

## بررسی میزان اعتماد عمومی مردم شهرستان رشت به نظام سلامت

احسان زارعی<sup>۱\*</sup>، خیرالله چاوش‌ثانی<sup>۲</sup>، محمد سعادتی<sup>۳</sup>، سهیلا خداکریم<sup>۴</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، اعتماد عمومی به نظام سلامت به عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، اکثر تحقیقات درباره اعتماد عمومی به نظام سلامت مربوط به کشورهای توسعه‌یافته است و تحقیق در این باره در ایران محدود است. درک بهتر اعتماد به نظام سلامت و برخی عوامل مؤثر بر آن به طراحی مداخلات هدفمند برای افزایش اعتماد کمک می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در شهرستان رشت انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۵۰ خانوار شهری و ۱۷۰ خانوار روستایی) وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی سنجش اعتماد عمومی به نظام سلامت با ۳۰ آیتم و در شش بعد بود که روابی و پایابی آن تأیید شد. از آزمون‌های منویتی و کروسکال‌والیس برای مقایسه و تحلیل تفاوت نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت بین گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نمره‌ی کلی اعتماد مردم به نظام سلامت در شهرستان رشت از ۶۶/۷ تا ۱۱۲ بود. بیشترین نمره برای بعد کیفیت مراقبت‌ها با ۱۶/۳۸ از ۲۸ و کمترین آن برای بعد کیفیت همکاری بین ارایه‌کنندگان با نمره‌ی ۷/۴۷ از ۱۲ بود. در بین ارایه‌کنندگان خدمات، بالاترین اعتماد به پرستاران و پزشکان متخصص و کمترین اعتماد به درمانگران طب سنتی بود. زنان، کارکنان دولت، افراد فاقد بیمه درمان، افراد با وضعیت سلامت عالی و خوب، آنها که از خدمات بیمارستانی استفاده کرده بودند و افرادی که از آخرین خدمت دریافتی خود رضایت داشتند، اعتماد بیشتری به نظام سلامت داشتند (P<0/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که علی‌رغم اعتماد مردم به متخصص و دانش پزشکان و سایر ارایه‌کنندگان، میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در سطح نسبتاً متوسط بود که نشان‌دهنده کاستی در عملکرد نظام سلامت است. تمرکز بر ارتباط پزشک‌بیمار و بهبود مهارت‌های ارتباطی، استقرار پرونده الکترونیک و به اشتراک‌گذاشتن اطلاعات بیماران بین ارایه‌کنندگان مختلف و سرانجام رعایت حقوق بیمار می‌تواند اعتماد بیشتری به نظام سلامت ایجاد کند.

واژه‌های کلیدی: نظام سلامت، عملکرد نظام سلامت، اعتماد عمومی، رابطه پزشک-بیمار

۱۴۰۱/۴/۴

۱۴۰۱/۸/۷

دریافت مقاله:

پذیرش مقاله:

\* نویسنده مسئول:  
احسان زارعی؛  
دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Email :  
e.zarei@sbmu.ac.ir

۱ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳ استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

۴ دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

## مقدمه

اعتماد عمومی به نظام سلامت برای سیاستگذاران یک حمایت عمومی مهم است تا با تکیه بر آن برنامه‌ها و سیاست‌های خود را پیش ببرند<sup>(۱۲)</sup> و به طور کلی با مشروعیت سیستم، هزینه‌های پایین مبادله، بهبود سلامت و سطح بالاتر انسجام اجتماعی مرتبط است<sup>(۱۳)</sup>. سطح بالایی از اعتماد به نظام سلامت می‌تواند حس همکاری با سیستم را در همراهی با اقدامات بهداشت عمومی که توسط سیستم بهویژه در بحران‌هایی مثل پاندمی کروید Lohmann ۱۹ توصیه می‌شود، تقویت کند<sup>(۱۴)</sup>. به طور مثال، یافته‌های Albarracin و Bajos در آمریکا، در فرانسه و حاتمی و همکاران در ایران نشان داد که اعتماد به نظام سلامت با میزان تمایل مردم به واکسیناسیون کروید ۱۹ رابطه‌ی معنی‌داری دارد<sup>(۱۵-۱۷)</sup>. یافته‌های یک مطالعه در ژاپن نیز حاکی از رابطه‌ی مثبت بین اعتماد بالاتر به دولت و نظام سلامت با استفاده بیشتر از برنامه دیجیتال ردیابی تماس برای کروید ۱۹ بود<sup>(۱۸)</sup>.

در سال‌های اخیر، اعتماد عمومی به نظام سلامت به عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت مطرح شده است<sup>(۲۰) و (۲۱) و (۲۲)</sup>. به طور مثال در هلند<sup>(۱)</sup> و همچنین در بریتانیا، سوئیس، استرالیا، ایالات متحده یکی از شاخص‌های سنجش عملکرد نظام سلامت است<sup>(۲۱)</sup>. محققان بر این عقیده‌اند که اعتماد عمومی یک نشانگر بهتری از عملکرد نظام سلامت یک کشور در مقایسه با نشانگرهایی همچون تجربه یا رضایت‌بیمار است<sup>(۲۱)</sup>. سنجش اعتماد عمومی به نظام سلامت می‌تواند اطلاعاتی را در مورد عملکرد نظام سلامت از دیدگاه کاربران<sup>(۱۹)</sup> یا ادراک‌بیماران از کیفیت روابط خود با ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت را نشان دهد و ممکن است به بهبود کیفیت و تداوم مراقبت از بیمار کمک کند<sup>(۶)</sup>. سنجش اعتماد عمومی به نظام سلامت ممکن است نیاز به اصلاحات را در سطح کلان نشان دهد<sup>(۲۲) و (۲۳)</sup> و به برنامه‌هایی برای تامین مالی، ارایه خدمات و پیامدهای مراقبت‌های بهداشتی درمانی کمک کند<sup>(۱۳) و (۲۴)</sup>. نیاز به درک بهتر اعتماد به نظام سلامت و برخی عوامل موثر بر آن به منظور طراحی مداخلات هدفمند برای افزایش اعتماد وجود دارد<sup>(۲۲)</sup>.

