

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

احسان زارعی<sup>۱\*</sup>، خیرالله چاوش ثانی<sup>۲</sup>، محمد سعادت<sup>۳</sup>، سبیل‌خداکریم<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 درباره‌ی 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 مطالعه‌ی مقطعی، ۶۸۰ خانوار (۵۱۰ 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 بُعد بود که روایی و پایایی آن تأیید شد. از آزمون‌های منویتنی و کروسکالوالیس برای مقایسه و تحلیل تفاوت نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت بین گروه‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** نمره کلی اعتماد مردم به نظام سلامت در شهرستان رشت ۶۶/۷ از ۱۱۲ بود. بیشترین نمره برای بُعد کیفیت مراقبت‌ها با ۱۶/۳۸ از ۲۸ و کمترین آن برای بُعد کیفیت همکاری بین ارائه‌کنندگان با نمره‌ی ۷/۴۷ از ۱۲ بود. در بین ارائه‌کنندگان 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، آن‌هایی که از خدمات بیمارستانی استفاده کرده بودند و افرادی که از آخرین خدمت دریافتی خود رضایت داشتند، اعتماد بیشتری به نظام سلامت داشتند ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که علی‌رغم اعتماد مردم به تخصص و دانش پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان، میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در سطح نسبتاً متوسط بود که نشان‌دهنده‌ی کاستی در عملکرد نظام سلامت است. تمرکز بر ارتباط پزشک‌بیمار و بهبود مهارت‌های ارتباطی، استقرار پرونده الکترونیک و به اشتراک‌گذاشتن اطلاعات بیماران بین ارائه‌کنندگان مختلف و سرانجام رعایت حقوق بیمار می‌تواند اعتماد بیشتری به نظام سلامت ایجاد کند. **واژه‌های کلیدی:** نظام سلامت، عملکرد نظام سلامت، اعتماد عمومی، رابطه‌ی پزشک-بیمار

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۴/۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۸/۷

\* نویسنده مسئول:

احسان زارعی:

دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Email :

e.zareei@sbm.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

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

اعتماد در خدمات بهداشتی درمانی به مفهوم اعتقاد بیمار به نظام سلامت و ارائه‌کنندگان مراقبت است؛ مبنی بر این‌که ارائه‌دهنده خدمات، خواهان بهترین‌ها برای بیمار است و مراقبت و درمان مناسب را برای او تامین خواهد کرد (۲). 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 منافعی به بهترین وجه توسط اعتمادشونده حمایت و مراقبت شود» (۳).

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

اعتماد، یک عنصر کلیدی در ارائه مراقبت‌های خوب و دستیابی به پیامدهای سلامت است (۸ و ۹). شواهد، حاکی از ارتباط مثبت بین اعتماد و پیامدهای سلامت (۶) و همچنین تبعیت بیمار از برنامه درمان است (۱۰). عدم اعتماد به نظام سلامت می‌تواند منجر به استفاده‌ی کمتر از خدمات، عدم جستجوی درمان مناسب و یا عدم تبعیت از درمان شود (۱۱). اعتماد عمومی، شاخصی از حمایت برای سیستم و تغییرات در آن است (۵).

اعتماد عمومی به نظام سلامت برای سیاستگذاران یک حمایت عمومی مهم است تا با تکیه بر آن برنامه‌ها و سیاست‌های خود را پیش ببرند (۱۲) و به‌طور کلی با مشروعیت سیستم، هزینه‌های پایین مبادله، بهبود سلامت و سطح بالاتر انسجام اجتماعی مرتبط است (۱۳). 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 کووید ۱۹ توصیه می‌شود، تقویت کند (۱۴). به‌طور مثال، یافته‌های Lohmann و Albarracin در آمریکا، Bajos و همکاران در فرانسه و حاتمی و همکاران در ایران نشان داد که اعتماد به نظام سلامت با میزان تمایل مردم به واکسیناسیون کووید ۱۹ رابطه‌ی معنی‌داری دارد (۱۷-۱۵). 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 کووید ۱۹ بود (۱۸).

