

مروری بر مفاهیم اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد در پزشکی

احسان سربازی^۱، همایون صادقی بازرگانی^۱، مصطفی فرحبخش^۲، علیرضا علا^۳، حسن سلیمانپور^{۳*}

^۱ مرکز تحقیقات مدیریت و پیشگیری از مصدومیت‌های حوادث ترافیکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ مرکز تحقیقات اورژانس و تروما، بیمارستان امام رضا (ع) تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات اورژانس و تروما، بیمارستان امام رضا (ع) تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: h.soleimanpour@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۹ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲

چکیده

مقدمه: مفهوم خانواده اعتماد (اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد) مفهومی مبهم است و تعاریف مختلفی از آن در پیشینه ی پژوهشی پزشکی ارائه شده است. اعتماد بیماران تاثیر به‌سزایی در ادامه روند درمان دارد.

هدف: این مطالعه با هدف دستیابی به یک درک مشترک از خانواده اعتماد در پزشکی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مروری در خرداد ۱۴۰۲ انجام گرفت. پایگاه‌های داده‌ای Scopus، Medline/Pubmed، موتور جستجوی Google scholar، پایگاه‌های داده‌ای ایرانی SID و Irandoc جستجو شد. کلیدواژه‌های Trust یا Distrust یا Mistrust و Tool یا Scale یا Questionnaire به‌همراه معادل‌های فارسی آن‌ها به‌کار گرفته شد. مراحل تدوین این مطالعه مرور نقلی براساس چک‌لیست سانرا (SANRA) صورت گرفت. مطالعات منتخب توسط دو مرورگر مستقل بررسی شد.

نتایج: پس از غربالگری مطالعات (۶۵۹)، ۴۰ مطالعه دارای معیارهای ورود بودند. شایع‌ترین ابعاد اعتماد در پزشکی مواردی از جمله ارتباطات، صداقت، اطمینان، شایستگی، وفاداری، اعتماد به سیستم و اعتماد کلی، رازداری، انصاف، یکپارچگی، نوع دوستی، راحتی رابطه، قابلیت وابستگی و اتکا بودند. ابزارهای سنجش خانواده اعتماد در پزشکی دسته‌بندی و تفاوت‌ها و مشابهت‌های مفاهیم بیان شدند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه پیچیدگی و گستردگی مفاهیم خانواده اعتماد را نشان داد. پیشنهاد می‌گردد جهت سنجش خانواده اعتماد ابزارهای مرتبط توسعه یا بومی‌سازی شود. با توسعه تحقیقات اپیدمیولوژیک خانواده اعتماد، محققان می‌توانند استراتژی‌ها و مداخلاتی را برای تقویت اعتماد، کاهش سوااعتماد و رفع عدم اعتماد ایجاد کنند. پتانسیل‌های پژوهشی زیادی برای پژوهشگران در این زمینه وجود دارد.

کلمات کلیدی: اعتماد، پزشک، نظام سلامت، مروری، اپیدمیولوژی

۱. مقدمه

A قضاوت می‌کند که B قابل اعتماد (Trustworthy) است، B با صداقت و شایستگی و با توجه به منافع A عمل خواهد کرد. در این رابطه A به‌صورت داوطلبانه تن به پذیرش ریسک‌هایی می‌دهد (۲). بین اعتماد و قابل اعتماد بودن (Trustworthiness) تفاوت‌هایی وجود دارد. اعتماد، نگرش مردم به یک نهاد است ولی قابل اعتماد بودن به خصوصیت درونی آن نهاد بر می‌گردد که چقدر درستکار، امین و صادق است. این خصوصیات اخلاقی درونی تعیین‌کننده اساسی اعتماد هستند که در بحران هم به کمک نهاد می‌آیند و اعتماد جامعه به آن نهاد را حفظ می‌کنند (۳). وجود اعتماد، عامل همکاری افراد و مشارکت آنان

