ).   | ۰/۸۸۴        |   |
| نگرش نسبت<br>به استفاده از<br>گیاهان<br>دارویی<br>(Attitude) | من باور دارم گیاهان دارویی نسبت به داروهای شیمیایی دارای عوارض جانبی کم‌تری هستند ( $ATT_2$ ).                                 | ۰/۷۹۳        | $AVE=0/621$<br>$Cronbach's\ \alpha=0/845$<br>$CR=0/890$ |
|  | به نظر من، داروهای شیمیایی نسبت به گیاهان دارویی در مدت زمان کمتری می‌توانند منجر به درمان و بهبود بیماری‌ها شوند ( $ATT_3$ ). | ۰/۷۶۷        | $MSV=0/245$<br>$ASV=0/1206$                             |
|  | من باور دارم گیاهان دارویی در مقایسه با داروهای شیمیایی برای درمان بیماری‌های گوناگون مفیدتر و                                 | ۰/۸۰۱        |   |

1- Composite Reliability

2- Average Variance Extracted

3- Average Shared Squared Variance

4- Maximum Shared Squared Variance

|                    |       |  |   |
|--------------------|-------|--|---|
|                    |       | اثربخش‌ترند (ATT4).  |   |
|                    | ۰/۶۸۱ | در مجموع، من استفاده از گیاهان دارویی را بر داورهای شیمیایی ترجیح می‌دهم (ATT5).   |   |
|                    | ۰/۳۷۱ | به نظر من، استفاده از گیاهان دارویی فقط جنبه پیشگیری داشته و جهت درمان بیماری‌ها، راه‌حل تضمینی نیست (ATT6).   |   |
|                    | ۰/۸۰۷ | بیشتر افراد تاثیرگذار در زندگی من (مانند همسر، فرزندان، والدین، دوستان و پزشکان)، فکر می‌کنند که باید از گیاهان دارویی استفاده کرد (SN1).            | هنجارهای اجتماعی در مورد استفاده از گیاهان دارویی (SN)      |
| AVE=۰/۶۲۳          |       | بیشتر افراد تاثیرگذار در زندگی من (مانند همسر، فرزندان، والدین، دوستان و پزشکان)، مرا تشویق می‌کنند که از گیاهان دارویی استفاده کنم (SN2).           |   |
| Cronbach's = ۰/۶۹۹ | ۰/۷۶۸ | اگر اطرافیان من به ویژه همسر، فرزندان، خواهر یا برادر، دوستان و غیره از گیاهان دارویی استفاده کنند، من نیز حتماً از این داورها مصرف خواهم کرد (SN3). |   |
| Alpha              |       |  |   |
| CR=۰/۸۳۲           |       |  |   |
| MSV=۰/۲۸۰          |       |  |   |
| ASV=۰/۲۰۵          | ۰/۷۹۳ |  |   |
|                    | ۰/۸۶۶ | استفاده از گیاهان دارویی برای من نسبت به داروهای شیمیایی آسان‌تر است (PBC1).   | کنترل رفتاری درک شده در خصوص استفاده از گیاهان دارویی (PBC) |
|                    | ۰/۸۶۶ | استفاده از گیاهان دارویی نیاز به اطلاعات تخصصی و پیچیده نداشته و بدون تجویز و دستور پزشک قابل مصرف هستند (PBC2).                                     |   |
|                    | ۰/۷۷۵ | هزینه استفاده از گیاهان دارویی در مقایسه با داروهای شیمیایی کمتر است (PBC3).   |   |
|                    | ۰/۸۳۷ | دسترسی به گیاهان دارویی برای من آسان است (PBC4).   |   |
|                    | ۰/۹۲۰ | من قصد دارم استفاده از گیاهان دارویی را به اعضای خانواده و دوستان خود توصیه کنم (INT1).  | قصد استفاده از گیاهان دارویی (Intention)                    |
|                    | ۰/۹۰۱ | من قصد دارم در آینده برای رفع مشکلات بیماری خود از گیاهان دارویی استفاده کنم (INT2).   |   |
|                    | ۰/۷۶۷ | من قصد دارم برای درمان بیماری فعلی خود گیاه دارویی خریداری و استفاده کنم (INT3).   |   |
| AVE=۰/۷۴۹          |       |  |   |
| Cronbach's = ۰/۸۲۹ |       |  |   |
| Alpha              |       |  |   |
| CR=۰/۸۹۹           |       |  |   |
| MSV=۰/۲۸۰          |       |  |   |
| ASV=۰/۲۶۴          |       |  |   |