در سال‌های اخیر، اعتماد عمومی به نظام سلامت به‌عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت مطرح شده است (۲۰ و ۱۹ و ۱۶). به‌طور مثال در هلند (۱) و همچنین در بریتانیا، سوئد، استرالیا، ایالات متحده یکی از شاخص‌های سنجش عملکرد نظام سلامت است (۲۱). محققان بر این عقیده‌اند که اعتماد عمومی یک نشانگر بهتری از عملکرد نظام سلامت یک کشور در مقایسه با نشانگرهایی همچون تجربه یا رضایت بیمار است (۲۱). سنجش اعتماد عمومی به نظام سلامت می‌تواند اطلاعاتی را در مورد عملکرد نظام سلامت از دیدگاه کاربران (۱۹) یا ادراک بیماران از کیفیت روابط خود با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت را نشان دهد و ممکن است به بهبود کیفیت و تداوم مراقبت از بیمار کمک کند (۶). سنجش اعتماد عمومی به نظام سلامت ممکن است نیاز به اصلاحات را در سطح کلان نشان دهد (۲۲ و ۴) و به برنامه‌هایی برای تامین مالی، ارائه خدمات و پیامدهای مراقبت‌های بهداشتی درمانی کمک کند (۱۳ و ۶). نیاز به درک بهتر اعتماد به نظام سلامت و برخی عوامل مؤثر بر آن به‌منظور طراحی مداخلات هدفمند برای افزایش اعتماد وجود دارد (۲۲).

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

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

ابزار گردآوری داده‌ها، یک پرسش نامه بود که توسط Straten و همکاران در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است (۵). این پرسش نامه در ایران به فارسی ترجمه و معتبرسازی شده است (۲۵) که در این مطالعه از این نسخه فارسی استفاده شد. پرسش نامه شامل سه بخش بود: قسمت اول حاوی اطلاعات دموگرافیک (۱۰ آیتم) و بخش دوم شامل ۲۸ گویه اعتماد عمومی در قالب ۶ بعد بیمار محوری (۴ گویه)، سیاست‌های کلان (۵ گویه)، تخصص‌های حرفه‌ای 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 گزینه‌ای (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 بدهند. 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 نظام سلامت بین گروه‌ها استفاده شد. برای همه آزمون‌ها، سطح معناداری  $0/05 \geq$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

یافته‌های دموگرافیک نشان داد که ۵۲/۵ درصد پاسخ‌دهندگان 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 پاسخ‌دهندگان 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 (۱۹). بنابراین با تغییر در هر یک از پایه‌های (سطوح) نظام سلامت، ما شاهد تغییر در میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت آن جامعه خواهیم بود (۵)؛ به‌ویژه پس از انجام اصلاحات گسترده در نظام سلامت (به‌طور مثال طرح تحول سلامت در ایران) (۲۳).

اعتماد به نظام سلامت یکی از مهم‌ترین و درعین حال کمتر تحقیق‌شده‌ی جنبه‌های یک نظام سلامت با عملکرد خوب است (۲۲). اکثر تحقیقات درباره اعتماد عمومی به نظام سلامت مربوط به کشورهای توسعه‌یافته است و مطالعات کمتری از کشورهای در حال توسعه در دسترس است (۲۴ و ۱۰). تحقیقات در مورد اعتماد به نظام سلامت در ایران محدود است (۲۵ و ۲۳). بنابراین این مطالعه‌ی مقطعی با هدف ارزیابی میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت 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  $\alpha = 0/05$ ،  $\beta = 0/2$ ،  $S = 1/86$  و  $d = 0/2$  حجم نمونه مطالعه ۶۸۰ خانوار محاسبه شد:

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

انحراف معیار بر اساس مطالعات قبلی محاسبه شد (۲۶ و ۲۷).

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 به‌عنوان خوشه‌ها انتخاب شدند. در هر خوشه شهری، اولین خانوار واقع در سمت راست مرکز بهداشتی درمانی آن منطقه به‌عنوان 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 دهمین خانوار بعدی مراجعه شد. در جمعیت روستایی، ابتدا ده روستای شهرستان رشت به‌صورت تصادفی از بین روستاها انتخاب شد. در هر روستا

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره اعتماد به ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی‌درمانی

