نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، زمستان ۱۴۰۱، شماره چهارم، صفحات ۶۴۶ تا ۶۵۴

مروری

# مدل‌سازی تعاملی عوامل مؤثر بر تقاضای مصرف‌کنندگان برای طب سنتی-ایرانی

زهرا صادقی‌آرانی[۱*]، محسن نیازی[۲]، زهرا باقری‌محمدی[۳]

۱. *نویسنده مسئول: استادیار، دانشکده علوم مالی، مدیریت و کارآفرینی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، SadeqiArani@kashanu.ac.ir
۲. استاد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۲

## چکیده

**زمینه و هدف:** در سال‌های اخیر تقاضا برای طب سنتی در سراسر جهان افزایش یافته است؛ اما هنوز پژوهش جامعی که به بررسی چرایی این استقبال بپردازد صورت نگرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی دلایل تقاضا به طب سنتی-ایرانی و ارائه مدل تعاملی از این دلایل انجام شده است.

**روش**: با استفاده از مرور ادبیات تحقیق، عوامل کلیدی مؤثر بر طب سنتی-ایرانی، شناسایی و سپس با استفاده از رویکرد مدل ساختاری-تفسیری روابط بین این عوامل ترسیم شد. در نهایت نیز با استفاده از تحلیل میک‌مک این عوامل کلیدی در چهار دسته مستقل (کلیدی)، پیوندی، خودمختار و وابسته طبقه‌بندی شده است.

**یافته‌ها**: در بررسی ادبیات تحقیق ۱۷ متغیر مؤثر بر تقاضای مصرف‌کنندگان به طب سنتی-ایرانی شناسایی شد. همچنین نتایج مدل‌سازی تعاملی این عوامل حاکی از آن است که «عوارض جانبی کمتر طب سنتی-ایرانی، طبیعی بودن داروهای گیاهی طب سنتی-ایرانی، دسترسی آسان به داروها و ابزارهای طب سنتی، تولید آسان‌تر داروها و ابزارهای طب سنتی و خطرات زیست محیطی کمتر داروهای طب سنتی قدمت بیشتر طب سنتی و باورهای دینی» عوامل کلیدی تقاضا برای طب مکمل است که این مؤلفه‌ها بر سایر مؤلفه‌های محرک تقاضای طب سنتی-ایرانی اثر می‌گذارد. درنهایت نیز این مؤلفه‌ها سازنده‌ی «نگرش مثبت و اعتماد عمومی» و «پذیرش فرهنگی اجتماعی این نوع درمان» است که خود منجر به ایجاد «قوانین و مقرات حامی طب سنتی-ایرانی» می‌شود.

**نتیجه‌گیری**: تعیین روابط بین متغیرها و نوع متغیرها می‌تواند به درک بهتر موضوع و اتخاذ تصمیمات مناسبی در مسئله عوامل مؤثر بر تقاضای طبی سنتی-ایرانی منجر شود و راهبردهای تولید و بازاریابی برای این طب را جهت‌دهی کند.

**کلیدواژه‌ها:** پزشکی ایرانی، پزشکی سنتی، درمان‌های مکمل، مدل ساختاری-تفسیری

## مقدمه

در سال‌های اخیر تقاضا برای طب سنتی-ایرانی، مکمل یا سنتی در ایران و سراسر جهان افزایش یافته است (۱ و ۲) طب سنتی مجموعه‌ای از شناخت و فعالیت علمی بیان‌پذیر و یا بیان نشدنی در زمینه تشخیص، پیشگیری و استقرار توازن جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است:(۳) تکیه‌گاه طب سنتی-ایرانی بیشتر بر روی مواد عملی، مشاهدات شفاهی و نوشته‌ها و کتاب‌هایی است که از یک نسل به نسل دیگر رسیده است. به عبارت دیگر، طب سنتی-ایرانی به معنای سنت‌های درمانی است که از یک مکان جغرافیایی خاص و یا گروه بومی منشأ گرفته‌اند و می‌توانند توسط اجتماع‌های دیگر در مکان‌های دیگر پذیرفته یا اصلاح شوند (۴) در دوره‌ی رنسانس و در قرن یازدهم قمری/هفدهم میلادی در مشرق زمین، به‌رغم گسترش سریع آموزش پزشکی غربی، هنوز طب سنتی تدریس و به آن عمل می‌شد. این مکتب پزشکی ارتباط نزدیکی با سایر علوم و به خصوص فلسفه داشت؛ ارتباط میان حکیم وطبیب آنچنان زیاد است که فیلسوف و پزشک هر دو را با نام حکیم می‌خواندند و هنوز هم در بسیاری از نواحی رواج دارد (۵).

اهمیت دانش‌های بومی طب و داروسازی فقط به این جنبه درمانی آن محدود نمی‌شود؛ بلکه افزایش استفاده آگاهانه و حفاظت از دانش بومی گیاهان، باعث بهبود استانداردهای زندگی مردم به‌ویژه افراد دهک‌های اقتصادی پایین می‌شود و می‌تواند به عنوان منبع جایگزین درآمد اقتصادی برای جمعیت‌های غیرشهری تلقی شود (۶) طب سنتی-ایرانی، یک مکتب



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]
[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]

طبی کامل و پویا است که جهان را به عنوان نظام احسن آفریده خالق یکتا می‌داند (۷) و پزشک را از بابت تسلط و احاطه‌اش به امور مختلف و درک صحیح از نظام هستی حکیم نامیده است. پویایی مکتب طب سنتی-ایرانی به خاطر وجود مبانی اجتهادی محکم و قدرتمندی است که همواره قادر است بسیاری مشکلات و معضلات بهداشتی درمانی را حل کند (۸).

طب سنتی در ایران به دو قسمت طب نظری وطب عملی طبقه‌بندی می‌شود. در طب نظری تمامی امور و مطالبی که برای تشخیص ضروری است، مورد بررسی قرار می‌گیرد و در طب عملی با علم تدابیر، مسائل مربوط به روش‌های مختلف درمانی مانند رژیم غذایی، دارو، حرکت‌های بدنی، مسائل فکری و روانی کلیه مطالب لازم برای درمان مورد بحث قرار می‌گیرد (۹).

طب سنتی-ایرانی، طبی است که به عوارض جسم و روح پرداخته و در مورد هر دو گفت‌وگو می‌کند؛ زیرا انسان‌ها مرکب از دو بعد جسم و روح هستند و سلامتی و بیماری هر یک بر دیگری مؤثر است و انسان سالم آن است که از هر دو جهت سلامتی داشته باشد. از نظر آموزه‌های دینی اسلام کسی می‌تواند طبیب واقعی باشد و مردمان را معالجه کند که هم طبیب جسم و هم طبیب روح باشد (۱۰). از این رو، مهم‌ترین تفاوت دیدگاه مکتب طب ایرانی-سنتی، با طب رایج غربی، آن است که در مکتب طب سنتی، اعتقاد به وجود ساختاری هوشمند تحت عنوان قوه مدبره یا طبیعت در بدن انسان به‌عنوان نشانه قدرت پروردگار ملاحظه می‌شود(۱۱).