پس از تأیید مناسب بودن برازش مدل‌های اندازه‌گیری پژوهش، در این مرحله به بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش بر اساس دو شاخص  $R^2$  (بیانگر میزان تأثیر متغیرهای پنهان برون‌زا بر درون‌زا) و  $Q^2$  (نشان دهنده قدرت پیش‌بینی مدل) پرداخته شد (Davari & Rezazadeh, 2014) که نتایج بدست آمده از آن‌ها در جدول ۲ آورده شده است. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲، مقدار دو شاخص  $R^2$  و  $Q^2$  برای هر دو متغیر پنهان درون‌زای مورد مطالعه در مدل ساختاری پژوهش در حد مناسب بوده و از این‌رو، مدل ساختاری پژوهش دارای برازش مطلوب بود.

جدول ۲- خلاصه نتایج بدست آمده در مورد برازش مدل ساختاری پژوهش.

| متغیر پنهان درون‌زا                   | مقدار $R^2$ | مقدار $Q^2$ |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی | ۰/۲۸        | ۰/۱۵۴       |
| قصد استفاده از گیاهان دارویی          | ۰/۴۴        | ۰/۳۱۳       |

مقدار استاندارد  $R^2$ :  $R^2 < 0.19$ ؛ تأثیر ضعیف؛  $0.19 > R^2 > 0.67$  تأثیر متوسط و  $R^2 > 0.67$  تأثیر قوی

مقدار استاندارد  $Q^2$ :  $Q^2 < 0.02$ ؛ قدرت ضعیف؛  $0.02 > Q^2 > 0.15$  تأثیر متوسط و  $Q^2 > 0.35$  تأثیر قوی

در نهایت، پس از بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش و اطمینان از مناسب بودن آن‌ها، در مرحله سوم به بررسی برازش کلی مدل پژوهش بر اساس شاخص GOF پرداخته شده است. این شاخص به صورت حاصل ضرب میانگین ضریب تعیین متغیرهای درون‌زا در میانگین مقادیر اشتراکی متغیرهای مورد مطالعه در مدل به شرح زیر محاسبه می‌شود:

$$GOF = \sqrt{\text{Communality} \times R^2} = 0/492$$

با توجه به این که مقدار بدست آمده برای شاخص GOF بالای ۰/۲۵ است، از این‌رو، برازش کلی مدل در سطح مطلوبی بوده (Wetzels et al., 2009) و در ادامه می‌توان به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخت؛ گفتنی است که بمنظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از مقادیر t-values و ضرایب استاندارد شده مربوط به مسیرهای هر یک از فرضیه‌های پژوهش استفاده می‌شود که در ادامه به نتایج بدست آمده از آن‌ها اشاره شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Smart PLS انجام گرفت. البته، اشاره به این نکته نیز ضروری است که در بخش توصیفی، برای گروه‌بندی پاسخگویان بر حسب نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی، هنجارهای اجتماعی در استفاده از گیاهان دارویی، کنترل رفتاری درک شده در مورد استفاده از گیاهان دارویی و قصد در استفاده از گیاهان دارویی در سطوح پایین (نامطلوب)، متوسط (نسبتاً مطلوب) و بالا (مطلوب)، از

شاخص تفاوت انحراف معیار از میانگین (ISDM) به صورت زیر استفاده شد (Gangadharappa et al., 2007):

۱- پایین (A):  $A < \text{mean} - \frac{1}{2} Sd$ ؛ ۲- متوسط (B):  $\text{mean} - \frac{1}{2} Sd \leq B \leq \text{mean} + \frac{1}{2} Sd$ ؛ ۳- بالا (C):  $C > \text{mean} + \frac{1}{2} Sd$ .