اعتماد در خدمات عمومی به طور مرتب اندازه‌گیری می‌شود؛ اگرچه در بخش سلامت مورد غفلت واقع می‌شود<sup>(۷)</sup>. تغییرات در عملکرد نظام‌های سلامت باید از طریق سنجش مداوم اعتماد عمومی به نظام سلامت منعکس

استفاده از مراقبت‌های بهداشتی درمانی با ریسک همراه است؛ چون برای بیماران، قضایت درباره این که مراقبت مناسب به لحاظ کیفیت و کمیت، را دریافت کرده‌اند یا نه مشکل است. به عبارت دیگر، بین بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات عدم تقارن اطلاعاتی وجود دارد. بیماران باید به دانش ارایه‌دهندگان خدمات تکیه کنند و اطمینان داشته باشند که ارایه‌دهندگان، مراقبت‌های با کیفیت خوبی را به آن‌ها ارایه می‌دهند. بنابراین در خدمات سلامت، اعتماد، مهم است<sup>(۱)</sup>.

اعتماد در خدمات بهداشتی درمانی به مفهوم اعتقاد بیمار به نظام سلامت و ارایه‌کنندگان مراقبت است؛ مبنی بر این که ارایه‌دهندگی خدمات، خواهان بهترین‌ها برای بیمار است و مراقبت و درمان مناسب را برای او تامین خواهد کرد<sup>(۲)</sup>. تعریفی که اغلب برای اعتماد در ادبیات مراقبت‌های بهداشتی درمانی یافت می‌شود، عبارت است از: «پذیرش خوش‌بینانه یک وضعیت آسیب‌پذیر که در آن اعتمادکننده معتقد است که باید منافعش به بهترین وجه توسط اعتمادشونده حمایت و مراقبت شود»<sup>(۳)</sup>.

دو نوع اعتماد در مراقبت‌های سلامت قابل تعریف کیک است: اعتماد بین فردی (سطح خرد) و اعتماد عمومی (سطح کلان)<sup>(۴)</sup>. اعتماد عمومی، اعتمادی است که توسط افراد یا گروه‌ها در یک نهاد یا نظام اجتماعی ایجاد می‌شود و به عنوان «اطمینان از این که زمانی که به مراقبت سلامت نیاز دارید، به اندازه کافی مراقبت‌های درمانی را دریافت خواهید کرد» توصیف شده است<sup>(۵)</sup> و در واقع شامل اعتماد به ارایه‌کنندگان مراقبت، موسسات و پرداخت‌کنندگان است<sup>(۶)</sup>. اعتماد عمومی منعکس‌کننده این است که آیا می‌توان به یک سیستم یا موسسه اعتماد کرد یا خیر. اعتماد عمومی متاثر از تجارب افراد در تماس با نمایندگان موسسات یا سیستم‌ها و تاحدی نیز متاثر از تصاویر رسانه‌ای است<sup>(۷)</sup>.

اعتماد، یک عنصر کلیدی در ارایه مراقبت‌های خوب و دستیابی به پیامدهای سلامت است<sup>(۸)</sup>. شواهد، حاکی از ارتباط مثبت بین اعتماد و پیامدهای سلامت<sup>(۶)</sup> و همچنین تبعیت بیمار از برنامه درمان است<sup>(۱۰)</sup>. عدم اعتماد به نظام سلامت می‌تواند منجر به استفاده‌ی کمتر از خدمات، عدم جستجوی درمان مناسب و یا عدم تبعیت از درمان شود<sup>(۱۱)</sup>. اعتماد عمومی، شاخصی از حمایت برای سیستم و تغییرات در آن است<sup>(۵)</sup>.



نیز ۱۷ خانوار با فرایند ذکر شده برای خانوارهای مناطق شهری انتخاب شد.  
پرسشنامه توسط سرپرست خانوار یا یکی از اعضای خانوار (بالای ۱۸ سال) تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، یک پرسشنامه بود که توسط Straten و همکاران در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است<sup>(۵)</sup>. این پرسشنامه در ایران به فارسی ترجمه و معتبرسازی شده است<sup>(۲۵)</sup> که در این مطالعه از این نسخه فارسی استفاده شد. پرسشنامه شامل سه بخش بود: قسمت اول حاوی اطلاعات دموگرافیک (۱۰ آیتم) و بخش دوم شامل ۲۸ گویه اعتماد عمومی در قالب ۶ بعد بیمارمحوری (۴ گویه)، سیاست‌های کلان (۵ گویه)، تخصص‌های حرفه‌ای ۵ ارایه‌کنندگان (۴ گویه)، کیفیت مراقبت‌ها (۷ گویه)، ارتباطات و اطلاعات (۵ گویه) و کیفیت همکاری بین ارایه‌کنندگان (۳ گویه) بود که در یک طیف لیکرت ۴ گرینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، کم، خیلی کم) طراحی شده بود. سوالات با این عبارت شروع می‌شود «من به طور کامل اطمینان دارم که: ...». در بخش سوم، از پاسخ‌گویان خواسته شد میزان اعتماد به ارایه‌کنندگان (فردی و سازمانی) را از ۱ (بسیار پایین) به ۲۰ (بسیار زیاد) نمره بدنهن. برای سنجش پایایی ابزار، از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۹ نشان دهنده‌ی سطح پایایی خوب بود.

همچنین، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. از آزمون‌های منویتنی و کروسکال‌والیس برای مقایسه و تحلیل تفاوت نمره اعتماد عمومی به نظام‌سلامت بین گروه‌ها استفاده شد. برای همه آزمون‌ها، سطح معناداری  $\geq 0/05$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

یافته‌های دموگرافیک نشان داد که ۵۲/۵ درصد پاسخ‌دهنده‌گان مرد، ۵۱/۷ درصد در گروه سنی ۳۱ تا ۵۰ سال، ۹۴ درصد دارای سواد پایه و حدود ۴۸ درصد دارای شغل بودند. همچنین ۸۸ درصد پاسخ‌دهنده‌گان دارای بیمه درمانی و ۷۲ درصد آن‌ها در یکسال قبل از مطالعه از خدمات بهداشتی درمانی که اغلب سرپایی بوده است، استفاده کرده بودند. حدود ۶۰ درصد افراد وضعیت سلامتی فعلیشان را خوب و عالی ارزیابی کردند و ۶۷ درصد نیز از آخرین خدمات بهداشتی درمانی دریافت شده رضایت داشتند (جدول ۳).