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

بر اساس یافته‌های جدول ۱، بالاترین اعتماد به ارایه‌کنندگان فردی مربوط به طب سنتی (۱۲/۸) بود. در بین موسسات نیز بیشترین اعتماد به بیمارستان‌های پرستاران (۱۴/۳) و پزشکان متخصص (۱۴/۲) و کمترین میزان اعتماد نیز به پزشکان 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	پزشکان وضعیت سلامت بیمارانشان را جدی گرفته و نسبت به آنان بی تفاوت نیستند.	۲/۳۱ $\pm$ ۰/۷۷
۲	پزشکان به سوالات و دغدغه‌های بیماران خود گوش می‌دهند.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۷۸
۳	پزشکان وقت کافی برای معاینه و بررسی وضعیت بیماران خود صرف می‌کنند.	۲/۴۰ $\pm$ ۰/۸۲
۴	پزشکان همیشه به بیماران خود احترام گذاشته و حقوق آن‌ها را رعایت می‌کنند.	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 پزشکان 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 نمی‌شود.	۲/۲۷ $\pm$ ۰/۸۸
۹	دولت بر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارایه‌شده کنترل دارد.	۲/۷۰ $\pm$ ۰/۹۶
۱۰	پزشکان ما توانایی درمان همه بیماری‌ها را دارند.	۲/۳۷ $\pm$ ۰/۸۱
۱۱	پزشکان، اطلاعات جامع و کاملی در مورد بیماری‌های مختلف دارند.	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	پزشکان ما از باسوادترین پزشکان دنیا هستند.	۲/۳۰ $\pm$ ۰/۸۴
۱۴	داروهای مورد نیاز بیماران به مقدار کافی به آنان داده می‌شود.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۸۱
۱۵	بیماران همیشه داروی متناسب با درمان خود دریافت می‌کنند.	۲/۳۶ $\pm$ ۰/۸۳
۱۶	پزشکان در زمان مناسب دارو را برای بیمار تجویز می‌کنند.	۲/۹۴ $\pm$ ۰/۷۸
۱۷	بیماران بهترین درمان را دریافت می‌کنند.	۲/۴۱ $\pm$ ۰/۸۴
۱۸	پزشکان همیشه تشخیص‌های درستی از بیماری را ارایه می‌دهند.	۲/۴۱ $\pm$ ۰/۸۱
۱۹	پزشکان از اطلاعات محرمانه‌ی بیماران به خوبی حفاظت می‌کنند.	۲/۱۹ $\pm$ ۰/۸۵
۲۰	پزشکان آزمایش‌ها و عکس برداری‌ها را با توجه به نیاز بیمار درخواست می‌کنند.	۲/۳۲ $\pm$ ۰/۸۲
۲۱	بیماران اطلاعات کاملی در مورد روش‌های درمانی مختلف دریافت می‌کنند.	۲/۳۹ $\pm$ ۰/۸۳
۲۲	پزشکان درباره بیماری و درمان فرد با وی تبادل نظر می‌کنند.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۸۲
۲۳	پزشکان منافع و مضرات روش‌های تشخیصی و درمان را به بیماران خود می‌گویند.	۲/۳۵ $\pm$ ۰/۸۶
۲۴	پزشکان اطلاعات کاملی در مورد علل بیماری را به بیماران خود ارایه می‌کنند.	۲/۳۸ $\pm$ ۰/۸۴

۲/۳۲±۰/۸۵	پزشکان اطلاعات را به زبان قابل درک به بیماران ارائه می‌کنند.	۲۵
۲/۳۴±۰/۸۴	ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در نظام سلامت با هم همکاری خوبی دارند.	۲۶
۲/۵۱±۰/۷۸	اطلاعاتی که ارایه‌دهندگان خدمات به بیمار می‌دهند متناقض نیست.	۲۷
۲/۶۱±۰/۷۹	تخصصی شدن زیاد در ارائه خدمات، برای نظام سلامت مشکلی ایجاد نمی‌کند.	۲۸

میانگین و انحراف معیار نمره‌های گویه‌های پرسش‌نامه اعتماد مناسب دارو را برای بیمار تجویز می‌کنند» و پایین‌ترین میانگین نیز بیماران به نظام سلامت در جدول ۲ نمایش داده شده است. بالاترین میانگین با ۲/۹۴ مربوط به سوال ۱۶ با عنوان «پزشکان در زمان 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	سیاست‌های سطح کلان
۲/۸۱	۹/۳۷	۱۶	۴	تخصص حرفه‌ای
۴/۵۷	۱۶/۳۸	۲۸	۷	کیفیت مراقبت‌ها
۳/۶۳	۱۱/۸۴	۲۰	۵	ارتباطات و اطلاعات
۱/۸۷	۷/۴۷	۱۲	۳	کیفیت همکاری بین ارایه‌کنندگان
۱۵/۵۵	۶۶/۷	۱۱۲	۲۸	نمره کل

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نمره کلی اعتماد عمومی به نظام سلامت مراقبت‌ها با نمره ۱۶/۳۸ و کمترین آن برای بعد کیفیت همکاری با نمره ۱/۸۷ بود (جدول ۳).

