عوامل جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی مرتبط با بکارگیری گیاهان دارویی/داروهای گیاهی در ساکنین شهر تهران

دکتر مازیار مرادی لاکه: * استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران
دکتر مژده رمضانی: دستیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران
دکتر حسن انصاری: استادیار، بخش بیماری‌های ارتوپدی، مجتمع بیمارستانی رسول اکرم (ص)

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۷ صص ۳۲۰-۳۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱/۲۰

چکیده

این مطالعه به منظور تعیین عوامل جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی مرتبط با بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی (به عنوان پرمصرف‌ترین شاخه طب سنتی/مکمل/جایگزین در ایران) انجام گرفته است.

داده‌های مورد نیاز (شامل داده‌های جمعیت شناختی، تحصیلات، اشتغال درآمدزا، محل سکونت، شاخص دارایی‌های رفاهی خانوار (بر اساس ۱۶ دارایی رفاهی)، قومیت/مذهب و وضعیت بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی) از پروژه «بررسی فراوانی استفاده از روش‌های مختلف طب مکمل/ جایگزین در ساکنین شهر تهران» که در نیمه دوم سال ۱۳۸۴ انجام شد، تأمین گردیدند.

نمونه گیری به شکل چند مرحله‌ای (متناسب با جمعیت هر یک از مناطق ۸گانه پست و به شکل تصادفی خوشه‌ای در هر منطقه) انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشگری مستقیم از خود افراد فراهم شده است. در نهایت، داده‌های ۴۷۲۲ نفر از افراد بالای ۱۵ سال ساکن شهر تهران در پردازش نهایی وارد شدند.

بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی پس از تطبیق دادن سایر متغیرهای جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی در مردان به شکل معنی‌داری کمتر از زنان و در افراد «هرگز ازدواج نکرده» کمتر از افراد «دارای همسر» یا افراد «همسر از دست داده به علت طلاق یا فوت» بود. ارتباط ارزشمندی بین سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال، استان غالب محل سکونت، محل غالب سکونت (روستا یا شهر) و پوشش بیمه، شاخص دارایی‌های رفاهی خانوار، قومیت/مذهب با بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی وجود نداشت.

به نظر می‌رسد الگوی کنونی بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی، تابعی از الگوی عمومی بکارگیری مراقبت‌های سلامت در جمعیت است و در شرایط فعلی تابع قرار داشتن افراد تحت پوشش بیمه‌ها، وضعیت تحصیلی و شرایط اقتصادی آنها نیست.

کلیدواژه‌ها: گیاهان دارویی، داروهای گیاهی، عوامل اقتصادی ـ اجتماعی، عوامل جمعیت شناختی

* نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۸۸۶۰۲۲۲۵
E-mail: mmoradi@iums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

مقدمه

در طول سال‌های اخیر، بکارگیری انواع روش‌های طب مکمل ـ جایگزین در بسیاری از کشورهای دنیا روند صعودی داشته است. بکارگیری داروهای گیاهی در ایالات متحده از دهه ۳۰ تا دهه ۹۰ میلادی به طور مداوم افزایش یافته و بیش از ۲۷ برابر شده است[۱]. این روند رو به رشد در بسیاری از کشورهای دیگر دنیا از جمله کشورهای درحال توسعه نیز نشان داده شده است[۲]. این روش‌ها در ایران نیز توسط طیف وسیعی از مردم مورد استفاده قرار می‌گیرند و یکی از پرمصرف‌ترین آنها، بکارگیری گیاهان دارویی است[۳]. این گیاهان هم به منظور درمان بیماری‌ها و هم به منظور حفظ یا بهبود وضعیت سلامتی مورد استفاده قرار می‌گیرند. مطالعات پیشین، چندین عامل روانشناختی را با بکارگیری روش‌های طب مکمل/جایگزین مرتبط دانسته‌اند که از جمله آنها می‌توان به قدرت سازگاری افراد اشاره کرد[۴].

در مطالعه دیگری که ارتباط عوامل اقتصادی ـ اجتماعی را با بکارگیری روش‌های طب مکمل ـ جایگزین مورد بررسی قرار داده است، به طور کلی سفید پوستان (نسبت به رنگین پوستان)، زنان (نسبت به مردان) و افراد دارای تحصیلات بالاتر، بیشتر از چنین روش‌هایی استفاده کرده بودند[۵].

برخی از مطالعات نشان داده‌اند افرادی که موانعی را در زمینه بکارگیری طب رایج در مقابل خود می‌بینند و یا از کیفیت مراقبت‌های طب رایج ناراضی هستند، داروهای گیاهی و مراقبت‌های معنوی را بیشتر مورد استفاده قرار می‌دهند[۶]. در حالی که مطالعه بهره‌مندی از طب مکمل ـ جایگزین در ایالات متحده، همراهی بالایی را بین استفاده از روش‌های طب رایج و طب مکمل ـ جایگزین نشان داده است[۷].

بکارگیری گیاهان دارویی و اشکال دارویی تهیه شده از آنان در ایران، موافقان و مخالفان زیادی در گروه پزشکان دارد. ولی از جنبه رسمی و دولتی، ایران جزء کشورهایی است که استفاده از گیاهان را در درمان بیماری‌ها پذیرفته است؛ به نحوی که داروهای گیاهی زیادی با مجوز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تولید می‌شوند. علاوه بر آن، طیف وسیعی از مردم نیز اشکال طبیعی گیاهان را تهیه و استفاده می‌کنند. در چنین شرایطی، اطلاع از عوامل مرتبط با بکارگیری گیاهان دارویی/داروهای گیاهی، امکان اطلاع‌رسانی و مداخله به منظور تغییر رفتار افراد در راستای گسترش بکارگیری گیاهان دارویی/داروهای گیاهی مؤثر و محدود نمودن بکارگیری آنها در موارد نامناسب را تسهیل می‌کند.