### یافته‌ها

بر اساس داده‌های کسب شده، میانگین سن زنان مورد مطالعه در حدود ۳۷/۳ سال و کمینه و بیشینه آن به ترتیب ۱۹ و ۷۵ سال بود. در مورد وضعیت تأهل، نتایج نشان داد که در حدود ۸۳/۶ درصد از زنان مورد مطالعه متأهل و ۱۶/۴ درصد از آنان مجرد بودند. در ضمن، با توجه به یافته‌ها، متوسط تعداد افراد خانوار پاسخگویان در حدود ۴/۴ نفر بود. توزیع فراوانی زنان مورد مطالعه بر حسب سطح تحصیلات آنان در جدول ۳ آورده شده است. بر اساس نتایج بدست آمده، بیش‌ترین فراوانی (۲۹/۱ درصد) مربوط به پاسخگویانی بود که تحصیلات آنان در سطح ابتدایی بود.

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سطح تحصیلات

| شماره | سطح تحصیلات    | فراوانی | درصد فراوانی |
|-------|----------------|---------|--------------|
| ۱     | بی‌سواد        | ۱۶      | ۱۴/۵         |
| ۲     | خواندن و نوشتن | ۱۹      | ۱۷/۳         |
| ۳     | ابتدایی        | ۳۲      | ۲۹/۱         |
| ۴     | راهنمایی       | ۱۶      | ۱۴/۵         |
| ۵     | دیپلم          | ۱۸      | ۱۶/۴         |
| ۶     | بالتر از دیپلم | ۹       | ۸/۲          |
| ۷     | جمع            | ۱۱۰     | ۱۰۰          |

با توجه به نتایج پژوهش مشخص شد که از نظر چگونگی مصرف گیاهان دارویی، بیش‌ترین فراوانی (۷۸/۷ درصد) مربوط به پاسخگویانی بود که گیاهان دارویی را به صورت دم‌کردنی مصرف می‌کردند (جدول ۴).

## جدول ۴- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب نوع مصرف گیاهان دارویی.

| نوع مصرف | بلی (بر حسب درصد) | خیر (بر حسب درصد) |
|----------|-------------------|-------------------|
| دم کردنی | ۷۸/۷              | ۲۱/۳              |
| عرقیات   | ۵۴/۱              | ۴۵/۹              |
| جوشاندنی | ۴۱                | ۵۹                |
| خام      | ۱۵/۶              | ۸۴/۴              |

توزیع فراوانی زنان روستایی بر حسب نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی، هنجارهای اجتماعی در استفاده از گیاهان دارویی، کنترل رفتاری درک شده در استفاده از گیاهان دارویی و قصد استفاده از گیاهان دارویی در جدول ۵ نشان داده شده است. همان گونه که از نتایج مشخص می‌شود، بیش‌ترین فراوانی در سه متغیر کنترل رفتاری درک شده (۴۹/۲ درصد)، نگرش (۵۶/۹ درصد) و هنجارهای اجتماعی (۴۲/۱ درصد) مربوط به طبقه متوسط و در متغیر قصد استفاده (۴۵/۳ درصد) مربوط به پایین بود. نکته شایان توجه آن است که تنها در حدود ۱۵/۵ درصد از پاسخگویان قصد بالایی برای استفاده از گیاهان دارویی داشتند.

## جدول ۵- توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیرهای اصلی مورد مطالعه.

| متغیر مورد بررسی                                 | سطوح بر اساس شاخص ISDM (بر حسب درصد) |       |      |
|--|--------------------------------------|-------|------|
|  | پایین                                | متوسط | بالا |
| کنترل رفتاری درک شده در استفاده از گیاهان دارویی | ۳۰/۳                                 | ۴۹/۲  | ۲۰/۵ |
| هنجارهای اجتماعی در استفاده از گیاهان دارویی     | ۲۶/۶                                 | ۴۲/۱  | ۳۱/۴ |
| نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی            | ۲۲/۶                                 | ۵۶/۹  | ۲۰/۵ |
| قصد استفاده از گیاهان دارویی                     | ۴۵/۳                                 | ۳۹/۲  | ۱۵/۵ |

در این بخش با توجه به روابط فرض شده در مدل نظری پژوهش، به بررسی اثرات متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته پژوهش با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار Smart PLS، در دو حالت اعداد معناداری (با استفاده از فرمان خودگردان‌سازی) برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و برآورد استاندارد<sup>۳</sup> (با استفاده از فرمان الگوریتم) برای بررسی شدت تأثیر

