

توسعه فردی و تحول سازمانی

نقش رسانه در ارتقای اعتماد عمومی به نظام بهداشت و سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی پدیدارشناسانه

رضا کاوند^۱

شیوه استناددهی: کاوند، رضا. (۱۴۰۳). نقش رسانه در

ارتقای اعتماد عمومی به نظام بهداشت و سلامت در ایران:

یک مطالعه کیفی پدیدارشناسانه. توسعه فردی و تحول

سازمانی، ۲(۲)، ۲۸۰-۲۶۱.

۱. استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آیت الله بروجردی، بروجرد، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: rezakavand@abru.ac.ir

چکیده

تاریخ چاپ: ۲۶ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۶ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۹ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ ارسال: ۲۵ فروردین ۱۴۰۳

هدف این پژوهش تبیین نقش رسانه در شناسایی موانع و ارائه راهکارهای ارتقای اعتماد عمومی نسبت به نظام بهداشت و سلامت در ایران بود. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۰ شهروند دارای تجربه استفاده از خدمات درمانی (۱۸ تا ۶۵ سال) گردآوری گردید. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و گلوله‌برفی انجام شد و مصاحبه‌ها تا اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با روش کلایزی در هفت گام صورت گرفت و اعتبار یافته‌ها از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان تأیید شد. نتایج نشان داد اعتماد عمومی به نظام سلامت حاصل برهم‌کنش شش مؤلفه اصلی است: توجه به وضعیت سلامت بیماران، نفوذ رسانه‌ای و گسترش آگاهی سلامت‌محور، خدمات بیمه‌ای، پاسخگویی نظام سلامت، نقش تسهیل‌گرانه خدمات بهداشتی و نقش دولت در سلامت. رسانه‌ها با افزایش شفافیت اطلاعات، آموزش سلامت، انعکاس مسئولانه اخبار پزشکی و تقویت ارتباط پزشک-بیمار نقش محوری در ارتقای اعتماد ایفا می‌کنند، در حالی که هزینه‌های درمان، ضعف پاسخگویی، کمبود شفافیت و ناکارآمدی بیمه از مهم‌ترین موانع کاهش اعتماد شناسایی شدند. اعتماد عمومی به نظام سلامت پدیده‌ای چندبعدی است که نیازمند رویکردی جامع و هماهنگ میان دولت، نظام سلامت، رسانه‌ها و جامعه است. بهره‌گیری هدفمند از ظرفیت رسانه‌ها، اصلاح سیاست‌های بیمه‌ای، تقویت پاسخگویی و ارتقای اخلاق حرفه‌ای می‌تواند به‌طور معناداری اعتماد عمومی را افزایش دهد.

کلیدواژه‌گان: رسانه، اعتماد عمومی، نظام سلامت، شفافیت، پاسخگویی، خدمات درمانی

این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت

دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0)

صورت گرفته است.



Personal Development and Organizational Transformation

The Role of Media in Enhancing Public Trust in the Health System of Iran: A Qualitative Phenomenological Study

Reza Kavand^{1*}

1. Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Humanities, Ayatollah Borujerdi University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: rezakavand@abru.ac.ir

How to cite: Kavand, R. (2024). The Role of Media in Enhancing Public Trust in the Health System of Iran: A Qualitative Phenomenological Study. *Personal Development and Organizational Transformation*, 2(2), 261-280.

Abstract

This study aimed to explore the role of media in identifying barriers and proposing strategies for enhancing public trust in Iran's health and healthcare system. A qualitative descriptive phenomenological approach was employed. Data were collected through semi-structured interviews with 20 Iranian citizens aged 18–65 who had direct experience with healthcare services. Participants were selected via purposive and snowball sampling until theoretical saturation was achieved. Data were analyzed using Colaizzi's seven-step method, and credibility was ensured through participant validation. The analysis revealed six core dimensions shaping public trust: attention to patient well-being, media influence and health awareness, insurance services, health system responsiveness, facilitative role of healthcare services, and governmental responsibility. Media were found to play a pivotal role by improving transparency, disseminating health knowledge, responsibly reporting medical issues, and strengthening physician–patient communication, while high treatment costs, limited transparency, weak accountability, and insurance inefficiencies emerged as major trust-eroding barriers. Public trust in the health system is a multidimensional construct requiring an integrated policy approach involving government, healthcare institutions, media, and society. Strategic use of media, insurance reform, enhanced accountability, and reinforcement of professional ethics are essential pathways to strengthening public trust.

Keywords: Media; Public Trust; Health System; Transparency; Accountability; Healthcare Services

Submit Date: 13 April 2024

Revise Date: 09 August 2024

Accept Date: 16 August 2024

Publish Date: 20 September 2024



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

سلامت عمومی یکی از بنیادی‌ترین مؤلفه‌های توسعه پایدار جوامع معاصر به‌شمار می‌رود و نه‌تنها شاخصی از رفاه اجتماعی، بلکه بازتابی از کارآمدی ساختارهای حکمرانی، سرمایه اجتماعی و میزان انسجام نهادی در هر کشور است. در این میان، «اعتماد عمومی» به نظام سلامت، نقشی تعیین‌کننده در بهره‌گیری شهروندان از خدمات بهداشتی، مشارکت آنان در برنامه‌های سلامت‌محور و پذیرش سیاست‌های عمومی ایفا می‌کند. از منظر نظریه‌های نوین اپیدمیولوژی اجتماعی، سلامت نتیجه برهم‌کنش پیچیده ساختارهای اجتماعی، سیاست‌های عمومی، نابرابری‌های اقتصادی و تجربه زیسته افراد است و اعتماد عمومی در این شبکه علی‌جایگاهی محوری دارد (Krieger, 2001). کاهش اعتماد عمومی می‌تواند پیامدهایی چون کاهش مراجعه به مراکز درمانی، افزایش رفتارهای پرخطر، مقاومت در برابر مداخلات بهداشتی و تضعیف مشروعیت نظام سلامت را به‌دنبال داشته باشد.

اعتماد عمومی مفهومی چندبعدی است که همزمان از کارکرد نهادهای حکمرانی، شفافیت اداری، عدالت اجتماعی، کارایی سازمانی و تجربه مستقیم شهروندان از کیفیت خدمات تأثیر می‌پذیرد. پژوهش‌های معاصر نشان داده‌اند که کارآمدی اداری، شفافیت تصمیم‌گیری و پاسخگویی نهادهای دولتی رابطه‌ای مستقیم با سطح اعتماد عمومی دارد (Ghorbani, 2022). از منظر حکمرانی مطلوب نیز، اعتماد اجتماعی پیامد طبیعی نظام‌های مبتنی بر عدالت، شفافیت، قانون‌مداری و پاسخگویی است (Ismail Nejad & Zarei, 2022; Prasetya, 2023). در مقابل، سوءاستفاده مدیران از منابع عمومی، فساد اداری و ناکارآمدی مدیریتی به‌شدت سرمایه اعتماد اجتماعی را تضعیف می‌کند و پیامد آن، کاهش مشروعیت نهادهای حاکمیتی و خدمات عمومی است (Mousavi, 2022).

در حوزه سلامت، اعتماد عمومی نه‌تنها عامل مؤثر در استفاده شهروندان از خدمات درمانی است، بلکه شرط لازم برای اثربخشی سیاست‌های بهداشتی، برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات جمعی محسوب می‌شود. مدل رفتاری اندرسن برای استفاده از خدمات سلامت نشان می‌دهد که باورها، نگرش‌ها و اعتماد افراد، در کنار عوامل ساختاری، تعیین‌کننده الگوی مراجعه به خدمات درمانی هستند (Attalla et al., 2023). همچنین رویکردهای جدید مراقبت سلامت بر «ارزش‌محوری» و «تجربه بیمار» تأکید دارند و اعتماد را به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی کیفیت خدمات معرفی می‌کنند (Lin et al., 2023). در غیاب اعتماد، حتی پیشرفته‌ترین نظام‌های سلامت نیز در دستیابی به اهداف کلان خود ناکام می‌مانند.

در سال‌های اخیر، با پیچیده‌تر شدن نظام‌های حکمرانی و گسترش فناوری‌های ارتباطی، ماهیت اعتماد عمومی دچار تحول شده است. اعتماد دیگر صرفاً حاصل تعامل مستقیم شهروند و نهاد ارائه‌دهنده خدمت نیست، بلکه به‌شدت تحت تأثیر جریان‌های اطلاعاتی، روایت‌های رسانه‌ای و فضای ارتباطی دیجیتال شکل می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رسانه‌ها، به‌ویژه در شرایط بحران‌های بهداشتی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، نقشی تعیین‌کننده در شکل‌دهی ادراک عمومی، افزایش آگاهی سلامت و تقویت یا تضعیف اعتماد اجتماعی ایفا می‌کنند (Elareshi et al., 2024). پیام‌های خدمات عمومی، اطلاع‌رسانی شفاف و روایت‌های مسئولانه رسانه‌ای می‌توانند ترس اجتماعی را کاهش داده و اعتماد به نهادهای سلامت را تقویت کنند.

همزمان، تحول دیجیتال و گسترش خدمات الکترونیکی دولت نیز بر الگوهای اعتماد عمومی اثرگذار بوده است. مطالعات نشان می‌دهد که پذیرش فناوری، کیفیت خدمات دیجیتال، شفافیت عملکرد دولت و تعامل مؤثر در شبکه‌های اجتماعی به‌طور معناداری اعتماد شهروندان به خدمات عمومی و سلامت را افزایش می‌دهد (Nguyen et al., 2024; Shimizu et al., 2022). در این چارچوب، رسانه‌ها به‌عنوان

حلقه اتصال میان دولت، نظام سلامت و جامعه عمل می‌کنند و می‌توانند با مدیریت صحیح اطلاعات، از بروز بحران‌های اعتماد جلوگیری نمایند.