این مطالعه به منظور تعیین عوامل مرتبط با بکارگیری گیاهان دارویی/داروهای گیاهی توسط ساکنین شهر تهران طراحی شده است.

مواد و روش کار

داده‌های مورد نیاز این طرح از پروژه «بررسی فراوانی استفاده از روش‌های مختلف طب مکمل/ جایگزین در ساکنین شهر تهران» که در نیمه دوم سال ۱۳۸۴ انجام شد، تأمین گردیده است.

پرسشنامه طرح، علاوه بر سؤالات مربوط به داده‌های جمعیت شناسی، وضعیت تحصیلی، شغلی و بکارگیری روش‌های طب سنتی و مکمل، حاوی سؤالاتی در خصوص امکانات مرتبط با وضعیت رفاهی خانوار بود. دارایی‌های رفاهی خانوار که در این طرح مورد بررسی قرار گرفتند، عبارت بودند از: دارا بودن مسکن شخصی، ویلا، خودرو، حمام در منزل، یخچال، تلویزیون، دستگاه ویدئو، ماشین رختشویی، ماشین ظرفشویی، مایکروویو، رایانه در منزل و دسترسی به اینترنت در منزل همراه با تعداد اتاق‌های منزل، نوع وسیله پخت و پز، نوع وسیله گرمازای مورد استفاده و نوع وسیله خنک کننده مورد استفاده. از داده‌های مزبور برای محاسبه «شاخص رفاهی خانوار» (Asset index) استفاده شد (روش اجرای مطالعه مزبور به شکل کامل‌تر در مقاله دیگری در همین شماره مجله شرح داده شده است.). مطالعه پایلوت بر اساس پروتکل استاندارد روی ۵۰ نفر انجام شد و پایایی به روش دوباره آزمایی (test-retest) مورد بررسی قرار گرفت.

چارچوب نمونه‌گیری در طرح یاد شده، اماکن مسکونی سرشماری اداره پست در سال ۱۳۸۰ بود. در مرحله اول، شهر تهران بر اساس مناطق ۸ گانه پستی به ۸ طبقه تقسیم و در مرحله بعدی ۳۰ سر خوشه به صورت تصادفی و متناسب با جمعیت هر یک از مناطق ۸گانه انتخاب شدند. پس از انتخاب سرخوشه‌ها، با مراجعه به هر یک از آنها، آدرس دقیق تمامی خانوارهای مورد مطالعه که ۷۰ خانوار در هر خوشه بود، شناسایی گردید و تمامی افراد خانوار به عنوان نمونه‌های طرح وارد مطالعه گردیدند. داده‌های مربوط به افراد بالای ۱۵سال که از طریق پرسشگری مستقیم از خود فرد به دست آمده بود، در این طرح مورد استفاده قرار گرفتند. داده‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

جمع‌آوری شده در بانک اطلاعاتی Access و با استفاده از نرم‌افزار ویژه‌ای که برای طرح تهیه شده بود، ذخیره گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS (ویرایش ۱۲) و STATA (ویرایش ۸) انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از مقایسه دامنه اطمینان ۹۵ درصد نسبت‌ها به همراه رگرسیون لجستیک استفاده گردید. در رگرسیون لجستیک، بکارگیری گیاه دارویی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و مقدار Adjusted Odds Ratio برای هر یک از متغیرهای مستقل همراه با دامنه اطمینان ۹۵ درصد گزارش گردید.

متغیرهای مستقل در این مدل عبارت بودند از: سن (بر اساس سال)، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، اشتغال درآمدزا، دارا بودن بیمه درمانی، استان محل سکونت غالب در طول عمر (تهران یا سایر استان‌ها)، سکونت غالب در طول عمر (در شهر یا روستا)، شاخص دارایی رفاهی خانوار و مذهب/قومیت (در مورد این متغیر، دو گروه شایع‌تر جمعیتی یعنی «فارس/شیعه» و «ترک/شیعه» به شکل گروه‌های مجزا در نظر گرفته شدند و سایر گروه‌ها به عنوان «اقلیت‌های قومی یا مذهبی» در یک گروه قرار گرفتند). برای محاسبه شاخص دارایی‌های رفاهی خانوار از روش Principal Component Analysis و فرمول زیر استفاده شد:

$$Ai = \Sigma k\ [fk(aik - ak) / sk]$$

که در آن، aik مقدار دارایی k ام برای خانوار i ام، ak و sk به ترتیب میانگین و انحراف معیار مقدار دارایی در نمونه است. سپس مقادیر Ai در نمونه رتبه بندی شد و افراد در دو دهک (Quintile)های ۱ تا ۵ قرار گرفتند.

داده‌های مورد نیاز ۶۱۴۸ نفر برای ارزیابی ارتباط بین استفاده از گیاهان دارویی و عوامل مختلف فردی، اقتصادی و اجتماعی کامل بود و در این میان، ۴۷۲۲ نفر دارای سن ۱۵ سال یا بیشتر بودند که اطلاعات مربوط به آنها در پردازش نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات زمینه‌ای افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