شود<sup>(۱۹)</sup>. بنابراین با تغییر در هر یک از پایه‌های (سطوح) نظام‌سلامت، ما شاهد تغییر در میزان اعتماد عمومی به نظام‌سلامت آن جامعه خواهیم بود<sup>(۵)</sup>؛ به ویژه پس از انجام اصلاحات گسترشده در نظام‌سلامت (به طور مثال طرح تحول سلامت در ایران)<sup>(۲۳)</sup>.

اعتماد به نظام‌سلامت یکی از مهم‌ترین و در عین حال کمتر تحقیق شده‌ی جنبه‌های یک نظام‌سلامت با عملکرد خوب است<sup>(۲۲)</sup>. اکثر تحقیقات درباره اعتماد عمومی به نظام‌سلامت مربوط به کشورهای توسعه‌یافته است و مطالعات کمتری از کشورهای در حال توسعه در دسترس است<sup>(۲۴ و ۱۰)</sup>. تحقیقات در مورد اعتماد به نظام‌سلامت در ایران محدود است<sup>(۲۵ و ۲۳)</sup>. بنابراین این مطالعه‌ی مقطعی با هدف ارزیابی میزان اعتماد عمومی به نظام‌سلامت در شهرستان رشت، انجام شد.

## روش بررسی

این مطالعه‌ی مقطعی در سال ۱۳۹۸ در شهرستان رشت انجام شد. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل خانوارهای روستایی و شهری ساکن شهرستان رشت بود. شهرستان رشت، مرکز استان گیلان، دارای ۹۸۱۶۵۱ نفر جمعیت (۳۲۷۳۰۹ خانوار) شامل ۷۴۱۲۸۵ نفر جمعیت شهری (۲۴۷۰۹۵ خانوار) و ۲۴۰۳۶۶ نفر جمعیت روستایی (۸۰۲۱۴ خانوار) است.

با توجه به  $d = 1/86$ ,  $\beta = 0/2$ ,  $a = 0/05$  و  $S = 1/2$  حجم نمونه مطالعه

$$n = \frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2 S^2}{d^2} = 680$$

انحراف معيار بر اساس مطالعات قبلی محاسبه شد<sup>(۲۶ و ۲۷)</sup>.

با در نظر گرفتن این که ۷۵ درصد جامعه هدف، ساکن مناطق شهری و ۲۵ درصد روستایی بودند، ۵۱۰ خانوار به مناطق شهری و ۱۷۰ خانوار به مناطق روستایی تخصیص داده شد. مناطق شهرداری (۵ منطقه) در شهر رشت به عنوان خوش‌ها انتخاب شدند. در هر خوش‌شهری، اولين خانوار واقع در سمت راست مرکز بهداشتی درمانی آن منطقه به عنوان نقطه شروع انتخاب شد. خانوار دوم به فاصله‌ی ده خانوار از خانوار اول انتخاب شد و تا رسیدن به ۱۰۲ خانوار ادامه پیدا کرد. در صورت عدم همکاری یا عدم حضور خانوار، به دهmin خانوار بعدی مراجعه شد. در جمعیت روستایی، ابتدا ده روستای شهرستان رشت به صورت تصادفی از بین روستاهای انتخاب شد. در هر روستا

### جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره اعتماد به ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی

ارایه‌کنندگان (افراد ارایه‌کننده خدمت)	میانگین (۲۰-۱)	انحراف معیار	ارایه‌کنندگان (موسسات)	میانگین (۲۰-۱)	انحراف معیار	ارایه‌کنندگان دولتی	میانگین (۲۰-۱)
پژوهشکار عمومی	۱۲/۱	۱۲/۱	بیمارستان دولتی	۴/۳	۱۲/۱	۴/۶	۱۲/۱
پژوهشکار متخصص	۱۴/۸	۱۴/۸	بیمارستان خصوصی	۴/۴	۱۴/۲	۴/۱	۱۴/۸
پرستار	۱۳/۵	۱۳/۵	مرکز بهداشتی درمانی	۴/۳	۱۴/۳	۴/۴	۱۳/۵
دندانپزشک	۱۳/۴	۱۳/۴	کلینیک‌ها	۴/۳	۱۲/۷	۴/۲	۱۳/۴
داروساز	۱۳/۹	۱۳/۹	داروخانه‌ها	۴/۴	۱۲/۵	۴/۲	۱۳/۹
درمانگر طب سنتی	۱۳/۹	۱۳/۹	خانه سالمدان	۴/۵	۱۲/۸	۴/۳	۱۳/۹

براساس یافته‌های جدول ۱، بالاترین اعتماد به ارایه‌کنندگان فردی مربوط به پرستاران (۱۴/۳) و پژوهشکار متخصص (۱۴/۲) و کمترین میزان اعتماد نیز به پژوهشکار خصوصی (۱۴/۸) و کمترین نیز به بیمارستان‌های دولتی (۱۲/۱) بود.

### جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های ابعاد اعتماد عمومی به نظام سلامت

ردیف	گویه‌ها	انحراف معیار $\pm$ میانگین
۱	پژوهشکار وضعیت سلامت بیمارانشان را جدی گرفته و نسبت به آنان بی تفاوت نیستند.	۲/۳۱ $\pm$ ۰/۷۷
۲	پژوهشکار به سوالات و دغدغه‌های بیماران خود گوش می دهند.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۷۸
۳	پژوهشکار وقت کافی برای معاينه و بررسی وضعیت بیماران خود صرف می کنند.	۲/۴۰ $\pm$ ۰/۸۲
۴	پژوهشکار همیشه به بیماران خود احترام گذاشته و حقوق آنها را رعایت می کنند.	۲/۳۹ $\pm$ ۰/۷۸
۵	بیماران توانایی پرداخت سهم خود از هزینه‌های درمانشان را دارند.	۲/۷۲ $\pm$ ۰/۸۰
۶	زمان‌های انتظار (نوبت برای عمل جراحی، ویزیت پژوهشکار و غیره) خیلی طولانی نیستند.	۲/۴۱ $\pm$ ۰/۸۴
۷	بیماران قربانی افزایش هزینه‌های نظام سلامت نیستند.	۲/۰۷ $\pm$ ۰/۸۶
۸	سیاست‌های کاهش هزینه توسط دولت منجر به تحمیل هزینه‌های جدید بر آنان نمی شود.	۲/۲۷ $\pm$ ۰/۸۸
۹	دولت بر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارایه شده کنترل دارد.	۲/۷۰ $\pm$ ۰/۹۶
۱۰	پژوهشکار ما توانایی درمان همه بیماری‌ها را دارند.	۲/۳۷ $\pm$ ۰/۸۱
۱۱	پژوهشکار، اطلاعات جامع و کاملی در مورد بیماری‌های مختلف دارد.	۲/۳۲ $\pm$ ۰/۷۹
۱۲	درمان‌های جدید (داروها و تجهیزات جدید، جراحی‌های جدید) در نظام سلامت فراهم است.	۲/۳۷ $\pm$ ۰/۸۱
۱۳	پژوهشکار ما از باسواردترین پژوهشکار دنیا هستند.	۲/۳۰ $\pm$ ۰/۸۴
۱۴	داروهای موردنیاز بیماران به مقدار کافی به آنان داده می شود.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۸۱
۱۵	بیماران همیشه داروی متناسب با درمان خود دریافت می کنند.	۲/۳۶ $\pm$ ۰/۸۳
۱۶	پژوهشکار در زمان مناسب دارو را برای بیمار تجویز می کنند.	۲/۹۴ $\pm$ ۰/۷۸
۱۷	بیماران بهترین درمان را دریافت می کنند.	۲/۴۱ $\pm$ ۰/۸۴
۱۸	پژوهشکار همیشه تشخیص‌های درستی از بیماری را ارایه می دهند.	۲/۴۱ $\pm$ ۰/۸۱
۱۹	پژوهشکار از اطلاعات محروم‌های بیماران به خوبی حفاظت می کنند.	۲/۱۹ $\pm$ ۰/۸۵
۲۰	پژوهشکار آزمایش‌ها و عکس‌برداری‌ها را با توجه به نیاز بیمار درخواست می کنند.	۲/۳۲ $\pm$ ۰/۸۲
۲۱	بیماران اطلاعات کاملی در مورد روش‌های درمانی مختلف دریافت می کنند.	۲/۳۹ $\pm$ ۰/۸۳
۲۲	پژوهشکار درباره بیماری و درمان فرد با وی تبادل نظر می کنند.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۸۲
۲۳	پژوهشکار منافع و مضرات روش‌های تشخیصی و درمان را به بیماران خود می گویند.	۲/۳۵ $\pm$ ۰/۸۶
۲۴	پژوهشکار اطلاعات کاملی درمورد علل بیماری را به بیماران خود ارایه می کنند.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۸۴



۲/۳۲±۰/۸۵	پزشکان اطلاعات را به زبان قابل درک به بیماران ارایه می کنند.	۲۵
۲/۳۴±۰/۸۴	ارایه دهنده گان خدمات بهداشتی درمانی در نظام سلامت با هم همکاری خوبی دارند.	۲۶
۲/۵۱±۰/۷۸	اطلاعاتی که ارایه دهنده گان خدمات به بیمار می دهد متناقض نیست.	۲۷
۲/۶۱±۰/۷۹	تخصصی شدن زیاد در ارایه خدمات، برای نظام سلامت مشکلی ایجاد نمی کند.	۲۸

میانگین و انحراف معیار نمره های گویه های پرسشنامه اعتماد بیماران به نظام سلامت در جدول ۲ نمایش داده شده است. بالاترین میانگین نیز با ۲/۰۷ مربوط به سوال ۷ با عنوان «بیماران قربانی افزایش هزینه های نظام سلامت نیستند» بود.

**جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد اعتماد عمومی به نظام سلامت**

انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	ابعاد اعتماد عمومی
۲/۸۳	۹/۴۸	۱۶	۴	بیمار محوری
۲/۶۷	۱۲/۱۶	۲۰	۵	سیاست های سطح کلان
۲/۸۱	۹/۳۷	۱۶	۴	تخصص حرفه ای
۴/۵۷	۱۶/۳۸	۲۸	۷	کیفیت مراقبت ها
۳/۶۳	۱۱/۸۴	۲۰	۵	ارتباطات و اطلاعات
۱/۸۷	۷/۴۷	۱۲	۳	کیفیت همکاری بین ارایه کنندگان
۱۵/۵۵	۶۶/۷	۱۱۲	۲۸	نمره کل

یافته های این مطالعه نشان داد که نمره کلی اعتماد عمومی به نظام سلامت ۷/۶۶ از ۱۱۲ یا به عبارتی حدود ۶۰ درصد بود. بیشترین نمره برای بعد کیفیت مراقبت ها با نمره ۱۶/۳۸ و کمترین آن برای بعد کیفیت همکاری با نمره ۷/۴۷ بود (جدول ۳).

