

تحلیل عوامل موثر در گرایش روستاییان به مصرف گیاهان دارویی با رویکرد دانش بومی (مطالعه موردی: دهستان زوارم شیروان)

حمداالله سجاسی قیداری* - استادیار گروه جغرافیا، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
ثریا عزیزی - دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۰۵

چکیده

امروزه با توجه به آشکار شدن اثرات سوء مصرف داروهای شیمیایی برای بیشتر مصرف‌کنندگان، تمایل جوامع محلی از جمله مناطق روستایی که انسان به طبیعت نزدیکتر می‌باشد نیز به مصرف گیاهان دارویی افزایش یافته است. روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی بوده و به شیوه توصیفی- تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق شامل تمام خانوارهای روستایی دهستان زوارم (N=2095) شهرستان شیروان است که با استفاده از فرمول کوکران و اصلاح نمونه‌ها، تعداد ۱۳۹ نفر خانوار به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار اصلی پژوهش پرسش‌نامه محقق ساخته که پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۰۸) محاسبه شد که نشان دهنده اعتبار مناسب ابزار پژوهش می‌باشد. نتایج یافته‌ها نشان داد بیشتر افراد ترجیح می‌دهند از گیاهان دارویی که از طبیعت تهیه می‌کنند جهت درمان و حداقل یک بار در طول عمر که تاثیر تجربه استفاده از آن در مقایسه با طب شیمیایی بهتر بوده است استفاده نمایند. منبع آگاهی افراد در استفاده از گیاهان دارویی به صورت سینه به سینه از نسل‌های قبل بوده است. بین عوامل موثر در گرایش روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی شاخص سازگاری فرهنگی و سازگاری گیاهان دارویی با بدن نسبت به دیگر شاخص‌های تحقیق به ترتیب (۳۹/۳۷ و ۳۹/۹۳) موثرترین عوامل در تمایل روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی محسوب می‌شوند. همچنین الویت‌بندی روستاها با استفاده از مدل وایکور نشان داد که میزان تمایل افراد در استفاده از گیاهان دارویی بر مبنای شاخص‌های (۲۰گانه) در روستای حسین آباد با کسب رتبه (۱) بالاترین رتبه و روستای عبدالآباد با کسب رتبه (۱۰) پایین‌ترین رتبه را دارا می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: گیاهان دارویی، طب شیمیایی، سازگاری فرهنگی، سازگاری گیاهان دارویی با بدن، مدل وایکور

نحوه استناد به مقاله:

سجاسی قیداری، حمداله، عزیزی، ثریا. (۱۳۹۸). تحلیل عوامل موثر در گرایش روستاییان به مصرف گیاهان دارویی با رویکرد دانش بومی (مطالعه موردی: دهستان زوارم شیروان). *مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی*، ۱۱۴(۱)، ۱۷۷-۱۹۷. http://jshsp.iaurasht.ac.ir/article_665129.html

مقدمه

از روزگاران کهن و از زمانی که انسان پا به عرصه جهان نهاد همواره در پی تلاش برای معاش و زندگی بهتر و رفع نیازمندی‌های خود سعی و کوشش نمود. در این راستا کسب تجربیات ارزنده که تنها به طور تصادفی به خلق آن‌ها دست زد منجر به بهره‌برداری از طبیعت اطراف خود جهت به‌ترنمودن زندگی در طی سال‌های متوالی بوده است. ارزشمندترین تجربه‌ای که اکنون یادگار پیشینیان و ثروت رسیده از آن‌ها بدست بشر امروزی است، استفاده از گیاهان به عنوان طبیعی‌ترین مواد موجود در اطراف او جهت درمان و حتی پیشگیری از بیماری‌ها که بالتبع آسانتر از درمان می‌باشد (Ahvazi et al., 2011: 165). امروزه با افزایش آگاهی‌های اجتماعی درارتباط با آسیب‌های احتمالی عوارض درمان‌های نوین و ضرورت وضعیت سلامت و بهداشت میلیون‌ها نفر از مردم جهان در روستاها، که به علت فقدان زیرساخت‌های سلامت و بهداشت عمومی در نواحی روستای آسیب‌های زیادی در زمینه مسائل سلامت جمعیت روستایی در پی داشته و از سویی عدم توانایی مالی لازم روستاییان برای استفاده از علم نوین پزشکی (Spork, 2006: 13)، گرایش به سمت استفاده از شیوه‌های بومی پزشکی و طب سنتی افزایش یافته است (Tavakoli & Saberi, 2011: 20) با توجه به گزارش سازمان بهداشت جهانی تا ۹۰ درصد از جمعیت کشورهای در حال توسعه برای مراقبت‌های اولیه بهداشتی متکی بر طب سنتی و دانش استفاده از گیاهان دارویی هستند (toksoy et al., 2010: 624-628).

طب سنتی مجموعه علوم پزشکی است که بر پایه دانش عامیانه و از طریق نسل‌ها انتقال یافته است. در طب سنتی برای انسان چهار طبع مخالف دمو، بلغمی، صفراوی و سوداوی قائل هستند و اعتقاد بر این است که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می‌شود. در صورتی که در طب جدید، پزشکان بیماری را به باکتری، ویروس نسبت می‌دهند (Ramazani, 2010: 31). در بسیاری از نقاط جهان به ویژه نقاط دوردست و مکان‌هایی که به پزشک و دارو دسترسی نیست، مردم از طب خانگی و درمان‌های عامیانه استفاده می‌کنند. در طب سنتی از تمامی عناصر جماد، گیاه، حیوان و حتی مواد موجود بدن انسان برای درمان استفاده می‌شود. این امر به ویژه در جامعه روستایی و عشایری کشورهای در حال توسعه به جهت بومی‌گرایی، هزینه‌های بالای درمان، در دسترس بودن عناصر طب سنتی و ... بیشتر مورد توجه می‌باشد. در این میان، گیاهان که به گونه‌های مختلف در زندگی روستاییان و عشایر حضور دارند دارای کاربردهای گوناگون در زمینه معیشت، درمان، خوراک، ساخت مسکن، تهیه علوفه برای دام و ... هستند (Chaghalvand, 2011: 1). علاوه بر استفاده از گیاهان به عنوان منبع تامین‌کننده خوراک، مصرف مهم دیگر گیاهان به عنوان دارو و درمان‌کننده مطرح می‌باشد. به عنوان مثال می‌توان به استفاده جوامع عشایری و روستایی از گیاه دارویی گل نیلوفر برای افزایش شیر دام اشاره کرد (Kuhnlein, 2006: 1013). یکی از موارد دیگر که بدان می‌توان اشاره کرد این است که از مواد موجود در بدن برای درمان استفاده می‌شود که می‌توان در این زمینه به مو و آب دهان انسان که برای درمان عقب ماندگی ذهنی و آلزایمر است اشاره کرد. در واقع استفاده از گیاهان به عنوان شفابخشی و درمان در زندگی نوع بشر سابقه طولانی دارد. داروهای سنتی طی سالیان دراز راهنمای با ارزش و مفیدی برای تحقیقات امروزی و ساخت داروهای جدید بوده‌اند. البته نباید نقش طب نوین را امروزه در زمینه درمان بیماری نادیده گرفت ولی با جود پیشرفت‌های چشمگیری که در طب جدید صورت گرفته جامعه هنوز نتوانسته است پاسخ خود را به صورت کامل در تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها و ... بیابد و هر ساله افراد بی‌شماری از طریق ابتلاء به بیماری‌هایی مثل ایدز و سرطان از بین می‌روند (Ghanadi, 2011: 164). سازمان بهداشت جهانی WHO به عنوان مهمترین مرجع علمی پزشکی دنیا در سال ۲۰۰۲ استراتژی طب سنتی را مجدداً به جهانیان اعلام نمود که طب سنتی ممالک، گنجینه عظیمی از تجارب و معارف درمانی بشری است که باید مورد بازنگری و استفاده قرار گیرد. طب سنتی با چهار ویژگی اقبال عمومی، کم عارضه بودن، در دسترس بودن و ارزان بودن در خور آن است که وارد سیستم‌های پزشکی جوامع مختلف شود و طبیعتاً سیستم در دسترس بودن دارو به مفهوم همان عطارهایی طب سنتی است. به طور کلی می‌توان این گونه بیان کرد که این روش‌های درمانی طی قرن‌ها سینه به سینه از پدران به فرزندان انتقال یافته‌اند و حالا با فاصله افتادن میان نسل‌ها، تضمینی برای ادامه این انتقال وجود ندارد (Heidari, 2013: 331).

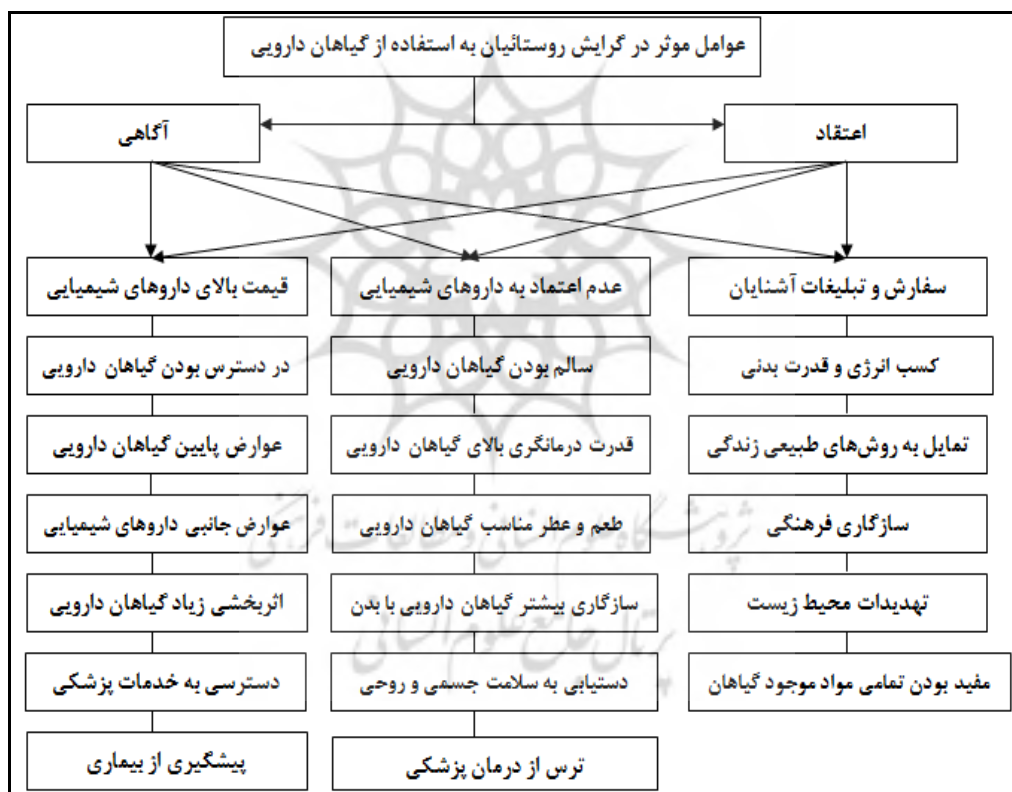
با وجود از دست رفتن شیوه‌های فرهنگی گذشتگان در سراسر جهان هنوز هم طب سنتی بخشی از زندگی مردم مناطق روستایی است. بنابراین تحقیق در طب سنتی و کشف امکان استفاده از گیاهان دارویی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی، برای درک میزان استفاده و اثربخشی از این شیوه، مورد نیاز است (Bagheri et al., 2005: 85). گرایش مردم به درمان‌های طبیعی و همچنین