واژه اعتماد (Trust) برای اولین بار در حدود سال‌های ۱۲۲۵-۱۱۷۵ میلادی ثبت شده است (۱). این واژه از کلمه اسکان‌دیناوی قدیم (Traust) به معنای «اعتماد» می‌آید. برخی از صاحب‌نظران هم ریشه آن را به کلمه آلمانی Trost به معنی «راحتی» مربوط می‌دانند. عدم اعتماد (Distrust) اولین بار در دهه ۱۵۰۰ ثبت شده است، در حالی که اولین استفاده واژه سو اعتماد (Mistrust) به دهه ۱۳۵۰ بر می‌گردد (۱).

وقتی A برای انجام X به B اعتماد می‌کند. B می‌تواند یک شخص، گروه یا موسسه باشد و یک حوزه عمل (X) که در آن اعتماد می‌شود. در واقع، اساس اعتماد این است که

(۱۶). بی‌اعتمادی به سازمان‌های بهداشت عمومی به‌طور قابل توجهی بر تصمیمات بهداشتی در دنیای واقعی تأثیر می‌گذارد (۶). واکنش‌های یکی از موثرترین مداخلات برای کنترل بیماری کووید-۱۹ است (۱۷، ۱۸). اگر عدم اعتماد به علم یا عدم اجماع اجتماعی (Social consensus) در مورد واکسن وجود داشته باشد، می‌تواند منجر به کاهش اعتماد به واکسن، تردید در واکسن و واکسن‌گریزی شود (۱۴).

بیشتر اصطلاحات یک متضاد دارند. این متضاد ممکن است معنایی بر خلاف مفهوم اصطلاح را بیان کند (مانند گرم در مقابل سرد) یا صرفاً فقدان معنای اصطلاح (مانند دانش در مقابل جهل) باشد. اعتماد هر دو نوع متضاد دارد: سو اعتماد و عدم اعتماد. دو اصطلاح اگرچه اغلب به‌جای یکدیگر استفاده می‌شوند باید به وضوح از هم متمایز شوند (۱۹). براساس پژوهش‌های انجام‌گرفته پژوهشگران بریتانیا، ایالات متحده، ایتالیا و استرالیا (سال ۲۰۲۱) شناخت مفاهیم سو اعتماد و عدم اعتماد درک کامل‌تری از نحوه واکنش مردم و تعیین اقدامات لازم در زمان بحران را شکل می‌دهد. این امر بر نیاز به توجه ویژه بر ارزیابی سطوح اعتماد و نحوه قضاوت‌های مردم تأکید می‌کند (۲۰). جهان‌گیری کووید-۱۹ به‌عنوان بحران بهداشت عمومی جهانی، اهمیت اعتماد بیمار به سیستم مراقبت بهداشتی، بهداشت عمومی و پزشکی را برجسته کرده است (۲۱). کاهش اعتماد در نظام سلامت می‌تواند باعث کاهش سطح قبول درمان گردد و بیماران اغلب به‌دنبال نظر ثانویه در مورد بیماری خود خواهند بود و خدمات را از پزشکان دیگر نیز دریافت خواهند کرد و همیشه به‌دنبال بهترین پزشکان یا بهترین بیمارستان‌ها خواهند بود (۲۲، ۲۳) که موجب تشخیص دیر هنگام که به نوبه خود منجر به گسترش عوارض بیماری و درمان دیر هنگام می‌گردد (۲۴). هنگامی که سو اعتماد به عدم اعتماد تبدیل می‌شود، می‌تواند نشانه‌ای از افت کیفیت سیستم‌ها باشد (۱۱). افراد منتقد یا با اعتماد کم (Low trust) مسئولان را پاسخگو نگه می‌دارند (۲۴).