به‌رغم قدمت طب سنتی در ایران و جهان، بررسی‌های پژوهشگران حاکی از آن است که دلایل استقبال از این نوع طب در ادبیات پژوهشی و علمی بسیار مغفول مانده است. برخی از تحقیقات دلیل افزایش رویکرد به این طب را نارضایتی مردم از سیستم‌های مراقبتی ذکر می‌کنند (۱۲)؛ علاوه بر این اکثر روش‌های غیردارویی و مکمل دارای عوارض جانبی و مضرات کمتری هستند و به تنهایی یا همراه با سایر روش‌های دیگر قابل استفاده هستند. تخمین زده می‌شود که یک نفر از هر سه نفر در برهه‌ای از زمان از طب سنتی برای ناخوشی معمول خود نظیر: کمردرد، سردرد، اضطراب و افسردگی استفاده می‌کنند (۱۳). در واقع هنوز یک سوم جمعیت جهان به داروهای جدید دسترسی ندارند؛ بنابراین نیاز به بهبود دسترسی و قیمت مناسب خدمات اولیه‌ی سلامت و درمان به شدت احساس می‌شود. برای حصول این مهم، سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) استفاده از روش‌های طب مکمل (Complementary medicine) را در نظام بهداشت ملی همه اعضا توصیه می‌کند (۱۴).

در مطالعه مرادی لاکه (۱۵) با عنوان روند گرایش به طب سنتی و مکمل جایگزین در تحقیقات پایان‌نامه‌ای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۵، روند گرایش موضوع پایان‌نامه‌های دوره‌های پزشکی عمومی و تخصصی نسبت به طب سنتی و مکمل طی یک دوره ۱۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت. روند تغییرات در طول سال‌های مذکور نشان‌دهنده‌ی گرایش فزاینده نسبت به تحقیق در زمینه طب سنتی و مکمل است. بهرامی طاقانکی و همکاران(۱۲) در بررسی روند گرایش به موضوع طب مکمل و جایگزین در پایان نامه‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهدطی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۵ دریافتند از مجموع کل ۷۸۵۸ عنوان پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۴۱۸ عنوان آن مربوط به طب سنتی/مکمل/ جایگزین بود یعنی به ازای هر ۱۹ عنوان پایان‌نامه یک عنوان پایان‌نامه مربوط به طب سنتی /مکمل/ جایگزین بوده است. نتایج مطالعات دی جون (Dejun) و همکاران(۲)، در مورد بررسی روند گرایش به طب مکمل و جایگزین طی سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۷ در آمریکا نشان داد استفاده از طب مکمل و جایگزین به ویژه در زمینه استفاده از ماساژ درمانی و طب سنتی در امریکا رشد کرده است. این افزایش بهره‌گیری از طب مکمل و جایگزین در میان اقلیت‌های سفید پوست غیراسپانیایی دیده شده است. دلایل استفاده از طب مکمل وجایگزین در هر دو سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۷ عدم پاسخگویی روش‌های درمانی طب رایج به نیازهای درمانی آن‌ها و هزینه‌ی بالای درمان در طب رایج ذکر شده است. موسالی (Moussally) و همکاران (۱۶)، در کانادا شیوع مصرف گیاهان دارویی را روی ۳۳۵۴ زن باردار مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق بیانگر این است که ۶۹ درصد از این زنان در طول دوران بارداری از طب مکمل و گیاهان دارویی استفاده کرده‌اند. این پژوهش همچین نشان داده است، افرادی که در دوران بارداری از شیوه‌های درمانی طب مکمل و جایگزین استفاده کرده‌اند، قبل از بارداری نیز از این شیوه‌ها استفاده می‌کردند.

باوجود استقبال و گسترش طب سنتی-ایرانی و سنتی در سراسر جهان؛ اما هنوز پژوهش جامعی که به بررسی چرایی این استقبال بپردازد صورت نگرفته است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی دلایل تقاضای مصرف‌کنندگان برای طب مکمل و سنتی و ارائه مدل تعاملی از این دلایل انجام شده است. براساس سؤالات پژوهشی که این تحقیق در صدد پاسخگویی به آن است به صورت زیر خواهد بود:

- چه عواملی بر تقاضای مصرف‌کنندگان برای طب سنتی-ایرانی تأثیرگذار است؟
- مدل تعاملی عوامل مؤثر بر تقاضای مصرف‌کنندگان برای طب سنتی-ایرانی براساس روش مدل‌سازی ساختاری (Interpretive structure modeling) تفسیری چگونه است؟

## روش

در مرحله اول این مطالعه، با استفاده از روش مرور نظام‌مند (Systematic review) دلایل گرایش و تقاضا به طب سنتی-ایرانی شناسایی شد. در این مرحله از استفاده از دستورالعمل پریسما (PRISMA) استفاده شد که براساس آن پایگاه‌های معتبر فارسی شامل پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی(SID) نورمگز (Noormags) و مَگایران (Magiran) و پایگاه‌های معتبر انگلیسی شامل Scopus، Science Direct و Emerald و



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]
[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]

موتورجستجوی گوگل اسکولار جستجو شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمام مقالات چاپ شده در مجلات به زبان فارسی و انگلیسی مرتبط با دلایل و عوامل مؤثر بر گرایش به طب سنتی-ایرانی بوده که در بازه زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۱ منتشر شدند. در این پژوهش ۱۰۵ مقاله بازیابی و مقاله‌های تکراری حذف شد. سپس عناوین و چکیده تمامی مقالات بررسی شدند. معیار خروج مقاله‌ها بر اساس عدم ارتباط با موضوع پژوهش و عدم دریافت امتیاز لازم بر اساس چک‌لیست کسپ (CASP) بوده که در نهایت ۲۲ مقاله مرتبط با موضوع انتخاب شد (جدول ۱).