از سوی دیگر، پیچیدگی چالش‌های نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه در حوزه تأمین مالی، تاب‌آوری زنجیره تأمین و کیفیت خدمات، اعتماد عمومی را بیش از پیش شکننده ساخته است. پژوهش‌های میدانی در آفریقا نشان داده‌اند که ضعف تاب‌آوری زنجیره تأمین سلامت و اختلال در ارائه خدمات، به‌طور مستقیم اعتماد شهروندان به نهادهای سلامت را کاهش می‌دهد (Mogere et al., 2023). همچنین میزان تعهد سازمانی کارکنان نظام سلامت با سطح اعتماد عمومی همبستگی معنادار دارد (Fantahun et al., 2023)، زیرا رفتار حرفه‌ای کارکنان نخستین تجربه زیسته بیماران از نظام سلامت را شکل می‌دهد.

در بُعد سیاست‌گذاری، برنامه‌های حمایت اجتماعی و نظام‌های بیمه سلامت نقش مهمی در شکل‌گیری اعتماد عمومی دارند. تجربه برنامه بیمه سلامت «مدان برکاه» در اندونزی نشان می‌دهد که سیاست‌های محلی هوشمندانه می‌توانند دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را بهبود بخشیده و اعتماد شهروندان را افزایش دهند (Saraan et al., 2024). همزمان، ناتوانی نظام‌های حمایتی در پاسخ به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر، مانند زنان باردار در معرض خشونت خانگی، اعتماد عمومی به نظام سلامت را به‌شدت تضعیف می‌کند (Yirgu et al., 2023). ابعاد فرهنگی و ارزشی اعتماد نیز در ادبیات معاصر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌های انجام‌شده در جوامع اسلامی نشان می‌دهد که همسویی سیاست‌های عمومی با ارزش‌های فرهنگی و دینی می‌تواند فرآیند بازسازی اعتماد عمومی را تسهیل نماید (Baharun et al., 2022; Sucipto et al., 2024). بدین ترتیب، اعتماد عمومی پدیده‌ای صرفاً فنی یا مدیریتی نیست، بلکه ریشه در بافت فرهنگی، هنجاری و اخلاقی جوامع دارد.

در چنین بستری، نقش رسانه‌ها در نظام سلامت اهمیتی دوچندان می‌یابد. رسانه‌ها نه تنها کانال انتقال اطلاعات، بلکه بازیگران فعال در تولید معنا، شکل‌دهی به ادراک جمعی و جهت‌دهی به نگرش‌های عمومی هستند. بازنمایی‌های رسانه‌ای از عملکرد نظام سلامت، نحوه روایت موفقیت‌ها و بحران‌ها، میزان شفافیت در گزارش‌گری و سبک ارتباطی رسانه‌ها، مستقیماً بر سطح اعتماد عمومی اثر می‌گذارد (Elareshi et al., 2024; Nguyen et al., 2024). با این حال، مطالعات نظام‌مند اندکی به‌طور خاص به تبیین سازوکارهای رسانه‌ای در ارتقای اعتماد عمومی نسبت به نظام سلامت پرداخته‌اند، به‌ویژه در بافت اجتماعی و فرهنگی ایران که ویژگی‌های منحصربه‌فردی دارد.

از این‌رو، خلأ پژوهشی معناداری در ادبیات علمی مشاهده می‌شود که ضرورت انجام مطالعات کیفی عمیق برای فهم تجربه زیسته شهروندان از نقش رسانه در شکل‌گیری اعتماد به نظام سلامت را برجسته می‌سازد. چنین رویکردی می‌تواند با آشکارسازی سازوکارهای پنهان اعتماد، به سیاست‌گذاران در طراحی مداخلات ارتباطی و رسانه‌ای مؤثر یاری رساند. هدف این پژوهش، تبیین نقش رسانه در شناسایی موانع و ارائه راهکارهای ارتقای اعتماد عمومی نسبت به نظام بهداشت و سلامت در ایران است.

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و به روش پدیدارشناسی توصیفی انجام شده است. این روش به دنبال توصیف دقیق پدیده مورد نظر از دیدگاه افرادی است که آن را تجربه کرده‌اند و برای بررسی نقش رسانه در افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت و بهداشت مناسب به نظر می‌رسد. فلسفه پژوهش بر پایه تفسیرگرایی استوار است و هدف آن دستیابی به درک عمیق از تجربیات، باورها و دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان درباره تأثیر رسانه‌ها بر اعتماد عمومی می‌باشد. جامعه مورد پژوهش شامل شهروندان ایرانی با سنین ۱۸ تا ۶۵ سال، دارای تجربه پزشکی و

درمانی، مجرد یا متاهل، با سابقه بیماری و تمایل به مصاحبه حضوری یا مجازی است. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گلوله‌ای انجام شد و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، به طوری که در نهایت با ۲۰ مشارکت‌کننده (اشباع داده‌ها در نفر شانزدهم و ادامه تا نفر بیستم برای اطمینان) انجام گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که سؤالاتی مانند دیدگاه شما نسبت به نقش رسانه در نظام سلامت چگونه است؟ چه ویژگی‌هایی از رسانه‌ها اعتماد شما را به کادر درمان و نظام سلامت افزایش می‌دهد؟ چه عواملی از طریق رسانه سبب سلب یا تقویت اعتماد شما شده است؟ را شامل می‌شد. تحلیل داده‌ها با روش کلازی صورت گرفت که شامل هفت گام است: گوش دادن و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، برجسته کردن عبارات مهم، استخراج مفاهیم فرمول‌بندی‌شده، دسته‌بندی مفاهیم بر اساس تشابه، پیوند نتایج برای توصیف جامع، ارائه توصیف واضح از پدیده، و اعتبارسنجی با ارجاع به شرکت‌کنندگان. این رویکرد امکان کشف معانی پنهان در تجربیات زیسته افراد را فراهم می‌آورد و به ارائه راهکارهای رسانه‌محور برای ارتقای اعتماد عمومی کمک می‌کند.

یافته‌ها

در این پژوهش که به روش کیفی صورت گرفت، برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه با یک سوال درمورد رسانه و افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت و بهداشت شروع شد، سپس به سؤالات مربوط به راه‌های اعتماد عمومی نسبت به نظام بهداشت و سلامت و در نهایت موانع و راهکارهای ارتقاء اعتماد عمومی نسبت به بهداشت و سلامت حول محور این سؤالات که، چه موانعی در راه ارتقاء اعتماد عمومی نسبت به بهداشت و سلامت در کشور وجود دارد و در این زمینه چه راهکارهایی را می‌توان ارائه داد؟ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول (۱)، قلیل مشاهده و بررسی است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

ردیف	اسم مستعار	سن	شغل	تحصیلات
۱	مهرسا	۳۵	آرایشگر	لیسانس
۲	علی	۵۳	پزشک	دکتری
۳	فرهاد	۵۲	پزشک	دکتری
۴	حسین	۴۳	ازاد	لیسانس
۵	مهناز	۳۸	پزشک	دکتری
۶	حبیب	۳۲	کارمند	لیسانس
۷	افشین	۲۵	کارمند	لیسانس
۸	فاتح	۱۹	ازاد	فوق دیپلم
۹	زری	۲۲	خانه دار	دیپلم
۱۰	داریوش	۶۱	پزشک	دکتری
۱۱	رامش	۲۹	کارمند	لیسانس
۱۲	شکوفه	۲۰	خانه دار	فوق دیپلم
۱۳	رضا	۶۵	پزشک	دکتری
۱۴	سجاد	۳۶	کارمند	فوق لیسانس
۱۵	نسرين	۳۴	پزشک	دکتری
۱۶	معصومه	۱۸	خانه دار	دیپلم

پس از جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌ها به صورت نوشتاری درآمد. زیر گزاره‌های مهم، جملات و عبارات راهکارها و موانع ارتقاء اعتماد عمومی خط کشیده شد که از این عبارات تعداد ۱۲۵ گویه به دست آمد. سپس این گویه‌ها بر اساس شباهت معنایی، در غالب دسته‌ها و

خوشه‌هایی تحت عنوان ۱۷ تم قرار گرفت و سپس این ۱۷ تم به منظور ارائه توصیف ساختاری تحت عنوان ۶ مولفه دسته بندی شد که در جدول (۲) آورده شده است.

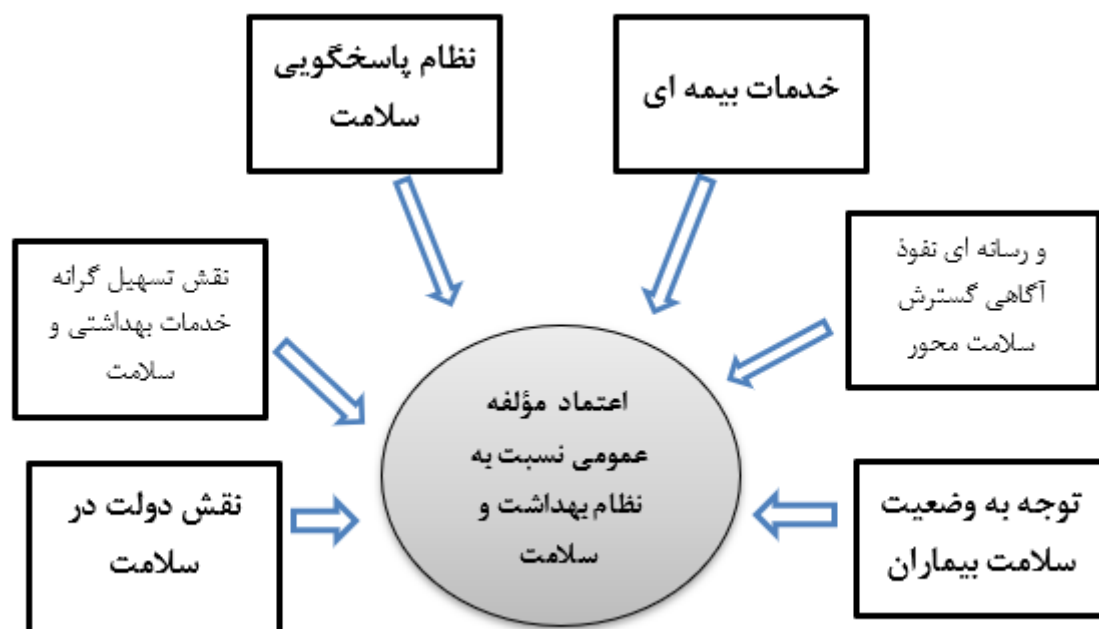
جدول ۲. تم‌های بدست آمده از مصاحبه با خبرگان