میانگین سنی این افراد، ۳۹/۳ سال با انحراف معیار ۱۷/۷ سال بود. در رابطه با استفاده از داروهای گیاهی/گیاهان دارویی، ۶۰/۴ درصد (۲۸۵۱ نفر) حداقل یک بار در طول عمر خود از آنها استفاده کرده بودند. سابقه بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی طی یک سال قبل از پرسشگری در ۴۹/۲ درصد از افراد و طی یک ماه قبل از پرسشگری در ۲۶/۳ درصد موارد، وجود داشت. ۱۸/۲ درصد از افراد، سابقه بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی را به منظور پیشگیری و ۴۳/۶ درصد از افراد، چنین سابقه‌ای را به منظور درمان بیماری‌ها (بدون استفاده همزمان از داروهای رایج طبی) گزارش نمودند. سابقه بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی در طول عمر، یک سال اخیر و یک ماه اخیر و همچنین استفاده جهت پیشگیری و یا درمان بیماری‌ها بدون همراهی طب رایج به تفکیک در هر یک از زیرگروه‌های متغیرهای جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی (شامل گروه سنی، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، داشتن شغل درآمدزا (زنان خانه‌دار، دانشجویان و دانش آموزان دارای شغل بدون درآمد هستند)، دارابودن بیمه درمانی، استان غالب محل سکونت (تهران یا غیر آن)، محل غالب سکونت (روستا یا شهر)، شاخص دارایی‌های رفاهی خانوار و قومیت) در جدول شماره ۲ نشان داده شده است . ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی با هر یک از متغیرهای وابسته «استفاده از داروهای گیاهی در طول عمر»، «استفاده طی یک سال اخیر»، «استفاده طی یک ماه اخیر»، «استفاده جهت پیشگیری و حفظ سلامت» و «استفاده جهت درمان بیماری‌ها بدون همراهی طب رایج» با کمک از مدل رگرسیون لجستیک مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۳). همانگونه که در جداول شماره ۲ و ۳ مشاهده می‌شود، بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی در گروه سنی ۴۰-۱۵ سال در طول عمر، طی یک ماه اخیر و به منظور پیشگیری، کمتر از سایر زیرگروه‌های سنی بود؛ با این وجود و در تحلیل چندمتغیری، بین سن و بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی ارتباطی مشاهده نشد.

بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی در مردان به شکل معنی‌داری کمتر از زنان بود (جدول شماره ۲)؛ این مسأله پس از تطبیق دادن سایر متغیرهای جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی همچنان قابل مشاهده بود (جدول شماره ۳).

از نظر وضعیت تأهل، افراد «هرگز ازدواج نکرده» نسبت به افراد «دارای همسر» یا افراد «همسر از دست داده به علت طلاق یا فوت» کمتر داروهای گیاهی/گیاهان دارویی را بکار گرفته بودند (جدول شماره ۲). این یافته پس از تطبیق سایر متغیرها نیز همچنان قابل مشاهده بود (جدول شماره ۳).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

با وجود تفاوت‌هایی که بین زیرگروه‌های مختلف تحصیلی از نظر بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی وجود داشت، روند فزاینده یا کاهنده خاصی در بکارگیری آنها، همگام با افزایش رده تحصیلی افراد مشاهده نشد (جداول شماره ۲ و ۳).

در زیرگروه‌های مختلف افراد از نظر وضعیت اشتغال، استان غالب محل سکونت، محل غالب سکونت (روستا یا شهر) و دارابودن بیمه، تفاوت ارزشمندی در بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی وجود نداشت. با افزیش دودهک (Quintile)های ۵ گانه شاخص دارایی‌های رفاهی خانوار، روند فزاینده یا کاهنده‌ای در بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی ملاحظه نشد؛ اما کمترین نسبت بکارگیری آنها (هم در مورد بکارگیری در سال و ماه اخیر و هم در مورد حداقل یکبار بکارگیری در طول عمر) در بالاترین و پایین ترین دودهک دیده شد.

بین اقلیت‌های قومی یا مذهبی با قومیت/مذاهب غالب ساکن شهر تهران نیز تفاوت ارزشمندی از نظر بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی وجود نداشت.

جدول شماره ۱- ویژگی‌های زمینه‌ای نمونه مورد مطالعه

	تعداد	درصد
سن (سال)		
۱۵-۴۰	۲۶۶۶	۵۶/۵
۴۱-۶۵	۱۵۶۸	۳۳/۲
>۶۵	۴۸۸	۱۰/۳
جنس		
مذکر	۱۸۷۱	۳۹/۶
مؤنث	۲۸۵۱	۶۰/۴
وضعیت تأهل		
دارای همسر	۲۹۰۳	۶۱/۷
فاقد همسر به علت فوت یا طلاق	۳۶۲	۷/۷
هرگز ازدواج نکرده	۱۴۴۱	۳۰/۶
تحصیلات		
بی‌سواد	۳۷۹	۸/۰
ابتدایی ناقص	۴۳۶	۹/۳
ابتدایی کامل و راهنمایی ناقص (۷-۵ سال)	۵۵۳	۱۱/۷
راهنمایی کامل یا دبیرستان ناقص (۱۱-۸ سال)	۷۲۱	۱۵/۳
پیش دانشگاهی یا دیپلم	۱۵۴۲	۳۲/۷
دانشگاهی	۱۰۸۲	۲۳/۰
شغل		
فاقد شغل درآمدزا	۲۸۹۴	۶۲/۱
دارای شغل درآمدزا	۱۷۶۳	۳۷/۹
بیمه		
فاقد بیمه درمانی	۱۴۲۷	۳۰/۳
دارای بیمه درمانی	۳۲۷۹	۶۹/۷
استان محل سکونت غالب		
تهران	۴۲۰۹	۸۹/۴
سایر استان‌ها	۴۹۹	۱۰/۶
محل سکونت غالب		
شهر	۴۶۳۴	۹۸/۷
روستا	۶۲	۱/۳
قومیت/مذهب		
فارس شیعه	۳۲۵۰	۶۹/۸
ترک شیعه	۱۱۴۹	۲۴/۷
سایر اقلیت‌های قومی/مذهبی	۲۶۰	۵/۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

جدول شماره ۲- استفاده از داروهای گیاهی در زیرگروه‌های مختلف سنی، جنسی، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت بیمه در ساکنین شهر تهران ×