**جدول ۱- عوامل مؤثر بر تقاضا و گرایش مصرف‌کنندگان به طب سنتی-ایرانی**

| عوامل | شرح و تعریف | منبع |
|---|---|---|
| عوارض جانبی کمتر طب سنتی-ایرانی | به دلیل اثرات جانبی و مخرب برخی از داروهای شیمیایی، بسیاری از بیماران امروزه برای درمان به طب سنتی-ایرانی و گیاه درمانی روی آورده‌اند؛ با انتخاب صحیح گیاهان برای بیمار، یک دوره مفید معالجه بیماری می‌تواند با کمترین خطرات نسبت به داروهای شیمیایی به درمان خود ادامه دهد. | (۱، ۸) |
| قیمت مناسب | توجه به طب سنتی-ایرانی به عنوان سطح اول، مراقبت‌های پزشکی و تأکید به نگاه جامع‌نگر به سلامت و بیماری و ساختار تدابیری که به کار می‌برد، کم‌هزینه‌تر از مراقبت‌های معمول است | (۱۹) |
| اعتماد عمومی و نگرش مثبت به طب سنتی-ایرانی | اعتماد عمومی به طب سنتی-ایرانی و مکمل به نگرش مثبت افراد به این طب بستگی دارد و احساس مثبت به طب سنتی-ایرانی با مصرف بیشتر آن و در نهایت رضایت‌مندی نسبت به آن در ارتباط است | (۱، ۲۰) |
| طب سنتی-ایرانی به عنوان طبی پیشگیرانه (Preventive medicine) | یکی از ویژگی‌هایی که طب سنتی-ایرانی را مهم کرده است، اهمیت این مکتب پزشکی به امر پیشگیری است؛این مکتب هدف پزشکی و وظیفه اصلی پزشک را حفظ تندرستی دانسته و درمان را در اولویت بعد قرار می‌دهد. | (۱۲، ۱۵، ۲۱) |
| نقص پزشکی متعارف (Conventional medical violations) | برخی از مردم معتقدند که پزشکی متعارف ناقص و نارساست و قادر به شفا دادن دردهای مزمن و موذی نیست و برخی افراد فکر می‌کنند که با پزشکی متعارف، مخالفت‌های دینی یا فلسفی دارند، چون این پزشکی روح و جسم را از هم جدا می‌کند به همین دلیل طب سنتی-ایرانی یا مکمل را جایگزین می‌کنند. | (۱۲، ۱۵، ۲۲) |
| نارضایتی مردم از نظام‌های درمانی مدرن | برخی از مردم از عملکرد نظام‌های درمانی مدرن-نوبت‌های طولانی مدت، دست به دست شدن گروهی متخصص، محدودیت‌های مالی و...رضایت ندارند. | (۱۹، ۲۲، ۲۳) |
| سازگاری بیشتر با ساختار روانی و جسمی انسان | طب سنتی-ایرانی نه تنها برای پیشگیری، تشخیص و درمان به کار می‌رود، بلکه جهت مراقبت از سلامت و بهبود کیفیت زندگی نیز کارایی دارد؛ بنابراین مبتنی بر یک رهیافت جامع‌نگر نسبت به فرد یا جامعه است و اختلالات جسمی، عاطفی و روانی را به طور همزمان مورد توجه قرار می‌دهد و ملاحظه می‌شود که این عامل یک عنصر کلیدی در تمام نظام‌های طب سنتی-ایرانی است. | (۱۲، ۱۵، ۲۴) |
| نارضایتی مردم از الگوی رفتاری پزشک‌محور (Physician-centered) | مردم معتقدند که پزشکان، احساسات خود را از دست داده‌اند و وقت کمی برای بهبودبیماران خود می‌گذارند، به اعتقاد آنان پزشکی امروز شاید به بهترین نحو توصیف شده است، اما در نهایت یک پزشکی کمیت‌گرا است، به همین دلیل گرایش به طب سنتی-ایرانی و مکمل را جایگزین نارضایتی خود کرده‌اند. | (۱۲، ۱۵، ۲۵) |
| قدمت بیشتر طب سنتی-ایرانی | طب سنتی-ایرانی از گذشته، جزئی از سیستم بهداشتی مردم بوده و به راحتی می‌تواند یاور طب مدرن جهانی باشد و معرفی توسعه و ترویج آن، نوعی احترام به میراث در سراسر جهان است. | (۱۲، ۱۵، ۲۶) |
| پذیرش فرهنگی و اجتماعی طب سنتی-ایرانی | جامعه ایران با وجود داشتن فرهنگ و تمدن قدیمی و درخشان، همچنان به صورت یک جامعه سنتی بوده و از گذشته تا به حال مردم بسیار پایبند به آداب و رسوم ملی و سنتی بودند و هستند. | (۱۲، ۱۵، ۲۷) |
| طب سنتی-ایرانی، طب درمان بیماری‌های لاعلاج (Incurable disease) | اگرچه طب مدرن در طول قرن بیستم، پیشرفت‌های زیادی داشته، اما هنوز برای بسیاری از بیماری‌های لاعلاج، درمانی ندارد؛در صورتی که طب سنتی-ایرانی با تغیراتی که در سبک زندگی افراد به وجود می‌آورد، بیماری‌های لاعلاج را تغییر می‌دهد و آن‌ها را به بیماری‌های مزمن تبدیل می‌کند که اغلب بر اساس شرایط زندگی ناسالم به‌وجود آمده‌اند. | (۲۷) |
| حمایت قانون و مقرارات از طب سنتی-ایرانی | در اسناد بالادستی سیستم بهداشتی درمانی بر احیای طب سنتی تأکید داشته و آن را به رسمیت می‌شناسند. همچنین از نظر رهبر معظم انقلاب از آنجایی که ایران کشوری اسلامی است و تفکر اسلامی دارد، رواج این نوع طب ارجحیت دارد. | (۲۸، ۲۹) |
| باورهای دینی (religious beliefs) | هر مکتب طبی، با دیدگاه خاص خود به انسان می‌نگرد. مکتب طب سنتی-ایرانی، مکتبی توحیدی است، از این رو در این مکتب نگاه طبیب به درمان با سایر مکاتب پزشکی فرق دارد، هدف غایی طبیب در این مکتب، جلب رضای خداوند است. | (۳۰، ۳۱) |
| طبیعی بودن داروهای طب سنتی-ایرانی | طبیعی بودن این داروها در طب سنتی-ایرانی و مکمل حتی باعث حرمت یافتن این روش‌های درمانی نزد برخی از پزشکان طب جدید نیز شده است. | (۱، ۲۴) |
| دسترسی آسان‌تر به داروهای ابزارهای طب سنتی-ایرانی | در بسیاری از نقاط جهان به‌ویژه نقاط دورافتاده و مکان‌هایی که به پزشک و دارو دسترسی نیست، مردم از طب عامیانه و درمان‌های خانگی استفاده می‌کنند؛ این روش‌های درمانی طی قرن‌ها نسل به نسل از پدران به فرزندان انتقال پیدا کرده است. | (۲۹، ۳۲، ۳۳) |
| تولید آسان‌تر داروها و ابزارهای طب سنتی-ایرانی | طب سنتی-ایرانی، مجموعه‌ای از دانستنی‌های علمی، تجربی و همچنین ابزارها و داروهای گیاهی و غیر گیاهی را شامل می‌شود و در نگاه جهانی از زاویه‌ی دیگر، طب سنتی شامل دانش‌ها و اعتقادات مربوط به سلامتی و ترکیب داروهای گیاهی، حیوانی و معدنی می‌باشد که به صورت آسان‌تری نسبت به داروهای شیمیایی تولید شده و مردم از آن استفاده می‌کنند. | (۳۳، ۳۴) |
| خطرات زیست محیطی کمتر داروهای طب سنتی-ایرانی | یکی از اثرات بالقوه آلاینده‌های دارویی و از بزرگترین نگرانی‌های اصلی آلودگی دارویی، حضور آنتی‌بیوتیک‌ها در منابع آبی و فاضلاب شهری است که سبب مقاومت میکروبی و افزایش مقاومت دارویی در انسان‌ها و جمعیت میکروب‌های بیماری‌زا در محیط زیست می‌شود. به همین دلیل استفاده از داروهای گیاهی به دلیل خطرات کمتر برای محیط زیست، مناسب‌تر است. | (۳۴، ۳۵، ۳۶) |