1- t-values

2- Bootstrapping

3- Standardized Estimation

4- Algorithm

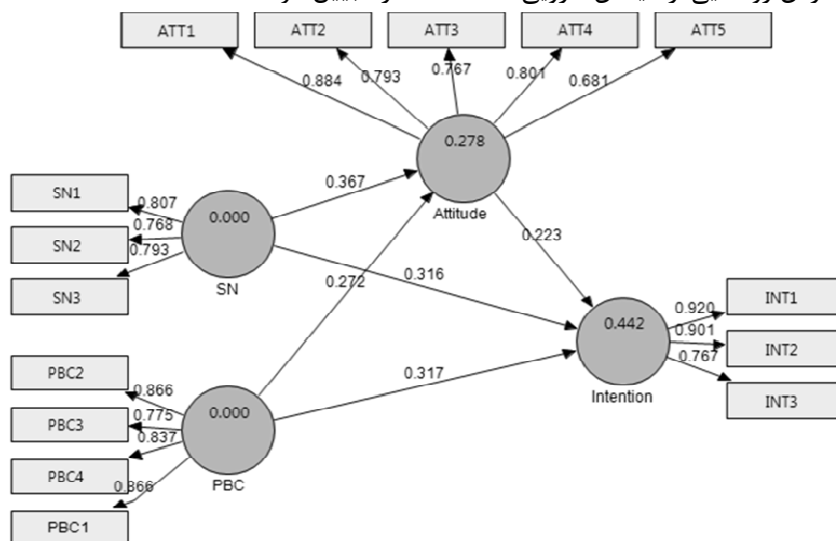
متغیرها بر یکدیگر پرداخته شد که نتایج بدست آمده از آنها در جدول ۳ و شکل ۲ آورده شده است. همان گونه که از جدول ۳ پیداست، مقادیر t-values محاسبه شده برای تمامی روابط مورد مطالعه در مدل نظری پژوهش از ۱/۹۶ بیش‌تر بوده و در نتیجه، پنج فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۳- خلاصه نتایج بدست آمده از مدل ساختاری کلی پژوهش.

| فرضیه پژوهش            | ضریب استاندارد شده | خطای استاندارد | مقادیر t | نتیجه آزمون     |
|------------------------|--------------------|----------------|----------|-----------------|
| Attitude <---SN        | ۰/۳۶۷              | ۰/۱۲۲          | ۳/۰۲۳**  | تأیید فرضیه (۱) |
| Intention <---SN       | ۰/۳۱۶              | ۰/۰۹۴          | ۳/۸۴۰**  | تأیید فرضیه (۲) |
| Attitude <---PBC       | ۰/۲۷۲              | ۰/۱۳۳          | ۲/۲۰۷*   | تأیید فرضیه (۳) |
| Intention <---PBC      | ۰/۳۱۷              | ۰/۰۹۹          | ۳/۲۱۶**  | تأیید فرضیه (۴) |
| Intention <---Attitude | ۰/۲۲۳              | ۰/۱۰۱          | ۲/۲۸۳*   | تأیید فرضیه (۵) |

\*\*معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ و \*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

همچنین، همان گونه که از نتایج بدست آمده از شکل ۲ مشخص می‌شود دو متغیر هنجارهای اجتماعی (SN) و کنترل رفتاری درک شده (PBC) در حدود ۲۸ درصد از واریانس نگرش زنان روستایی نسبت به استفاده از گیاهان دارویی (Attitude) و سه متغیر هنجارهای اجتماعی (SN)، کنترل رفتاری درک شده (PBC) و نگرش (Attitude) نیز در حدود ۴۴ درصد از واریانس قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی (Intention) را تبیین کرده‌اند.



شکل ۲- مدل ساختاری کلی پژوهش در حالت برآورد ضرایب مسیر.