سازگاری فرهنگی آن، باعث استفاده وسیع گیاهان دارویی در مناطق مختلف ایران شده است و با توجه به اینکه افراد سالخورده روستاها دارای اطلاعات مفیدی درباره گیاهان دارویی هستند و با مرگ این افراد، دانش بومی و سنتی آن‌ها نیز به سرعت نابود می‌شوند، به نظر می‌رسد که ثبت و محفوظ نگه داشتن این اطلاعات بیش از پیش لازم است (Ganj Ali & Khak Sefidi, 2015: 90). بنابراین، امروزه اهمیت دانش بومی در کلیه فعالیت‌های بشری مشخص است. برای دانش بومی^۱ نام‌های دیگری مانند دانش محلی^۲، دانش فنی بومی^۳ و دانش سنتی^۴ وجود دارد اما اصطلاح دانش بومی بیش از همه به کار می‌رود. دانش بومی دانش گروه‌های انسانی در ارتباط با زمینه‌های متفاوت هستی، زندگی و معیشت است که ارتباط با محیط اجتماعی و طبیعی دارد و عمدتاً شفاهی و نامکتوب (Mir Deyalmi et al., 2014: 131) و دارای پایداری خاصی است؛ چون با شرایط زندگی بومی، انگاره‌های بومی، انگاره‌های نهادی بومی و سیستم‌های اجتماعی محلی سازگار است (Pour Atashi, 2011: 32). در مجموع می‌توان گفت که دانش بومی در اذهان و فعالیت‌های افراد ذخیره می‌گردد و از طریق داستان‌ها، سرودها، ادبیات شفاهی، ارزش‌های فرهنگی، باورها، کارهای کشاورزی، گونه‌های گیاهی و پرورش حیوانات بیان می‌گردد (Greener, 1998: 5). اما باید توجه داشت که دانش بومی به تنهایی نمی‌تواند جوابگوی نیازها و خواسته‌های جوامع روبه تحول باشد. لذا تلفیق و یکپارچه سازی دانش روستاییان و دانش رسمی، علمی نوین است که از نظر قدرت و ضعف مکمل یکدیگرند و از ترکیب این دو می‌توان به توفیق‌هایی نایل آمد که هیچ کدام از آن‌ها به تنهایی واجد آن نیستند (Popzan et al., 2007: 156). دانش بومی می‌تواند در حوزه‌های مختلفی از زندگی جوامع محلی و روستایی از جمله کشاورزی، دامداری، بهداشت و درمان و ... مشاهده شود. بنابراین یکی از حوزه‌های بسیار مهم دانش بومی که اشاره گردید، مربوط به بهداشت و درمان است که در چارچوب طب سنتی از گذشته‌های دور مورد توجه اندیشمندان بوده است. از پیشگامان تحقیقات علمی دانش بومی می‌توان پزشکان و گیاه پزشکان معروفی چون ویلیام آ. آلبریج^۵، آلبرت هوارد^۶، اف. اچ. کینگ^۷، وستن آ. پرایس^۸، جی. تی. رنچ^۹ و رابرت مگ گرسیون^{۱۰} را نام برد. آنان باور داشتند که گسترش سریع بیماری‌های قلبی و ریوی، شیوع امراض و آفات گوناگون دامی و کشاورزی در جوامع غربی ناشی از گسترش مواد شیمیایی نوپای آن زمان بوده است. بنابراین آن‌ها از طریق پژوهش‌های تطبیقی به راه و روش تغذیه و زراعت قبیله‌های بومی جهان توجه کردند و نتایج مشاهدات خود را در کتاب‌ها و مقالات متعدد منتشر کردند (Bouzarjomehri, 2005: 20). بر این اساس روند بکارگیری طب سنتی که آمیخته با ریشه‌های مذهبی و اعتقادی نیز می‌باشد، امروز نیز در بین افراد جوامع مختلف انسانی به ویژه در بین روستاییان مشاهده می‌شود. لذا یکی از پرکاربردترین ابعاد دانش بومی که امروزه با آشکار شدن تأثیرات سوء شیوه‌های درمانی نوین و شیمیایی، بیشتر مورد توجه و تقاضای انسان‌ها قرار گرفته است، طب سنتی است.

تاکیدات نظام بهداشت جهانی و سازمان‌های بهداشت محلی و ملی مبنی بر کاربرد وسیع داروهای گیاهی و گیاهان دارویی، همچنین افزایش تقاضای زیاد گیاهان دارویی به جای داروهای شیمیایی و مدرن حاکی از اهمیت این دانش است (Karami & Hayati, 2011: 10). طبق برآوردی که توسط سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته، بیش از ۸۰ درصد مردم جهان (نزدیک به ۵ میلیارد نفر)، برای درمان بیماری‌ها هنوز از داروهای گیاهی استفاده می‌کنند. در حال حاضر، یک سوم داروهای مورد استفاده بشر را داروهای با منشأ گیاهی تشکیل می‌دهد و این میزان رو به افزایش است. به طوری که حدود ۲۵ درصد از داروهای تجویز شده در ایالت متحده، حاوی حداقل یک ترکیب فعال گیاهی هستند. همین طور در آلمان حدود ۷۱ درصد از داروهای مصرفی را داروهای گیاهی تشکیل می‌دهد. میزان مصرف در سوئیس ۳۵ درصد، در انگلیس ۲۵ درصد، در ژاپن ۴۰ درصد و در چین و هند ۵۰ درصد می‌باشد (Karami & Hayati, 2011: 10). در این میان الگوی گرایش به مصرف گیاهان دارویی در کشورهای مختلف متفاوت از یکدیگر می‌باشد. به طوری که در کشورهای توسعه یافته اکثریت مردم ساکن در نقاط شهری و روستایی گرایش به

1. Indegenous knowledge
2. Local knowledge
3. Technical Indegenous knowledge
4. Traditional knowledge
5. W illiam A. Albrech
6. Albert Howard
7. F.H. King
8. Weston A. Price
9. G.T. Wrench
10. Robert Mac Carrison

مصرف گیاهان دارویی دارند. اما در کشورهای در حال توسعه مانند ایران این امر متفاوت می‌باشد. زیرا عمده مصرف‌کنندگان گیاهان دارویی، افراد روستایی و عشایری است که دسترسی‌های آن‌ها به خدمات پزشکی نوین به جهت فاصله جغرافیایی، هزینه‌های بالای درمان و ضعف اقتصادی کم می‌باشد. شکل‌گیری چنین شرایطی در کشورهای در حال توسعه برای روستاییان زمینه‌های گرایش به استفاده از درمان‌های سنتی به ویژه از طریق گیاهان دارویی افزایش می‌یابد. علل گرایش افراد جوامع محلی به استفاده از گیاهان دارویی را با وجود پیشرفت‌های حاصله در پزشکی نوین را می‌توان از جهت گوناگون مورد بحث و بررسی قرار داد. زیرا با توجه به پیچیدگی مسائل برنامه‌ریزی سلامت اجتماعی، امروزه نمی‌توان تنها چند علل یا عامل را برای هر مسئله‌ای بیان کرد. لذا در رابطه با گرایش روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی نیز می‌توان علل مختلف اقتصادی (مانند هزینه‌های بالای درمان، ضعف اقتصادی و ...)؛ اجتماعی- فرهنگی و روانشناختی (سالم بودن، دانش بومی، سفارش اطرافیان و آشنایان و ...)؛ تکنولوژیکی (عوارض پایین، عوارض جانبی داروهای شیمیایی، طعم و عطر مناسب و ...) و محیطی و جغرافیایی (در دسترس بودن و ...) را بیان کرد. که شناسایی و مطالعه آن‌ها از جهت برنامه‌ریزی سلامت برای مناطق روستایی و مدیریت علمی استفاده از گیاهان دارویی بدون آسیب رسانی به محیط زیست (هجوم بی‌رویه به محیط‌های طبیعی و از بین بردن گیاهان دارویی و ایجاد بسترهای انفراض ژنتیکی گیاهان دارویی) و به خطر اندازی سلامتی انسانی و اجتماعی (ایجاد مافیاهای تولید، توزیع و مصرف گیاهان دارویی مانند قاچاق گیاهان دارویی، ایجاد بازارهای تقلبی و ...) ضرورتی انکارناپذیر می‌باشد (شکل ۱).