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]

[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]

در فاز دوم از تحلیل داده‌ها و به منظور بررسی روابط تعاملی بین عوامل مؤثر بر تقاضای طب سنتی از روش مدل ساختاری-تفسیری (ISM) استفاده شد. این روش برای ایجاد و فهم روابط میان عناصر یک سیستم پیچیده مطرح شده است. به عبارتی دیگر، مدل‌سازی ساختاری-تفسیری یک فرایند یادگیری تعاملی است که در آن مجموعه‌ای از عناصر مختلف و مرتبط با یکدیگر در یک مدل نظام‌مند جامع ساختاربندی می‌شوند. این روش کمک زیادی به برقراری نظم در روابط پیچیده میان عناصر یک سیستم می‌کند و در تشخیص روابط درونی متغیرها کمک می‌کند و یک تکنیک مناسب برای تجزیه و تحلیل تأثیر یک متغیر بر متغیرهای دیگر است. این روش یک روش تفسیری است و به دنبال آن است تا قضاوت از تصمیم گروهی درباره‌ی ارتباطات متغیرها ارائه کند (۱۷).

برای تأیید روایی پرسش‌نامه از روایی محتوایی و صوری استفاده شد. در روایی محتوایی با استفاده از مرور نظام‌مند متغیرهای پرسش‌نامه استخراج و در جدول ۱ مستند شدند. همچنین از روایی صوری برای تأیید نهایی روایی پرسش‌نامه بهره برده شد و اصلاحات نهایی برای بهبود کیفیت صوری پرسش‌نامه توسط نویسندگان مقاله صورت گرفت. همچنین از خاصیت تعدی یا انتقال‌پذیری و ضرب بولین برای پایدارکردن و سازگار گردن پرسش‌نامه استفاده شد که این ابزار پایداری مربوط به روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری است (۳۷) و در مرحله دوم نتایج به آن اشاره شده است.

در فاز دوم از تحقیق و به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد. براساس منابع موجود در روش مدل‌سازی معادلات ساختاری حضور ۱۰ نفر خبره کفایت می‌کند (۳۹-۳۷). بنابراین، روش نمونه‌گیری در این فاز هدفمند و قضاوتی بوده و نمونه مورد بررسی شامل تمام مصرف‌کنندگان خدمات و محصولات طب سنتی-ایرانی در شهرستان کاشان بوده که طی ۵ سال اخیر به طور مداوم از این خدمات و محصولات استفاده کرده‌اند. برای این کار پرسش‌نامه‌ها در مراکز ارائه خدمات طب سنتی و ایرانی توزیع و جمع‌آوری شده است. این نمونه متشکل ۲۱ نفر (۱۶ زن و ۵ مرد) بود. ۴۷ درصد آن‌ها در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند (۱۰ نفر) و ۷۱ درصد آن‌ها را داری مدرک کارشناسی بودند (۱۵ نفر).

## یافته‌ها

در پاسخ به سؤال اول پژوهش و بررسی ۲۲ مستند منتخب از بین اسناد مورد بررسی ۱۷ عامل به عنوان عوامل مؤثر بر تقاضا و گرایش مصرف‌کنندگان به طب سنتی-ایرانی شناسایی شد (جدول ۱). در ادامه و در پاسخ به سوال پژوهشی دوم فرایند مدل‌سازی معادلات ساختاری به منظور ترسیم نمودار تعاملی عوامل مؤثر بر گرایش به طب سنتی-ایرانی به صورت زیر است.

**مرحله اول؛ تشکیل ماتریس خود تعاملی ساختاری:** در این مرحله، روابط میان ابعاد و شاخص‌های عوامل مؤثر بر گرایش به طب سنتی-ایرانی با استفاده از رابطه مفهومی (منجربه) مورد تحلیل قرار گرفته است. حالت‌ها و علائم مورد استفاده در این رابطه مفهومی به صورت زیر است:

V: یعنی i منجربه x می‌شود؛

X: برای نشان دادن تأثیر دو طرفه؛

A: یعنی j منجربه i می‌شود؛

O: برای نشان دادن عدم رابطه میان دو بعد.

ماتریس خود تعاملی ساختاری از ابعاد و شاخص‌های مدل عوامل مؤثر بر گرایش به طب سنتی-ایرانی و مقایسه آن‌ها با استفاده از چهار حالت روابط مفهومی تشکیل شده است. این ماتریس توسط افراد استفاده‌کننده از طب سنتی-ایرانی تکمیل شده است. اطلاعات حاصل براساس روش مدل‌سازی ساختاری-تفسیری جمع‌بندی شده وماتریس خود تعاملی ساختاری نهایی تشکیل گردیده است (جدول ۲).

**مرحله دوم؛ تشکیل ماتریس دریافتی:** ماتریس دریافتی از تبدیل ماتریس خود تعاملی ساختاری به یک ماتریس دو ارزشی (صفر-یک) حاصل شده است. برای استخراج ماتریس دریافتی باید در هر سطر عدد یک را جایگزین علامت‌های X,V و عدد صفر را جایگزین علامت‌های A,O در ماتریس خودتعاملی-ساختاری شود. پس از تبدیل تمام سطرها، نتیجه حاصله ماتریس دریافتی اولیه نامیده می‌شود. در ادامه بر اساس روابط تسری -بدین معنی است که اگر A منجر به B شود و B منجر به C شود، پس A به C هم منجر خواهد شد- ماتریس نهایی (پایدار) براساس قانون بولین ایجاد شده است (جدول ۳).