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مزایای استفاده از گیاهان دارویی و وجود پتانسیل قابل توجه در کشور به لحاظ کشت انواع گیاهان دارویی از یک سو و با در نظر گرفتن پایین بودن مقدار تمایل و استفاده از این گیاهان در بین اقشار گوناگون جامعه بویژه زنان روستایی از سوی دیگر، این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی در شهرستان کرج انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان دادند که فرضیه‌های نخست و دوم پژوهش مورد تأیید قرار گرفته و هنجارهای اجتماعی دارای اثری مثبت و معنی‌دار بر نگرش و قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی بود. در این باره، اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) و محامد (Mohamed, 2004) تأکید دارند که هنجار یا نفوذ اجتماعی به واسطه زیر فشار قرار دادن افراد برای اعتماد کردن، نگرش و قصد رفتاری آنان را برای استفاده از گیاهان دارویی تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع، همان‌گونه که محمدی زیدی و همکاران (Mohammdi Zeidi et al., 2012) استدلال می‌کنند، از آنجایی که هنجارهای اجتماعی، بازتابی از فشار اجتماعی و ادراک فرد از تأیید و عدم تأیید افراد تأثیرگذار نسبت به انجام رفتار است، از این‌رو، اگر زنان احساس کنند که مصرف گیاهان دارویی به وسیله افراد تأثیرگذار در زندگی آنان مانند همسر، فرزندان، والدین، دوستان و پزشکان پشتیبانی شده و مورد تأیید می‌باشد، به صورت ناخودآگاه نگرشی مساعدتر نسبت به استفاده از گیاهان دارویی پیدا کرده و قصدی بالاتر برای استفاده از آن‌ها نشان می‌دهند؛ این موضوع در مناطق روستایی با در نظر گرفتن بافت اجتماعی- فرهنگی این مناطق که افراد بویژه زنان از سطح اعتماد و انسجام و به بیان بهتر سرمایه اجتماعی بالاتری برخوردار می‌باشند و در نتیجه، تأثیرپذیری بیشتری از هنجارهای اجتماعی دارند، دارای اهمیتی بیش‌تر است. در همین زمینه، نتایج پژوهش سرشتی و آذری (Sereshti & Azari, 2007) نشان می‌دهند که بیش‌تر زنان ترکیبات گیاهی را به توصیه نزدیکان خود استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر هنجارهای اجتماعی بر نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی (فرضیه نخست) با پژوهش اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) و تأثیر هنجارهای اجتماعی بر قصد استفاده از گیاهان دارویی (فرضیه دوم) با پژوهش‌های محمدی زیدی و همکاران (Mohammdi Zeidi et al., 2012)، لو و همکاران (Luo et al., 2013) و اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) هم‌خوانی داشت.

بر اساس نتایج پژوهش مشخص شد فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش تأیید شده و کنترل رفتاری درک شده اثری مثبت و معنی‌دار بر نگرش و قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی داشت. در این باره، محامد (Mohamed, 2004) بحث می‌کند، در صورتی که شرایط پیرامونی شامل فرصت‌ها و منابع مورد نیاز به ویژه داشتن دسترسی فیزیکی و توان مالی و درونی شامل توانایی‌های شخصی افراد برای انجام یک رفتار خاص فراهم نباشد، بعید است که حتی در صورت مساعد بودن

نگرش و هنجارهای اجتماعی، افراد بتوانند قصد رفتاری قوی را شکل دهند. در این زمینه، نتایج پژوهش لینگ و همکاران (Ling, 2013) نشان می‌دهند که نگرش و قصد رفتاری افراد به شدت تحت تأثیر اطمینان آنان در خصوص توانایی‌شان برای انجام یک رفتار خاص قرار دارد. در واقع، همان‌گونه که محمدی زیدی و همکاران (Mohammdi Zeidi et al., 2012) و اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) تأکید دارند، هر چه کنترل ادراک شده زنان بر مصرف گیاهان دارویی بیش‌تر باشد، برای مثال، آنان تصور کنند که استفاده از این گیاهان نیاز به داده‌های تخصصی و پیچیده نداشته و نسبت به داروهای شیمیایی آسان‌تر است و یا این‌که از دسترسی و توان مالی کافی برای تهیه گیاهان دارویی برخوردار باشند، در استفاده از این گیاهان احساس اعتماد به نفس و خودکارآمدی بالاتری پیدا می‌کنند که نتیجه این امر، ایجاد ذهنیت مساعد نسبت به گیاهان دارویی به عنوان جایگزینی مطمئن برای داروهای شیمیایی و افزایش قصد زنان برای استفاده از این گیاهان برای بهبود بیماری یا تثبیت وضعیت سلامتی خود است؛ در مقابل، به هر اندازه کنترل ادراک شده زنان کم‌تر بوده و اطمینانی پایین‌تر نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند، تمایلی کم‌تر برای مصرف گیاهان دارویی نشان داده و حتی ممکن است که در استفاده از این گیاهان دچار ترس و اضطراب شوند. بر این اساس، جوان‌بخت و اسمعیلی (Javan Bakht & Esmaeili, 2014) بر این باورند که عرضه گیاهان دارویی به وسیله داروخانه‌ها باعث اطمینان خاطر بیش‌تر افراد به لحاظ بهداشتی شده و در نتیجه، تمایل آنان را برای مصرف آگاهانه این گیاهان افزایش می‌دهد.