	حداقل یکبار استفاده در طول عمر	استفاده در یکسال اخیر	استفاده در یکماه اخیر	استفاده جهت پیشگیری	استفاده جهت درمان بیماری‌ها به تنهایی
	درصد (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)	درصد (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)	درصد (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)	درصد (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)	درصد (دامنه اطمینان ۹۵ درصد)
سن (سال)					
۴۰-۱۵	۵۸/۹ (۵۷/۰ -۶۰/۷)	۴۸/۱ (۴۶/۲ -۵۰/۰)	۲۴/۱ (۲۲/۴ -۲۵/۷)	۱۶/۴ (۱۵/۰ -۱۷/۸)	۴۳/۴ (۴۱/۵ -۴۵/۲)
۶۵-۴۱	۶۳/۱ (۶۰/۷ -۶۵/۵)	۵۲/۰ (۴۹/۶ -۵۴/۵)	۲۹/۸ (۲۷/۶ -۳۲/۱)	۲۱/۵ (۱۹/۵ -۲۳/۵)	۴۵/۱ (۴۲/۶ -۴۷/۶)
۶۵<	۶۰/۰ (۵۵/۷ -۶۴/۴)	۴۵/۹ (۴۱/۵ -۵۰/۳)	۲۶/۸ (۲۲/۹ -۳۰/۸)	۱۷/۶ (۱۴/۲ -۲۱/۰)	۴۰/۶ (۳۶/۲ -۴۴/۹)
جنس					
مذکر	۶۵/۲ (۶۳/۴-۶۶/۹)	۵۳/۶ (۵۱/۸-۵۵/۴)	۳۰/۰ (۲۸/۳ -۳۱/۷)	۱۹/۴ (۱۷/۹-۲۰/۸)	۴۶/۹ (۴۵/۱-۴۸/۸)
مؤنث	۵۳/۱ (۵۰/۸-۵۵/۴)	۴۲/۵ (۴۰/۲-۴۴/۷)	۲۰/۶ (۱۸/۸ -۲۲/۴)	۱۶/۴ (۱۴/۷ -۱۸/۱)	۳۸/۶ (۳۶/۴ -۴۰/۸)
وضعیت تأهل					
دارای همسر	۶۴/۳ (۶۲/۵ -۶۶/۰)	۵۲/۶ (۵۰/۷ -۵۴/۴)	۲۹/۳ (۲۷/۶-۳۰/۹)	۲۰/۲ (۱۸/۸ -۲۱/۷)	۴۶/۸ (۴۵/۰-۴۸/۶)
فاقد همسر به علت فوت یا طلاق	۶۳/۳ (۵۸/۳ -۶۶/۲)	۵۰/۰ (۴۴/۸ -۵۵/۲)	۲۹/۸ (۲۵/۱ -۳۴/۵)	۱۷/۷ (۱۳/۷-۲۱/۶)	۴۲/۳ (۳۷/۲ -۴۷/۴)
هرگز ازدواج نکرده	۵۱/۹ (۴۹/۳-۵۴/۵)	۴۲/۰ (۳۹/۴ -۴۴/۵)	۱۹/۳ (۱۷/۳ -۲۱/۳)	۱۴/۲ (۱۲/۴-۱۶/۰)	۳۷/۷ (۳۵/۲ -۴۰/۲)
تحصیلات					
بی‌سواد	۵۹/۵ (۵۴/۶ -۶۴/۵)	۴۵/۲ (۴۰/۲ -۵۰/۳)	۲۸/۰ (۲۳/۵ -۳۲/۶)	۱۴/۰ (۱۰/۵-۱۷/۵)	۴۰/۲ (۳۵/۳ – ۴۵/۲)
ابتدایی ناقص	۶۰/۹ (۵۶/۳ -۶۵/۵)	۴۷/۶ (۴۲/۹ -۵۲/۳)	۲۳/۲ (۱۹/۳ -۲۷/۲)	۱۸/۹ (۱۵/۲ -۲۲/۵)	۴۷/۱ (۴۲/۴ -۵۱/۸)
ابتدایی کامل و راهنمایی ناقص (۷-۵ سال)	۶۱/۵ (۵۷/۴-۶۵/۵)	۴۹/۴ (۴۵/۲ -۵۳/۵)	۲۵/۷ (۲۲/۰ -۲۹/۳)	۱۹/۷ (۱۶/۴ -۲۳/۰)	۴۵/۹ (۴۱/۸ -۵۰/۱)
راهنمایی کامل یا دبیرستان ناقص (۱۱-۸ سال)	۵۶/۰ (۵۲/۴ -۵۹/۷)	۴۴/۲ (۴۰/۶ -۴۷/۹)	۲۳/۶ (۲۰/۵ -۲۶/۷)	۱۷/۸ (۱۵/۰ -۲۰/۵)	۴۱/۳ (۳۷/۷ -۴۴/۹)
پیش دانشگاهی یا دیپلم	۶۳/۴ (۶۱/۰ -۶۵/۸)	۵۳/۵ (۵۱/۰ -۵۶/۰)	۲۷/۸ (۲۵/۶ -۳۰/۱)	۱۸/۳ (۱۶/۴ -۲۰/۲)	۴۶/۰ (۴۳/۵ -۴۸/۵)