**جدول ۴: مقایسه نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت بر مسب متغيرهای دموگرافیک**

P	انحراف معیار $\pm$ میانگین	تعداد (درصد)	متغیر
<۰/۰۰۱	۶۴/۷±۱۶/۲	(٪۵۲/۵)۳۵۷	مرد
	۶۸/۹±۱۴/۵	(٪۴۷/۵)۳۲۳	زن
	۶۶/۶±۱۵/۶	(٪۴۵/۲)۲۳۹	زیر ۳۰ سال
۰/۹۵	۶۶/۴±۱۵/۲	(٪۵۱/۸)۳۵۲	۳۱-۵۰ سال
	۶۸±۱۶/۸	(٪۱۳)۸۹	بالای ۵۰ سال
۰/۱۸	۶۵/۴±۱۴/۹	(٪۶)۴۳	بی سواد
	۶۵/۹±۱۵/۱	(٪۶۱)۴۱۳	تا دiplom
	۶۸/۳±۱۶/۳	(٪۳۳)۲۲۴	دانشگاهی
۰/۳۷	۶۷/۱±۱۶/۷	(٪۷۴/۷)۵۰۸	شهر
	۶۵/۶±۱۱/۶	(٪۲۵/۳)۱۷۲	روستا
	۶۷/۲±۱۶/۹	(٪۱۴/۳)۹۷	کارمند
۰/۰۲۳	۶۴/۱±۱۵/۷	(٪۳۳/۲)۲۲۶	آزاد
	۶۴/۳±۱۷/۱	(٪۵۲/۵)۳۵۷	بدون شغل
۰/۰۶	۶۶/۳±۱۵/۳	(٪۸۷/۵)۵۹۵	دارد
	۶۹/۲±۱۷/۲	(٪۱۲/۵)۸۵	ندارد
بیمه درمانی			



<۰/۰/۱	۶۵/۱±۱۵/۴	(٪۷۲/۲)۴۹۱	بلی	استفاده از خدمات بهداشتی درمانی در ۱۲ ماه اخیر
	۷۰/۸±۱۵/۲	(٪۲۷/۸)۱۸۹	خیر	
	۶۹/۱±۱۶/۴	(٪۲۷/۶)۱۸۸	بیمارستان	
<۰/۰/۱	۶۶/۹±۱۴/۳	(٪۳۱/۹)۲۱۷	مطب و کلینیکها	محل دریافت آخرین خدمت سلامت
	۶۲/۶±۱۴/۹	(٪۳۸/۵)۲۶۱	مراکز بهداشتی	
	۵۹/۹±۱۲/۸	(٪۲)۱۴	سایر	
<۰/۰/۱	۷۵/۴±۱۶/۱	(٪۶۶/۵)۴۵۸	بلی	رضایت از آخرین خدمت دریافتی
	۶۲/۵±۱۳/۴	(٪۳۲/۵)۲۲۲	خیر	
	۶۳/۹±۱۸/۴	(٪۷)۴۷	ضعیف	
<۰/۰/۱	۶۴/۷±۱۴/۴	(٪۳۳)۲۲۵	متوسط	وضعیت سلامتی خود گزارش شده
	۶۹/۳±۱۴/۵	(٪۴۶/۳)۳۱۵	خوب	
	۷۲/۶±۱۴/۹	(٪۱۳/۷)۹۳	عالی	

و استفاده از کادر درمانی متخصص و هتلینگ پیشرفته در این بیمارستان‌ها تاثیر قابل توجهی در جلب اعتماد مردم به نظام سلامت داشته است.

نتایج مطالعات پیشین در کشورهای دیگر سطح متفاوتی از اعتماد را گزارش کرده‌اند. به طور مثال، در مطالعه Zhao و همکاران در ۳۱ کشور مشخص شد که بالاترین سطح اعتماد در بلژیک (۷۱/۶٪) و سپس کشورهای اسکاندیناوی و پایین‌ترین میزان اعتماد عمومی نیز در لهستان بوده است (۲۱). مطالعه‌ای در کرواسی میزان اعتماد مردم به نظام سلامت را ۵۸/۷ درصد (۸)، در ترینیداد و توباگو ۵۰ درصد (۱۰) و در چین ۲۸ درصد گزارش کرده است (۲۴). مطالعه‌ی Van-Der-Schee و همکاران در سه کشور اروپایی نشان داد که آلمانی‌ها در مقایسه با هلندی‌ها و انگلیسی‌ها اعتماد کمتری به نظام سلامت دارند (۷).

کشورها به دلیل تفاوت در نظام‌های سلامت و فرهنگ‌ها و فقدان یک روش استاندارد برای سنجش اعتماد، چالش برانگیز است (۲). تفاوت بین کشورها می‌تواند ناشی از تضمین‌های سازمانی، کیفیت وجود خدمات سلامت، توجه رسانه‌ها و تفاوت‌های فرهنگی باشد (۷).

نمره اعتماد عمومی بر حسب جنسیت متفاوت بود. زنان اعتماد بالاتری به نظام سلامت داشتند که با یافته‌های مطالعات پیشین در یک راست است (۲۹ و ۲۸ و ۱۲ و ۱۰). اعتماد بیشتر زنان شاید به دلیل مواجهه‌ی بیشتر آن‌ها با نظام سلامت (هم برای خود و هم برای مراقبت‌های کودکانشان) و تجربه‌ی مثبت‌تر از تماس با نظام سلامت باشد. نمره اعتماد بر اساس شغل پاسخ‌دهنده‌گان متفاوت بود؛ به طوری که کارکنان دولتی نمره بالاتری را گزارش کردند. در مطالعات پیشین نیز مشخص شد که شغل از پیش‌بینی کننده‌های اعتماد

نتایج مقایسه‌ی نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۴ ارایه شده است. براساس یافته‌ها، میزان اعتماد زنان بیشتر از مردان بوده است (۰/۰/۱<P). پاسخ‌گویانی که شغل دولتی داشتند، نمره بالاتری نسبت به دیگران، گزارش کرده‌اند (۰/۰/۵<P). افرادی که در یک سال اخیر از خدمات سلامت استفاده کرده بودند، اعتماد کمتری به نظام سلامت داشتند (۰/۰/۱<P). بیمارانی که از خدمات بیمارستانی استفاده کرده بودند، اعتماد بیشتری به نظام سلامت داشتند (۰/۰/۱<P). آن‌هایی که از آخرین خدمت مورد استفاده راضی بودند و افرادی که وضعیت سلامتی خود را عالی و خوب گزارش کردند، سطح اعتماد بالاتری به نظام سلامت داشتند (۰/۰/۱<P).