جدول ۴: مقایسه نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت بر حسب متغیرهای دموگرافیک

P	انحراف معیار ± میانگین	تعداد (درصد)	متغیر
<۰/۰۰۱	۶۴/۷±۱۶/۲	(۳۵۷/۵۲/۵)	مرد
	۶۸/۹±۱۴/۵	(۳۲۳/۴۷/۵)	زن
۰/۹۵	۶۶/۶±۱۵/۶	(۲۳۹/۳۵/۲)	زیر ۳۰ سال
	۶۶/۴±۱۵/۲	(۳۵۲/۵۱/۸)	۳۱-۵۰ سال
۰/۱۸	۶۸±۱۶/۸	(۸۹/۱۳)	بالای ۵۰ سال
	۶۵/۴±۱۴/۹	(۴۳/۶)	بی‌سواد
	۶۵/۹±۱۵/۱	(۴۱۳/۶۱)	تا دیپلم
۰/۳۷	۶۸/۳±۱۶/۳	(۲۲۴/۳۳)	دانشگاهی
	۶۷/۱±۱۶/۷	(۵۰۸/۷۴/۷)	شهر
۰/۰۲۳	۶۵/۶±۱۱/۶	(۱۷۲/۲۵/۳)	روستا
	۶۷/۲±۱۶/۹	(۹۷/۱۴/۳)	کارمند
	۶۴/۱±۱۵/۷	(۲۲۶/۳۳/۲)	آزاد
۰/۰۶	۶۴/۳±۱۷/۱	(۳۵۷/۵۲/۵)	بدون شغل
	۶۶/۳±۱۵/۳	(۵۹۵/۸۷/۵)	دارد
	۶۹/۲±۱۷/۲	(۸۵/۱۲/۵)	ندارد



میزان اعتماد عمومی	میزان اعتماد عمومی	میزان اعتماد عمومی	وضعیت
۶۵/۱±۱۵/۴	۷۰/۸±۱۵/۲	۶۹/۱±۱۶/۴	استفاده از خدمات بهداشتی درمانی در ۱۲ ماه اخیر
۶۶/۹±۱۴/۳	۶۲/۶±۱۴/۹	۵۹/۹±۱۲/۸	محل دریافت آخرین خدمت سلامت
۷۵/۴±۱۶/۱	۶۲/۵±۱۳/۴	۶۳/۹±۱۸/۴	رضایت از آخرین خدمت دریافتی
۶۴/۷±۱۴/۴	۶۹/۳±۱۴/۵	۷۲/۶±۱۴/۹	وضعیت سلامتی خود گزارش شده

نتایج مقایسه‌ی نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت برحسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۴ ارائه شده است. براساس یافته‌ها، میزان اعتماد زنان بیشتر از مردان بوده است ( $P < 0/001$ ). پاسخ‌گویانی که شغل دولتی داشتند، نمره بالاتری نسبت به دیگران، گزارش کرده‌اند ( $P < 0/05$ ). افرادی که در یک سال اخیر از خدمات سلامت استفاده کرده بودند، اعتماد کمتری به نظام سلامت داشتند ( $P < 0/001$ ). بیمارانی که از خدمات بیمارستانی استفاده کرده بودند، اعتماد بیشتری به نظام سلامت داشتند ( $P < 0/001$ ). 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 ( $P < 0/001$ ).

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در شهرستان رشت انجام شد و یافته‌ها 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 بالا بودن کیفیت مراقبت‌ها و دسترسی آسان‌تر به مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی-درمانی در شهرستان رشت باشد. به نظر می‌رسد که احداث دو بیمارستان جدید خصوصی در سال‌های اخیر در رشت

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. به‌طور مثال، در مطالعه‌ی Zhao و همکاران در ۳۱ کشور مشخص شد که بالاترین سطح اعتماد در بلژیک (۷۱/۶٪) و سپس کشورهای اسکانداوناوی 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). مقایسه‌ی 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 و 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 راستاست (۲۹ و ۲۸ و ۲۱ و ۱۲ و ۸). 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. نمره‌ی اعتماد بر اساس شغل پاسخ‌دهندگان متفاوت بود؛ به‌طوری‌که کارکنان دولتی نمره بالاتری را گزارش کردند. در مطالعات پیشین نیز مشخص شد که شغل از پیش‌بینی‌کننده‌های اعتماد