**مرحله سوم: تعیین سطح و ترسیم شبکه تعاملات ابعاد و شاخص‌ها:** در این مرحله مجموعه دستیابی و مجموعه پیش نیاز برای هر متغیر صورت می‌گیرد. مجموعه دستیابی هر متغیر شامل متغیرهایی است که از طریق آن می‌توان به آن رسید، و مجموعه پیش نیاز شامل متغیرهایی است که از طریق آن می‌توان بدین متغیر رسید. این کار با استفاده از ماتریس دست‌یابی نهایی انجام می‌شود. پس از تعیین مجموعه دستیابی و پیش نیاز برای هر متغیر عناصر مشترک در دو مجموعه برای هر متغیر شناسایی می‌شوند. اکنون نوبت تعیین سطح متغیرها است. در اولین جدول، متغیری دارای بالاترین سطح است که مجموعه دستیابی و عناصر مشترک آن به‌طور کامل یکسان باشند. پس از تعیین متغیر یا متغیرهای دارای بالاترین سطح، این متغیر یا متغیرها از جدول حذف شده و با متغیر باقی مانده جدول بعدی تشکیل می‌شود. در دومین جدول نیز همانند جدول اول، متغیر سطح دوم مشخص می‌شود، این کار تا تعیین سطح همه متغیرها ادامه می‌یابد. در نهایت براساس سطح‌بندی انجام شده و روابط تعیین شده در ماتریس دستیابی نهایی، یک گراف جهت‌دار ترسیم و روابط تسری حذف می‌شود (نمودار ۱).



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]

[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]

**جدول ۲- ماتریس خودتعاملی ساختاری عوامل مؤثر بر تقاضای طب سنتی-ایرانی**

| | B | C | D | E | f | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| عوارض جانبی کمتر طب سنتی-ایرانی | O | V | V | V | V | A | O | O | V | V | V | O | A | O | O | X |
| قیمت مناسب داروهای طب سنتی-ایرانی | | V | O | O | V | O | V | V | V | O | V | O | A | A | A | O |
| اعتماد عمومی و نگرش مثبت به طب سنتی-ایرانی | | | A | X | A | A | A | O | X | A | V | A | A | A | A | A |
| طب سنتی-ایرانی به عنوان طب پیشگیرانه | | | | X | X | A | A | O | V | X | V | A | A | A | A | A |
| نقض پزشکی متعارف | | | | | V | X | X | O | V | V | V | A | A | A | A | A |
| نارضایتی مردم از نظام‌های درمانی مدرن | | | | | | A | X | O | V | V | V | A | A | A | A | A |
| سازگاری با ساختار روانی و جسمی انسان | | | | | | | V | A | V | V | V | A | A | A | A | A |
| نارضایتی مردم از الگوی رفتاری پزشک‌محور | | | | | | | | O | V | V | V | A | A | A | A | A |
| قدمت بیشتر طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | V | V | V | A | A | A | A | A |
| پذیرش فرهنگی و اجتماعی طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | | A | V | A | A | A | A | A |
| طب درمان بیماری‌های لاعلاج | | | | | | | | | | | V | A | A | A | A | A |
| حمایت قانون و مقررات از طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | | | | A | A | A | A | A |
| باورهای دینی | | | | | | | | | | | | | O | O | O | A |
| طبیعی بودن داروهای گیاهی طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | | | | | | X | X | A |
| دسترسی آسان به داروها و ابزارهای طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | | | | | | | X | A |
| تولید آسان‌تر داروها و ابزارهای طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | | | | | | | | A |
| خطرات اندک زیست‌محیطی داروهای طب سنتی-ایرانی | | | | | | | | | | | | | | | | |

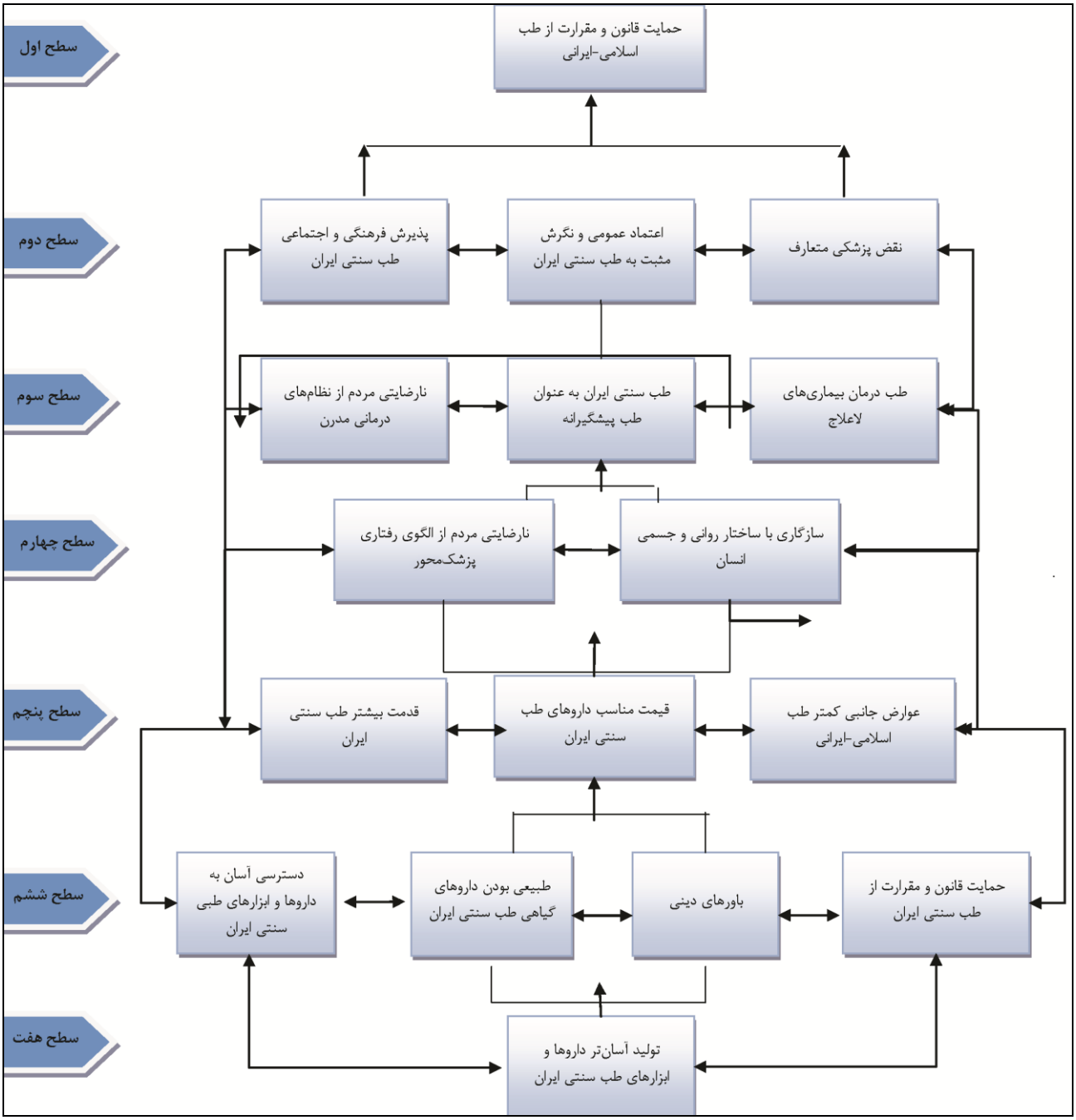
**جدول ۳- ماتریس دریافتی نهایی عوامل مؤثر بر گرایش به طب سنتی-ایرانی**

| متغیرها | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | قدرت نفوذ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱۶ |
| B | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۹ |
| C | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۹ |
| D | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۹ |
| E | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱۰ |
| F | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۸ |
| G | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱۱ |
| H | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۹ |
| I | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱۱ |
| J | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | ۴ |
| K | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۰ | ۷ |
| L | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ |
| M | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱۲ |
| N | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱۶ |
| O | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱۵ |
| P | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۰ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۵۱ |
| Q | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱۷ |
| میزان وابستگی | ۹ | ۵ | ۱۶ | ۱۵ | ۱۶ | ۱۵ | ۱۲ | ۱۴ | ۷ | ۱۶ | ۱۵ | ۱۷ | ۳ | ۵ | ۵ | ۵ | ۴ | |