فروپاشی اعتماد ماهیت اپیدمیک دارد (۶). اعتماد به پزشکی در کشور آمریکا در حال کاهش است. نسبت افرادی که اعتماد بسیار زیادی به سیستم پزشکی ابراز داشتند از ۷۳ درصد (در سال ۱۹۶۶) به ۴۴ درصد (در سال ۲۰۲۱) کاهش یافته است، افراد رنگین‌پوست، افراد جوان‌تر از ۵۰ سال و آن‌هایی که تحصیلات و درآمد کمتری دارند سطح اعتماد پایین‌تری نسبت به مراقبت‌های بهداشتی دارند (۲۵).

کاهش اعتماد به علم (پزشکی) یک اورژانس بهداشت عمومی است (۲۶). اعتماد به علم آمریکایی‌ها، از زمان شروع شیوع ویروس کرونا، ۱۶ درصد کاهش یافته است (۲۶). در طول جهانگیری کووید-۱۹، تنها حدود یک سوم بزرگسالان در ایالات متحده به سیستم بهداشت عمومی برای محافظت از مردم در برابر

در حوزه‌های عمومی و رفتارهای هنجار است (۴). اعتماد هسته اصلی سرمایه اجتماعی است (۵). وقتی اعتماد وجود داشته باشد، می‌توان به آن تکیه کرد و کارها را پیش برد و اغلب نتایج بهتر گرفت چرا که همه در صحنه خواهند بود. اما وقتی اعتماد وجود نداشته باشد، همه چیز متوقف می‌شود (۶). اعتماد به‌عنوان چسبی عمل می‌کند که سیستم را در کنار هم، نگه می‌دارد. وجود سطحی از اعتماد در سرتاسر بخش‌های نظام سلامت نیز مورد نیاز است. از جمله بین پزشکان و کارفرمایان آنان، بین مقامات بهداشتی و مردم، بین بیمه‌گران و بیمارستان‌ها (۶).

اعتماد عنصر اصلی در رابطه بین مراقبین سلامت، پزشک و بیمار است، برخی آن را از مؤلفه‌های سلامت کامل (۷) و عده‌ای دیگر آن را عامل موفقیت درمان تلقی می‌کنند (۸). اعتماد بیمار متغیرهایی نظیر استفاده از خدمات پیشگیری و رضایت بیمار را پیش‌بینی می‌کند و برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات روابط دارای اهمیت است (۹). اعتماد منجر به پایبندی بیشتر بیماران به درمان، افشای بهتر اطلاعات خوداظهاری حساس توسط بیماران (در نتیجه تشخیص بهتر بیماری)، تداوم مراقبت و خودکارآمدی بیشتر می‌شود (۱۰). وجود اعتماد بالا، نشانگر بیمار محوری است (۱۱، ۱۲). یکی از دلایل مهم مشارکت مردم در پویش‌هایی مانند «پویش ملی سلامت» بالا بودن اعتماد پزشکی است.

بیماران اعتماد را عمیق‌تر از رضایت توصیف می‌کنند که نشان‌دهنده تعهد به یک رابطه مداوم است. ممکن است بیماران از هر مراجعه رضایت داشته باشند، اما هنوز احساس کنند اعتماد ایجاد نشده است. برعکس، اعتماد به پزشک ممکن است حتی اگر ویزیت خاص رضایت‌بخش نباشد، حفظ شود، زیرا اعتماد می‌تواند باعث تمایل به بخشش اشتباهات یا عملکرد ضعیف شود. هنگامی که اعتماد و رضایت در مدل‌های رگرسیونی به‌صورت همزمان قرار می‌گیرد، اعتماد به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری ظاهر می‌شود (۱۳).