می‌شود که می‌تواند منجر به بی‌اعتمادی بیماران به نظام سلامت شود. در یک مطالعه از ایران مشخص شد که پزشکان عمومی و داروسازها، پراکندگی ارایه مراقبت با حضور چندین ارایه‌کننده و نبود ارتباط مستقیم بین آن‌ها را مانعی برای همکاری دانسته‌اند (۳۳).

بر اساس یافته‌ها، بالاترین میزان اعتماد به پرستاران و پزشکان متخصص بود. در مطالعه‌ای در ایران مشخص شد که بیشترین اعتماد مردم به پزشکان و پرستاران بوده است (۲۵) که با یافته‌های ما در یک راستاست. در مطالعه‌ی Peters و Youssef در ترینیداد و توباگو، بالاترین میزان اعتماد به پزشکان متخصص بوده است (۱۰). در مطالعه‌ی Nikodem و همکاران در کرواسی، مردم به پزشکان و پزشکان خانواده اعتماد بالایی را نشان دادند (۸). پزشکان و پرستاران، نزدیک‌ترین و بیشترین تماس را با بیماران دارند و اعتماد در رابطه پرستار-بیمار عنصر مهمی است (۶ و ۳۴). به‌طور کلی بیماران سطح اعتماد بیشتری را به پزشکان گزارش می‌کنند. این می‌تواند ناشی از ترس آن‌ها باشد چراکه اگر پزشک‌شان متوجه بی‌اعتمادی آن‌ها شود، ممکن است بر مراقبتشان تاثیر بگذارد (۳).

کمترین سطح اعتماد به ارایه‌دهندگان طب‌سستی بود. یافته‌های یک مطالعه در هلند نیز نشان می‌دهد که میزان اعتماد مردم به طب‌مکمل و جایگزین کمتر از اعتماد به مراقبت‌های سلامت روتین است (۱). در مطالعه‌ی Van Der Schee و همکاران در سه کشور انگلستان، آلمان و هلند نیز کمترین نمره اعتماد مربوط به ارایه‌دهندگان طب‌مکمل بوده است (۷). همچنین در مطالعه‌ی Peters و Youssef در ترینیداد و توباگو (۱۰)، کمترین اعتماد به درمان‌گرهای طب‌مکمل بوده که با یافته‌های ما همسو است. به‌نظر می‌رسد که علت این اعتماد پایین، نبود مراکز تخصصی ارایه این خدمات، اطلاعات منفی رسانه‌ها، تجارب منفی و اطلاعات منفی از شبکه‌های اجتماعی افراد باشد (۱).

در مطالعه‌ی حاضر بالاترین سطح اعتماد به موسسات بهداشتی-درمانی مربوط به بیمارستان‌های خصوصی و کمترین اعتماد به بیمارستان‌های دولتی بود. به‌نظر می‌رسد تبلیغات در زمینه کیفیت و عملکرد بهتر بیمارستان‌های خصوصی در این زمینه تاثیرگذار باشد. در مطالعات متعددی مشخص شده که اعتماد، کیفیت، پاسخ‌گویی و رضایت‌مندی در بیمارستان‌های خصوصی بهتر از بیمارستان‌های دولتی است (۳۶ و ۳۵ و ۲۳). از آنجایی که کیفیت خدمات و رضایت‌مندی بیماران بر اعتماد تاثیرگذار است (۳۷)، می‌توان نتیجه گرفت

عمومی است (۲۱). به‌نظر می‌رسد 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 یافته‌های مطالعات پیشین در یک راستاست (۲۴ و ۲۱). مطالعه‌ی صادقی‌بازرگانی و همکاران در ایران هم نشان داد که افراد دارای بیماری مزمن اعتماد کمتری به نظام سلامت داشته‌اند (۲۸). افراد سالم ممکن است اعتماد بیشتری داشته باشند به این دلیل که درمان آن‌ها موثرتر بوده یا اینکه به‌طور کلی دیدگاه بهتری نسبت به زندگی دارند (۳). بین اعتماد و رضایت بیمار رابطه‌ی مثبت وجود داشت و بیمارانی که از آخرین تماس با نظام سلامت رضایت‌مندی داشتند اعتماد بیشتری داشتند. در مطالعه‌ی Zhao و همکاران، یافته‌ها حاکی از ارتباط اعتماد عمومی با رضایت از آخرین خدمت دریافتی در نظام سلامت بود (۲۱). مطالعه‌ی Zhao و همکاران در چین هم رابطه معنی‌دار بین رضایت از آخرین تماس با نظام سلامت و اعتماد عمومی را گزارش کرده است (۲۴). به‌نظر می‌رسد که تجارب رضی‌کننده از نظام سلامت، احتمال اعتماد بیشتر را تقویت می‌کند (۳).