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در شهرستان رشت انجام شد و یافته‌های نشان داد که نمره کل اعتماد عمومی به نظام سلامت ۶۶/۷ است که در سطح نسبتاً متوسط ارزیابی می‌شود. سطح پایین‌تر اعتماد می‌تواند ناشی از عملکرد ضعیف نظام سلامت، عدم رعایت حقوق بیمار، پرداخت‌های غیررسمی، بیمه‌های درمانی ناکارآمد، افزایش هزینه‌های درمان و ... باشد (۲۵). مطالعات انجام شده در ایران میزان اعتماد مردم به نظام سلامت را از ۵۰ تا ۵۶/۹ درصد گزارش کرده‌اند (۲۸ و ۲۵ و ۲۳ و ۱۲) که نسبت به مطالعه‌ی ما کمتر بوده است. این اختلاف می‌تواند به علت بالابودن کیفیت مراقبت‌ها و دسترسی آسان تر به مراکز ارایه کننده خدمات بهداشتی-درمانی در شهرستان رشت باشد. به نظر می‌رسد که احداث دو بیمارستان جدید خصوصی در سال‌های اخیر در رشت

می شود که می تواند منجر به بی اعتمادی بیماران به نظام سلامت شود. در یک مطالعه از ایران مشخص شد که پزشکان عمومی و داروسازها، پراکندگی ارایه مراقبت با حضور چندین ارایه کننده و نبود ارتباط مستقیم بین آنها را مانع برای همکاری دانسته اند(۳۳).

براساس یافته ها، بالاترین میزان اعتماد به پرستاران و پزشکان متخصص بود. در مطالعه ای در ایران مشخص شد که بیشترین اعتماد مردم به پزشکان و پرستاران بوده است(۲۵) که با یافته های ما در یک راستاست. در مطالعه Peters و Youssef در ترینیداد و توباقو، بالاترین میزان اعتماد به پزشکان متخصص بوده است(۱۰). در مطالعه Nikodem و همکاران در کرواسی، مردم به پزشکان و پزشکان خانواده اعتماد بالای را نشان دادند(۸). پزشکان و پرستاران، نزدیک ترین و بیشترین تماس را با بیماران دارند و اعتماد در رابطه پرستار-بیمار عنصر مهمی است(۶و۳۴). به طور کلی بیماران سطح اعتماد بیشتری را به پزشکان گزارش می کنند. این می تواند ناشی از ترس آنها باشد چرا که اگر پزشک شان متوجه بی اعتمادی آنها شود، ممکن است بر مراقبتشان تاثیر بگذارد(۳).

کمترین سطح اعتماد به ارایه دهنگان طب سنتی بود. یافته های یک مطالعه در هلند نیز نشان می دهد که میزان اعتماد مردم به طب مکمل و جایگزین کمتر از Van Der Schee اعتماد به مراقبت های سلامت روتین است(۱). در مطالعه Peters و همکاران در سه کشور انگلستان، آلمان و هلند نیز کمترین نمره اعتماد مربوط به ارایه دهنگان طب مکمل بوده است(۷). همچنین در مطالعه Youssef در ترینیداد و توباقو(۱۰)، کمترین اعتماد به درمان گرهای طب مکمل بوده که با یافته های ما همسو است. به نظر می رسد که علت این اعتماد پایین، نبود مراکز تخصصی ارایه این خدمات، اطلاعات منفی رسانه ها، تجارت منفی و اطلاعات منفی از شبکه های اجتماعی افراد باشد(۱).

در مطالعه حاضر بالاترین سطح اعتماد به موسسات بهداشتی-درمانی مربوط به بیمارستان های خصوصی و کمترین اعتماد به بیمارستان های دولتی بود. به نظر می رسد تبلیغات در زمینه کیفیت و عملکرد بهتر بیمارستان های خصوصی در این زمینه تاثیرگذار باشد. در مطالعات متعددی مشخص شده که اعتماد، کیفیت، پاسخ گویی و رضایتمندی در بیمارستان های خصوصی بهتر از بیمارستان های دولتی است(۳۶و۳۵و۳۳). از آنجایی که کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران بر اعتماد تاثیرگذار است(۳۷)، می توان نتیجه گرفت

عمومی است(۲۱). به نظر می رسد که اعتماد بیشتر کارکنان دولتی ناشی از امکانات بهتر فراهم شده برای آنها از قبیل بیمه تکمیلی باشد. وضعیت سلامتی خود گزارش شده با اعتماد عمومی ارتباط داشت که با یافته های مطالعات پیشین در یک راستاست(۲۱ و ۲۴). مطالعه ای صادقی بازرگانی و همکاران در ایران هم نشان داد که افراد دارای بیماری مزمن اعتماد کمتری به نظام سلامت داشته اند(۲۸). افراد سالم ممکن است اعتماد بیشتری داشته باشند به این دلیل که درمان آنها موثر تر بوده یا اینکه به طور کلی دیدگاه بهتری نسبت به زندگی دارند(۳). بین اعتماد و رضایت بیمار رابطه مثبت وجود داشت و بیمارانی که از آخرین تماس با نظام سلامت رضایتمندی داشتند اعتماد بیشتری داشتند. در مطالعه Zhao و همکاران، یافته ها حاکی از ارتباط اعتماد عمومی با رضایت از آخرین خدمت دریافتی در نظام سلامت بود(۲۱). مطالعه Zhao و همکاران در چین هم رابطه معنی دار بین رضایت از آخرین تماس با نظام سلامت و اعتماد عمومی را گزارش کرده است(۲۴). به نظر می رسد که تجارت راضی کننده از نظام سلامت، احتمال اعتماد بیشتر را تقویت می کند(۳).

کیفیت مراقبت ها بالاترین نمره را در بین ابعاد اعتماد عمومی داشت که با یافته های مطالعه خمنیا و همکاران همسو است(۲۳). به نظر می رسد که شیوه های درمان، تجویز دارو، تشخیص های پزشکی و محرومگی اطلاعات مورد قبول مردم قرار گرفته است که می تواند بر اعتماد به نظام سلامت تاثیر مثبتی داشته باشد. در مطالعه زارعی و همکاران نیز مشخص شد ادراک مثبت بیماران از کیفیت خدمات بر اعتماد آنها به بیمارستان های خصوصی تاثیر دارد(۳۰). کیفیت خدمات سلامت در ایران مورد ستایش سازمان های بین المللی مثل WHO قرار گرفته است(۱۲). همچنین نتایج یک مطالعه مروی در ایران نشان می دهد که ارزیابی بیماران از کیفیت مراقبت های بیمارستانی نسبتاً خوب بوده است(۳۱) که یافته های ما را پشتیبانی می کند.