در کشورهایمانند چک، گینه، رومانی، بوتسوانا و امارات اعتماد عمومی (Public trust) کمتری نسبت به علم دیده شده است. درحالی‌که تایلند، لتونی، توگو، ایران، نپال، ایتالیا و ژاپن بالاترین میزان اعتماد عمومی به علم را نشان داده‌اند (۱۴). براساس مطالعه‌ای بین‌المللی اکثریت افراد کاملاً یا تا حدودی به پرستاران و پزشکان با ۸۵ درصد و ۸۴ درصد اعتماد دارند. اگرچه شرکت‌های داروسازی و شرکت‌های بیمه سلامت کمترین اعتماد را دارند و تنها حدود یک سوم مردم به آن‌ها اعتماد دارند (۱۵). سطوح بالاتری از اعتماد به دولت با میزان‌های کمتر عفونت کووید-۱۹ و با میزان‌های بالاتر واکنش‌های کووید-۱۹ همبستگی دارد

۳. مواد و روش‌ها

مرور مفهومی یک روش خلاقانه پژوهشی برای تولید دانش جدید در زمینه یک مفهوم مبهم و پیچیده است که به تبیین و شفاف‌سازی مفهوم، اجزا و ارتباط آن با مفاهیم مرتبط کمک می‌کند (۳۶). این مطالعه مروری با هدف تبیین مفاهیم خانواده اعتماد (اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد) و معرفی مختصر ابزارهای سنجش موجود در حوزه پزشکی انجام شد. جستجوی این مطالعه در خرداد ۱۴۰۲ انجام گرفت.

مراحل تدوین این مطالعه مرور نقلی براساس چک‌لیست سانرا (SANRA) انجام شد (۳۷). طبق این چک‌لیست هدف مطالعه بیان شده و از منابع معتبر جهت بازیابی مطالب استفاده شد و یافته‌ها طبق اهداف مطالعه ارائه شد. گام‌های انجام این مطالعه مرور نقلی به این شرح است: (۱) جستجوی اولیه در پایگاه‌های بین‌المللی و ملی، (۲) در گام دوم کلمات کلیدی مرتبط با هدف پژوهش توسط گروه تحقیق تدوین شد، (۳) در گام سوم پس از جستجوی مطالعات با استفاده از کلیدواژه‌های تعیین‌شده، چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفت و سپس مقالات مورد مرتبط مورد بررسی کامل قرار گرفتند، (۴) در مرحله آخر خلاصه‌سازی یافته‌های مقالات مرتبط و ترکیب آن‌ها انجام شد. پایگاه‌های داده‌ای Medline/Pubmed.Scopus و موتور جستجوی Google scholar و پایگاه‌های داده‌ای ایرانی SID، Irandoc و مجلات تخصصی اعتماد Journal of Trust OR Distrust Research جستجو شد. کلیدواژه‌های Journal of Trust OR Distrust Research جستجو شد. OR Scale OR Questionnaire و OR Mistrust به‌همراه معادل‌های فارسی آن‌ها به کار گرفته شد.

۱.۳. معیار ورود و خروج

مطالعاتی که به مفاهیم اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد و ساخت ابزار در مورد آن‌ها پرداخته و به زبان‌های انگلیسی و فارسی چاپ شده‌اند، بدون محدودیت زمانی بررسی و وارد مطالعه شد. جهت شناسایی و پوشش بیشتر مقالات منتشر شده پس از جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی تعدادی از مجلات معتبر در این زمینه نیز به صورت دستی مورد جستجو قرار گرفت. بعد از حذف مقالات دارای ارتباط ضعیف با اهداف مطالعه و انتخاب مقالات اصلی، بار دیگر جهت بالا بردن اطمینان از شناسایی و بررسی مقالات موجود، منابع مقالات انتخاب‌شده، جستجو گردید.