دانشگاهی	۵۸/۵ (۵۵/۶ -۶۱/۴)	۴۸/۲ (۴۵/۲ -۵۱/۱)	۲۶/۶ (۲۴/۰ -۲۹/۳)	۱۸/۹ (۱۶/۵ -۲۱/۲)	۴۰/۶ (۳۷/۶ -۴۳/۵)
شغل					
فاقد شغل درآمدزا	۶۲/۵ (۶۰/۸ -۶۴/۳)	۵۱/۱ (۴۹/۳ -۵۲/۹)	۲۷/۴ (۲۵/۸ -۲۹/۱)	۱۷/۹ (۱۶/۵ -۱۹/۳)	۴۵/۴ (۴۳/۶ -۴۷/۲)
دارای شغل درآمدزا	۴۷/۲ (۵۴/۸ -۵۹/۵)	۴۶/۳ (۴۳/۹ -۴۸/۶)	۲۴/۵ (۲۲/۵ -۲۶/۵)	۱۸/۷ (۱۶/۹ -۲۰/۶)	۴۱/۰ (۳۸/۷ -۴۳/۳)
بیمه					
فاقد بیمه درمانی	۵۹/۳ (۵۶/۷ -۶۱/۸)	۴۷/۹ (۴۵/۳ -۵۰/۵)	۲۴/۶ (۲۲/۴ -۲۶/۹)	۱۶/۸ (۱۴/۸ -۱۸/۷)	۴۴/۴ (۴۱/۸ -۴۷/۰)
دارای بیمه درمانی	۶۰/۹ (۵۹/۲ -۶۲/۶)	۴۹/۸ (۴۸/۱ -۵۱/۵)	۲۷/۰ (۲۵/۴ -۲۸/۵)	۱۸/۸ (۱۷/۵ -۲۰/۲)	۴۳/۳ (۴۱/۶ -۴۵/۰)
استان محل سکونت غالب					
تهران	۶۰/۴ (۵۸/۹ -۶۱/۹)	۴۹/۰ (۴۷/۵ -۵۰/۶)	۲۶/۰ (۲۴/۷ -۲۷/۳)	۱۸/۲ (۱۷/۰ -۱۹/۳)	۴۳/۷ (۴۲/۲ -۴۵/۲)
سایر استان‌ها	۶۰/۵ (۵۶/۳ -۶۴/۸)	۵۰/۴ (۴۶/۱ -۵۴/۷)	۲۸/۳ (۲۴/۴ -۳۲/۲)	۱۸/۶ (۱۵/۲ -۲۱/۹)	۴۳/۲ (۳۸/۹ -۴۷/۵)
محل سکونت غالب					
شهر	۵۹/۷ (۴۷/۵ -۷۱/۹)	۴۹/۲ (۴۷/۸ -۵۰/۶)	۲۶/۲ (۲۵/۰ -۲۷/۵)	۱۸/۲ (۱۷/۱ -۱۹/۳)	۴۳/۸ (۴۲/۴ -۴۵/۲)
روستا	۶۰/۴ (۵۹/۰ -۶۱/۹)	۵۰/۰ (۳۷/۶ -۶۲/۴)	۳۳/۹ (۲۲/۱ -۴۵/۷)	۱۶/۱ (۷/۰ -۲۵/۳)	۳۰/۶ (۱۹/۲ -۴۲/۱)
شاخص دارایی رفاهی خانوار					
۲۰ درصد اول (فقیرترین)	۵۷/۳ (۵۳/۹ -۶۰/۷)	۴۵/۱ (۴۱/۶ -۴۸/۵)	۲۱/۲ (۱۸/۴ -۲۴/۱)	۱۵/۶ (۱۳/۱ -۱۸/۱)	۴۳/۱ (۳۹/۷-۴۶/۵)
۲۰ درصد دوم	۶۳/۴ (۶۰/۱ -۶۶/۷)	۵۰/۲ (۴۶/۸ -۵۳/۶)	۲۸/۰ (۲۴/۹ -۳۱/۱)	۱۷/۸ (۱۵/۲ -۲۰/۴)	۴۶/۹ (۴۳/۵ -۵۰/۳)
۲۰ درصد سوم	۶۰/۹ (۵۷/۶ -۶۴/۱)	۴۹/۸ (۴۶/۴ -۵۳/۱)	۲۷/۰ (۲۴/۰ -۲۹/۹)	۲۰/۵ (۱۷/۸ -۲۳/۲)	۴۳/۹ (۴۰/۶-۴۷/۲)
۲۰ درصد چهارم	۶۱/۰ (۵۷/۸ -۶۴/۳)	۵۱/۰ (۴۷/۷ -۵۴/۴)	۲۸/۵ (۲۵/۵-۳۱/۶)	۱۹/۰ (۱۶/۴-۲۱/۶)	۴۲/۰ (۳۸/۷-۴۵/۳)
۲۰ درصد پنجم (غنی)	۵۶/۸ (۵۳/۵ -۶۰/۰)	۴۸/۰ (۴۴/۷ -۵۱/۲)	۲۴/۲ (۲۱/۴ -۲۷/۰)	۱۷/۳ (۱۴/۸-۱۹/۷)	۴۲/۱ (۳۸/۹ -۴۵/۳)
قومیت/مذهب					
فارس شیعه	۶۰/۹ (۵۹/۲ -۶۲/۵)	۴۹/۳ (۴۷/۶ -۵۱/۰)	۲۶/۰ (۲۴/۵ -۲۷/۵)	۱۸/۹ (۱۷/۶ -۲۰/۳)	۴۲/۸ (۴۱/۱ -۴۴/۵)
ترک شیعه	۶۰/۲ (۵۷/۴ -۶۳/۱)	۵۰/۲ (۴۷/۳ -۵۳/۱)	۲۷/۹ (۲۵/۳ -۳۰/۵)	۱۶/۹ (۱۴/۷ -۱۹/۱)	۴۶/۹ (۴۴/۰ -۴۹/۸)
سایر اقلیت‌های قومی/مذهبی	۵۶/۵ (۵۰/۵ -۶۲/۶)	۴۵/۰ (۳۹/۰ -۵۱/۰)	۲۲/۷ (۱۷/۶ -۲۷/۸)	۱۶/۲ (۱۱/۷ -۲۰/۶)	۴۳/۱ (۳۷/۱ -۴۹/۱)