در بین ابعاد اعتماد عمومی به نظام سلامت، کیفیت همکاری بین ارایه کنندگان کمترین نمره را به خود اختصاص داد. در مطالعه خمنیا و همکاران نیز بعد کیفیت همکاری پایین ترین نمره را داشت(۲۳) که با مطالعه ما همسو است. یکی از دلایل این موضوع می تواند عدم ارتباط حرفة ای مناسب بین ارایه کنندگان سطوح نظام سلامت و اجرای دقیق نظام ارجاع است(۳۲). پزشکان در سطوح مختلف مراقبت، به دلیل نبود پرونده الکترونیک سلامت، از سابقه بیمار اطلاعات دقیق ندارند که همین امر منجر به ارایه اطلاعات متناقض و تجویز های نامتناسب



نشان داد که میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در سطح نسبتاً متوسطی است که نشان دهنده نقص هایی در عملکرد نظام سلامت است. به نظر می رسد علی رغم اعتماد مردم به تخصص و دانش پزشکان و سایر ارایه کنندگان مراقبت، نقص در فرایندهای ارایه خدمات، ارتباطات و همکاری بین ارایه کنندگان خدمات در سطوح سه گانه مراقبت های سلامت موجب بی اعتمادی مردم به نظام سلامت می شود. تمرکز بر ارتباط پزشک-بیمار و بهبود مهارت های ارتباطی، استقرار پرونده الکترونیک و به اشتراک گذاشتن اطلاعات بیماران بین ارایه کنندگان مختلف، و رعایت حقوق بیمار می تواند اعتماد بیشتری به نظام سلامت ایجاد کند.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان «بررسی میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت (یک مطالعه در شهرستان رشت)» است که انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.SME.REC.1398.048 تصویب گردید. از تمامی پاسخگویان که با شکیبایی ما را در این طرح همراهی نمودند صمیمانه قدردانی می شود.

## References

- Van-Der-Schee E & Groenewegen PP. Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. BMC Public Health 2010; 10(128): 1-12.
- Ozawa S & Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. Social Science and Medicine 2013; 91(1): 10-4.
- Hall MA, Dugan E, Zheng B & Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? The Milbank Quarterly 2001; 79(4): 613-39.
- Gille F, Smith S & Mays N. Towards a broader conceptualization of ‘public trust in the health care system. Social Theory and Health 2017; 15(1): 25-43.
- Straten GFM, Friile RD & Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. Social Science and Medicine 2002; 55(2): 227-34.
- Dinv L, Korkmaz F & Karabulut E. A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a Turkish patient population. Social Indicators Research 2013; 113(1): 107-20.
- Van-Der-Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M & Groenewegen PP. Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. Health Policy 2007; 81(1): 56-67.
- Nikodem K, Curkovic M & Borovecki A. Trust in the healthcare system and physicians in Croatia: A survey of the general population. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19(2): 993.

که عملکرد بهتر بیمارستان های خصوصی منجر به ایجاد اعتماد بیشتری برای بیماران شده است. همچنین نتایج یک مطالعه در بیمارستان های رشت نشان داد که بیشترین میزان ترخیص با رضایت شخصی به دلیل عدم تمایل بیماران به ادامه درمان در بیمارستان های دولتی بوده است. تمایل به ادامه درمان در بخش خصوصی از دلایل اصلی ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس بیمارستان رازی رشت بوده است (۳۸).

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی است؛ به طور مثال همه مطالعات که با پرسش‌نامه‌های خود گزارش دهی شده انجام می‌شود، پاسخ‌ها ممکن است با سوگیری از سمت پاسخ‌دهندگان همراه باشد و افراد نظر واقعی خود را اعلام نکرده باشند. همچنین این مطالعه در یکی از شهرستان‌ها انجام شده و برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها، نیاز به مطالعات دیگری در سطح ملی است. بررسی میزان اعتماد مردم به نظام سلامت پس از بروز پاندمی کرونا می‌تواند یافته‌های جدیدی را ارایه دهد.

## نتیجه‌گیری

اعتماد عمومی به نظام سلامت در سال‌های اخیر به عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت مطرح شده است. نتایج این مطالعه