در ادامه با استفاده از قدرت نفوذ (مجموع سطر ماتریس نهایی) و میزان وابستگی (مجموع سطر ماتریس نهایی) هدف از تحلیل میک‌مک (MICMAC) بررسی و تحلیل نیروهای محرک و نیروهای وابسته‌ی متغیرها (عوامل موفقیت) می‌باشد (۴۰). در این تحلیل متغیرها به چهار دسته کلی تقسیم می‌شوند. دسته اول شامل «متغیرهای خود مختار» می‌باشد؛ این دسته از متغیرها نیروی وابسته ضعیف و همچنین نیروی محرک ضعیفی دارند. متغیرهایی که در این دسته قرار می‌گیرند، کمابیش به صورت جدا از کل سیستم عمل می‌کنند. این متغیرها اثر چندانی روی سایر متغیرها



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]
[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]



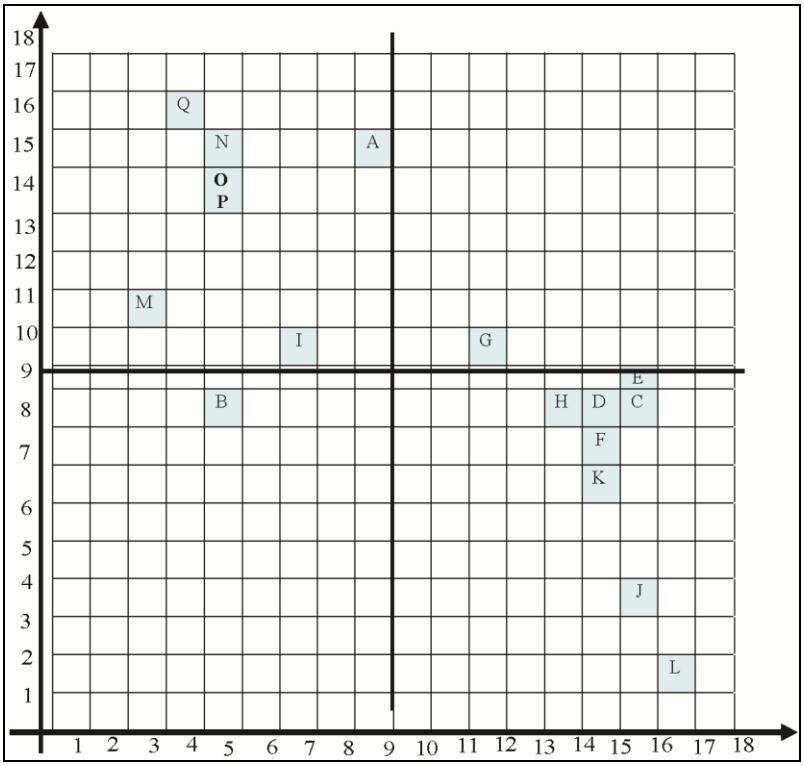

**نمودار ۱- مدل مفهومی-تعاملی عوامل مؤثر بر تقاضای طب سنتی-ایرانی**

ندارند. در واقع ارتباطات این متغیرها با دیگر متغیرها بسیار محدود و ناچیز می‌باشد. دسته‌ی دوم شامل آن دسته از «متغیرهای وابسته‌ای» است که نیروی محرک ضعیفی دارند، با این وجود از نیروی وابسته‌ی بالاتری نسبت به سایر موانع برخوردارند. دسته‌ی سوم از آن دسته از «متغیرهای پیوندی» است که از نیروی محرک قوی و همچنین نیروی وابسته‌ی قدرتمندی برخوردارند؛ این متغیرها در حقیقت موانعی هستند که بی‌ثبات می‌باشند. به این معنا که انجام هرگونه اقدامی در مورد این موانع علاوه بر اینکه به‌طور مستقیم بر سایر موانع اثر می‌گذارد، می‌تواند در غالب بازخورد از سایر موانع بر خود مانع نیز اثرگذار باشد. دسته چهارم شامل آن دسته از «متغیرهای محرک یا کلیدی» است که نیروی محرک قوی دارند؛ اما نیروی وابسته‌ی آن‌ها ضعیف است. در نمودار ۲ محور افقی بیانگر نیروی وابسته و محور عمودی نشانگر نیروی محرک می‌باشد.

همان‌گونه که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود متغیرهای کلیدی و محرکی که وجود آن‌ها سنگ بنای تقاضا برای طب سنتی-ایرانی است شامل «عوارض جانبی کمتر طب سنتی، طبیعی بودن داروهای گیاهی طب سنتی، دسترسی آسان به داروها و ابزارهای طب سنتی، تولید آسان‌تر داروها و ابزارهای طب سنتی و خطرات زیست محیطی کمتر داروهای طب سنتی قدمت بیشتر طب سنتی و باورهای دینی» است که



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]
[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]




**نمودار ۲- تحلیل میک‌مک نمودار قدرت نفوذ و وابستگی عوامل مؤثر بر گرایش به طب سنتی-ایرانی**

این مؤلفه‌ها بر سایر مؤلفه‌های محرک تقاضای طب سنتی-ایرانی اثر می‌گذارد. درنهایت نیز این مؤلفه‌ها سازنده‌ی «نگرش مثبت و اعتماد عمومی» و «پذیرش فرهنگی اجتماعی این نوع درمان» است که خود منجر به ایجاد «قوانین و مقرات حامی طب سنتی-ایرانی» می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