مؤلفه	تم	گویه
۱. توجه به وضعیت سلامت بیماران	۱. توجه پزشکان	جدی گرفتن وضعیت بیمار توسط پزشک
		گوش دادن پزشکان به سوالات و دغدغه‌های بیمار
		صرف وقت کافی برای معاینه و بررسی وضعیت بیمار
		احترام پزشک به بیمار و رعایت حقوق وی
		تشخیص درست و تجویز به جا
۲. توانایی و مهارت پزشکان	۲. توانایی و مهارت پزشکان	ارائه اطلاعات کامل درمورد علل بیماری
		درخواست آزمایش‌ها و عکس برداری‌ها را با توجه به نیاز بیمار
		ارائه اطلاعات به زبان قابل درک برای بیماران
		دریافت داروی متناسب با درمان برای بیمار
		شفافیت در فرایند درمان
۳. شفافیت	۳. شفافیت	شفافیت در تعرفه‌های درمان
		شفافیت در رزومه پزشکان
		حقیقت گویی پزشک
		توجه مردم به سلامتی با هشدارهای رسانه‌ای
		آگاهی رسانه‌ای سلامت محور
۴. افزایش سطح آگاهی بهداشتی مردم از طریق رسانه	۴. افزایش سطح آگاهی بهداشتی مردم از طریق رسانه	انتشار پیام‌های بهداشتی و مفید در رسانه‌ها
		انعکاس اخبار سلامتی و بهداشت
		انتشار گزارش‌های مبتنی بر سلامت و بهداشت
		تهیه مستندهای پزشکی برای آگاهی عموم
		تعهد محاسبه‌ای بیمه
۳. خدمات بیمه‌ای	۶. تعهد	کیفیت خدمات
		مشتری مداری
		پاسخگویی به شکایات
		شفافیت در اطلاعات
		سیستمی شدن عملیات
۷. فناوری و فرایندها	۷. فناوری و فرایندها	اتصال سامانه‌ها
		اصلاح نهادی و کاهش واسطه‌های زائد
		هزینه بر بودن پوشش بیمه‌ای
		جایگزین‌های غیررسمی نظیر طب سنتی، طب اسلامی
		تقویت اعتماد و وفاداری مشتریان از خدمات بیمه
۸. گران بودن خدمات بیمه	۹. پوشش بیمه‌ای دارو	روند روبه افزایش هزینه‌های مصرف دارو
		تحت پوشش نبودن برخی اقلام دارویی
		امکانات فیزیکی
		مراقبت‌های بیمار محور
		رعایتشان و کرامت بیمار
۴. پاسخگویی نظام سلامت	۱۰. استفاده بهتر از خدمات بهداشتی	رسیدگی و اقدام فوری برای بیمار
		رضایتمندی از خدمات عمومی
		رعایت نوبت و اهمیت دادن به وقت بیماران
		نظرسنجی‌های اجتماعی و فردی از بیماران برای بهبود روال سلامت و بهداشت

توسعه فردی و تحول سازمانی

۱۲. توانایی در برآورده کردن انتظارات عمومی	حفظ اسرار پزشکی بیماران اقدام سریع دریافت پول زیرمیزی پزشک ایمنی بیماران با کاهش خطاهای پزشکی
۵. نقش تسهیل گرانه خدمات بهداشتی و سلامت	۱۳. فراهم شدن فضایی امن برای مشاوره ایجاد فرصتی برای مشاوره سازنده پی بردن به نیازهای یکدیگر پی بردن به رنجش‌های یکدیگر
۱۴. ایجاد تغییر در ساختار بهداشت و سلامت	تعریف مجدد وظایف مربوط به کارکنان نظام بهداشت و سلامت رعایت قواعد بهداشت و درمان مشخص کردن مرزهای بهداشت سلامت با سیستم کلان درمانی مشورت برای ایجاد تغییرات سازنده و قابل قبول برای طرفین
۱۵. پای بندی به تغییر	پذیرش مسوولیت برای تغییر اتخاذ روش‌های هوشمندانه نگاه واقع بینانه به فرایند بازسازی و تغییر
۱۶. منابع دولت	۶. نقش دولت در سلامت بحران منابع ناپایدار دولت حجم بالای تصدی گری ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بدهی‌های دولت به بخش سلامت
۱۷. نگرش دولت به بهداشت و سلامت	نگرش درمان محور دولت بازنگری در نگرش درمان محور و مناسبات ناشی از آن نگرش بهداشت محور دولت نظام سلامت مشارکتی و پایدار

در مرحله بعد این ۱۷ تم، به منظور ارایه توصیف محتوایی از تجارب شرکت کنندگان تحت عنوان ۶ عامل و مؤلفه قرارگرفت که در قالب یک مدل مفهومی در شکل (۱)، به نمایش در آورده شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی مؤلفه اعتماد عمومی نسبت به نظام بهداشت و سلامت

در این مرحله به ارایه توصیف ساختاری بر اساس دسته بندی معنایی صورت گرفته تحت عنوان ۶ مؤلفه پرداخته شد.

توجه به وضعیت سلامت بیماران

تحلیل‌ها نشان داده است که اعتماد یکی از جنبه‌های اساسی روابط درمان پزشکی است، اعتماد بیمار متغیرهایی نظیر؛ استفاده از خدمات پیشگیری و رضایت بیمار را پیش بینی می‌کند و برای اندازه گیری کیفیت روابط دارای اهمیت است. اندازه‌گیری اعتماد به آگاهی دادن به مشورت‌های سیاست عمومی و تعادل بین نیروهای بازار که روابط پزشک و بیمار را تهدید می‌کند، کمک می‌کند. کاهش سطح اعتماد در نظام سلامت می‌تواند نتایج زیر را به دنبال داشته باشد: بیماران اغلب به دنبال نظر ثانویه در مورد بیماری خود خواهند بود و به همین دلیل خدمات را از پزشکان دیگر نیز دریافت خواهند کرد.

در این بخش سه تم توجه پزشکان، توانایی و مهارت پزشکان و شفافیت به دست آمد در این تم‌ها، گویه‌هایی مثل، جدی گرفتن وضعیت بیمار توسط پزشک، گوش دادن پزشکان به سوالات و دغدغه‌های بیمار، صرف وقت کافی برای معاینه و بررسی وضعیت بیمار، احترام پزشک به بیمار و رعایت حقوق وی، تشخیص درست و تجویز به جا، ارائه اطلاعات کامل در مورد علل بیماری، درخواست آزمایش‌ها و عکس برداری‌ها را با توجه به نیاز بیمار، ارائه اطلاعات به زبان قابل درک برای بیماران، دریافت داروی متناسب با درمان برای بیمار، شفافیت در فرایند درمان، شفافیت در تعرفه‌های درمان، شفافیت در رزومه پزشکان و حقیقت گویی پزشک از مصاحبه‌ها دریافت شد. نظر تعدادی از شرکت کنندگان:

«همیشه به دنبال بهترین پزشکان و بهترین بیمارستان‌ها هستم، چند وقت پیش مادرم را برای درمان پیش یک پزشک بردم، اصلاً توجهی به ما نداشت، اجازه نمی‌داد تعریف کنیم که در زمان‌های خاص حال مادرم چطور می‌شود، به محض این که گفتیم برای فلان درد آمدیم دارو را نوشت و نفر بعدی را صدا زد».

راهنمایی و درمان افراد برای پزشکان تنها با دانستن فرمول‌های پزشکی و قواعد و قوانین بیولوژی، پاتولوژی و ... میسر نمی‌شود زیرا پزشک تنها با بیماری یک فرد روبرو نیست بلکه با تمامی جسم و روح انسان مواجه است. به همین منظور پزشکان بایستی با آشنایی تمام از آداب و اخلاق پزشکی و با به کار بردن آن بتوانند اعتماد بیمار را جلب کنند و به نتیجه مطلوب یعنی بهبود بیماری دست یابند. در همین زمینه علی ۵۳ ساله و پزشک می‌گوید:

«بیماران زیادی به ما مراجعه می‌کنند و هر کدام از یک بیماری رنج می‌برند، آن‌ها علاوه بر این که انتظار دارند پزشک حاذق بوده، درد و درمان آن را تشخیص دهد، انتظار اخلاق و برخورد خوب و حرفه‌ای از پزشکان دارند؛ پزشکان با توجه به ماهیت کاری و سرو کار داشتن با جان بیماران، همیشه باید به اصول اخلاقی پایبند باشند و بکوشند تا خطاها را به کمترین میزان ممکن برسانند زیرا گاهی خطا کردن می‌تواند خسارت جبران ناپذیری را به همراه داشته باشد».

حبیب ۳۲ ساله می‌گوید:

«راه اعتماد گفتگو است. می‌گویند با مردم گفتگو کنید. رئیس جمهور ما یک میکروفون جلوی خودش می‌گذارد، شروع می‌کند با مردم حرف زدن. این گفتگو با مردم نیست. این گفتگو باید دوجانبه باشد و مردم بعد از اینکه در شکل‌های خودشان یک موضوعی را پختند، در حقیقت بیایند صحبت کنند. در حوزه سلامت تو باید با اتحادیه دارو سازان جلسه داشته باشی، باید با نظام پزشکی ارتباط معین داشته باشی، تو باید با تشکلات مرتبط با حوزه سلامت ارتباط داشته باشی تا بتوانی آن حوزه را پیش ببری».