کیفیت مراقبت‌ها بالاترین نمره را در بین ابعاد اعتماد عمومی داشت که با یافته‌های مطالعه‌ی خمرنیا و همکاران همسو است (۲۳). به‌نظر می‌رسد که شیوه‌های درمان، تجویز دارو، تشخیص‌های پزشکی و محرمانگی اطلاعات مورد قبول مردم قرار گرفته است که می‌تواند بر اعتماد به نظام سلامت تاثیر مثبتی داشته باشد. در مطالعه‌ی زارعی و همکاران نیز مشخص شد ادراک مثبت بیماران از کیفیت خدمات بر اعتماد آن‌ها به بیمارستان‌های خصوصی تاثیر دارد (۳۰). کیفیت خدمات سلامت در ایران مورد ستایش سازمان‌های بین‌المللی مثل WHO قرار گرفته است (۱۲). همچنین نتایج یک مطالعه مروری در ایران نشان می‌دهد که ارزیابی بیماران از کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی نسبتاً خوب بوده است (۳۱) که یافته‌های ما را پشتیبانی می‌کند.

در بین ابعاد اعتماد عمومی به نظام سلامت، کیفیت همکاری بین ارایه‌کنندگان کمترین نمره را به خود اختصاص داد. در مطالعه‌ی خمرنیا و همکاران نیز بعد کیفیت همکاری پایین‌ترین نمره را داشت (۲۳) که با مطالعه‌ی ما همسو است. یکی از دلایل این موضوع می‌تواند عدم ارتباط حرفه‌ای مناسب بین ارایه‌کنندگان سطوح نظام سلامت و اجرای دقیق نظام ارجاع است (۳۲). پزشکان در سطوح مختلف مراقبت، به‌دلیل نبود پرونده الکترونیک سلامت، از سابقه بیمار اطلاعات دقیقی ندارند که همین امر منجر به ارایه اطلاعات متناقض و تجویزهای نامتناسب



نشان داد که میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت در سطح نسبتاً متوسطی است که نشان دهنده‌ی نقص‌هایی در عملکرد نظام سلامت است. به نظر می‌رسد علی‌رغم اعتماد مردم به تخصص و دانش پزشکان و سایر ارایه‌کنندگان مراقبت، نقص در فرایندهای ارایه خدمات، ارتباطات و همکاری بین ارایه‌کنندگان خدمات در سطوح سه‌گانه‌ی مراقبت‌های سلامت موجب بی‌اعتمادی مردم به نظام سلامت می‌شود. تمرکز بر ارتباط پزشک-بیمار و بهبود مهارت‌های ارتباطی، استقرار پرونده الکترونیک و به اشتراک گذاشتن اطلاعات بیماران بین ارایه‌کنندگان مختلف، و رعایت حقوق بیمار می‌تواند اعتماد بیشتری به نظام سلامت ایجاد کند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی‌درمانی 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 می‌شود.

که عملکرد بهتر بیمارستان‌های خصوصی منجر به ایجاد اعتماد بیشتری برای بیماران شده است. همچنین نتایج یک مطالعه در بیمارستان‌های رشت نشان داد که بیشترین میزان ترخیص با رضایت شخصی به دلیل عدم تمایل بیماران به ادامه درمان در بیمارستان‌های 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؛ به‌طور مثال همه مطالعات که با پرسش‌نامه‌های خود گزارش‌دهی 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 به‌عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت مطرح شده است. نتایج این مطالعه

### References

1. Van-Der-Schee E & Groenewegen PP. Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. *BMC Public Health* 2010; 10(128): 1-12.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Straten GFM, Friele RD & Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. *Social Science and Medicine* 2002; 55(2): 227-34.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

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 & Friele 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 & Alkaa'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