× توضیح آن که در تمامی مواردی که دامنه اطمینان ۹۵ درصد مربوط به دو طبقه از یک عامل با یکدیگر همپوشانی ندارند، P value مربوط به فرض صفر برابری آنها کوچکتر از ۰/۰۵ است و تفاوت آماری ارزشمندی دارند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

جدول شماره ۳- ارتباط عوامل جمعیت شناختی و اقتصادی ـ اجتماعی با بکارگیری گیاهان دارویی/داروهای گیاهی در ساکنین شهر تهران*

	حداقل یکبار استفاده در طول عمر		استفاده در یکسال اخیر		استفاده در یکماه اخیر		استفاده جهت پیشگیری		استفاده جهت درمان بیماری‌ها به تنهایی	
	OR[1]	95%CI[2]	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
سن (به ازای هر ۱۰ سال افزایش سن)	۰/۹۹	۰/۹۴ -۱/۰۵	۰/۹۹	۰/۹۴ -۱/۰۵	۱/۰۴	۰/۹۸ -۱/۱۱	۱/۰۵	۰/۹۸ -۱/۱۲	۰/۹۷	۰/۹۲ -۱/۰۳
جنس										
مؤنث	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
مذکر	۰/۶۸	۰/۵۷-۰/۸۰	۰/۶۸	۰/۵۷-۰/۸۰	۰/۶۲	۰/۵۱-۰/۷۶	۰/۷۵	۰/۶۰-۰/۹۴	۰/۷۶	۰/۶۴ -۰/۹۰
وضعیت تأهل										
دارای همسر	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
فاقد همسر به علت فوت یا طلاق	۰/۹۵	۰/۷۳-۱/۲۳	۰/۹۵	۰/۷۴-۱/۲۲	۱/۰۵	۰/۸۰-۱/۳۸	۰/۹۴	۰/۶۸ -۱/۳۰	۰/۸۶	۰/۶۷-۱/۱۱
هرگز ازدواج نکرده	۰/۶۱	۰/۵۱-۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۵۶-۰/۸۲	۰/۶۴	۰/۵۱-۰/۸۰	۰/۷۴	۰/۵۸-۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۵۶-۰/۸۲
تحصیلات										
بی‌سواد	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
ابتدایی ناقص	۱/۰۲	۰/۷۴-۱/۴۱	۱/۰۴	۰/۷۶-۱/۴۱	۰/۷۵	۰/۵۲-۱/۰۸	۱/۲۸	۰/۸۴ -۱/۵۹	۱/۲۶	۰/۹۲-۱/۷۲
ابتدایی کامل و راهنمایی ناقص (۷-۵ سال)	۱/۱۵	۰/۸۴-۱/۵۷	۱/۲۳	۰/۹۱-۱/۶۷	۱/۰۱	۰/۷۲-۱/۴۲	۱/۵۶	۱/۰۴ -۲/۳۴	۱/۲۵	۰/۹۲-۱/۷۰
راهنمایی کامل یا دبیرستان ناقص (۱۱-۸ سال)	۱/۰۴	۰/۷۵-۱/۴۳	۱/۰۸	۰/۷۹-۱/۴۹	۱/۱۱	۰/۷۸-۱/۵۹	۱/۶۰	۱/۰۵-۲/۴۵	۱/۱۰	۰/۸۰-۱/۵۱
پیش دانشگاهی یا دیپلم	۱/۴۰	۱/۰۳-۱/۹۰	۱/۵۲	۱/۱۳-۲/۰۵	۱/۲۲	۰/۸۷-۱/۷۰	۱/۴۸	۰/۹۹-۲/۲۱	۱/۳۰	۰/۹۷-۱/۷۶
دانشگاهی	۱/۲۶	۰/۹۱-۱/۷۵	۱/۲۵	۰/۹۱-۱/۷۳	۱/۲۱	۰/۸۴-۱/۷۴	۱/۵۷	۱/۰۲-۲/۴۲	۱/۱۶	۰/۸۴-۱/۶۱
شغل										
فاقد شغل درآمدزا	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
دارای شغل درآمدزا	۰/۹۳	۰/۷۸-۱/۱۱	۰/۹۷	۰/۸۱-۱/۱۵	۱/۰۴	۰/۸۵-۱/۲۸	۱/۱۶	۰/۹۳-۱/۴۶	۰/۹۶	۰/۸۰ -۱/۱۴
بیمه										
فاقد بیمه درمانی	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
دارای بیمه درمانی	۰/۹۶	۰/۸۳-۱/۱۰	۰/۹۶	۰/۸۴-۱/۱۱	۰/۹۵	۰/۸۱-۱/۱۱	۱/۰۳	۰/۸۶ -۱/۲۳	۰/۹۲	۰/۸۰ -۱/۰۶
استان محل سکونت غالب										
سایر استان‌ها	۱/۰۹	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
تهران	۱	۰/۸۸-۱/۳۷	۱/۰۳	۰/۸۳-۱/۲۸	۱/۰۴	۰/۸۱-۱/۳۳	۱/۰۲	۰/۷۷-۱/۳۵	۱/۱۴	۰/۹۲-۱/۴۲
محل سکونت غالب										
روستا	۰/۹۹	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
شهر	۱	۰/۵۶-۱/۷۶	۰/۹۷	۰/۵۵-۱/۶۹	۰/۶۳	۰/۳۵-۱/۱۴	۱/۲۰	۰/۵۵-۲/۶۴	۱/۹۷	۱/۰۷ -۳/۶۲
شاخص دارایی رفاهی خانوار										
۲۰ درصد اول (فقیرترین)	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
۲۰ درصد دوم	۰/۹۰	۰/۷۲-۱/۱۲	۰/۸۲	۰/۶۶-۱/۰۲	۰/۶۷	۰/۵۲-۰/۸۵	۰/۸۹	۰/۶۷-۱/۱۷	۱/۰۹	۰/۸۸ -۱/۳۵
۲۰ درصد سوم	۰/۹۷	۰/۷۹-۱/۱۹	۰/۹۵	۰/۷۸-۱/۱۵	۰/۹۰	۰/۷۲-۱/۱۲	۱/۱۳	۰/۸۸-۱/۴۴	۱/۰۷	۰/۸۸ -۱/۳۰
۲۰ درصد چهارم	۱/۰۹	۰/۸۸-۱/۳۴	۰/۹۵	۰/۷۸-۱/۱۶	۰/۹۵	۰/۷۶-۱/۱۹	۰/۹۳	۰/۷۲-۱/۲۰	۱/۲۲	۱/۰۰ -۱/۵۰
۲۰ درصد پنجم (غنی)	۰/۸۱	۰/۶۷-۰/۹۹	۰/۸۷	۰/۷۲-۱/۰۶	۰/۷۸	۰/۶۳-۰/۹۸	۰/۸۷	۰/۶۸-۱/۱۲	۱/۰۲	۰/۸۴ -۱/۲۴
قومیت/مذهب										
فارس شیعه	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع	۱	گروه مرجع
ترک شیعه	۰/۹۳	۰/۸۰-۱/۰۸	۱/۰۱	۰/۸۸-۱/۱۷	۱/۱۲	۰/۹۵-۱/۳۲	۰/۸۷	۰/۷۱-۱/۰۵	۱/۱۱	۰/۹۶ -۱/۲۹
سایر اقلیت‌های قومی/مذهبی	۰/۸۰	۰/۶۱-۱/۰۶	۰/۸۴	۰/۶۳-۱/۱۰	۰/۸۶	۰/۶۲-۱/۱۹	۰/۷۷	۰/۵۳-۱/۱۱	۰/۹۹	۰/۷۵-۱/۳۰