نفوذ رسانه‌ای و گسترش آگاهی سلامت محور

از زمان ظهور رسانه‌هایی چون رادیو و تلویزیون، بسیاری از سیاست‌گذاران حوزه سلامت و حامیان بهداشت جامعه بر این باورند که ارائه اطلاعات از طریق رسانه‌ها باعث می‌شود تا به طور خودکار، ابتدا نگرشها تغییر یابد و سپس اصلاح رفتارها صورت گیرد. اساس سیاستهای سلامت محور امروز، بر پیشگیری و مراقبت از خود تکیه دارند چراکه اگر انسان‌ها یاد بگیرند با ارتقای سواد سلامتی، خود را در مقابل بیماری‌ها تجهیز کنند دیگر هزینه‌های هنگفت دارویی و اتلاف وقت و انرژی گریبان آنها را نخواهد گرفت. بسیاری از صاحب نظران معتقدند، هرچقدر اطلاعات افراد جامعه در عرصه سلامت بیشتر شود، شاهد بیماری کمتری خواهیم بود.

در این بخش سه تم افزایش سطح آگاهی بهداشتی مردم از طریق رسانه با ابعاد و گویه‌های توجه مردم به سلامتی با هشدارای رسانه‌ای، آگاهی رسانی بهداشتی در فضای مجازی، انتشار پیام‌های بهداشتی و مفید در رسانه‌ها؛ انعکاس اخبار سلامت و بهداشت با گویه‌های انعکاس اخبار قصور پزشکی، انتشار گزارش‌های مبتنی بر سلامت و بهداشت و تهیه مستندهای پزشکی برای آگاهی عموم به دست آمد. نظر تعدادی از شرکت کنندگان:

«قبلاً صدا و سیما به برنامه داشت به نام سیب سلامت، اطلاعات خوبی ارائه می‌داد؛ تا آنجایی که وقت داشتم، سعی می‌کردم این برنامه رو ببینم و استفاده کنم، اما نمی‌دونم الان دیگه پخش نمیشه یا ساعت پخشش عوض شده».

فرهاد ۵۲ ساله و پزشک در این زمینه می‌گوید:

«رسانه‌ها با روشن ساختن موارد حقوقی بیماران و وظایف پزشکان می‌توانند تلاش بزرگی در ایجاد یک حساسیت مثبت اجتماعی به وجود آورند. لازم است شیوه دقیق و مثبتی برای توسعه این آگاهی‌ها صورت گیرد تا اعتماد مردم از این قشر که تمامی آنها برای سلامت بیماران صادقانه تلاش می‌کنند، از میان نرود و نگرانی درباره عمل‌های جراحی و خطرهای آنها در بیماران ایجاد نشود. آگاهی افراد جامعه به وسیله رسانه‌های گروهی در ارتباط با حقوق بیمار، پزشک و تمامی دست‌اندرکاران خدمات درمانی افزایش می‌یابد و در همین راستا شاهد بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و رضایت بیماران خواهیم بود».

رامش ۲۹ سال و کارمند می‌گوید:

«بنده احساس می‌کنم رسانه‌ها در زمینه اخبار و گزارش‌های پزشکی صداقت ندارند و پنهان کاری می‌کنند؛ از نزدیکان شنیدم که قصور پزشکی باعث مرگ یکی از افراد خانواده‌شان شده است، اما بیمارستان زیر بار نمی‌رفت، وقتی موضوع رسانه‌ای شد، صدا و سیما خیلی راحت حرف بیمارستان را به مردم اعلام کرد و هیچ تلاشی برای شفافیت موضوع نکرد».

وقتی پنهان کاری و انتقال دیر هنگام اطلاعات رخ بدهد، فضای جامعه به طرف شایعه سازی پیش خواهد رفت، البته نباید این عمل به صورت میچ گیری و تخریب باشد. مراکز درمانی بایستی سخنگویی رسمی داشته باشند و رسانه‌ها بتوانند با مراجعه به آنها اخبار درست و صحیح را در کوتاه‌ترین زمان ممکن مخابره کنند تا فرصت شایعه سازی در فضاهای غیر رسمی محدود شود.

داریوش ۶۱ سال و پزشک در این زمینه می‌گوید:

«رسانه‌ها نباید وقتی یک موضوعی اتفاق می‌افتد به حاشیه‌های آن پردازند بلکه بایستی به صورت زیرساختی روی منشورهای حقوقی و اخلاقی کار کنند و اجرای علمی و بنیادین روال‌های بین‌المللی را از دست اندرکاران خدمات درمانی بخواهند. آنها می‌توانند به عنوان ناظر به بررسی اینکه چند بیمارستان از نظر اعتباربخشی بالینی و خدمات بیمه‌ها درست عمل می‌کنند، پردازند و نباید نقص و ایرادهای موجود را

به تمامی جامعه پزشکی کشور تعمیم بدهند. اگر اعتماد مردم به این قشر کم شود در واقع به سلامت تمام جامعه آسیب خواهد رسید و این کار تخریب یک قشر و مرکز درمانی خاص نیست بلکه مخدوش شدن جامعه پزشکی در تمام کشور است.»

فاتح ۱۹ ساله می‌گوید:

«ما که از حقوق و روابط بیمار و کادر درمانی اطلاع زیادی نداریم، خوب است که صدا و سیما در این مورد اطلاع رسانی کند، چندی پیش وقتی از بیمارستان به جهت بدتر شدن حال بیمارمان بعد از عمل شکایت کردیم، به ما گفتند شما رضایت نامه امضا کرده‌اید و الان هیچ حقی ندارید در صورتی که با یک پزشک مشورت کردیم و او گفت امضای رضایت نامه منافاتی با مجازات مقصر در کادر درمان ندارد، چه خوب است که این‌ها را رسانه‌ها اطلاع رسانی کنند، خدا می‌دونه این مشکل روزانه برای چند نفر پیش می‌آید.»

زری ۲۲ ساله و خانه دار در مورد اطلاع رسانی و فرهنگ سازی رسانه‌ای در بخش سلامت می‌گوید:

«وضعیت و نمای ظاهری بیمارستان‌ها مطلوب نیست؛ مردم می‌خورند، می‌ریزند. خود همین بیمارستان که وارد می‌شویم، سرتاسر آشغال سیگار ریخته شده است. اگر روزی ۵۰ نفر هم مسئول جمع آوری آنها باشند، نمی‌شود. زیرا من سیگاری که می‌کشم همان جا می‌اندازم و زیر پایم له می‌کنم. خب این فرهنگ سازی توسط چه کسی باید انجام شود. باید صدا و سیما انجام بدهد. باید توسط سازمان‌هایی به آنها توصیه‌هایی بشود، یعنی باید همکاری دسته جمعی وجود داشته باشد. نمی‌توانیم بگوییم به تنهایی از پس آن بر آمده ایم.»

معصومه ۱۸ ساله و خانه دار می‌گوید:

«رسانه‌ها نقش بسیار مهمی دارند. به خصوص رسانه‌هایی که تاثیر گذارند. مثلاً یک سریال پخش می‌شود، یک ملت یک لهجه را صحبت می‌کنند. همین سریالی که درست می‌شود، اگر در همان سریال مادر به فرزندش بگوید که آنقدر سیگار نکش، می‌خواهی سرطان ریه بگیری؟ خیلی تاثیر گذار است. اصلاً تابو و حالت ترس از سرطان و اینکه اسمش را نبریم، شکسته می‌شود.»

ضریب نفوذ بیمه در ایران که به عنوان یک معیار برای توسعه و گسترش صنعت بیمه شناخته می‌شود متأسفانه در مقایسه با میزان استاندارد جهانی آن در سطح پایین‌تری قرار دارد، از این رو ضروری است که شرکت‌های بیمه‌ای اهتمام ویژه‌ای را در زمینه نفوذ بیمه به زندگی افراد جامعه به کار گیرند، به طور قطع عملکرد شرکت‌های بیمه‌ای، رفتار حمایتی آنان و انجام اقدامات به موقع در راستای تعهدات تاثیر قابل توجهی بر گسترش بیمه در کشور خواهد داشت. در مولفه خدمات بیمه‌ای تم‌های تعهد، فناوری و فرایندها، گران بودن خدمات بیمه و پوشش بیمه‌ای دارو با گویه‌هایی از قبیل تعهد محاسبه‌ای بیمه، کیفیت خدمات، مشتری مداری، پاسخگویی به شکایات، شفافیت در اطلاعات، سیستمی شدن عملیات، اتصال سامانه‌ها، اصلاح نهادی و کاهش واسطه‌های زائد، هزینه بر بودن پوشش بیمه‌ای، جایگزین‌های غیررسمی نظیر طب سنتی، طب اسلامی، تقویت اعتماد و وفاداری مشتریان از خدمات بیمه، روند روبه افزایش هزینه‌های مصرف دارو، تحت پوشش نبودن برخی اقلام دارویی به دست آمد.

شفافیت در اطلاعات بیمه‌ها تاثیر بسیار مهمی بر افزایش ضریب نفوذ بیمه و اعتماد عمومی در جامعه دارد. امروزه شفافیت یکی از ارکان موفقیت شرکت‌های بیمه برای افزایش سهم بازار و رضایت مردم و اعتماد عمومی به شمار می‌رود. شفافیت پایه‌های اعتماد را محکم می‌کند و در بیماران و استفاده کنندگان از بیمه این احساس را به وجود می‌آورد که تحت حمایت شرکتی با استانداردهای بالای اخلاقی قرار دارد.

افشین ۲۵ ساله و کارمند در این زمینه می‌گوید:

«سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور باید اقداماتی را برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران بکار گیرند. بیمه‌ها در این زمینه سهم مهمی را بر عهده دارند».