شکل ۱. مدل مفهومی عوامل تاثیرگذار در گرایش روستائیان به استفاده از گیاهان دارویی

با توجه به اینکه امروزه سبک زندگی جدید سلامت انسان‌ها را تحت تاثیر قرار داده و بسیاری از عوارض و گرفتاری‌ها ناشی از صنعتی شدن و تغییر سبک زندگی است. به همین جهت در دهه‌ها و سال‌های اخیر مطالعات متعددی در رابطه با طب سنتی، استفاده از گیاهان دارویی و ... در مقیاس‌های مختلف جهانی و محلی انجام شده است (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه‌ای از مجموعه پژوهش‌های انجام شده گیاهان دارویی در مناطق روستایی

پدید آورنده	هدف	خلاصه پژوهش
Ghanadi & et al. (2011)	ضرورت، اهمیت و کاربردهای دانش طب سنتی اقوام مختلف	کشور پهناور ایران دارای دو گنجینه ارزشمند از جمله تنوع زیستی و طب سنتی است که این دو مکمل هم بوده و استفاده از دانش طب سنتی کمک قابل توجهی به بهره برداری از ذخایر ارزشمند پوشش گیاهی است. بطوریکه معرفی یک ترکیب دارویی جدید به سیستم سلامت واری مکتوبات کتابخانه هاست، چنین اطلاعاتی در میان گفتار شفاهی مردم بومی و در مانگران است.
Ali jani & et al. (2013)	کاربرد داروهای بومی در پیشگیری و درمان بیماری از دیدگاه طب سنتی ایران	رایجه درمانی نه تنها به عنوان یک روش گیاه درمانی سریع الاثر و کم عارضه است بلکه در تدابیر حفظ الصحة، جهت حفظ و ارتقای سلامتی افراد جامعه توصیه می شود. بر اساس متون قدیمی طب سنتی، ترکیبات معطر هم برای پیشگیری و هم درمان کاربرد فراوانی داشته است.
Kooshki & et al. (2013)	فراوانی مصرف گیاهان دارویی و انواع آن در درمان سنگ‌های کلیوی در مراجعه کنندگان به بیمارستان واسعی	نیمی از پاسخگویان برای درمان بیماری خود از گیاهان دارویی استفاده کرده که این میزان در بین مردان و متاهلین بیشتر بوده است و دلیل استفاده از گیاهان دارویی هم توصیه خوشاوندان بوده است.
Asadian & et al. (2014)	بررسی میزان آگاهی و مصرف گیاهان دارویی کارکنان بیمارستان‌ها	کتاب مهمترین عامل شناخت افراد از خواص و اهمیت مصرف داروهای گیاهی بوده است. نحوه مصرف گیاهان دارویی بر اساس کتب علمی بوده است و ویژگی گیاه و خواص آن مهمترین عامل مصرف گیاهان دارویی در جهت تقویت حافظه بوده است
Sajedipour & Mashayekhi(2015)	بررسی تقاضا و عرضه در بازار گیاهان دارویی	قیمت، سهولت مصرف و دسترسی به کلینیک طب سنتی مهمترین عوامل موثر در تقاضای گیاهان دارویی در استان های همدان، مرکزی و لرستان بوده است.
Maghsoodi & Tavakolian(2015)	بررسی عوامل موثر بر رضایتمندی بیماران از طب سنتی	میزان رضایت افراد از طب سنتی در کرمان بالا بوده به نحوی که عملکرد پرسنل و نگرش منفی بیماران به ترتیب بیشترین و کمترین ارتباط را با رضایت بیماران از این شیوه درمانی داشته است.
Sajadi & et al. (2011)	بررسی اتنوبوتانی گیاهان دارویی شهرستان فریدونشهر	استفاده از گیاهان دارویی روش اصلی حفظ بهداشت و درمان در تمدن های باستانی بوده است. با تغییر شرایط اقتصادی و اجتماعی مصرف و بکارگیری این گیاهان رو به ضعف و فراموشی گذاشته است، لذا به منظور حفظ دانش ضرورت دارد فرهنگ شفاهی اتنوبوتانی گیاهان و وضعیت آن در مناطق مختلف بررسی شود.
Noor Hosseini & et al. (2017)	اولویت بندی مصرف گروه‌های گوناگون دارویی با توجه به معیارهای چندگانه اقتصادی و درمانی در رشت	گیاهان دارویی از نظر معیار ارزان بودن در اولویت قرار گرفته است اما دسترسی به آن برای عموم نسبت به داروهای شیمیایی بسیار پایین تر است. همچنین عوارض داروهای شیمیایی به گونه‌ای شایان توجه بیشتر از گیاهان دارویی ارزیابی شد.
Kessler & et al. (2001)	بررسی کاربرد گیاهان دارویی در درمان بیماری ها	۶۷/۶ درصد از پاسخگویان حداقل یکبار در طول زندگی خود از داروهای گیاهی استفاده می کنند. همچنین مصرف گیاهان دارویی در آمریکا روند صعودی داشته، به نحوی که در فاصله سالهای ۱۹۳۰ تا ۱۹۹۰ میلادی بیش از ۲۷ برابر شده است.
Long & Rong (2004)	مطالعات اتنوبوتانی گیاهان دارویی مورد استفاده مردم	درمانگرهای محلی بیشتر مسن ترها هستند که از انتقال دانش بومی شان به نسل جوان نگران هستند، با وجود ادامه فرهنگ استفاده گیاهان دارویی افراد برای درمان برخی بیماری‌ها، مهمترین اقدام برای جلوگیری از دانش طب سنتی، مدیریت دانش بومی و انتشار آن در منطقه می‌باشد.
Kuhnlein (2006)	اهمیت دانش بومی	امروزه دانش بومی در میان نسل‌های جوان تر به صورت کم رنگ تری نسبت به نسل های پیشین قابل دسترسی است، این در حالی است که سلامت و تندرستی مردمان بومی که در یک منطقه زندگی کرده و نسبت به ابعاد مختلف آن آگاهی دارند، ثروتی از دانش نسبت به اکوسیستم که در آن زندگی می کنند در اختیار دارند، مانند شناخت غذاهای محلی که با سلامت و دانش درمانگری در ارتباط است.
Auerbach & et al. (2012)	استفاده از داروهای گیاهی سنتی در رفع بیماری کبد	گیاهان دارویی و طب سنتی در رفع بیماری کبد نقش موثری داشته است به گونه‌ای که در این مطالعه از ۱۹ گیاه منحصر به فرد از ۱۳ خانواده گیاهی در مناطق روستایی اوگاندا جهت رفع بیماری کبد استفاده شد.
Hosseinzadeh & et al. (2015)	اهمیت داروهای سنتی و مدرن در رفع بیماری	در بین مصرف کنندگان نگرش مثبتی نسبت به گیاهان دارویی نسبت به داروهای شیمیایی وجود داشته است. به گونه‌ای که بیشترین گیاهان دارویی مورد استفاده در رفع بیماری‌های ورم عضلات، درد و التهاب از تیموس یا آویشن گیاهی و همچنین ولگاریس استفاده می شود که این گیاهان دارویی در مناطق روستایی کشت می شوند.
Arcury & et al. (2017)	نقش گیاهان دارویی در خود درمانی افراد پیر	مصرف گیاهان دارویی در سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زیرا اکثر سالمندان دارای بیماری مزمن متعددی بوده که معمولا از داروهای شیمیایی استفاده کرده، از طرفی برای کم کردن درد و درمان بیماری‌های خود از گیاهان دارویی استفاده می کنند. بنابراین گیاهان دارویی نقش موثری در خود درمانی افراد پیر دارد.

همان طوری که از بررسی مطالعات انجام شده مشخص است، اغلب مطالعات به صورت کلی به استفاده از گیاهان دارویی و اثرات آن‌ها تاکید کرده‌اند. اما به صورت ویژه به مصرف گیاهان دارویی در جوامع روستایی و علل گرایش روز افزون روستاییان به مصرف آن‌ها در ایران پرداخته نشده است. لذا به لحاظ برنامه‌ریزی سلامت روستاییان، شناخت علل و عوامل گرایش روستاییان به عنوان اجتماعات محلی و کانون‌های دانش بومی به گیاهان دارویی با وجود توسعه علم پزشکی نوین و افزایش سطح خدمات بهداشتی برای روستاییان کشور، بسیار حائز اهمیت می‌باشد. به عنوان نمونه به نظر می‌رسد با توجه به عوارض جانبی داروهای شیمیایی و هم مشکل بالا بودن هزینه‌های بهداشت و درمان که تهیه بودجه کامل آن برای اکثر مردم محلی کشورهای دنیا به ویژه کشور در حال

توسعه ایران، غیرقابل امکان است باعث گرایش افراد به پزشکی بدون دارو و طب سنتی شده است. این امر به ویژه در جوامع روستایی کشور ما بیش از پیش مشهود می‌باشد. در این راستا شناسایی عوامل تاثیرگذار در افزایش گرایش مردم روستایی در دهستان زوارم به استفاده از گیاهان دارویی از جهات گوناگون می‌تواند کمک کننده و راهگشای برنامه‌ریزی سلامت و بهداشت روستاییان کشور باشد. زیرا شعار و راهبرد روستای سالم به عنوان یکی از اهداف بین المللی توسعه بوده که کشورها نیز از جمله ایران به دنبال تحقق آن می‌باشند. بنابراین این مطالعه به دنبال بررسی این اهداف و سوال‌های می‌باشد که دلایل عمده گرایش روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی چیست؟ کدام عامل نقش اساسی و محوری را در ترغیب روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی دارد؟ و وضعیت روستاها به لحاظ گرایش به استفاده از گیاهان دارویی چگونه است؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر رویکرد کمی، به لحاظ هدف و نوع جزء تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت و روش در گروه تحقیقات توصیفی و تحلیلی است. روش تحقیق در این مطالعه بر اساس مطالعات میدانی، و جمع آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه و روش نمونه گیری تصادفی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شامل افراد روستایی واقع در روستاهای دهستان زوارم شهرستان شیروان می‌باشد. انتخاب نمونه از جامعه آماری ۱۰ روستا با ۲۰۹۵ خانوار، به صورت نمونه گیری تصادفی و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با سطح خطای ۰/۱ می‌باشد که تعداد ۹۱ خانوار به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند و پس از اصلاح پایه نسبت‌دهی نمونه‌های متناسب با تعداد خانوارهای روستایی به مقدار عدد ۱۰ نمونه، تعداد نمونه‌ها به ۱۳۹ مورد افزایش یافت. برای عملیاتی سازی مطالعه، شاخص‌های ۲۰ گانه‌ای از ادبیات نظری استخراج گردید و از طریق پرسش‌نامه محقق ساخته در قالب طیف لیکرت به صورت تصادفی در اختیار نمونه‌ها برای پاسخگویی قرار گرفته است (جدول ۲).