تمامی مراحل انتخاب و غربالگری مقالات توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق به صورت مستقل از هم انجام گرفت. موارد مورد اختلاف در مرحله اول با بحث و گفتگو حل شد. همچنین در صورت نیاز موارد مورد اختلاف به فرد سوم که اطلاعات

تهدیدات بهداشتی و پیشگیری از بیماری امتیاز مثبت دادند (۶). سوا اعتماد به دولت و قدرت علمی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ افزایش یافته است. حزب‌گرایی، پریشانی روانی، و آسیب‌پذیری اجتماعی اقتصادی به سوا اعتماد کمک می‌کند، به طوری که مسیحیان انجیلی، ساکنان روستا و برخی اقلیت‌ها، سطوح بالایی از سوا اعتماد را نشان می‌دهند (۲۷). اعتماد کمتر باعث ایجاد سو ظن در مورد دستورالعمل‌های واکسن، پوشیدن ماسک و محدودیت‌های بهداشتی شده است (۶). سو اعتماد یا عدم اعتماد به پرسنل پزشکی و سازمان‌ها با انواع رفتارهای مرتبط با سلامت از جمله مشارکت در کار آزمایی بالینی، غربالگری سرطان، اهدای عضو و استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارتباط منفی دارد (۲۸-۳۱).

اپیدمی بیماری‌های عفونی اغلب با عدم قطعیت علمی، آشفتگی اجتماعی و سازمانی و عموماً جو ترس و عدم اعتماد مشخص می‌شود (۲۲). مارکس مفهوم بحران اعتماد را به صورت بی‌آبرویی ظاهری (Opsis) و پوسیدگی اخلاقی حیاتی (Sepsis) بیان می‌کند. به طوری که نهادها اغلب به رفع و رجوع کردن بی‌آبرویی ظاهری، برای بازیابی اعتماد عمومی تمرکز می‌کنند و به درمان پوسیدگی اخلاقی حیاتی که تحلیل رفتن طولانی مدت خصوصیت اعتمادساز نهاد است (مثل درستی و صداقت) نمی‌پردازند. اعتماد به نهادها تحت تأثیر نحوه عملکرد نهاد در شبکه ارتباطات با دیگر نهادها و گروه‌های ذی‌نفع قرار دارد. به عنوان مثال ارتباط پزشکان با شرکت‌های دارویی می‌تواند روی اعتماد مردم به پزشکان تأثیر بگذارد (۳).

پژوهش‌های قبلی شکاف‌هایی را در اندازه‌گیری اعتماد در سیستم‌های سلامت شناسایی کرده‌اند، از جمله عدم تمرکز بر اعتماد به سیستم‌ها و همچنین ناهمگونی و اختلاف در مورد ابعاد اعتماد (۳۳). علاوه بر این، مرور پیشینه تحقیق نشان‌دهنده تمرکز در درجه اول بر اندازه‌گیری اعتماد به متخصصان سلامت به جای سیستم‌ها است (۳۳). افزون بر این، کاهش اعتماد عمومی به متخصصان پزشکی مشاهده شده است که منجر به مقررات سخت‌تر و ناامیدی در بین پزشکان شده است (۱۹). با این حال، بیشتر بحث‌ها در مورد اعتماد به پزشکی به بحث‌های فلسفی انتزاعی یا پژوهش‌های علوم اجتماعی محدود شده است (۳۴). اندازه‌گیری اعتماد همیشه لازم ولی دشوار است (۳۵).