پاسخگویی نظام سلامت

یکی از اهداف و مؤلفه‌های اصلی مورد بحث سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت پاسخگویی است. پاسخگویی که یکی از مهم‌ترین اهداف نظام سلامت است، برای مدیران و سیاستمداران ذی ربط مهم است؛ بنابراین، در همه جای جهان این نظام‌ها سعی در یافتن راهی بهتر برای افزایش میزان پاسخگویی به بیماران و مراجعان به نظام سلامت دارند.

در مؤلفه پاسخگویی نظام سلامت تم‌های استفاده بهتر از خدمات بهداشتی، رضایت‌مندی از خدمات عمومی و توانایی در برآورده کردن انتظارات عمومی دریافت گردید که با گویه‌هایی از قبیل، امکانات فیزیکی، مراقبت‌های بیمار محور، رعایتشان و کرامت بیمار، رسیدگی و اقدام فوری برای بیمار، رعایت نوبت و اهمیت دادن به وقت بیماران، نظرسنجی‌های اجتماعی و فردی از بیماران برای بهبود روال سلامت و بهداشت، حفظ اسرار پزشکی بیماران، اقدام سریع، دریافت پول زیرمیزی پزشک و ایمنی بیماران با کاهش خطاهای پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

زری ۲۲ ساله در این باره می‌گوید:

«برای درمان مشکلات گوارشی به بیمارستان دولتی مراجعه کردم، نظم خاصی در ورود و خروج بیماران به مطب پزشک وجود نداشت، زمانی که نوبت شد از دیگر بیماران خواستم که به اتاق پزشک نیایند تا به تنهایی بتوانم دردم را بگویم، اما چون پزشک اهمیتی به درخواستم نداد، بیماران نیز بی توجهی کردند، بیشتر حرف‌هایم خصوصی بودند، اما نتوانستم خوب بیان کنم به خاطر شلوغی».

سجاد ۳۶ ساله و کارمند نیز در این زمینه می‌گوید:

«محرمانه بودن اطلاعات بیمار یکی دیگر از گویه‌های مهم و تاثیرگذار در جلب اعتماد عمومی به نظام سلامت است. حفظ حریم خصوصی بیمار و محرمانه سازی اطلاعات پزشکی وی از اولویت بالایی برخوردار است و یک اصل اخلاقی مهم به شمار می‌رود و موجبات اعتماد عمومی به نظام بهداشت و سلامت می‌شود و افزایش اعتماد عمومی جامعه نسبت به نظام سلامت می‌تواند در افزایش اعتماد عمومی جامعه به سایر حوزه‌ها و نیز حاکمیت کشور تاثیرگذار باشد».

مهناز ۳۸ سال و پزشک در این زمینه می‌گوید:

«برخورداری از ایمنی برای بیماران و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی از جمله مراقبت‌های پزشکی است به گونه‌ای که ایمنی بیمار از ارکان اصلی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود. ارتقای ایمنی بیمار به صورت علمی، کاهش درصد خطا را به دنبال دارد. گزارش خطاهای پزشکی برای ارتقای امنیت بیمار، امری اساسی و فعالیتی ضروری محسوب می‌شود. گاهی وقوع قصور پزشکی به علت بی دقتی، عجله، بی مهارتی و توجه نداشتن به مقررات و شرایط محیط کار است».

حبیب ۳۲ ساله و کارمند می‌گوید:

«وقتی توی بیمارستان می‌روی و با پزشکان و پرستاران و کادر درمان برخورد می‌کنی احساس می‌کنی در دنیای دیگری قدم گذاشته‌ای، اکثر آنها عصبانی و از خودراضی هستند؛ چند وقت پیش مادرم را در بیمارستان بستری کردیم، درد زیادی داشت وقتی دکتر او مد بالای سرش

گفتم، آقای دکتر مادرم خیلی درد داره میشه یه مسکن بهش بدید، با عصبانیت گفت، ظاهراً شما خودت دکتری، دارو هم تجویز می‌کنی، جلو بقیه بیمارها و همراهانشان خیلی خجالت کشیدم».

نسرین ۳۴ ساله و پزشک در این زمینه می‌گوید:

«بیمارستان‌ها ملزم به ارتقای سطح آگاهی بیماران و مراقبان آنان در زمینه سلامت هستند که آن‌ها بایستی قدرت و امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم مناسب در چگونگی درمان خویش را به صورت کافی بدهند. آموزش اخلاق پزشکی نباید تنها یک واحد درسی باشد و نه تنها پزشکان بلکه پرستاران و پیراپزشکان نیز بایستی دوره‌های بازآموزی، تقویت نظارت بر تکالیف درمانی و تشخیصی بیمارستان و اطلاع رسانی موثر و تقویت مشاوره‌های درمانی پزشک و بیمار را سپری کنند».

نقش تسهیل گرانه خدمات بهداشتی و سلامت

یکی از بااهمیت‌ترین مسائل نظام سلامت، بهره‌مندی از مراقبت‌های بهداشتی به منظور انجام فعالیت‌های اجتماعی و فراهم آوردن فرصت‌های برابر در جامعه است.

این مولفه با تم‌هایی از قبیل فراهم شدن فضایی امن برای مشاوره، ایجاد تغییر در ساختار بهداشت و سلامت و پای بندی به تغییر مورد نظر بودند که با گویه‌هایی از جمله ایجاد فرصتی برای مشاوره سازنده، پی بردن به نیازهای یکدیگر، پی بردن به رنجش‌های یکدیگر، تعریف مجدد وظایف مربوط به کارکنان نظام بهداشت و سلامت، رعایت قواعد بهداشت و درمان، مشخص کردن مرزهای بهداشت سلامت با سیستم کلان درمانی، مشورت برای ایجاد تغییرات سازنده و قابل قبول برای طرفین، پذیرش مسوولیت برای تغییر، اتخاذ روش‌های هوشمندانه، نگاه واقع بینانه به فرایند بازسازی و تغییر و بحران منابع ناپایدار دولت مورد بررسی واقع شدند.

نظر تعدادی از شرکت کنندگان:

«باید در کنار آموزش‌ها و فرهنگ سازی؛ اخلاق پزشکی را در جامعه نهادینه کرد تا به عنوان یک وظیفه پذیرفته شود. دانشجویان رشته پزشکی همانطور که باید به آناتومی بدن اشراف کامل داشته باشند، بایستی اخلاق را هم به عنوان ضرورت‌های حرفه خود بپذیرند، در واقع باید حساسیت اخلاقی در آنها به وجود آید. ارایه خدمات درمانی بایستی برپایه الگوها و معیارهای علمی و اخلاقی حرکت کند نه برای سودآوری و جذب بیمار که باعث شود کیفیت پایین بیاید».

داریوش ۶۱ ساله و پزشک می‌گوید:

«دولت باید در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و سلامت نقش تسهیل گرانه داشته باشد؛ دولت دیگر تولیدکننده، تاجر و عرضه کننده انواع خدمات نیست و یک نقش کلیدی و کاربردی دارد و آن این است که موانع توسعه را از میان بردارد. از این رو دولت با کارکنانی محدود اما توانا می‌تواند نقش پویایی در توسعه بهداشتی و سلامت جامعه داشته باشد».

سجاد ۳۶ ساله و کارمند می‌گوید:

«دولت سیستم کنترل و نظارتش بسیار ضعیف است، اصلاً در این مورد ندارد. چه در مورد بهداشت، در مورد .. خیلی ضعیف است، نیرو ندارد، بودجه ندارد. این همه شامپو و صابون و وسائل ضد عفونی و همه اینها می‌آید و همه هم شماره و مجوز بهداشت دارد».

نقش دولت در سلامت

حفظ سلامت آحاد جامعه، یکی از وظایف مناقشه ناپذیر دولت‌ها در قبال شهروندانشان است. ممکن است نگرش دولت‌ها به سلامت افراد جامعه درمان محور یا بهداشت محور باشد. نگرش درمان محور هزینه‌های بسیاری برای دولت‌ها به ارمغان می‌آورد در صورتی که نگرش بهداشت محور اتلاف منابع کاهش می‌یابد و باعث ایجاد نظام سلامتی مشارکتی و پایدار می‌شود. نظام سلامت در ایران درمان محور می‌باشد و جلب مشارکت مردمی و غیردولتی با موانعی روبه‌رو است. رفع این موانع جز از طریق بازنگری در نگرش درمان محور و مناسبات ناشی از آن در سطح اقتصاد سیاسی نظام سلامت ممکن نیست.

در مولفه نقش دولت در سلامت تم‌های منابع دولت، نگرش دولت به بهداشت و سلامت از مصاحبه‌ها دریافت گردید که با گویه‌هایی از قبیل حجم بالای تصدی‌گری ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، بدهی‌های دولت به بخش سلامت، نگرش درمان محور دولت، بازنگری در نگرش درمان محور و مناسبات ناشی از آن، نگرش بهداشت محور دولت و نظام سلامت مشارکتی و پایدار گسترش یافتند. نظر تعدادی از شرکت‌کنندگان:

«می‌دونیم که دولت تلاش زیادی برای رفاه سلامت مردم می‌کند اما تا تحریم هست، هزینه‌های درمان و سلامت هم بالاست، به خدا از بس هزینه‌ها گران هستند نمی‌تونیم به فکر سلامتی خودمون باشیم، من الان چند تا دندون خراب دارم اما نمی‌تونم درستشون کنم، چون با بیمه قبول نمی‌کنند، کاش دولت برای این گونه بیماری‌ها راه چاره‌ای می‌اندیشید».

حسین ۴۳ ساله نیز می‌گوید:

«هزینه‌های درمان آنقدر بالاست که مجبور می‌شویم قید درمان برخی از بیماری‌هایمان را بزنیم، بیمه هم هستیم اما خیلی از جاها بیمه‌مان را قبول نمی‌کنند، داروها هم بیشترشان یا گیر نیامد یا آزاد هستند؛ کاش دولت به فکری برامون می‌کرد».