* توضیح آن که در تمامی مواردی که دامنه اطمینان ۹۵ درصد مربوط به یک Odds Ratio عدد یک (۱/۰) را در بر نمی‌گیرد، P value کوچکتر از ۰/۰۵ است و از نظر آماری با گروه مرجع همان عامل تفاوت دارد.

[1] Odds Ratio
[2] 95 percent confidence interval

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

بحث و نتیجه گیری

در ایـــن مطالعـــه، ارتبـــاط عوامـــل جمعیـــت شـــناختی و اقتصادی ـ اجتماعی با بکارگیری داروهای گیـاهی/گیاهـان دارویـی مورد ارزیابی قرار گرفت. در تحلیل دومتغیره، اسـتفاده از داروهـای گیاهی/گیاهان دارویی (هم در طول عمـر و هـم در یکـسال و یـک هفته اخیر) در گروه سنی ۱۵ تا ۴۰ سال به نحو معنی‌داری کمتر از سایر گروه‌هـا بـود. ایـن در حـالی اسـت کـه در مطالعـات Gray و Lafferty نشان داده شده است که افراد جوان‌تر و میانسال بیـشتر از روش‌های طـب مکمـل/جـایگزین اسـتفاده مـی‌کننـد [۸، ۹]. در مطالعه Kessler نیز که به مقایسه سه همگروه سنی پرداخته است، بکارگیری روش‌های طب مکمـل/جـایگزین در همگـروه‌هـای سـنی جوان‌تر بیشتر از میانسالان و در همگروه اخیر بیشتر از افراد مـسن بوده است[۱]. البته باید توجه داشت که در تمـامی ایـن مطالعـات، بکارگیری طیفی از روش‌های طب مکمل/جایگزین مورد پرسش قرار گرفته است و استفاده از این روش‌ها (به ویژه در کـشورهای غربـی) به اندازه استفاده از داروهای گیاهی/گیاهان دارویی در ایران، جنبـه سنتی ندارد.

در مطالعه حاضر، زنان به طـور کلـی بیـشتر از مـردان داروهـای گیاهی/گیاهان دارویـی را بکـار گرفتـه بودنـد. ایـن مـسأله هـم در استفاده حداقل یک بار در طول عمـر و هـم در بکـارگیری آنهـا در یکـسال و یـک مـاه اخیـر مـشاهده گردیـد. Canboy ، Honda و Lafferty در تحقیقاتی جداگانـه در ایـالات متحـده، بـالاتر بـودن اسـتفاده از روش‌هـای طـب مکمـل ـ جـایگزین را در زنـان نـشان دادند[۴، ۵، ۹]. در طرح Kim و همکاران که روی بیماران مبتلا به صرع در کره انجام شد، مردان بیش از زنان از روش‌های طب مکمل ـ جایگزین استفاده کرده بودند[۱۰].

افراد هرگز ازدواج نکرده، به طـور کلـی کمتـر از افـراد متأهـل از داروهای گیاهی/گیاهان دارویی استفاده کرده بودند. این یافته حتی پس از تطبیق دادن سن (و سایر عوامل) نیز همچنان باقی ماند. این در حـالی اسـت کـه در مطالعـات Honda، Kim و Singh ارتبـاط ارزشـمندی بـین وضـعیت تأهـل و بکـارگیری روش‌هـای طـب مکمل/جایگزین یافت نشد[۴، ۱۰، ۱۱].

در تحلیـل چنـد متغیـره، رده تحـصیلی افـراد، ارتبـاط آمـاری ارزشمندی با بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی نداشـت. بـا این وجود مقدار Odds ratio هم در مورد استفاده لااقل یـک بـار و هم در استفاده یکسال و یک ماه اخیر در تمام زیرگـروه‌هـای دارای تحصیلات بالاتر (به جز یک مورد)، نسبت به افراد بی‌سـواد بـیش از ۱ بود. در مطالعات Honda، Conboy و Ni بکـارگیری روش‌هـای طب مکمل/جایگزین در افراد دارای تحصیلات بالاتر، بیشتر بـود[۴، ۵، ۷]، در حالی که در مطالعات Kim و Singh ارتبـاطی مـشاهده نشد[۱۰، ۱۱].

هیچ یک از متغیرهـای نـشان‌دهنـده وضـعیت اقتـصادی شـامل اشتغال فرد به شغل درآمدزا و شاخص دارایی‌هـای رفـاهی خـانوار، ارتباط ارزشمندی با بکـارگیری داروهـای گیـاهی/گیاهـان دارویـی نداشتند. در مطالعه Singh نیز، ارتبـاطی بـین وضـعیت اقتـصادی افـراد و اسـتفاده آنـان از روش‌هـای طـب مکمـل/جـایگزین یافـت نشد[۱۱]؛ در حالی کـه مطالعـات Gray و Kim نـشان دادنـد کـه بکارگیری این روش‌ها در گروه‌های دارای وضـعیت اقتـصادی بهتـر، بیشتر است[۸، ۱۰]. کمتر بودن بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهـان دارویی در پایین‌ترین و بـالاترین دو دهـک نمونـه از نظـر شـاخص دارایی‌های رفـاهی خـانوار، ممکـن اسـت ناشـی از عـدم دسترسـی اقتصادی در پایین‌ترین دو دهک و دسترسی آسـان‌تـر بـالاترین دو دهک به سایر روش‌های مراقبتی باشد. از سوی دیگـر بایـد بـه یـاد داشت کـه داروهـای گیـاهی/گیاهـان دارویـی در ایـران عمـدتاً در بیماری‌های سرپایی (که به طور معمول هزینه‌های کمتری را بـرای مراقبت نیاز دارند) به کار می‌روند و همین امر می‌تواند توجیه کنـد که چرا بکارگیری آنها چندان تابع وضعیت اقتصادی افراد نیست.