افزون بر موردهای اشاره شده، نتایج پژوهش گویای آن بود که نگرش نسبت به استفاده از گیاهان دارویی دارای اثری مثبت و معنی‌دار بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی بود (تأیید فرضیه پنجم پژوهش). این یافته با پژوهش‌های محمدی زیدی و همکاران (Mohammdi Zeidi et al., 2012)، لو و همکاران (Luo et al., 2013)، لینگ (Ling, 2013) و اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) هم‌خوانی داشت. در این زمینه، وحیدی و همکاران (Vahidi et al., 2012) تأکید دارند، از آنجایی که نگرش یک فرد نشانگر روش تفکر، ارزش‌ها، باورها، احساس و واکنش نسبت به محیط اطراف او می‌باشد، از این‌رو، به گونه مستقیم می‌تواند قصد رفتاری را تحت تأثیر قرار دهد؛ این موضوع در مورد گیاهان دارویی به دلیل هم‌خوانی استفاده از آن‌ها با ارزش‌ها، فلسفه مذهبی و معنوی و باورهای مرتبط با سلامت و بیماری که در مناطق روستایی دارای رواجی بیش‌تر است، از اهمیتی دوچندان برخوردار می‌باشد (Mohammdi Zeidi et al., 2012). به گونه مشابه، آیزن و فیش‌بین (Ajzen & Fishbein, 1980) و اسماعیل و مختار (Ismail & Mokhtar, 2015) استدلال می‌کنند، مداخلاتی که هدف‌شان تغییر رفتار است، لازم است باورهای برجسته و تأثیرگذار را در نظر گیرند، چرا که افراد محصولاتی را مورد استفاده قرار می‌دهند که با باورهای شخصی و ارزش‌های اجتماعی یا فردی‌شان متناسب باشد. برای نمونه، نتایج پژوهش محمودیان و

همکاران (Mahmodian et al., 2012) نشان دادند که بسیاری از بیماران دلایل استفاده از گیاهان دارویی را کم ضرر بودن این گیاهان، باور خانوادگی به این نوع روش درمانی و خسته شدن از مصرف داروهای شیمیایی، مزمن شدن بیماری خود و با این حال، کم اثر بودن داروهای شیمیایی در درمان برخی بیماری‌ها عنوان کرده‌اند. هم‌چنین، نتایج پژوهش بیگلو و همکاران (Beiglo et al., 2012) حاکی از آن بود که احساس مصرف‌کنندگان به دلیل نداشتن عوارض جانبی زیاد گیاهان دارویی بیش‌ترین تأثیر را در قصد استفاده و مقدار استفاده واقعی زنان باردار از گیاهان دارویی داشت. به هر حال، همان گونه که بر اساس نتایج پژوهش مشخص شد، متغیر نگرش نسبت به گیاهان دارویی تأثیرگذارترین متغیر بر مقدار قصد استفاده از گیاهان دارویی بود که این موضوع با در نظر گرفتن این‌که در مجموع زنان دارای نگرشی مساعدتر نسبت به مردان برای استفاده از گیاهان دارویی هستند (Ameri et al., 2012; Javan Bakht & Esmaili, 2014)، می‌تواند زمینه‌ای بسیار مناسب را برای برنامه‌ریزی در راستای بالا بردن تمایل و قصد زنان روستایی به استفاده از گیاهان دارویی و در نتیجه افزایش سطح استفاده آنان فراهم کند. در نهایت، اشاره به این نکته ضروری است که انجام این پژوهش نیز مشابه دیگر پژوهش‌ها با برخی محدودیت‌ها در مراحل گوناگون همراه بود؛ یکی از اصلی‌ترین این محدودیت‌ها مربوط به تمایل نسبتاً پایین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت- درمان روستایی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها به دلیل داشتن بیماری و فرصت زمانی کم بود. افزون بر این، محدودیت‌های مالی و زمانی برای انجام پژوهش و دسترسی دشوار به داده‌ها و آمار صحیح و روزآمد در مورد تعداد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت- درمان روستایی در سطح دهستان‌های گوناگون شهرستان کرج، از دیگر محدودیت‌های اصلی این پژوهش بودند.