رضا ۶۵ ساله و پزشک می‌گوید:

«چون تمام ساختار ما در اینجا دولتی است، بیمارستان‌ها تماماً در انحصار دولت هستند، غالباً بیمارستان‌های خصوصی هم که شکل می‌گیرند، از طرف دولت حمایت می‌شوند، مجوز هایشان از آنجا گرفته می‌شود، اصلاً خود پزشک‌ها، پزشک‌هایی هستند که دانشگاه علوم پزشکی آنها را تربیت کرده است. کلاً ساختار، ساختار دولتی است. در زمینه دارو هم می‌دانید وضع به چه شکل است. شرکت‌های کوچک و بزرگ در انحصار دولت هستند و سایر ارگان‌ها، مثلاً بانک ملی، سازمان بیمه. در هیچ کجای دنیا این گونه نیست. اینکه سازمان‌های بیمه‌گر خودشان کارخانه داری کنند، کارخانه دارو سازی. چگونه می‌خواهد تعیین کند کدام دارو بهتر است، کدام دارو بدتر است برای بیمار، چگونه می‌خواهد داروها را برای بیماران ما تایید کند وقتی خودش کارخانه‌ای دارد که این دارو را تولید می‌کند، طبیعتاً می‌گوید من فقط این دارو را تایید می‌کند. بقیه داروها که مشابه آن هستند را تایید نمی‌کنم. ما این مشکلات را با گوشت و پوست و استخوانمان لمس کردیم.

مهناز ۳۸ ساله در این زمینه می‌گوید:

«در زمینه سلامت اصلاً هیچ موسسه خیریه‌ای توان دولت را ندارد، هیچ موسسه‌ای. شما اگر بیمارستان خیریه هم درست کنید، بالاخره آن خیریه یا باید یک پیش زمینه خیلی قوی‌ای داشته باشد که معمولاً خیریه‌ها، آن پیش زمینه خیلی قوی را ندارند. به هر حال باید از دولت و بیمه‌ها پول بگیرند. بیمه‌ها هم وقتی پول می‌گیرند، از بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های دولتی باید بیشتر بگیرند، به خاطر اینکه یک سیکلی هست و این سیکل وقتی بچرخد، هزینه دارد. خیریه خود ما کمک به بیمارستان‌های دولتی است، به خاطر تعرفه ارزان آن، شرایط مناسب مراکز قرار

گیری و به خاطر اینکه نیروی متخصص دارد. یعنی استفاده بهینه از پول مردم را باید انجام بدهیم. ظرفیت‌های موجود را با کمک مردم تبدیل به ظرفیت مطلوب می‌کنیم.

معصومه ۱۸ ساله می‌گوید:

«به نظر می‌رسد دولت از شرایط زندگی بیماران خاص اطلاعی ندارد؛ به دلیل عدم آگاهی کافی دولت از شرایط زندگی و اجتماعی افراد دارای بیماری‌های خاص، دولت می‌تواند با کمک بخش خصوصی قدرتمندتر شده و به مسائل بهتر رسیدگی کند». در این زمینه تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان بر بی‌اطلاعی دولت از وضعیت زندگی بیماران تاکید داشته و می‌گفتند نهادهای مدنی و مردم نهاد به نیازهای جامعه واقف بوده و به سرعت می‌توانند اقداماتی در این زمینه انجام دهند.

خدمات بیمه‌ای

در تحلیل‌های صورت‌گرفته، «خدمات بیمه‌ای» به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی در شکل‌گیری و تداوم اعتماد عمومی به نظام بهداشت و سلامت شناسایی شد. تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان نشان داد بیمه، برای بسیاری از شهروندان صرفاً یک سازوکار مالی نیست، بلکه نماینده‌ای از «حمایت نهادی»، «عدالت در دسترسی به درمان» و «پیش‌بینی‌پذیری هزینه‌های سلامت» است. به همین دلیل، هرگونه ناکارآمدی، ابهام در قواعد پوشش، یا احساس تبعیض در ارائه خدمات بیمه‌ای می‌تواند به‌طور مستقیم اعتماد عمومی را تضعیف کند و حتی افراد را به سمت راه‌حل‌های غیررسمی (مانند درمان‌های غیررسمی یا تعویق درمان) سوق دهد. در این مؤلفه، چهار تم اصلی «تعهد»، «فناوری و فرایندها»، «گران بودن خدمات بیمه» و «پوشش بیمه‌ای دارو» استخراج شد.

در تم «تعهد»، گویه‌هایی مانند تعهد محاسبه‌ای بیمه، کیفیت خدمات، مشتری‌مداری، پاسخگویی به شکایات و شفافیت در اطلاعات بیمه‌ای مطرح شد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که اعتماد زمانی تقویت می‌شود که بیمه‌گر در عمل به تعهدات خود صریح، قابل اتکا و پاسخگو باشد و تصمیم‌های پوششی را به‌صورت روشن و قابل پیگیری اعلام کند. همچنین در تم «فناوری و فرایندها»، مواردی نظیر سیستمی‌شدن عملیات، اتصال سامانه‌ها، اصلاح نهادی، کاهش واسطه‌های زائد و حذف فرآیندهای غیرضروری به‌عنوان شاخص‌های اعتمادساز معرفی شدند. از نگاه مشارکت‌کنندگان، طولانی بودن فرآیندها، تعدد فرم‌ها و مراجعه‌های مکرر، یا ناهماهنگی میان بیمه، داروخانه و مراکز درمانی، علاوه بر افزایش فشار روانی، نشانه‌ای از بی‌نظمی نهادی تلقی می‌شود که اعتماد را فرسایش می‌دهد.

تم «گران بودن خدمات بیمه» بر این دلالت داشت که شهروندان وقتی با وجود پرداخت حق بیمه، همچنان با هزینه‌های سنگین درمانی مواجه می‌شوند، احساس بی‌اثر بودن بیمه یا حتی «رهاشدگی نهادی» پیدا می‌کنند. در این وضعیت، بیمه از نگاه آنان به یک کسر ماهانه از درآمد تبدیل می‌شود که در لحظه نیاز، کارآمدی لازم را ندارد. در کنار این موضوع، تم «پوشش بیمه‌ای دارو» نیز یکی از حساس‌ترین زمینه‌های شکل‌گیری قضاوت درباره کارآمدی بیمه بود. گویه‌هایی مانند روند روبه افزایش هزینه‌های مصرف دارو، تحت پوشش نبودن برخی اقلام دارویی، هزینه‌بر بودن پوشش بیمه‌ای و همچنین گرایش به جایگزین‌های غیررسمی (نظیر طب سنتی یا طب اسلامی) در مصاحبه‌ها برجسته شد. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که نبود پوشش کافی دارویی، به‌ویژه برای بیماری‌های مزمن یا داروهای پرمصرف، تجربه‌ای مستقیم از «کاهش حمایت» ایجاد می‌کند و اعتماد را تضعیف می‌سازد.

نظر مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که برداشت عمومی از بیمه‌ها به‌شدت متأثر از تجربه‌های روزمره و مواجهه با مقررات و محدودیت‌های عملیاتی است. یکی از شرکت‌کنندگان در این زمینه بیان کرد: «بیمه‌ها آنقدر قوانین دست و پا گیر جلوی پای آنها می‌اندازند که اصلاً از کار

روزمره خودشان می‌مانند، چه برسد به اینکه به بیمار کمک کنند؛ هر جا به نفع خودشان باشد همکاری می‌کنند... ماهیانه پول زیادی از حقوق ما بابت بیمه کسر می‌شود، اما زمان استفاده با ما و اگرهای زیادی روی می‌شود». این روایت به‌روشنی نشان می‌دهد که ادراک «منفعت‌محوری بیمه‌گر»، «ابهام در پوشش» و «تجربه مکرر عدم پذیرش تعهد» می‌تواند رابطه اعتماد میان مردم و نظام سلامت را مخدوش کند. همچنین برخی مشارکت‌کنندگان بر ضرورت اصلاحات کلان در تأمین مالی سلامت تأکید داشتند و نقش بیمه را در پایداری مالی نظام سلامت تعیین‌کننده می‌دانستند؛ به گونه‌ای که یکی از افراد عنوان کرد: «سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور باید اقداماتی را برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران به کار گیرند. بیمه‌ها در این زمینه سهم مهمی را بر عهده دارند.»

در مجموع، یافته‌ها نشان داد «خدمات بیمه‌ای» در ذهن مشارکت‌کنندگان به‌عنوان پیوندگاه عدالت، حمایت و اعتماد شناخته می‌شود. هرچه بیمه‌ها در تعهدپذیری، شفافیت قواعد، پاسخگویی به شکایات، دیجیتالی‌سازی فرایندها، و پوشش واقعی هزینه‌های درمان و دارو موفق‌تر عمل کنند، احتمال تقویت اعتماد عمومی به نظام سلامت افزایش می‌یابد. در مقابل، گران بودن خدمات، ضعف پوشش دارویی، پیچیدگی و ابهام فرایندها، و ادراک حمایت‌گرایی، مهم‌ترین مسیرهای کاهش اعتماد در این مؤلفه محسوب می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اعتماد عمومی به نظام بهداشت و سلامت در ایران حاصل برهم‌کنش چند مؤلفه ساختاری، نهادی، رفتاری و ارتباطی است که در قالب شش محور اصلی شامل: توجه به وضعیت سلامت بیماران، نفوذ رسانه‌ای و گسترش آگاهی سلامت‌محور، خدمات بیمه‌ای، پاسخگویی نظام سلامت، نقش تسهیل‌گرانه خدمات بهداشتی و نقش دولت در سلامت‌شناسایی شدند. نتایج بیانگر آن است که شهروندان اعتماد خود را نه فقط بر اساس کیفیت فنی خدمات پزشکی، بلکه بر پایه تجربه ارتباطی، شفافیت اطلاعات، عدالت در دسترسی، رفتار حرفه‌ای کادر درمان، کارآمدی بیمه‌ها و روایت‌های رسانه‌ای شکل می‌دهند. این الگوی چندبعدی با دیدگاه اکوسیستم سلامت اجتماعی همخوانی دارد که سلامت و اعتماد را پیامد شبکه‌ای از عوامل اجتماعی، نهادی و ساختاری می‌داند (Krieger, 2001).