9. Gu L, Tian B, Xin Y, Zhang S, Li J & Sun Z. Patient perception of doctor communication skills and patient trust in rural primary health care: The mediating role of health service quality. *BMC Primary Care* 2022; 23(255): 1-10.
10. Peters D & Youssef FF. Public trust in the healthcare system in a developing country. *The International Journal of Health Planning and Management* 2016; 31(2): 227-41.
11. La-Veist TA, Isaac LA & Williams KP. Mistrust of health care organizations is associated with the underutilization of health services. *Health Services Research* 2009; 44(6): 2093-105.
12. Bagheri-Lankarani K, Imanieh MH, Hassani AH & Molavi-Vardanjani H. Public trust in healthcare system in Iran: A rapid assessment during the COVID-19 epidemic in Iran. *International Journal of Epidemiologic Research* 2021; 8(4): 146-51.
13. Gille F, Smith SC & Mays NB. What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. *Social Theory and Health* 2021; 19(1): 1-20.
14. Gopichandran V, Subramaniam S & Kalsingh MJ. COVID-19 pandemic: A litmus test of trust in the health system. *Asian Bioethics Review* 2020; 12(2): 213-21.
15. Hatami S & Hatami N. The role of trust in receiving or not receiving COVID-19 vaccine. *Journal of Marine Medicine* 2021; 3(4): 20-7[Article in Persian].
16. Bajos N, Spire A, Silberzan L, Sireyjol A, Jusot F, Meyer L, et al. When lack of trust in the government and in scientists reinforces social inequalities in vaccination against COVID-19. *Frontiers in Public Health* 2022; 10(1): 908152.
17. Lohmann S & Albarracin D. Trust in the public health system as a source of information on vaccination matters most when environments are supportive. *Vaccine* 2022; 40(33): 4693-9.
18. He Y, Yatsuya H, Ota A & Tabuchi T. The association of public trust with the utilization of digital contact tracing for COVID-19 in Japan. *Public Health in Practice* 2022; 4(1): 100279.
19. Van-Der-Schee E, Groenewegen PP & Friile RD. Public trust in health care: A performance indicator? *Journal of Health Organization and Management* 2006; 20(5): 468-76.
20. Ahmad-Kiadaliri A, Haghparast-Bidgoli H & Zarei A. Measuring efficiency of general hospitals in the south of Iran. *World Applied Sciences Journal* 2011; 13(6): 1310-6.
21. Zhao D, Zhao H & Cleary PD. International variations in trust in health care systems. *The International Journal of Health Planning and Management* 2019; 34(1): 130-9.
22. Gille F, Smith S & Mays N. Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research and Policy* 2015; 20(1): 62-4.
23. Khammarnia M, Hashemi-Karghash Z, Peyvand M, Kooshesh SH & Ramezani F. A survey on trust to hospital services after health transformation plan. *Payesh* 2020; 19(3): 243-54[Article in Persian].
24. Zhao D, Zhao H & Cleary PD. Understanding the determinants of public trust in the health care system in China: An analysis of a cross-sectional survey. *Journal of Health Services Research and Policy* 2019; 24(1): 37-43.
25. Tabrizi JS, Saadati M, Sadeghi-Bazargani H, Abedi L & Alibabayee R. Iranian public trust in health services: Evidence from Tabriz, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2016; 22(10): 713-8.
26. Anand TN & Kutty VR. Development and testing of a scale to measure trust in the public healthcare system. *Indian Journal of Medical Ethics* 2015; 12(3): 149-57.
27. Tarrant C, Stokes T & Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: A cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice* 2003; 53(495): 798-800.
28. Sadeghi-Bazargani H, Saadati M, Sadegh-Tabrizi J, Farahbakhsh M & Golestani M. Forty years after Alma-Ata: How people trust primary health care? *BMC Public Health* 2020; 20(942): 1-6.



29. Ahern MM & Hendryx MS. Social capital and trust in providers. *Social Science and Medicine* 2003; 57(7): 1195-203.
30. Zarei E, Bagheri A, Danesh-Kohan A & Khodakarim S. Patients' views on service quality in selected Iranian hospitals: An importance-performance analysis. *Shiraz E-Medical Journal* 2020; 21(9): e97938.
31. Rezaei S, Hajizadeh M, Zandian H, Fathi A & Nouri B. Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2018; 32(1): 344-51.
32. Naseriasl M, Janati A, Amini A & Adham D. Referral system in rural Iran: Improvement proposals. *Cadernos De Saude Publica* 2018; 34(3): e00198516.
33. Hashemian F, Emadi F & Roohi E. Collaboration between pharmacists and general practitioners in the health care system in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2016; 22(6): 375-82.
34. Yazdani S, Khalili-Azandehi S, Ghorbani A & Shakerian S. Explaining the process of choosing clinical specialties in general medical graduates: A grounded theory. *Electronic Journal of General Medicine* 2018; 15(6): em89.
35. Daneshkohan A, Zarei E & Ahmadi-Kashkoli S. Health system responsiveness: A comparison between public and private hospitals in Iran. *International Journal of Healthcare Management* 2020; 13(S 1): 296-301.
36. Kwateng KO, Lumor R & Acheampong FO. Service quality in public and private hospitals: A comparative study on patient satisfaction. *International Journal of Healthcare Management* 2017; 12(4): 251-8.
37. Alrubaiee L & Alka'a'ida F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality-patient trust relationship. *International Journal of Marketing Studies* 2011; 3(1): 103-27.
38. Mohammadi-Kojidi H, Fayazi HS, Badsar AR, Rostamali N & Attarchi MS. Assessment of the causes of discharge against medical advice in hospitalized patients in emergency department. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2020; 29(113): 33-42[Article in Persian].



# Public Trust in Health System: A Study in Rasht County

Ehsan Zarei<sup>1\*</sup> (Ph.D.), Kheyrollah Chavosh Sani<sup>2</sup> (M.S.), Mohammad Saadati<sup>3</sup> (Ph.D.),  
Soheila Khodakarim<sup>4</sup> (Ph.D.)

1 Assistant Professor, Department of Health Services Management, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Master of Science in Health Services Management, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Department of Public Health, School of Medical Sciences, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

4 Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

## Abstract

Received: 25 Jun. 2022

Accepted: 29 Oct. 2022

**Background and Aim:** In recent years, public trust in health system has been considered one of the performance evaluation indicators of health systems. However, most of the research on public trust in health system is related to developed countries, and research in this regard is limited in Iran. A better understanding of trust in health system and some influential factors helps to develop targeted interventions to increase trust. The present study was conducted to investigate the level of public trust in health system in Rasht County.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, 680 households (510 urban and 170 rural) were included. The data collection tool was a questionnaire to measure public trust in health system with 30 items and six dimensions, whose validity and reliability were confirmed. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to compare and analyze the difference in public trust in health system between groups.

**Results:** The overall score of trust in health system was 66.7 out of 112. The highest score for the quality-of-care dimension was 16.38 out of 28, and the lowest for the cooperation quality of providers dimension was 7.47 out of 12. Among service providers, the highest trust was in nurses and specialist doctors, and the least was in traditional medicine service providers. Women, government employees, people without health insurance, people with excellent and good health status, those who had used hospital services, and those who were satisfied with the last service received had a high level of trust in the health system ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** The results showed that despite people's trust in the expertise and knowledge of physicians and other providers, public trust in health system was relatively moderate, indicating deficiencies in the health system's performance. Focusing on physician-patient communication and improving communication skills, establishing electronic records and sharing patient information between health service providers, and respecting patient rights can build greater trust in the health system.

**Keywords:** Health System, Health System Performance, Public Trust, Patient-Physician Relationship

\* Corresponding Author:

Zarei E

Email:

e.zarei@sbmu.ac.ir