جدول ۲. شاخص‌های سنجش گرایش روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی

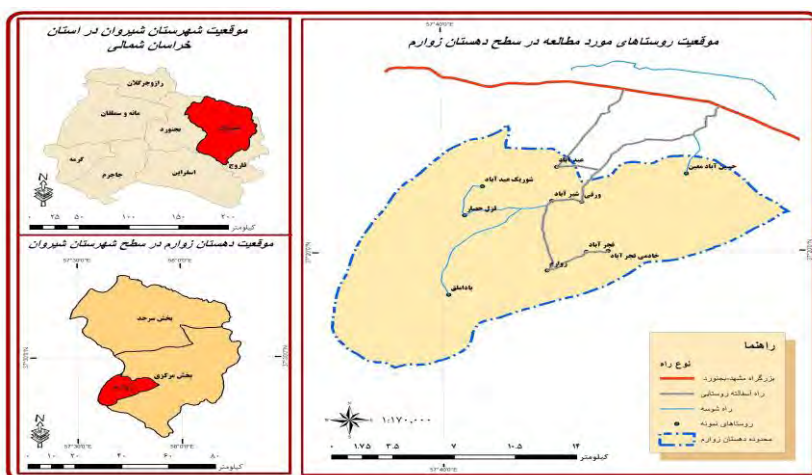
قیمت بالای داروهای شیمیایی	عدم اعتماد به داروهای شیمیایی	سفارش و تبلیغات آشنایان	دسترسی به خدمات پزشکی
در دسترس بودن گیاهان دارویی	سالم بودن گیاهان دارویی	مفید بودن تمامی مواد موجود در گیاهان دارویی	دستیابی به سلامت جسمی و روحی
عوارض پایین گیاهان دارویی	قدرت درمانگری بالای گیاهان دارویی	تمایل به روش‌های طبیعی زندگی	کسب انرژی و قدرت بدنی
عوارض جانبی داروهای شیمیایی	طعم و عطر مناسب گیاهان دارویی	سازگاری فرهنگی	پیشگیری از بیماری
اثربخشی زیاد گیاهان دارویی	سازگاری بیشتر گیاهان دارویی با بدن	تهدیدات محیط زیست	ترس از درمان پزشکی

Source: Rashidi et al., 2011: 179; Ameri et al., 2014: 39; Heidari Far et al., 2013: 98

روایی شاخص‌های مورد مطالعه از طریق ارائه به پانل تخصصی از متخصصین دانشگاهی در حوزه مطالعات روستایی و گیاهان دارویی مورد تایید قرار گرفته است. همچنین سنجش پایایی نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای شاخص‌های مطرح شده برابر با ۰/۹۰۲ می‌باشد که این مقدار نشان دهنده‌ی همبستگی درونی بالای شاخص‌ها می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و نیز آمار استنباطی در قالب همبستگی، آزمون T و همچنین از روش آنتروپی برای وزن دهی به شاخص‌ها و مدل وایکور جهت اولویت بندی روستاهای دهستان زوارم برای تعیین سنجش میزان گرایش به استفاده از گیاهان دارویی استفاده گردیده است.

قلمرو جغرافیایی پژوهش

شهرستان شیروان با وسعت ۳۷۸۹ کیلومتر مربع ۱۵۷/۰۱۴ نفر از شمال به کشور ترکمنستان، از جنوب به شهرستان اسفراین از شرق به شهرستان فاروج و از غرب به بجنورد محدود می‌شود. این شهرستان به سه بخش مرکزی به مرکزیت شیروان، بخش سرحد به مرکزیت لوجلی و بخش قوشخانه به مرکزیت ینگه قلعه و هشت دهستان تقسیم می‌شود. دهستان مورد مطالعه از بخش مرکزی انتخاب شده است که دارای ده روستا می‌باشد. دلیل انتخاب این دهستان به جهت گرایش بالای ساکنین روستاهای آن به استفاده از گیاهان دارویی، وجود عطاری و قابلیت منطقه در خصوص دارا بودن گیاهان دارویی می‌باشد (شکل ۲).



شکل ۲. موقعیت جغرافیایی محدوده مورد مطالعه

یافته‌ها و بحث

نمونه‌های آماری مورد مطالعه برحسب گروه سنی، در محدوده سنی ۲۰ الی ۶۰ سال به بالا (۸۰ سال) و بیشتر تعداد نمونه‌ها در گروه سنی ۲۰ الی ۲۹ سال قرار دارند. ۲۳ درصد نمونه‌های مورد مطالعه مجرد و ۷۲/۷ درصد آن‌ها متاهل و ۴/۳ سایر (مطالقه و بیوه) می‌باشند. از میان ۱۳۹ نفر نمونه آماری مورد مطالعه، ۲۵/۲ درصد بی‌سواد و ۳۰/۲ درصد در مقطع ابتدایی و ۲۰/۹ درصد در مقطع راهنمایی و ۱۸ درصد در مقطع دیپلم و ۵/۸ درصد در مقطع دیپلم به بالا هستند. همچنین ۴۶ درصد افراد پاسخگو زن و ۵۴ درصد مرد هستند که ۸۴/۲ درصد دارای بیمه درمانی و ۱۵/۸ درصد فاقد بیمه درمانی می‌باشند. ۵۲/۵ درصد از نمونه‌ها در سطح درآمدی کمتر از ۱۰۰ هزار تومان و ۱/۴ درصد در سطح درآمدی بیشتر از ۷۰۰ هزار تومان در ماه هستند. از میان ۱۳۹ نفر نمونه آماری مورد مطالعه، ۸۴/۹ درصد افراد از گیاهان دارویی استفاده می‌کنند و منبع آگاهی آن‌ها از گیاهان دارویی به صورت سینه به سینه از نسل‌های قبل (۳۸/۸ درصد) می‌باشد که این عامل موثرترین شیوه اطلاع رسانی در استفاده از گیاهان دارویی است، همچنین تهیه گیاهان دارویی بیشتر از طبیعت (۶۲/۶ درصد) و جهت استفاده از درمان که حداقل یک بار در طول عمر استفاده و تاثیر تجربه مصرف گیاهان دارویی در مقایسه با طب شیمیایی (۲۸/۸ درصد) بهتر بوده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی تحقیق

متغیر	گویه‌ها	فراوانی	درصد	متغیر	گویه‌ها	فراوانی	درصد
شیوه اطلاع رسانی در استفاده از گیاهان دارویی	تبلیغ سینه به سینه از پدران	۶۰	۴۳/۲	منبع آگاهی از گیاهان دارویی	درمان	۶۶	۴۷/۵
	رسانه‌ها	۱۰	۷/۲		پیشگیری	۱۱	۷/۹
	اقوام و آشنایان	۲۹	۲۰/۹		مصارف غذایی	۷	۵/۰
	کتب گیاهان دارویی	۴۰	۲۸/۸		هرسه مورد	۵۵	۳۹/۶
	جمع	۱۳۹	۱۰۰		جمع	۱۳۹	۱۰۰
وضعیت استفاده گیاهان دارویی	حداقل یک بار استفاده در طول عمر (در یک سال اخیر)	۶۸	۴۹/۰	ترکیب استفاده	دارو گیاهی	۱۱۸	۸۴/۹
	استفاده در یک ماه اخیر	۲۳	۱۶/۵		دارو شیمیایی	۲۱	۱۵/۱
	استفاده جهت پیشگیری	۳۱	۲۲/۳		جمع	۱۳۹	۱۰۰
	استفاده جهت درمان به تنهایی	۱۷	۱۲/۲				
	جمع	۱۳۹	۱۰۰				
مورد استفاده گیاهان دارویی	جمع	۱۳۹	۱۰۰	جمع			
	اقوام و سنت	۴۸	۳۴/۵				
	کتب و مجلات	۱۰	۷/۲				
	عطاری	۲۲	۱۵/۸				
	سینه به سینه از نسل قبل	۵۴	۳۸/۸				
جمع	رسانه های جمعی	۵	۳/۶				
	جمع	۱۳۹	۱۰۰				
	جمع	۱۳۹	۱۰۰				

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای مطالعه از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شده است. در این آزمون فرضیه صفر نرمال بودن داده‌هاست. اگر مقدار z کولموگروف اسمیرنوف بین $+1/96$ و $-1/96$ باشد و سطح معناداری کمتر از $0/05$ باشد، فرضیه صفر رد می‌شود و نرمال بودن داده‌ها تایید می‌شود. نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که کولموگروف-اسمیرنوف شاخص دسترسی به خدمات پزشکی بین $+1/96$ و $-1/96$ می‌باشد و سطح معناداری آن کمتر از $0/05$ می‌باشد. در نتیجه توزیع داده‌ها در این شاخص نرمال می‌باشد. اما کولموگروف-اسمیرنوف شاخص‌های دیگر (قیمت بالای داروی شیمیایی، در دسترس بودن، عوارض جانبی و...) بیشتر از $0/05$ می‌باشد که بیانگر غیرنرمال بودن توزیع داده‌ها در این شاخص‌ها است.