در بُعد نخست، «توجه به وضعیت سلامت بیماران» به‌عنوان هسته مرکزی اعتماد عمومی برجسته شد. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که احترام به کرامت بیمار، گوش‌دادن فعال پزشک، تشخیص دقیق، شفافیت در فرایند درمان و مهارت حرفه‌ای کادر درمان، بیشترین نقش را در شکل‌گیری اعتماد دارند. این یافته‌ها با مطالعات ارزش‌محور در نظام‌های سلامت همسو است که تجربه بیمار و کیفیت رابطه پزشک-بیمار را از مهم‌ترین شاخص‌های اعتماد معرفی کرده‌اند (Lin et al., 2023). همچنین مدل رفتاری اندرسن نشان می‌دهد که باورها و نگرش بیماران نسبت به نظام سلامت، متأثر از تجربه مستقیم از کیفیت تعاملات درمانی است (Attalla et al., 2023). بنابراین، اعتماد عمومی زمانی پایدار می‌شود که شهروندان در تماس روزمره با نظام سلامت، احترام، شفافیت و مسئولیت‌پذیری را تجربه کنند.

در محور دوم، «نفوذ رسانه‌ای و گسترش آگاهی سلامت‌محور» به‌عنوان نیروی پیشران اعتماد شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که رسانه‌ها با افزایش سواد سلامت، انتشار پیام‌های آموزشی، افشای مسئولانه کاستی‌ها و تقویت ارتباط میان مردم و نظام سلامت، نقش حیاتی در بازسازی اعتماد ایفا می‌کنند. این نتیجه با پژوهش‌های انجام‌شده درباره تبلیغات خدمات عمومی سلامت همخوانی دارد که نشان داده‌اند ارتباطات رسانه‌ای مؤثر می‌تواند ادراک مثبت شهروندان نسبت به نهادهای سلامت را به‌طور معناداری ارتقا دهد (Elareshi et al., 2024). افزون بر این، مطالعات حوزه حکمرانی دیجیتال بیان می‌کنند که کیفیت تعامل رسانه‌ای و شفافیت اطلاعاتی دولت از طریق رسانه‌ها، یکی از قوی‌ترین

پیش‌بین‌های اعتماد عمومی است (Nguyen et al., 2024; Shimizu et al., 2022). این یافته‌ها بیانگر آن است که رسانه نه تنها ابزار اطلاع‌رسانی، بلکه یکی از ارکان حکمرانی سلامت محسوب می‌شود.

محور سوم، «خدمات بیمه‌ای»، در یافته‌ها جایگاه تعیین‌کننده‌ای در اعتماد عمومی داشت. مشارکت‌کنندگان ناکارآمدی بیمه‌ها، هزینه‌های بالای درمان و ضعف پوشش دارویی را از مهم‌ترین عوامل تضعیف اعتماد معرفی کردند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای در حال توسعه همسو است که نشان می‌دهد عدالت در تأمین مالی سلامت و کارآمدی نظام بیمه‌ای، مستقیماً بر اعتماد شهروندان به نظام سلامت اثر می‌گذارد (Saraan et al., 2024). همچنین پژوهش‌های مرتبط با تاب‌آوری زنجیره تأمین سلامت نشان داده‌اند که اختلال در تأمین خدمات و دارو، ادراک بی‌ثباتی نهادی ایجاد کرده و اعتماد عمومی را تضعیف می‌کند (Mogere et al., 2023).

چهارمین مؤلفه، «پاسخگویی نظام سلامت»، در یافته‌ها به‌عنوان شاخص کلیدی مشروعیت نهادی مطرح شد. نتایج نشان داد که رعایت حقوق بیماران، محرمانگی اطلاعات پزشکی، رسیدگی سریع به شکایات و مشارکت شهروندان در ارزیابی خدمات، بنیان اعتماد عمومی را تقویت می‌کند. این یافته‌ها با نظریه حکمرانی مطلوب همسو است که پاسخگویی و شفافیت را ستون‌های اعتماد اجتماعی می‌داند (Ismail Nejad & Zarei, 2022; Prasetya, 2023). همچنین پژوهش‌های تجربی نشان داده‌اند که هرگونه سوءاستفاده مدیریتی یا ضعف پاسخگویی نهادی، به‌سرعت سرمایه اعتماد اجتماعی را فرسایش می‌دهد (Ghorbani, 2022; Mousavi, 2022).

پنجمین مؤلفه، «نقش تسهیل‌گرانه خدمات بهداشتی»، بیانگر ضرورت بازطراحی ساختار خدمات سلامت به‌گونه‌ای است که شهروندان احساس امنیت، دسترسی آسان و مشارکت واقعی در تصمیم‌گیری‌های درمانی داشته باشند. این یافته با مطالعات تعهد سازمانی کارکنان سلامت همسو است که نشان می‌دهد رضایت شغلی و تعهد حرفه‌ای کارکنان، کیفیت خدمات و اعتماد عمومی را به‌طور معناداری ارتقا می‌دهد (Fantahun et al., 2023). هنگامی که کارکنان نظام سلامت از حمایت نهادی، آموزش اخلاق حرفه‌ای و ساختارهای پاسخگو برخوردار باشند، اعتماد شهروندان نیز پایدارتر می‌شود.

در نهایت، «نقش دولت در سلامت» به‌عنوان بستر کلان شکل‌گیری اعتماد شناسایی شد. مشارکت‌کنندگان بر ضرورت تغییر نگرش درمان‌محور دولت به رویکرد بهداشت‌محور، تقویت سیاست‌های حمایتی و کاهش بار مالی درمان تأکید داشتند. این یافته‌ها با ادبیات حکمرانی سلامت همخوانی دارد که دولت‌های موفق را دولت‌هایی می‌داند که با سرمایه‌گذاری در پیشگیری، آموزش سلامت و عدالت اجتماعی، پایه‌های اعتماد عمومی را تقویت می‌کنند (Baharun et al., 2022; Sucipto et al., 2024). همچنین پژوهش‌های مرتبط با گروه‌های آسیب‌پذیر نشان داده‌اند که ناکارآمدی حمایت‌های دولتی، یکی از عوامل اصلی بی‌اعتمادی به نظام سلامت است (Yirgu et al., 2023).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اعتماد عمومی به نظام سلامت پدیده‌ای شبکه‌ای، پویا و چندسطحی است که بدون مدیریت همزمان ساختارهای حکمرانی، ارتباطات رسانه‌ای، خدمات بیمه‌ای، رفتار حرفه‌ای کادر درمان و سیاست‌های دولت قابل تحقق نیست. این الگو با چارچوب‌های نظری اپیدمیولوژی اجتماعی و حکمرانی سلامت همسو بوده و نشان می‌دهد که رسانه‌ها می‌توانند به‌عنوان پیونددهنده این اجزاء، نقش راهبردی در بازسازی اعتماد عمومی ایفا کنند (Elareshi et al., 2024; Krieger, 2001; Nguyen et al., 2024). این پژوهش با وجود غنای داده‌های کیفی، به دلیل محدود بودن حجم نمونه و تمرکز بر تجربه شهروندان یک بافت اجتماعی خاص، تعمیم‌پذیری محدودی دارد. همچنین داده‌ها مبتنی بر ادراک و تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان بوده و امکان تأثیر سوگیری‌های ذهنی و حافظه‌ای

وجود دارد. محدودیت دیگر، تمرکز بر دیدگاه کاربران خدمات سلامت و عدم بررسی همزمان دیدگاه سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت است.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با روش‌های ترکیبی کمی-کیفی، الگوی علی میان مؤلفه‌های شناسایی شده را آزمون کنند. همچنین بررسی تطبیقی نقش رسانه در اعتماد عمومی به نظام سلامت میان استان‌ها یا کشورهای مختلف، می‌تواند به غنای نظری این حوزه بیفزاید. مطالعه نقش شبکه‌های اجتماعی و الگوریتم‌های رسانه‌ای در شکل‌دهی اعتماد سلامت نیز حوزه‌ای نوظهور و ضروری برای تحقیقات آتی است. تقویت آموزش اخلاق حرفه‌ای کادر درمان، اصلاح ساختار بیمه‌های درمانی، نهادینه‌سازی شفافیت اطلاعات سلامت، طراحی راهبرد ملی ارتباطات سلامت و استفاده هدفمند از رسانه‌ها برای افزایش سواد سلامت و گفت‌وگوی دوطرفه با مردم، از مهم‌ترین اقداماتی است که می‌تواند به‌طور پایدار اعتماد عمومی به نظام سلامت را ارتقا دهد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

Extended Abstract

Introduction

Public trust in health systems has emerged as a cornerstone of effective governance, social stability, and sustainable public health development. Trust influences citizens' willingness to utilize health services, comply with public health policies, participate in preventive programs, and support institutional reforms. Contemporary theories of social epidemiology conceptualize health as the outcome of complex interactions between social structures, institutional arrangements, political decisions, and lived experiences, positioning trust as a critical mediating variable within this ecosystem (Krieger, 2001). Consequently, the erosion of trust may undermine service utilization, increase health inequalities, and weaken the legitimacy of health institutions.

Recent global scholarship has highlighted that public trust is shaped not only by technical quality of care but also by governance quality, transparency, accountability, and the ethical conduct of public institutions. Good governance principles—including participation, rule of law, transparency, responsiveness, equity, and accountability—are strongly associated with higher levels of public trust (Ismail Nejad & Zarei, 2022; Prasetya, 2023). Conversely, administrative inefficiency, misuse of public resources, and managerial misconduct significantly contribute to declining trust in public systems (Ghorbani, 2022; Mousavi, 2022).