تقاضا برای طب سنتی-ایرانی در سال‌های اخیر از رشد چشمگیری برخوردار بوده است. پژوهش‌های گوناگون دلایل مختلفی را برای این افزایش ذکر می‌کنند. در مقایسه با پژوهش‌هایی که به صورت موردی یا چندگانه به ارائه دلایل و انگیزه‌های استفاده از طب سنتی-ایرانی اشاره می‌کنند (۱، ۲، ۱۲، ۱۵، ۱۶ و ۳۶-۱۸)، در پژوهش حاضر به بررسی جامع این انگیزه‌ها پرداخته شده است. همچنین تلاش شده تا ضمن بررسی چرایی این تقاضا مدل تعاملی و ساختاری عوامل و دلایل این تقاضا نیز بر اساس مدل‌سازی ساختاری تفسیری ترسیم شود. روش ساختاری تفسیری تلاش می‌کند تا با ترسیم شبکه‌ای از تأثیر و تأثر عوامل و مؤلفه‌های یک پدیده، تصویری ساختارمند و فرایندمحور از این مؤلفه‌ها ارائه دهد. در بررسی اولیه مبانی نظری تحقیق ۱۷ عامل اثرگذار بر افزایش تقاضا برای استفاده از طب سنتی-ایرانی استخراج شد. در فاز دوم و در مدل ساختاری تعاملی، این عوامل در ۷ سطح قرار گرفتند. در دو سطح آخر (ششم و هفتم) یا کلیدی و حیاتی‌ترین سطح «طبیعی بودن داروهای گیاهی طب سنتی-ایرانی، دسترسی آسان به داروها و ابزارهای طب سنتی، تولید آسان‌تر داروها و ابزارهای طب سنتی، خطرات زیست محیطی کمتر داروهای طب سنتی و باورهای دینی قرار گرفته که نسبت به سایر عوامل گرایش تأثیرگذارتر بوده است (شکل ۱). این عوامل به همراه کاهش رضایت از محصولات و خدمات طب مدرن باعث شکل‌گیری نگرش مثبت و اعتماد عمومی و همچنین پذیرش فرهنگی اجتماعی بای این نوع طب در ایران است. متغیر نهایی و وابسته در ساختار تعاملی عوامل مؤثر بر تقاضای طب سنتی-ایرانی «حمایت قوانین و مقرات از طب سنتی-ایرانی» می‌باشد. به عبارت دیگر، اهمیت دادن و سرمایه‌گذاری برای سایر عواملی که از اهمیت بالاتری برخوردار هستند، می‌تواند به صورت خودکار احیای ارزش از طریق پردازش برگشتی‌ها را پوشش دهد و منجر به «ایجاد حمایت قوانین و مقرات حامی طب سنتی-ایرانی» و در نتیجه افزایش عرضه و تقاضا برای این نوع طب خواهد بود.

با توجه به اینکه رشد و توسعه‌ی طب سنتی-ایرانی ایران یکی از اهداف سند چشم‌انداز بوده و نزد مسئولان نظام بهداشت و درمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و با توجه به استقبال افراد از این نوع طب و تجربه تحریم دارو پیشنهاد می‌شود زمینه‌های لازم برای تولید محصولات، خدمات و ابزارهای طب سنتی-ایرانی توسعه یافته و دستورالعمل‌های مناسب برای استفاده از این نوع طب در مراکز



[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]
[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]

آکادمیک و رسانه‌ها به درستی به مردم آموزش داده شـود. همچنـین با توجه به اهمیت «دوستدار محیط زیست‌بودن»، «دسترس‌پذیری» و «قیمت» این محصولات برای مصرف کنندگان، توصیه می‌شود ضمن سرمایه‌گذاری و حمایت از تولید آن‌ها از استراتژی «تمایز قیمـت» و «توزیع» به منظور تدوین آمیخته‌های بازاریابی پایدار برای محصولات فوق استفاده شود.

## تعارض منافع

هیچ تعارض منافعی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران این تحقیق از جامعه هدف که؛ صبر و دقت به پرسش‌نامه پاسخ داده‌اند تشکر می‌نمایند.

## منابع

1. Mamashli F, Saboury AA, Moghadamnia SH, Moosavi-Movahedi AA. A look to the convergence of Modern and Traditional Medicine. Jiitm 2020; 11(3): 263-272. [In Persian]
2. Su D, Li L. Trends in the use of complementary and alternative medicine in the United States: 2002-2007. J Health Care Poor Underserved 2011; 22(1): 296-310.
3. Wassie SM, Aragie LL, Taye BW, Mekonnen LB. Knowledge, Attitude, and Utilization of Traditional Medicine among the Communities of Merawi Town, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2015; 2015: 138073.
4. Zolfaghari B, Roozbehani M, Roozbehani A, et al. overview of the history and principles of traditional medicine of islam and iran. Tehran: Malaek Publications; 2007. [In Persian]
5. Rezaeizadeh H. Anoshirvani M. Naseri M. Choupani R. A Review of the Generalities of Traditional Iranian Medicine, 14th Edition. Tehran: Traditional Iranian medicine; 2016. [In Persian]
6. Ndhlovu PT, Omotayo AO, Aremu AO, Otang-Mbeng W. Herbal-Based Cosmeceuticals and Economic Sustainability among Women in South African Rural Communities. Economies 2020; 8(3): 51.
7. Ghaffari F, Naseri M, Khodadoost M. Traditional Iranian Medicine and the need for its revival and development. Journal of Medicine and Cultivation 2017; 19(3): 63-71. [In Persian]
8. Ebadiani M. Clinical teachings of the Iranian School of Medicine. Tehran: Niyakan Publications; 2011. [In Persian]
9. Pakdaman A. Mostafavi J. Comparison of ancient Iranian medicine with modern medicine. Tehran: Institute of Printing and Publishing. University of Tehran; 1984. [In Persian]
10. Latifi SAH, Haji Rahimian Tasuji MH, Rajabnejad MR, Asadi MH, Mahmoodi SA. Role of Aaraze Nafsani in Health and Illness. cmja 2022; 11 (4): 304-315 [In Persian].
11. Zia-Manesh F, Ismaili Saber SS, Sultanpour M, Nami V. Explanation of Islamic Viewpoints of Hakim Mohammad Hossein Aghili Alavi Khorasani Shirazi in Majmaol Javameh. Islamic Studies in Health 2018; 1(2): 37-48. [In Persian].
12. Bahrami Taqanaki H, Shirazi Mehrabad M, Abbasi Gravand M, Noras M. Subject Trends in Complementary and Alternative Medicine in Mashhad University of Medical Sciences Theses. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2019; 62(3): 1536-1544. [In Persian]
13. Keegan L. Therapies to reduce stress and anxiety. Critical Care Nursing Clinics of North America 2003; 15(3): 321-327.
14. Joseph N, Talwar C, Sikdar I, Sengupta M, Sayed DA, Mahajan I. Experiences and perceptions towardintegrative, complementary, and alternative medicine among conventional medicine practitioners of Mangolore, India. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 2019; 42(7): 492-502.
15. Moradi Lakeh M, Goushegir SA, Amini M. Traditional and Complementary/Alternative Medicine (TCAM) in medical theses (1991-2006). Payesh 2008; 7(4): 337-344. [In Persian]
16. Moussally K, Oraichi D, Bérard A. Herbal products use during pregnancy: prevalence and predictors. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009; 18(6): 454-61.
17. Rahimi A, Raad A, Alem Tabriz A, Motameni A. Providing an interpretive structural model of agile supply chain practices, Journal of Modelling in Management 2020; 15(2): 661-684. [In Persian]
18. Ghazanfari S M, Motevaselian M, Salari R. Medicinal herbs in the treatment of pruritus based on Iranian medicine references. jdc 2018; 9(1): 69-751. [In Persian]
19. Adibi P. Traditional Iranian medicine in the integrated management of functional gastrointestinal disorders. Journal of Traditional Medicine of Islam and Iran 2011; 2(4): 281-284. [In Persian]
20. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. Eur J Pain 2010; 14(2): 170-5.
21. Movahed Majd M, Enayat H, Rayanpour R, Fouladi K. Women and Non-Conventional Medicine: A study of Related Factors to the Use of Traditional and Complementary Medicine by Women. Sadra Medical Journal 2019; 7(3): 273-286. [In Persian]
22. Hemati N, Tafazoli H, Khosravi M, Pishgahhadian H. Education of Health System Evolution Plan to Doctors, Nurses, and People during the Eleventh Goverment. Educational Development of Judishapur 2019; 10:1-10. [In Persian]
23. Abdullahi AA. Trends and challenges of traditional medicine in Africa. Afr J Tradit Complement Altern Med 2011; 8(5): 115-123. [In Persian]
24. Ramezani R, Ramezani S. Survey of Spead and Reasons of Turning into Alternative Therapies to Current Medicine: (Case Study of Tehran). Aumj 2017; 6(3): 187-198. [In Persian]
25. Siahposh M. Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies. Journal of Sociology 1998; 34(1): 58–70 [In Persian].
26. Ali Asghar Sh. Iran during the Qajar dynasty. Tehran: Zaryab Publications; 1390. [In Persian]
27. Cockerham WC. The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles. London: Prentice Hall College; 2000.
28. Zakersalehi G. Study on the Legal Status of Traditional and Complementary Medicine and the Challenges Ahead in Iran. MLJ 2017; 10(39): 101-120. [In Persian]
29. Aghebati A, Safdari R, Dargahi H, Gushehgir S, Saharkhiz P. Evaluation of information Traditional medicine. Jiitm 2014; 5(3): 263-269. [In Persian]
30. Mousavi Bazzaz SM, Shokri J, Shokri S. Defining Islamic