جدول ۴. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای تحقیق

شاخص	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف اسمیرنوف	sig	نتیجه آزمون
قیمت بالای داروهای شیمیایی	۳/۴۲	۱/۱۴	۲/۰۸	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
در دسترس بودن گیاهان دارویی	۳/۳۴	۰/۸۶	۱/۶۹	۰/۰۰۷	غیرنرمال بودن
عوارض پایین گیاهان دارویی	۳/۱۹	۱/۲۴	۲/۸۹	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
عوارض جانبی داروهای شیمیایی	۲/۳۹	۱/۰۶	۱/۹۸	۰/۰۰۱	غیرنرمال بودن
اثربخشی زیاد گیاهان دارویی	۳/۰۵	۱/۱۸	۲/۸۶	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
عدم اعتماد به داروهای شیمیایی	۲/۴۹	۰/۹۷	۲/۱۱	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
سالم بودن گیاهان دارویی	۳/۴۵	۰/۹۸	۱/۷۰	۰/۰۰۶	غیرنرمال بودن
قدرت درمانگری بالای گیاهان دارویی	۳/۵۷	۱/۰۹	۲/۱۱	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
طعم و عطر مناسب گیاهان دارویی	۳/۶۱	۰/۹۶	۲/۵۸	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
سازگاری بیشتر گیاهان دارویی با بدن	۳/۷۲	۰/۹۱	۲/۸۵	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
سفارش و تبلیغات آشنایان	۳/۶۸	۰/۸۱	۲/۸۱	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
مفید بودن گیاهان دارویی	۳/۷۳	۰/۸۶	۲/۰۲	۰/۰۰۱	غیرنرمال بودن
تمایل به روش‌های طبیعی زندگی	۳/۵۵	۰/۹۴	۲/۱۵	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
سازگاری فرهنگی	۳/۹۴	۱/۰۱	۳/۰۲	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
تهدیدات محیط زیست	۳/۴۱	۱/۱۴	۲/۳۷	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
دسترسی به خدمات پزشکی	۳/۳۶	۰/۸۹	۱/۳۲	۰/۰۶۱	نرمال بودن
دستیابی به سلامت جسمی و روحی	۳/۴۱	۰/۹۸	۲/۸۰	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
کسب انرژی و قدرت بدنی	۳/۲۷	۱/۰۰	۲/۷۶	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
پیشگیری از بیماری	۳/۲۸	۱/۰۵	۲/۶۱	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن
ترس از درمان پزشکی	۱/۸۱	۱/۰۲	۲/۸۲	۰/۰۰۰	غیرنرمال بودن

با توجه به اینکه برای شاخص‌ها و متغیرهای نرمال جهت مقایسه میانگین‌ها با سطح میانه نظری از آزمون T تک نمونه‌ای استفاده می‌شود. بنابراین، از آزمون T بمنظور ارزیابی همقواری میانگین نمونه آماری با میانگین جامعه استفاده می‌شود. بر اساس نتایج حاصل از آزمون T تک نمونه‌ای، میانگین دسترسی به خدمات پزشکی در منطقه مورد مطالعه برابر با $3/35$ و بالاتر از میانگین امتیاز شاخص دسترسی به خدمات پزشکی یعنی عدد (۳) به عنوان میانه نظری می‌باشد. به این معنا که دسترسی به خدمات پزشکی در حد متوسط به بالا ارزیابی شد. از آنجایی که مقدار sig کمتر از $0/05$ شده است می‌توان با احتمال 95% استدلال کرد که فرض H_0 آزمون مبنی بر عدم تفاوت دو میانگین واقعی و مفروض رد شده و در مقابل، فرض H_1 مبنی بر تفاوت این دو میانگین مورد پذیرش قرار می‌گیرد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون t تک نمونه‌ای دسترسی به خدمات پزشکی در منطقه مورد مطالعه

انحراف معیار	میانگین	Test Value = 3				شاخص		
		فاصله اطمینان 95%		تفاوت میانگین	سطح معناداری			
		بالا	پایین					
۰/۸۸۰۶۷	۳/۳۵۷۳	۰/۵۰۵۰	۰/۲۰۹۶	۰/۳۵۷۳۱	۰/۰۰۰	۱۳۸	۴/۷۸۳	دسترسی به خدمات پزشکی

به دلیل نرمال نبودن داده‌ها در شاخص‌های مربوطه از آزمون مجذورکای استفاده شده است. با توجه به اینکه مقدار (سطح معناداری) Sig برای تمامی متغیرها کمتر از ۰/۰۵ است می‌توان با احتمال ۹۹ درصد استدلال کرد فرض صفر مبنی بر عدم وجود تفاوت میانگین بین شاخص‌ها رد می‌شود و فرض H_1 مبنی بر وجود تفاوت میانگین بین شاخصها مورد پذیرش قرار می‌گیرد. همچنین میانگین شاخص‌های (عوارض جانبی داروهای شیمیایی، عدم اعتماد به داروهای شیمیایی، ترس از درمان پزشکی) برخلاف سایر شاخص‌ها کمتر از حد متوسط (۳) ارزیابی شده‌اند درحالی که سایر شاخص‌ها میانگین آن‌ها بالاتر از حد متوسط (۳) قرار دارد (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج آزمون تک متغیری مجذورکای

شاخص	Chi-square	سطح معنی داری sig	df	میانگین	انحراف معیار
قیمت بالای داروهای شیمیایی	۳۰/۳۱۷ a	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۴۲۰۹	۱/۱۳۷۷۲
در دسترس بودن گیاهان دارویی	۶۴/۶۵۵ b	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۳۴۲۹	۱/۸۶۴۳۴
عوارض پایین گیاهان دارویی	۳۱/۰۳۶ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۱۹۴۲	۱/۲۴۴۵۷
عوارض جانبی داروهای شیمیایی	۵۸/۹۹۳ d	۰/۰۰	۱۳۸	۲/۳۸۸۸۵	۱/۰۵۸۳۶
اثربخشی زیاد گیاهان دارویی	۳۹/۳۰۹۴ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۰۵۰۴	۱/۱۸۱۵۲
عدم اعتماد به داروهای شیمیایی	۶۳/۵۹۷ a	۰/۰۰	۱۳۸	۲/۴۸۹۲	۱/۹۶۷۷۲
سالم بودن گیاهان دارویی	۱۷/۳۷۴ e	۰/۰۱۵	۱۳۸	۳/۴۴۹۶	۱/۹۷۸۵۷
قدرت درمانگری بالای گیاهان دارویی	۳۹/۲۵۲ a	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۵۶۸۳	۱/۰۹۲۱۳
طعم و عطر مناسب گیاهان دارویی	۵۰/۴۱۰ e	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۶۱۱۵	۱/۹۵۵۶۱
سازگاری بیشتر گیاهان دارویی با بدن	۸۰/۵۶۸ e	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۷۱۵۸	۱/۰۸۹۹
سفارش و تبلیغات آشنایان	۹۸/۰۶۵ e	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۶۷۶۳	۱/۸۰۵۰۲
مفید بودن تمامی مواد موجود در گیاهان دارویی	۵۶/۹۷۱ e	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۷۲۶۶	۱/۸۶۰۲۰
تمایل به روش‌های طبیعی زندگی	۶۵/۱۵۱ a	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۵۴۶۸	۱/۹۳۸۱۱
سازگاری فرهنگی	۷۴/۱۲۹ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۹۴۲۴	۱/۰۱۲۷۴
تهدیدات محیط زیست	۲۷/۲۹۵ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۴۱۰۱	۱/۱۴۰۸۹
دستیابی به سلامت جسمی و روحی	۷۰/۵۳۲ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۴۱۰۱	۱/۹۴۶۴۹
کسب انرژی و قدرت بدنی	۶۴/۴۱۷ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۲۷۳۴	۱/۹۹۸۵۹
پیشگیری از بیماری	۴۸/۰۸۶ c	۰/۰۰	۱۳۸	۳/۲۸۰۶	۱/۰۴۹۷۰
ترس از درمان پزشکی	۱۴/۶۴۰ f	۰/۰۰	۱۳۸	۱/۸۰۵۸	۱/۰۲۴۵۸

جدول (۷) نشان می‌دهد که بین شاخص‌های مختلف مطالعه شده (قیمت، دردسترس بودن، سالم بودن، قدرت بالا و طعم و عطر، سازگاری، سفارش، مفید بودن، تمایل به روش طبیعی زندگی کردن، سازگاری فرهنگی، تهدیدات محیط زیست، دسترسی به خدمات پزشکی، دستیابی به سلامت جسمی و روحی، کسب انرژی، پیشگیری از بیماری) رابطه چگونه می‌باشد. زیرا شاخص‌ها می‌توانند تقویت کننده یا تضعیف کننده یکدیگر در گرایش روستاییان به مصرف گیاهان دارویی باشند.

بیماری با تمامی شاخص‌های ذکر شده در جدول به جز شاخص (عوارض جانبی و ترس از درمان) ارتباط معنادار که بیشترین ارتباط با شاخص کسب انرژی و سازگاری به صورت مستقیم و با شدت متوسط بوده است. همچنین بین شاخص ترس از درمان پزشکی با شاخص‌های (عوارض، عدم اعتماد به داروهای شیمیایی، سفارش) ارتباط معناداری بین شاخص‌ها وجود دارد که بیشترین ارتباط با شاخص عوارض و عدم اعتماد به صورت مستقیم و با شدت متوسط بوده است. به طور کلی نتایج جدول بیانگر این است که شاخص‌های سالم بودن، دردسترس بودن، ترس از درمان، پیشگیری از بیماری با توجه به سطح معناداری از میان شاخص‌های ذکر شده در جدول بیشترین همبستگی و ارتباط معنادار را با دیگر شاخص‌ها دارا می‌باشد که در این میان شاخص‌های سازگاری، دردسترس بودن، مفید بودن بیشترین ارتباط را با تک تک شاخص‌های مطرح شده دارا می‌باشند که شدت ارتباط و جهت همبستگی به صورت مستقیم و متوسط بوده است، به طوری که در این شاخص‌ها رابطه‌ی هر شاخص با خودش عدد ۱ می‌باشد که در واقع همبستگی این شاخصها بیانگر اثرگذاری آن‌ها در گرایش روستائیان به استفاده از گیاهان دارویی است.

در ادامه بر اساس شاخص‌های مطالعه اقدام به وزن دهی شاخص‌ها و اولویت بندی روستاها به لحاظ سطح گرایش به استفاده از گیاهان دارویی از طریق مدل وایکور گردیده است. این مدل دارای گام‌های متعددی می‌باشد. گام اول: تشکیل ماتریس تصمیم گیری می‌باشد. در این ماتریس، در ستون‌ها، معیارهای مورد استفاده و در ردیف‌ها نیز روستاهای مورد مطالعه قرار دارند؛ و داده‌های خام هر معیار مربوط به روستاها، که از پرسش‌نامه استخراج شده، در خانه‌های جدول قرار گرفته است (جدول ۸).