با توجه به یافته‌های اصلی پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱- با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر هنجارهای اجتماعی بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی، پیشنهاد می‌شود اطلاع‌رسانی مناسب از راه رسانه‌های انبوهی در مورد اهمیت و مزایا، چگونگی استفاده درست و پیامدهای مصرف گیاهان دارویی صورت پذیرد تا از انتقال داده‌های نادرست که سبب مصرف بدون تدبیر و ناآگاهانه گیاهان دارویی می‌شود، اجتناب شده و الگوی استفاده از این گیاهان در بین عامه مردم بویژه زنان روستایی اصلاح شود. برگزاری دوره‌های آموزشی مستمر و منظم برای عطاری‌ها به عنوان بزرگ‌ترین منبع دسترسی به گیاهان دارویی و وادار کردن آنان به شرکت در این دوره‌ها، از دیگر پیشنهادهای این پژوهش است. هم‌چنین در این زمینه، تشویق پزشکان متخصص برای تجویز بیش‌تر گیاهان دارویی به عنوان مکمل یا جایگزین داروهای شیمیایی می‌تواند تأثیری شایان توجه در افزایش قصد رفتاری زنان برای استفاده از گیاهان دارویی داشته باشد.

۲- با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر کنترل رفتاری درک شده بر قصد استفاده زنان روستایی از گیاهان دارویی، پیشنهاد می‌شود موردهایی همچون تسهیل دسترسی به گیاهان دارویی از راه گسترش عطاری‌های دارای مجوز، تسریع توزیع گیاهان دارویی در نظام بهداشتی کشور به واسطه عرضه این گیاهان از سوی داروخانه‌ها، گسترش خدمات بیمه‌ای برای پوشش گیاهان دارویی مورد تأیید وزارت بهداشت و درمان و قرار دادن راهنمای مصرف گیاهان دارویی به همراه محصولات به گونه جدی از سوی برنامه‌ریزان و مسولان ذیربط در نظر گرفته شوند.

### References

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. USA, Pearson Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211.
- Ameri, F., Vahabi, M., Khatonabadi, A. & Andalibi, L. (2012). Use of medicinal plants in Iran: Statistical analysis of the consumer, consumption methods, sources. *Journal of Medicine and Purification*, 22 (3), 42-37. [Persian]
- Ashayeri, N., Abbasian, A., Janbakhsh, S., Sheibani, S., Sodagari, F. & Minaei, B. (2008). The most common medicinal plants purchased from groceries in Tehran. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*, 3 (4), 477-482. [Persian]
- Beiglo, M., Effati Dariani, F. & Mohammadi, A. (2012). Knowledge, attitude and performance of pregnant women referred to medicinal plants in the health center of Al- Zahra in Tabriz. *Proceedings of the National Conference on Natural Products and Herbs*, Bojnourd, 5 to 6 September 2012, 1-10. [Persian]
- Chang, C., Hung, S., Cheng, M. & Wu, C. (2015). Exploring the intention to continue using social networking sites: The case of Facebook. *Technological Forecasting & Social Change*, 95, 48-56.
- Davari, A. & Rezazadeh, A. (2014). Structural equation modeling with PLS. Tehran, Jahad Daneshgahi Press. [Persian]
- Davis, L., Ajzen, I., Saunders, J. & Williams, T. (2002). The Decision of African American Students to Complete High School: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Education Psychology*, 94 (4), 810-819.
- Gangadharappa, H., Pramod, K. & Shiva, K. (2007). Gastric floating drug delivery systems: A review. *Indian J. Pharm. Ed. Res.*, 41, 295-305.
- Ismail, S. & Mokhtar, S. (2015). The antecedents of herbal product actual purchase in Malaysia. *Management Science Letters*, 5, 771-780.
- Javan Bakht, O. & Esmaili, S. (2014). Study of different preferences for the use of medicinal plants in the city of Tabriz. *Journal of Agricultural Economics and Development*, 28 (1), 64-70. [Persian]