Within health systems, trust directly affects service utilization behaviors. According to the Anderson Behavioral Model, individuals' engagement with health services is shaped by predisposing factors, enabling resources, and perceived needs, among which trust plays a central role in shaping health-

seeking behavior and service acceptance (Attalla et al., 2023). Moreover, modern health care paradigms emphasize value-based care, patient experience, and relationship-centered practice, positioning trust as a primary quality indicator alongside clinical outcomes (Lin et al., 2023).

The evolving communication landscape has further transformed the architecture of public trust. Media institutions—traditional and digital—now operate as central agents in shaping public perceptions of health systems. Health-related public service announcements, transparent reporting, and educational campaigns can significantly enhance public confidence and awareness, particularly during crises such as the COVID-19 pandemic (Elareshi et al., 2024). At the same time, digital governance and e-government platforms increasingly mediate citizen–state interactions, making technological acceptance, online engagement, and information quality powerful predictors of institutional trust (Nguyen et al., 2024; Shimizu et al., 2022).

Structural challenges within health systems further complicate trust formation. Weak supply chain resilience, inequitable access to services, and financial barriers have been shown to undermine trust in public healthcare institutions, especially in developing contexts (Mogere et al., 2023; Saraan et al., 2024). Organizational commitment of healthcare professionals also strongly correlates with public trust, as patients' primary experiences of the system are shaped by frontline service behavior (Fantahun et al., 2023).

Cultural and normative dimensions likewise influence trust construction. Studies conducted in Islamic and collectivist societies indicate that alignment between public policies, religious values, and social norms facilitates trust restoration and institutional legitimacy (Baharun et al., 2022; Sucipto et al., 2024). Meanwhile, insufficient support for vulnerable populations erodes trust and amplifies systemic inequities (Yirgu et al., 2023).

Despite this expanding literature, empirical research remains limited regarding how media mechanisms interact with governance structures and service delivery to shape public trust in health systems—particularly within the Iranian socio-cultural context. This study addresses this gap by examining the lived experiences of Iranian citizens and identifying the structural and communicative pathways through which trust in the health system is constructed or undermined.

Methods and Materials

This study adopted a qualitative descriptive phenomenological approach to capture participants' lived experiences of public trust in the health system and the perceived role of media in shaping such trust. Twenty Iranian citizens aged 18–65 with direct experience using healthcare services were recruited through purposive and snowball sampling until theoretical saturation was achieved.

Data were collected through semi-structured in-depth interviews conducted both in person and online. Interview questions explored perceptions of health services, experiences with healthcare providers, media influence, institutional transparency, and perceived barriers and facilitators of trust. Interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using Colaizzi's seven-step phenomenological method.

Credibility was ensured through member checking, peer debriefing, and prolonged engagement with the data. Dependability and confirmability were strengthened through systematic coding, reflexive memoing, and audit trail documentation.

Findings

Data analysis yielded six major dimensions shaping public trust in the health system:

1. **Attention to Patients' Health Conditions:** Participants emphasized the importance of respectful communication, professional competence, transparency in diagnosis and treatment, and ethical conduct. Trust emerged from experiences where physicians listened

carefully, provided clear explanations, respected patient dignity, and demonstrated clinical competence.

2. **Media Influence and Health Awareness:** Media were perceived as powerful actors in building trust by disseminating accurate health information, promoting preventive behaviors, increasing public awareness, and facilitating communication between citizens and health institutions. Participants highlighted that transparent reporting, responsible journalism, and educational programming strengthened trust, while misinformation and lack of accountability undermined it.
3. **Insurance Services:** The efficiency, fairness, and coverage of insurance services were central to trust formation. High treatment costs, insufficient coverage for essential medications, bureaucratic obstacles, and delays in reimbursement significantly eroded confidence in the health system.
4. **Health System Responsiveness:** Responsiveness was expressed through timely service delivery, complaint resolution, confidentiality of medical information, and opportunities for patient feedback. Participants stressed that lack of accountability, poor complaint management, and breaches of privacy severely damaged trust.
5. **Facilitative Role of Healthcare Services:** Trust increased when health institutions created safe environments for consultation, supported patient participation in decision-making, redesigned workflows to improve access, and invested in professional development and ethical training of healthcare personnel.
6. **Governmental Role in Health:** Participants viewed government commitment, policy orientation, and resource allocation as decisive. They criticized treatment-centered policies and emphasized the need for preventive, health-oriented strategies, financial protection for vulnerable groups, and reduction of out-of-pocket expenses.

Collectively, these six dimensions formed an integrated model illustrating how structural, institutional, interpersonal, and communicative processes interact to shape public trust.

Discussion and Conclusion

The findings reveal that public trust in the health system is not a static attribute but a dynamic, multi-layered social construct shaped by governance, service delivery, professional behavior, financial structures, and communication ecosystems. Trust emerges through consistent positive interactions across these domains and collapses when failures accumulate.

Media occupy a strategic position within this architecture of trust. By shaping narratives, disseminating health knowledge, promoting accountability, and facilitating dialogue, media serve as both mirrors and architects of public confidence. However, when communication lacks transparency or ethical rigor, media can amplify distrust.

The results underscore that technical improvements in healthcare alone are insufficient to sustain trust. Instead, trust requires coherent institutional alignment: competent healthcare professionals supported by responsive systems, transparent governance reinforced by ethical leadership, equitable insurance structures, and strategic communication infrastructures.

For health systems seeking sustainable legitimacy, trust must be treated as a strategic public asset—cultivated through continuous institutional learning, ethical governance, and participatory communication. The Iranian context demonstrates that without synchronized reforms across governance, service delivery, and media engagement, trust remains fragile.

In conclusion, strengthening public trust in the health system demands an integrated, multi-sectoral strategy that unites healthcare institutions, government agencies, media organizations, and civil society in a shared commitment to transparency, accountability, equity, and ethical service delivery.

References

- Attalla, S. M., Baobaid, M. F., Ads, H. O., Mohamed, J. B., Hamzah, H., Hanafy, N. A., & Zulfanefandy, N. N. B. (2023). Anderson Behavioral Model for Health Service Utilization: A Cross-Sectional Study Among Immigrants in Selangor, Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 23(2), 332-341. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.23/no.2/art.1846>
- Baharun, H., Wahid, A., Muali, C., Rozi, F., & Fajry, M. W. (2022). Building Public Trust in Islamic School Through Adaptive Curriculum. *Jurnal Pendidikan Islam*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.15575/jpi.v8i1.17163>
- Elareshi, M., Habes, M., Ali, S., & Attar, R. W. (2024). Public Engagement Through Public Service Advertisements for Health Care Awareness During Early COVID-19 in Pakistan. *Frontiers in Communication*, 9. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2024.1376717>
- Fantahun, B., Dellie, E., Worku, N., & Debie, A. (2023). Organizational commitment and associated factors among health professionals working in public hospitals of southwestern Oromia, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 23(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09167-3>
- Ghorbani, M. (2022). Social security and public trust: The influence of administrative efficiency. *International Journal of Social Economics*, 49(6), 897-912. <https://doi.org/10.1108/IJSE-09-2021-0553>
- Ismail Nejad, M., & Zarei, Z. (2022). Good governance and its role in social justice and improving public trust. Second International Conference on Management, Ethics, and Business, <https://civilica.com/doc/1589258/>
- Krieger, N. (2001). Theories of Social Epidemiology in The 21st Century: An Ecosocial Perspective. *International journal of epidemiology*, 30(4), 318-333. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Lin, C., Nguyen, T. M., McGrath, R., Patterson, A., & Hall, M. T. (2023). Dental Health Services Victoria Value-based Health Care Principles for Oral Health Models of Care. *Journal of Public Health Dentistry*, 83(3), 325-328. <https://doi.org/10.1111/jphd.12581>
- Mogere, K. M., Kwendu, E. S., & Fozia, N. (2023). Supply Chain Resilience and Service Delivery of Public Health Care Facilities in Western Region Kenya. *African Journal of Empirical Research*, 4(1), 18. <https://doi.org/10.51867/ajernet4.1.18>
- Mousavi, H. (2022). Decline in Public Trust Due to Misuse of Government Assets by Managers. *Journal of Sociology of Law*, 12(3), 160-175.
- Nguyen, T. T. U., Nguyen, P. V., Huynh, H. T. N., Vrontis, D., & Ahmed, Z. U. (2024). Identification of the determinants of public trust in e-government services and participation in social media based on good governance theory and the technology acceptance model. *Journal of Asia Business Studies*, 18(1), 44-61. <https://doi.org/10.1108/JABS-04-2023-0160>
- Prasetya, F. (2023). Good Governance and Public Trust. *Jurnal Penelitian Ekonomi Akuntansi (Jensi)*, 7(2), 359-373. <https://doi.org/10.33059/jensi.v7i2.8831>
- Saraan, M. I. K., Nasution, M. A., & Nasution, F. A. (2024). Policy of Medan City Government in the Development of Public Health Services: A Case Study of Medan Berkah Health Insurance Program. *Journal of Infrastructure Policy and Development*, 8(7), 4145. <https://doi.org/10.24294/jipd.v8i7.4145>
- Shimizu, Y., Ishizuna, A., Osaki, S., Hashimoto, T., Tai, M., Tanibe, T., & Karasawa, K. (2022). The Social Acceptance of Smart Health Services in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1298. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031298>
- Sucipto, H., Suaedi, F., Setijaningrum, E., Amiati, M., & Nasution, R. S. (2024). Transformation of Public Trust in Restorative Justice by the Prosecuto r's Office: An Islamic and Social Law Approach in the Contemporary Era. *MILRev: Metro Islamic Law Review*, 3(2), 364-387. <https://doi.org/10.32332/milrev.v3i2.9938>
- Yirgu, R., Wondimagegnehu, A., Qian, J., Milkovich, R., Zimmerman, L., Decker, M. R., Glass, N., Seid, F., Zekarias, L., & Wood, S. N. (2023). Needs and Unmet Needs for Support Services for Recently Pregnant Intimate Partner Violence Survivors in Ethiopia During the COVID-19 Pandemic. *BMC public health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15634-7>