جدول ۸. ماتریس خام

شاخص	قیمت	دردسترس بودن	عوارض پایین	عوارض جانبی	اثر بخشی	عدم اعتماد	سالم بودن	قدرت بالا	طعم و عطر	سازگاری	سفارش	مفید بودن	روشن طبیعی	سازگاری فرهنگی	تهدیدات	خدمات پزشکی	سلامت جسمی	کسب انرژی	پ از بیماری	ترس
ورقی	۳/۳۵	۲/۴۰	۳/۷۱	۲/۶۰	۳/۸۰	۲/۶۰	۳/۵۵	۳/۴۵	۳/۷۰	۴/۰۵	۳/۵۵	۳/۴۵	۳/۴۵	۴/۲۰	۲/۹۰	۳/۷۷	۳/۹۰	۳/۷۰	۴/۰۰	۱/۳۷
بادامق	۲/۹۰	۳/۷۳	۴/۱۰	۲/۴۷	۲/۴۰	۲/۱۰	۳/۷۰	۳/۸۵	۴/۵۵	۴/۱۵	۴/۱۰	۴/۱۰	۳/۸۵	۴/۳۰	۳/۲۰	۳/۴۳	۳/۵۰	۳/۶۰	۳/۵۰	۱/۳۷
قرن حصار	۴/۱۰	۳/۳۷	۳/۱۰	۱/۹۷	۳/۰۰	۲/۰۵	۳/۲۵	۳/۸۰	۳/۹۵	۴/۱۵	۴/۰۵	۴/۲۰	۴/۱۵	۳/۸۰	۳/۷۰	۳/۴۰	۳/۲۰	۳/۰۰	۲/۷۰	۱/۰۷
خامی	۴/۳۰	۳/۱۳	۲/۵۰	۲/۱۷	۳/۰۰	۳/۱۰	۴/۳۰	۴/۲۵	۴/۲۰	۴/۵۰	۴/۶۰	۴/۵۵	۴/۶۰	۴/۵۰	۴/۴۰	۴/۳۳	۴/۰۰	۳/۷۰	۳/۵۰	۱/۱۳
شوریک عبدالله	۴/۶۰	۴/۱۰	۳/۳۰	۲/۳۰	۳/۳۰	۲/۸۰	۴/۴۵	۴/۳۰	۴/۱۵	۴/۵۵	۴/۲۰	۴/۵۰	۴/۳۰	۴/۶۰	۴/۳۰	۴/۵۰	۴/۰۰	۴/۳۰	۴/۱۰	۱/۳۷
شیرآباد	۴/۰۰	۳/۸۷	۳/۹۰	۲/۶۷	۳/۵۰	۲/۲۰	۳/۴۵	۳/۵۰	۳/۷۰	۴/۰۰	۴/۱۰	۳/۹۵	۳/۶۰	۴/۲۰	۳/۸۰	۳/۳۳	۳/۶۰	۳/۶۰	۴/۱۰	۱/۳۷
فجرآباد	۴/۲۵	۳/۵۷	۲/۱۰	۱/۴۷	۲/۶۰	۲/۳۵	۳/۶۰	۴/۳۰	۴/۲۰	۴/۲۵	۴/۲۰	۴/۱۵	۴/۲۰	۴/۴۰	۴/۳۰	۳/۸۰	۳/۴۰	۳/۴۰	۳/۳۰	۱/۵۰
عبدآباد	۲/۶۸	۲/۶۷	۲/۹۱	۱/۸۲	۲/۶۴	۱/۷۷	۲/۵۵	۲/۷۷	۲/۹۵	۳/۱۴	۳/۴۵	۳/۰۹	۳/۷۳	۳/۳۶	۲/۳۶	۲/۱۸	۲/۸۲	۲/۲۷	۲/۶۴	۱/۳۳
حسین آباد	۲/۸۰	۳/۰۳	۳/۰۵	۲/۸۳	۲/۹۵	۲/۷۱	۳/۱۳	۳/۲۰	۲/۸۸	۳/۰۰	۲/۹۷	۳/۰۷	۲/۹۷	۳/۳۲	۳/۰۳	۳/۲۰	۳/۰۳	۳/۰۰	۲/۷۹	۲/۸۴
زوارم	۲/۲۳	۳/۲۸	۳/۴۵	۲/۴۰	۳/۳۵	۲/۵۸	۳/۴۸	۳/۴۸	۳/۷۸	۳/۵۸	۳/۶۰	۳/۹۳	۳/۴۵	۳/۲۵	۳/۲۵	۲/۷۷	۳/۶۰	۳/۱۵	۳/۴۵	۱/۹۴

در گام دوم اقدام به محاسبه مقادیر نرمال شده به روش نورم می‌گردد که در این مطالعه از طریق رابطه زیر انجام گرفته است:

$$f_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sqrt{\sum_{j=1}^n x_{ij}^2}}, \quad i = 1, 2, \dots, m; \quad j = 1, 2, \dots, n$$

که در آن، x_{ij} مقدار اولیه و f_{ij} مقدار نرمال شده گزینه i ام و بعد از آن است. نتیجه داده‌های نرمال شده ماتریس نرمال را تشکیل می‌دهد.

گام سوم: تعیین بهترین و بدترین مقدار برای همه توابع معیارها می‌باشد که اگر تابع معیار نشان‌دهنده سود (مثبت) باشد، بهترین و بدترین مقادیر بر اساس رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$f_i^* = \max_j f_{ij}, \quad f_i^- = \min_j f_{ij}$$

و اگر تابع معیار نشان‌دهنده هزینه (منفی) باشد، بهترین و بدترین مقادیر بر اساس رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$f_i^* = \min_j f_{ij}, \quad f_i^- = \max_j f_{ij}$$

بدین ترتیب، می‌توان بهترین و بدترین مقادیر را برای معیارها مشخص کرد.

گام چهارم: تعیین وزن و درجه اهمیت خصوصیت‌ها می‌باشد. برای بیان اهمیت نسبی خصوصیت‌ها و معیارها، باید وزن نسبی آن‌ها را تعیین کرد. بدین منظور، روش‌های گوناگون مانند ANP، AHP، Linmap، آنتروپی شانون، و بردار ویژه وجود دارد، که متناسب با نیاز می‌توان از آن‌ها استفاده کرد. در پژوهش حاضر، از روش آنتروپی شانون برای تعیین وزن شاخص‌ها استفاده شده است. وزن معیارهای پیشنهادی نیز توسط ۲۸ تن از کارشناسان مرتبط تعیین شده و محاسبه و به هر شاخص تخصیص داده شده است (جدول ۹).

جدول ۹. نرمال سازی ماتریس و سایر محاسبات (E.I، درجه انحراف، وزن)

مجموع	ترس	پ از بیماری	کسب انرژی	سلامت جسمی	خدمات پزشکی	تهدیدات	سازگاری فرهنگی	روشن طبیعی	مفید بودن	سفرش	سازگاری	طعم و عطر	قدرت بالا	سلام بودن	عدم اعتماد	اثر بخشی	عوارض جانبی	عوارض پایین	در دسترس بودن	قیمت	-
۱۹/۸۶	۰/۹۷۸	۰/۹۹۳	۰/۹۹۳	۰/۹۹۷	۰/۹۹۱	۰/۹۹۳	۰/۹۹۶	۰/۹۹۶	۰/۹۹۶	۰/۹۹۵	۰/۹۹۶	۰/۹۹۴	۰/۹۹۳	۰/۹۹۳	۰/۹۹۳	۰/۹۹۶	۰/۹۹۱	۰/۹۹۰	۰/۹۹۶	۰/۹۹۰	EJ
۰/۱۳۸	۰/۰۳۳	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۰۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	d
۱	۰/۱۶	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۷	w
	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۳	f*
	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۷	f-

گام پنجم: محاسبه مقادیر فاصله گزینه‌ها با راه حل ایده‌آل

در این مرحله، فاصله هر گزینه از راه حل ایده‌آل مثبت محاسبه می‌شود و سپس، محاسبه تجمیع آن بر اساس رابطه‌های زیر صورت می‌گیرد:

$$S_j = \sum_{i=1}^n \frac{w_i (f_{ij}^* - f_{ij})}{f_j^* - f_j^-}$$

$$R_j = \max_j [w_i (f_{ij}^* - f_{ij}^-) / (f_j^* - f_j^-)]$$

که در آن، S_j فاصله از گزینه i نسبت به راه حل ایده‌آل (ترکیب بهترین) و R_j فاصله گزینه i از راه حل ایده‌آل منفی (ترکیب بدترین) است. رتبه‌بندی عالی بر اساس S_j و رتبه‌بندی بد بر اساس مقادیر R_j انجام خواهد شد. به دیگر سخن، S_j و R_j به ترتیب، L_1 و L_2 از متره‌های L_p را نشان می‌دهند.

گام ششم: محاسبه مقدار Q_i و ایکور برای $m, \dots, 2, 1$
مقدار Q_i از طریق رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$Q_i = v \left[\frac{S_i - S^*}{S^- - S^*} \right] + (1 - v) \left[\frac{R_i - R^*}{R^- - R^*} \right]$$

که در آن:

$$S^* = \min_j S_j, S^- = \max_j S_j$$

$$R^* = \min_j R_j, R^- = \max_j R_j$$

و v وزن راهبرد (اکثریت معیارها) یا حداکثر مطلوبیت گروهی است. میزان فاصله از راه حل ایده‌آل مثبت گزینه نام را نشان می‌دهد. به دیگر سخن، $\frac{R_i - R^*}{R^- - R^*}$ نشان‌دهنده فاصله از راه حل ایده‌آل منفی برای گزینه نام است. در صورتی که $v > 0.5$ ، شاخص Q_i دارای حداکثر توافق و زمانی که $v < 0.5$ ، این شاخص نشان‌دهنده حداکثر نگرش منفی است. در کل، $v = 0.5$ به معنی توافق گروهی برابر است (Opricovic & Tezng, 2007: 514).
گام هفتم: رتبه‌بندی گزینه‌ها بر اساس مقادیر Q : بر اساس مقادیر Q_i گزینه‌ها که در مرحله ششم محاسبه شد، می‌توان به رتبه‌بندی گزینه‌ها پرداخت. گزینه‌های دارای مقدار Q_i بیشتر در اولویت پایین‌تر قرار می‌گیرند و مقادیر Q_i کوچک‌تر به معنی رتبه بالاتر است (جدول ۱۰).