دارا بودن بیمه درمانی در مطالعه Ni نیـز ماننـد مطالعـه حاضـر، ارتباطی با بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهـان دارویـی نداشـت[۷]. مطالعه Lafferty نشان داد که بین نوع استفاده از خدمات درمـانی و بکارگیری روش‌های طب مکمل/جـایگزین رابطـه وجـود دارد؛ بـه نحـوی کـه افـراد تحـت پوشـش Preferred Provider Organizations (PPOs) بـیش از افـراد تحـت پوشـش Health Maintenance Organizations (HMOs) از روش‌های طب مکمل/جایگزین استفاده کرده بودند[۹]. مطالعـه Ritchie نیـز نشان داد که موانع درک شده افراد در زمینه بکارگیری خدمات طب رایج با بکارگیری بیشتر روش‌های طب مکمـل/جـایگزین (از جملـه داروهای گیاهی) همراه است و قرار نداشتن تحت پوشـش بیمـه، از جمله این موانع درک شده به شمار می‌رود[۶].

در این مطالعه، اقلیـت‌هـای قـومی یـا مـذهبی، اخـتلاف آمـاری ارزشمندی با گروه‌های شایع‌تر قومی/مذهبی کشور (فارس/شـیعه و ترک/شیعه) در بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی نداشـتند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]

Struthers در مطالعه مروری خود تصریح کرده که از مجموع ۲۶ مقاله‌ای که ارتباط قومیت/نژاد را با بکارگیری روش‌های طب مکمل/جایگزین بررسی کرده‌اند، ۱۹ مقاله نشان‌دهنده بیشتر بودن بکارگیری آنها در اقلیت‌های قومی/نژادی بوده‌اند[۱۲].

بر اساس یافته‌های این مطالعه، بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی در سنین بالاتر، زنان و افراد متأهل در ساکنین شهر تهران بیشتر است. همگی این عوامل به طور کلی نیز با استفاده بیشتر از مراقبت‌های طب رایج در کشور همراهی دارند[۱۳]. اما عواملی نظیر تحصیلات افراد، قرار داشتن تحت پوشش بیمه‌های درمانی و وضعیت اقتصادی آنان با وجود ارتباطی که با بهره مندی از مراقبت‌های طب رایج دارند، با بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی مرتبط نیستند.

به نظر می‌رسد الگوی کنونی بکارگیری داروهای گیاهی/گیاهان دارویی، تابعی از الگوی عمومی بکارگیری مراقبت‌های سلامت در جمعیت است؛ اما در شرایط فعلی به نظر نمی‌رسد تابع قرار داشتن افراد تحت پوشش بیمه ها، وضعیت تحصیلی و شرایط اقتصادی آنها باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از جناب آقای دکتر سید آرش طهرانی بنی هاشمی، مجری و همکاران ایشان که اجرای طرح «بررسی فراوانی بکارگیری روش‌های طب سنتی و مکمل در ساکنین شهر تهران» را بر عهده داشته و امکان استفاده از داده‌های طرح مزبور را فراهم کردند، تشکر می‌نمایند.

منابع

1- Kessler RC, Davis RB, Foster DF, Rompay MIV, Walters EE, Wilkey SA, et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies an the United States. Annals of Internal Medicine 2001; 135: 262-68

2- World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy: 2002-2005, WHO/ EDM/TRM/2002.1

۳- صدیقی ژیلا، مفتون فرزانه، مشرفی مهوش، آگاهی و بینش نسبت به طب مکمل و میزان استفاده از این خدمات در جمعیت شهر تهران، پایش، ۱۳۸۳، ۳، ۲۸۹-۲۷۹

4- Honda K, Jacobson JS. Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies, and social support. Preventive Medicine 2005; 40: 46-53

5- Conboy L, Patel S, Kaptchuk TJ, Gottlieb B, Eisenberg D, Acevedo-Garcia D. Sociodemographic determinants of the utilization of specific types of complementary and alternative medicine: an analysis based on a nationally representative survey sample. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2005; 11: 977-94

6- Ritchie CS, Gohmann SF, McKinney WP. Does use of CAM for specific health problems increase with reduced access to care? Journal of Medical Systems 2005; 29: 143-53

7- Ni H, Simile C, Hardy AM. Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey. Medical Care 2002; 40: 353-8

8- Gray CM, Tan AW, Pronk NP, O'Connor PJ. Complementary and alternative medicine use among health plan members. A cross-sectional survey. Effective Clinical Practice 2002; 5: 17-22

9- Lafferty WE, Tyree PT, Bellas AS, Watts CA, Lind BK, Sherman KJ, et al. Insurance coverage and subsequent utilization of complementary and alternative medicine providers. The American Journal of Managed Care 2006; 12: 397-404

10- Kim IJ, Kang JK, Lee SA. Factors contributing to the use of complementary and alternative medicine by people with epilepsy. Epilepsy Behavior 2006; 8: 620-4

11- Singh V, Raidoo DM, Harries CS. The prevalence, patterns of usage and people's attitude towards complementary and alternative medicine (CAM) among the Indian community in Chatsworth, South Africa. BMC Complementary and Alternative Medicine 2004; 4: 3

12- Struthers R, Nichols LA. Utilization of complementary and alternative medicine among racial and ethnic minority populations: implications for reducing health disparities. Annual of Review Nursing Research 2004; 22: 285-313

۱۳- نقوی محسن، بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران، چاپ اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.4.1.1]