- Ling, C. (2013). Consumers' purchase intention of green products: An investigation of the drivers and moderating variable. *Elixir Marketing Mgmt*, 57, 14503-14509.
- Luo, Z., Grundling, J. & Steynberg, L. (2013). Attitudes, Subjective Norms and Behavioral Control towards Traditional Chinese Medicine in South Africa. *Proceedings of 8th Annual London Business Research Conference Imperial College, London, UK, 8 - 9 July*, 1-12.
- Mahmoodian, A., Golshiri, P., Rezaei, G. & Akbari, M. (2012). Studying the causes of referring to traditional medicine and users' satisfaction in city of Isfahan. *Journal of Medicine Faculty of Isfahan*, 30 (208), 1550-1558. [Persian]
- Mahomoodall, M. (2013). Traditional Medicines in Africa: An Appraisal of Ten Potent African Medicinal Plants. *Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 617459, 1-14.
- Mohamed, A. (2004). Factors influencing intention to consume herbal supplement. MSc Thesis, Business Administration, UPM, Malaysia.
- Mohammdi Zedi, E., Akaberi, A. & Pakpor Haji Agha, A. (2012). Factors affecting the use of medicinal plants using the theory of planned behavior among women in Qazvin. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4 (5), 103-114. [Persian]
- Naderi, F., Nejad Sabzi, P. & Rasolian, B. (2009). Investigating the supply and demand of medicinal plants in groceries in Lorestan province in 2008. *Lorestan University Journal of Medical Sciences*, 11 (5), 63-57. [Persian]
- Pahlevan Sharif, S. & Mahdavian, V. (2015). Structural equation modeling with AMOS. Tehran, Bisheh Press. [Persian]
- Paul, J. & Rana, J. (2012). Consumer Behavior and Purchase Intention for Organic Food. *Journal of Consumer Marketing*, 29 (6), 412-422.
- Rashidi, S., Faraji, H., Jahanbin, D. & Mirfardi, A. (2011). Evaluation of knowledge, belief and performance of Yasouj people towards medical plants. *Journal of Medicinal Plants*, 11 (8), 177-184. [Persian]
- Shosan1, L., Fawibe, O., Ajiboye, A., Abeegunrin, T. & Agboola, D. (2014). Ethnobotanical Survey of Medicinal Plants Used in Curing Some Diseases in Infants in Abeokuta South Local Government Area of Ogun State, Nigeria. *American Journal of Plant Sciences*, 5, 3258-3268.
- Sivasankari, B., Pitchaimani, S. & Anandharaj, M. (2013). A study on traditional medicinal plants of Uthapuram, Madurai District Tamilnadu South India. *Asian Pac J Trop Biomed*, 3 (12), 975-979.
- Tagoe, M. & Abakah, E. (2014). Determining distance education students' readiness for mobile learning at University of Ghana using the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Education and Development using Information and Communication Technology (IJEDICT)*, 10 (1), 91-106.

- Vahidi, A., Ghreishian, M., Bashar Dost, N. Sadeghi Panah, F. & Soltani, M. (2012). Study of attitudes and behavior of people to plant drugs in the treatment of diabetes in Yazd city. *Sunrise Journal of Public Health, Yazd*, 12 (4), 113-122. [Persian]
- Wetzels, M., Odekerken-Schröder, G. & Van Oppen, C. (2009). Using PLS Path Modeling for Assessing Hierarchical Construct Models: Guidelines and Empirical Illustration. *Mis Quarterly*, 33 (1), 177-195.