جدول ۱۰. رتبه بندی روستاهای دهستان براساس عوامل موثر در گرایش روستائیان به استفاده از گیاهان دارویی

روستا	ورقی	باداملق	قزل حصار	خادمی فجزآباد	شوریک عبدآباد	شیرآباد	فجزآباد	عبدآباد	حسین آباد	زوارم
Sum (S)	۰/۱۳۳	۰/۱۳۳	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۱۴۷	۰/۱۳۳	۰/۱۲	۰/۱۳۳	۰/۵۶۸	۰/۰۸
max(R)	۰/۱۳۳	۰/۱۳۳	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۱۴۷	۰/۱۳۳	۰/۱۲	۰/۱۳۳	۰/۰۵۸	۰/۰۸
Q	۰/۵۳۱	۰/۵۲۸	۰/۷۵۷	۰/۵۸۵	۰/۴۳۶	۰/۵۴۹	۰/۴۷	۰/۸۶۸	۰/۲۶۱	۰/۳۰۳
رتبه	۵	۶	۹	۸	۳	۷	۴	۱۰	۱	۲

نتایج این مدل حاکی از این است که روستای حسین آباد با کسب رتبه یک و روستای عبدآباد با کسب رتبه ده به ترتیب بیشترین و کمترین آگاهی و اعتقاد به استفاده از گیاهان دارویی را دارا می‌باشند. روستای حسین آباد به علت موقعیت توپوگرافی خاص که قابلیت کشت انواع مختلف گیاهان دارویی را داراست و از سویی وجود عطاری که در آن گیاهان دارویی از روستاهای اطراف جمع آوری شده و در آنجا به فروش می‌رسد و وجود طبیب متخصص در زمینه گیاهان دارویی سبب گردیده است بیشترین آگاهی و اعتقاد و مصرف را در گیاهان دارویی داشته باشد اما روستای عبدآباد به علت وجود مرکز بهداشت فعال در ایام هفته، از سویی دور بودن از روستای حسین آباد که در آن عطاری وجود دارد سبب گردیده است کمترین آگاهی و اعتقاد به استفاده از گیاهان دارویی داشته باشند.

نتیجه گیری

امروزه اهمیت دانش بومی در کلیه فعالیت‌های بشری کاملاً مشخص شده است که از جمله مهمترین این بخش‌ها مربوط به طب سنتی و استفاده از گیاهان دارویی می‌باشد. به طوری که استفاده از گیاهان دارویی در تسکین دردها و درمان بیماری‌های بشری، رابطه‌ای دیرین با ادوار زندگی انسان داشته است. در این میان تمدن غنی ایران با پشتوانه‌ای از علم و فرهنگ، نقش کلیدی در

ایجاد و حفظ اندوخته‌های علمی و کاربردی گیاه درمانی داشته است. بر این اساس، هدف از این مطالعه تحلیل عوامل موثر در گرایش روستاییان به مصرف گیاهان دارویی با رویکرد دانش بومی است. نتایج حاصل از یافته‌های تحقیق نشان داد که بیشتر افراد ترجیح می‌دهند از گیاهان دارویی که از طبیعت تهیه می‌کنند جهت درمان و حداقل یک بار در طول عمر (در یک سال) که تاثیر تجربه استفاده از آن در مقایسه با طب شیمیایی بهتر بوده است، استفاده نمایند. منبع اصلی آگاهی افراد در استفاده از گیاهان دارویی به صورت سینه به سینه از نسل‌های قبل بوده است به طوری که این عامل موثرترین شیوه اطلاع رسانی در تمایل افراد به استفاده از گیاهان دارویی محسوب می‌شود. نتایج این امر با مطالعات سجادی و همکاران (۱۳۹۰)، تاردیو و سان تایان (۲۰۰۸)، خانوی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد که حاکی از اثرگذاری گیاهان دارویی در درمان بیماری‌ها و نقش دانش بومی در تمایل افراد به استفاده از آن می‌باشد؛ تحلیل داده‌ها در بخش آمار استنباطی نیز نشان از ارتباط معنادار شاخص‌های تحقیق با هم می‌باشد. یعنی در گرایش به مصرف روستان در ارتباط با گیاهان دارویی، کلیه شاخص‌ها با یکدیگر تاثیرگذار بوده و نقش ارتباطی آنها در گرایش به استفاده از گیاهان دارویی بین روستاییان، هم افزا می‌باشد. در ارتباط با موثرترین عامل در بین عوامل موثر در استفاده از گیاهان دارویی براساس روش آنتروپی نشان داد که شاخص ترس از درمان‌های پزشکی موثرترین عامل در تمایل روستاییان به استفاده از گیاهان دارویی می‌باشد. همچنین، الویت بندی روستاها به لحاظ گرایش به استفاده از گیاهان دارویی با استفاده از مدل وایکور نشان داد که برمبنای شاخص‌های (۲۰گانه) مطالعه، روستای حسین آباد با کسب رتبه (۱) بالاترین رتبه و روستای عبدالآباد با کسب رتبه (۱۰) پایین ترین رتبه را دارا می‌باشد. بنابراین، افراد ساکن در روستای حسین آباد در منطقه بیش از سایر روستاها گرایش به استفاده از گیاهان دارویی دارند. لذا جهت توسعه فراگیر استفاده مناسب از گیاهان دارویی در مناطق روستایی می‌توان پیشنهادات زیر را ارائه کرد:

- تسهیل مصرف گیاهان دارویی و تسریع توزیع آن در نظام بهداشتی کشور.
- ارائه تاکتیک‌ها و راهکارهای صحیح برای ایجاد جایگاه مناسب مصرف و فروش گیاهان دارویی در روستا مطابق با استانداردهای ارائه شده.
- فراهم نمودن عرصه‌هایی جهت انتقال دانستنی‌ها و معلومات روستائیان به متولیان بخش‌های بازار و تحقیقات و عوامل مرتبط با آن.
- گسترش شبکه دانش بومی در ارتباط با استفاده از گیاهان دارویی با برقراری بانک اطلاعاتی.

References

- Ahvazi, M., Akbar Zadeh, M., Khalighi Sigaroudi, F., & Kohandel, A. (2011). Introducing Highly Consumed Medicinal Herbs in Traditional Medicine in Eastern Mazandaran. *Journal of Medical Herbs*, 44(4), 164-178. (In Persian)
- Ali Jani, F., Ghaffari, F., Naseri, M., & Asghari, M. (2013). Applying sniffing drugs in preventing and treatment of diseases regarding traditional medicine. *Journal of History of Medicine*, 14(5), 68-77. (In Persian)
- Ameri, F., Vahabi, M.R., & Seifi Tizabi, S. M. (2014). Analyzing and studying the relationship between consumption level of medical herbs and various districts of Iran. *Journal of Traditional Herbs in Iran and Islam*, 6(2), 179-186. (In Persian)
- Arcury TA., Grzywacz JG., Bell RA., Neiberg RH., Lang W., & Quandt SA. (2007). Herbal remedy use as health self-management among older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), S142-9.
- Asadian, G., Zand, F., & Salari Pour, F. (2014). Analyzing awareness of hospital staff in using medical herbs, *Second Conference on Medical Herbs and Consistent Agriculture*. (pp. 1-10). Hamadan: Hegmatane Environment Association. (In Persian)
- Auerbach, B., Reynolds, S.J., Lamorde, M., & Merry, C. (2012). Traditional herbal medicine use associated with liver fibrosis in rural Rakai. Uganda, *PLoS ONE*, 7(11), 1-8.

- Azkiya, M., & Mirshekar, A. (1997). Local Information & Cumulative Cooperation and Using surface waste water in Dashtyari Area. *Journal of Forests & Grasslands*, 34, 1-15. (In Persian)
- Bagheri, A.Gh., Naghdi Badi, H.A., Movahedian, F., Maleki Zadeh Taghti, M., & Hemmati Moghadam, A.R. (2005). Analyzing attitudes of women in Isfahan towards using medical herbs. *Journal of Medical Herbs Quarterly*, 3(15), 81-93. (In Persian)
- Bouzarjomehri, K., & Eftekhari, R. (2005). An analysis of local information in rural constant development. *A lecturer in Human Sciences*, 38(9), 17-47. (In Persian)
- Chaghalvand, M. (2011). Plants, local information & human life in Lorestan Province. *Journal of Social Cultural Life of Lor People*, 11th Sharivar 12:38, Extracted from Society of Anthropology & Culture.
- Davie S., & Ebbe, K. (1995). Traditional knowledge and sustainable development. *Proceedings of a conference sponsored by the World Bank Environment Department and the World Bank Task Force on the International Year of the World's Indigenous People, held at the World Bank, Washington, D.C, September 27-28.*
- Emadi, M. H., & Abbasi, E. (2009). Local information & rural constant development: an old review in modern era. *Journal of Villages & Development*, 5(0), 17-45. (In Persian)
- Ganj Ali, A., & Khak Sefidi, A. (2015). Identification of some variants of medical herbs in Zabol (Sistanj and Baluchestan Province) and their applications in traditional medicine. *Journal of Traditional Medicine in Iran & Islam*, 6(1), 89-96. (In Persian)
- Ghanadi, A., Zolfaghari, B., & Shamashian, S. (2011). Necessity, importance and applying traditional medicine among different people. *Journal of Iran & Islam Traditional Medicine*, 2(2), 161-176. (In Persian)
- Grenier, L. (1998). *Working with Indigenous Knowledge: A Guide for Researchers*. (1th Ed.). Canada: International Development Research Centre.
- Heidari Far, R., Mehran, N., Momenian, S., Mousavi, S.M., Kooh Bor, M., & Haji Ali Gol, A. (2013). Analyzing and studying consumption level of medical herbs and its effects on people in Qom. *Journal of Qom Medical Sciences University*, 7(14), 95-100. (In Persian)
- Heidari, A., Zali, S.H., & Heidari, G.H. (2014). Measuring people's usage of medical herbs in the tourist resort of Namarestagh, Amol, (Mazandaran Province). *Journal of Traditional Herbs in Iran & Islam*, 5(4), 330-339. (In Persian)
- Hosseinzadeh, S., Jafarikukhdan, A., Hosseini, A., & Armand, R. (2015). The application of medicinal plants in traditional and modern medicine: A Review of *Thymus vulgaris*. *International Journal of Clinical Medicine*, 6, 635-642. (In Persian)
- Iran Manesh, M., Najafi, Sh., & Yousefi, M. (2011). A survey on ethno-botany of medicinal herbs in Sistan Province. *Journal of Medicinal Herbs*, 2(1), 61-68. (In Persian)
- Iranian Institute of Forests and Grasslands. (2008). An Applied Program on Medicinal Herbs. Available at www.irfr-ac.ir. (In Persian)
- Javanbakht, A., & Esmaili, S. (2011). A study on individual preferences in using medical herbs available in Tabriz. *Journal of Economy & Agricultural Development*, 1(45), 64-70. (In Persian)
- Jomeh Pour, M. (2014). Localization in rural development and the role of local information in processing it. *Journal of Local Information biannual*, 2(1), 51-79. (In Persian)
- Karami, G.H. H., & Hayati, D. (2011). A review on industrial status of medical herbs in rural economy. *Journal of Industry & Technology*, 115, 8-15. (In Persian)