[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]

[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]

medicine: The relationship between science and religion. Ijme 2017; 9(6): 61-69. [In Persian]
31. Gilani MK. Naseri hefz al-sehhe, Correction and Research by Dr. Rasoul Choupani, Tehran: Al-Moei Publications; 2008 [In Persian].
32. Ranjbarian M. Religion and monotheistic literature in the sources of traditional medicine in Iran and the Islamic world. Medical Figh 2013; 4(12-11): 15-45.
33. Ghorbani A. Studies on pharmaceutical ethnobotany in the region of Turkmen Sahra, north of Iran (Part 1): general results. J Ethnopharmacol 2005; 102(1): 58-68. [In Persian]
34. Mozaffarpur SA, Khodadust M, Shirafkan H, Yousefi M, Mirzapor M. Introducing a model for prioritization of drugs, based on Iranian Traditional Medicine references. Medical History 2014; 6(19), 11-28. [In Persian]
35. Jones OA, Voulvoulis N, Lester JN. Potential impact of pharmaceuticals on environmental health. Bull World Health Organ 2003; 81(10): 768-769.
36. Goldman J, With D, Levy S. Multiple antibiotics resistance(mar) locus protects Escherichia coli from rapid cell Killing by Fluoroquinolones. Antimatter Agents chemotherapy 1996; 40: 1269-76.
37. Noorian-Zavare S, sadeqi-arani Z. Interactive and process model of human resource risks in the health sector: A structural-interpretive modeling approach. jha 2022; 24(4): 58-70. [In Persian]
38. Marak ZR, Pillai D. Supply chain finance factors: An interpretive structural modeling approach. Central European Management Journal 2021; 29(1): 88-111.
39. Azar A, Rajabzadeh A. Applied decision making. Tehran: Negah danesh; 2015. [In Persian]
40. Ma G, Jia J, Ding J, Shang S, Jiang S. Interpretive Structural Model Based Factor Analysis of BIM Adoption in Chinese Construction Organizations. Sustainability 2019; 11(7): 1982.

**Review**

# Interactive Model of Factors Affecting Consumer Demand for Traditional-Iranian Medicine

Zahra Sadeqi-Arani[1*], Mohsen Niazi[2], Zahra bagheri Mohammadi[3]

1. ***Corresponding Author:** Assistant Professor in Management, Management and Entrepreneurship Department, Financial science, Management and Entrepreneurship Faculty, University of Kashan, Kashan, Iran, SadeqiArani@kashanu.ac.ir
2. Full Professor, Department of Social Sciences, Humanities Faculty, University of Kashan, Kashan, Iran
3. MscStudent, Department of Social Sciences, Humanities Faculty, University of Kashan, Kashan, Iran

## Abstract

**Background:** In recent years, the demand for Traditional-Iranian or traditional medicine has increased, but there is still no comprehensive research to investigate why it is so popular. The aim of this study was to investigate the reasons for the demand for traditional medicine and to present an interactive model of these reasons.

**Methods**: Using a review of the research literature, the key factors affecting Islamic-Iranian medicine were identified, and then the relationships between these factors were drawn using the structural-interpretive model approach. Finally, using MikMac analysis, these key factors wereclassified into four categories: independent (key), Linkage, autonomous and dependent.

**Results**: By reviewing the research literature, 17 variables affecting consumer demand for traditional medicine were identified. Also, the results of interactive modeling of these factors indicated that “fewer side effects of traditional medicine, naturalness, herbal medicines of traditional medicine, easy access to traditional medicines and tools, easier production of medicines and tools of traditional medicine, and less environmental risks of traditional medicine, long history of use, and religious beliefs” are the key factors in the demand for traditional medicine that affect other components and stimulate the demand for traditional medicine. Finally, these components are the builders of “positive attitudes and public trust” and “socio-cultural acceptance of this type of treatment”, which in turn leads to the creation of “rules and regulations that support traditional medicine”.

**Conclusion**: Determining the relationships between variables and the type of variables can lead to a better understanding of the subject in order to make appropriate decisions on the issue of factors affecting traditional medical demand and guide production and marketing strategies regardingthis medicine.

**Keywords**: Complementary Therapies, Persian Medicine, Structural-Interpretive Model, Traditional Medicine

[ Downloaded from ijhp.ir on 2025-09-01 ]

[ DOI: 10.22034/6.4.9 ]