- Khanavi, M., Haji Akhondi, A., Amin, Gh. R., & Shams Ardakani, Gh. R. (2010). An approach on attractiveness of medicinal herbs in Iran and the globe. *Journal of Iran & Islam Traditional Medicine quarterly*, 1(1), 55-58. (In Persian)
- Kooshki, A., Faramarzi, F., Maydol Eslami, E., Bidkhor, N., & Tabarraii, Y. (2013). Analyzing the frequency of using medical herbs in treating kidney problems among patients referring to Sabzevar Vaseii Hospital in the year. *Journal of Students' Research Committee in Sabzevar Medical University*, 27 (1,2). 8-15. (In Persian)
- Kuhnlein, H., Erasmus, B., Creed-Kanashiro, H., Englberger, L., Okeke, C., Turner, N., Allen, L., & Bhattacharjee, L. (2006). Indigenous people Food Systems for Health: Finding intervention that work. *Journal of Public Health Nutrition*, 9, 1013-1019.
- Long, Ch., & Rong, L. (2004). Ethnobotanical studies on medicinal plants used by the Red-headed Yao People in Jinping, Yunnan Province, China. *Journal of Ethnopharmacology*, issue 2-3, 389-395.
- Maghsoodi, S., & Tavakolian, F. (2015). Analyzing Effective Factors on patients' satisfaction regarding Medical Herbs in Kerman in 2013. *Journal of Traditional Medicine in Iran And Islam*, 6(3), 241-248. (In Persian)
- Mir Deyalmi, S. Z., Heshmati, Gh. A., & Barani, H. (2014). An ethno-botanical and ethno-ecological study of different variants of Kachik: A Case study of Kachcik Grasslands in Northeastern part of Golestan. *Iranian Journal of Local Information biannual*, 2(1), 130-154. (In Persian)
- Noor hosseini, S.A., Fallahi, E., Sami Zadeh, M., & Beheshti Pour, N. (2017). Analyzing average superiority of medical herbs to chemical drugs according to therapeutic & economic criteria: a case study of Rasht. *Journal of Rresearch on Agricultural Economy*, 9(33), 71-92. (In Persian)
- Omid Beigi, R. (2009). Processing Medical Herbs. *Journal of Shirin Bayan*, 4, 3-6. (In Persian)
- Opricovic, S., & Tzeng, G H. (2007). Extended VIKOR method in comparison with outranking methods. *European Journal of Operational Research*, 2, 514-529.
- Popzan, A.H., Hosseini, S.M., Azkia, M., & Emadi, M.H. (2007). Providing a conceptual model from local and formal information using a basic theory to get gradual appropriate results: A case study of Bilvar Area in Kermanshah. *Journal of Agricultural Economy & Development*, 58(15), 151-176. (In Persian)
- Pour Atashi, M. (2011). Status of Local Information in Planning Rural Constant Development. *Journal of Sonboleh monthly*, 214, 32. (In Persian)
- Ramazani, A.R. (2010). Diseases & Treatments in Traditional Medicine. *Journal of Yoga Knowledge*, 2, 30-31. (In Persian)
- Rashidi, Sh., Faraji, H., Jahan Bin, D., & Mir Fardi, A. (2011). Analyzing and measuring awareness of people and their beliefs and functions regarding Medical Herbs in Yasuj. *Journal of Medical Herbs*, 11(8), 177-184. (In Persian)
- Sajadi, S.E., Bakhshiani, M., Nekookhoo, M., & Zolfaghari, B. (2016). Ethnobotanical survey of Medical Herbs in Feridounshahr. *Journal of Traditional Herbs in Iran and Islam*, 7(3), 359-370. (In Persian)
- Sajadi, S.E., Batooli, H., & Ghanbari, A. (2011). Collecting and Analyzing Consumption Rate of some of Plants in Kashan. *Journal of Iran & Islam Traditional Medicine*, 1(2), 29-35. (In Persian)

- Sajedipour, A.A., & Mashayekhi, S. (2015). Analyzing and demand in the market of Medical Herbs, a case study of Hamadan, Markazi and Lorestan provinces. *journal of Studies in Medical Herbs and Aromatic plants*, 31(4), 626-636. (In Persian)
- Spork, H. (2006). *Building Healthy Communities*. Australia: Griffith University and the Department of the Environmen.
- Tardio, J., & Pardo-de-Santayan, M. (2008). Cultural importance indices: A Comparative Analysis Based on the Useful Wild Plants of Southern Cantabria (Northern Spain). *Economic Botany*, 1, 24-39.
- Tavakoli Saberi, M.R. (2011). *Medical Herbs*, First Edition. Tehran: Rooz Bahan Publication. (In Persian)
- Toksoy, D., Baramoglu, M., & Hacisalihoglu, S. (2010). Usage and the economic potential of the Medical plants in eastern black see region of turkey. *journal of Environmental Biology*, 5, 624-628.

**How to cite this article:**

Sojasi Qeidari, H., & Azizi, A. (2019). Analysis of affecting factor the villagers tends to use medicinal plants with indigenous knowledge approach (Case study: Zoeram Dehestan Of Shirvan). *Journal of Studies of Human Settlements Planning*, 14(1), 177-197. http://jshsp.iaurasht.ac.ir/article_665129_en.html

Analysis of Affecting Factor the Villagers Tends to Use Medicinal Plants with Indigenous Knowledge Approach (Case Study: Zoeram Dehestan Of Shirvan)

Hamdollah Sojasi Qeidari*

Assistant Professor, Dep. of Geography, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Soraya Azizi

M.A Student in Geography & Rural Planning, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Received: 23 February 2017

Accepted: 07 April 2018

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Today considering the increase of social awareness of people towards probable mistreatments in using modern chemical drugs, we witness a huge tendency for using ancient medical treatments including medicinal herbs. Local medicinal information can be seen clearly in all human fields of activity. For example, curing certain major diseases is available just by applying old medical treatments. In traditional medicine every element of solids, plants, animals, and even various items in human body can be used. In remote, far-fetched places and where there is no accessibility to physicians and medicine, most people use home-made remedies. This medical approach is more attainable because of localization, high level cost of treatment, availability of traditional medicine, so on. According to W.H.O. reports, about %80 of human societies uses ancient treatments and medicinal herbs all over the world. So we like to discuss the purpose and the reasons behind rural tendency in using these kinds of treatments. What are major factors in encouraging rural population in using medicinal herbs and traditional medicine? How are conditions of villages with respect to applicability of medical herbs?

Methodology

The present study is of applied purpose, quantitative approach and uses a descriptive -analytical method. It is done through field study using a questionnaire with random sampling. Statistical population includes villages of Zoeram, a small city in Shirvan, Khorassan Razavi, with 10 villages including 2095 families. We selected 91 families using random selection with Cochran Formula of 0.1 error level.

After editing the basis of appropriate samples with the number of rural families to 10, participants raised to 139. In order to make this study functionalized, we presented a 20-index questionnaire of theoretical literature to the participants. Reliability of the questionnaire is authenticated by a technical panel of academic staff specialized in rural studies and medicinal herbs. Validity of the test showed 0.902 for all indexes using α -Chronbach coefficient, meaning a high internal correlation of indexes. We used both descriptive and inferring method\ to analyze data.

Results and Discussion

Analyzing the data shows that most people prefer to use medicinal herbs taken from nature at least once their life time, rather than chemical drugs. Major reference for this attitude is oral,

* Corresponding Author

Email: ssojasi@yahoo.com

chest to chest quotations of their old generations. It also shows that there is a meaningful correlation among research indexes, that is, all factors together encourage people to use medicinal herbs. Entropy approach resolves that fear factor of using chemical therapy is the most important reason for people to apply traditional treatment.

Also ranking different villages in the area for using this kind of remedy shows that Hossein Abad possessed 1 (top rank) while Abd Abad went 10 (lowest rank) using Vikor Model on the basis of 20 indexes. So people in Hossein Abad prove to have the highest tendency toward using traditional medicine among all villages in the area.

Conclusion

Generally speaking, we can conclude that rural population prefers to apply medicinal herbs more than chemical drugs because of their compatibility with our culture and also acceptability of human body. Since there are various local approaches to this kind of treatment, we propose the following:

1. Making medical herbs available and easy to distribute all over the country
2. Providing appropriate tactics and applying functional strategies in selling and accessing medicinal herbs in different villages regarding necessary standards
3. Providing and propagating necessary information in related issues among rural population and transferring updated information in research and marketing.

Keywords: Medicinal Herbs, Chemical Medicine, Cultural Compatibility Index, Acceptability of Human Body, Vikor Model