۲. اهداف

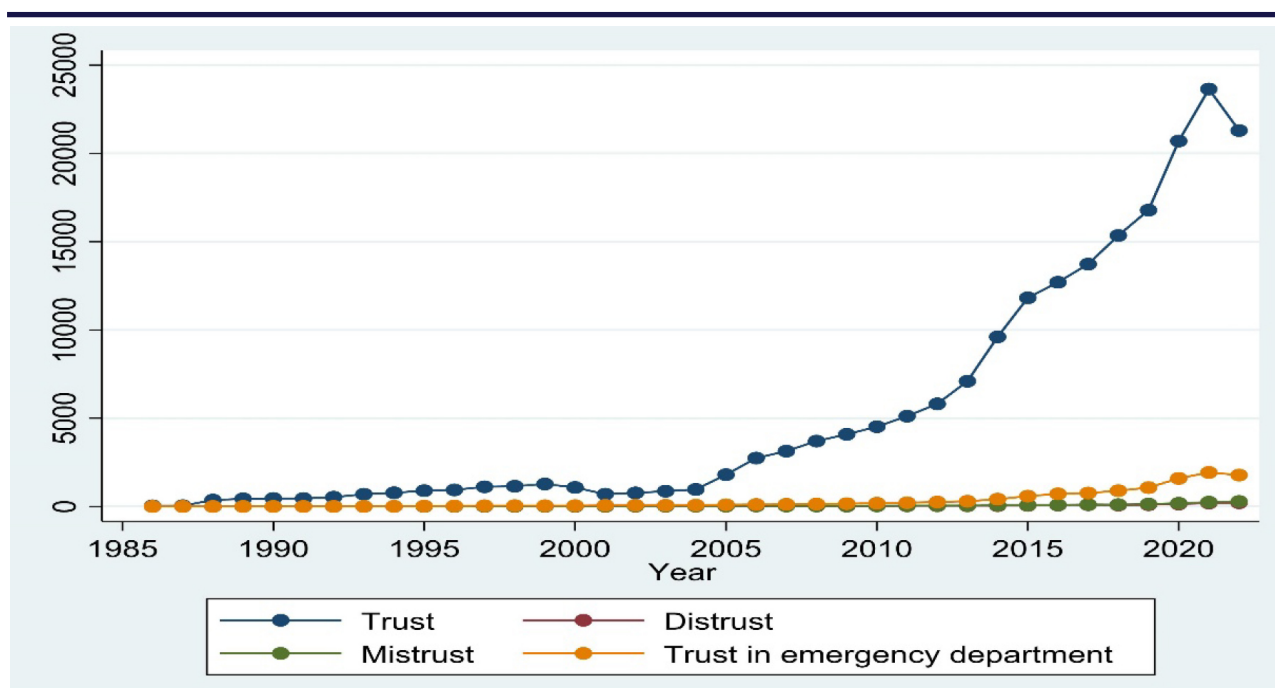
این مطالعه مروری با هدف تبیین مفاهیم مبهم و پیچیده اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد به پزشکی و شفاف‌سازی اجزا و ارتباط آن با مفاهیم مرتبط و مرور اجمالی ابزارهای سنجش آن‌ها در پزشکی انجام گرفت.

تجارب بیشتری داشت ارجاع داده شد. از نرم‌افزار مدیریت منابع Endnote X8 برای سازماندهی، مطالعه عنوان‌ها، چکیده‌ها و شناسایی موارد تکراری استفاده شد.

۴. نتایج

تعداد کل مقالات بازبینی شده از پایگاه‌های داده برابر با ۶۵۹ مقاله بود که پس از حذف مقالات تکراری و غیرمرتبط، ۲۱۴ مقاله باقی ماند. پس از غربالگری نهایی این مقالات توسط نویسندگان، مجموعاً ۴۰ مقاله از بین آن‌ها با معیارهای ورود به

مطالعه مطابقت داشتند که مورد استفاده قرار گرفتند. افزایش کلی در فراوانی مقالات برای خانواده اعتماد (Family of trust) از جمله اعتماد، «عدم اعتماد»، «سو اعتماد» و همچنین «اعتماد بر دپارتمان اورژانس» در پایگاه داده PubMed برای سال‌های ۲۰۲۲-۱۹۸۶ در تصویر ۱ نشان داده شده است. شواهد مربوط به اعتماد به‌ویژه از سال ۲۰۰۴ رشد تصاعدی به خود گرفته است و در این دوره ۳۶ ساله به‌ویژه در سه سال گذشته به اوج خود رسیده است. مطالعات منتشر شده «اعتماد بر دپارتمان اورژانس» از سال ۲۰۱۵ رشد بیشتری به خود گرفته است.

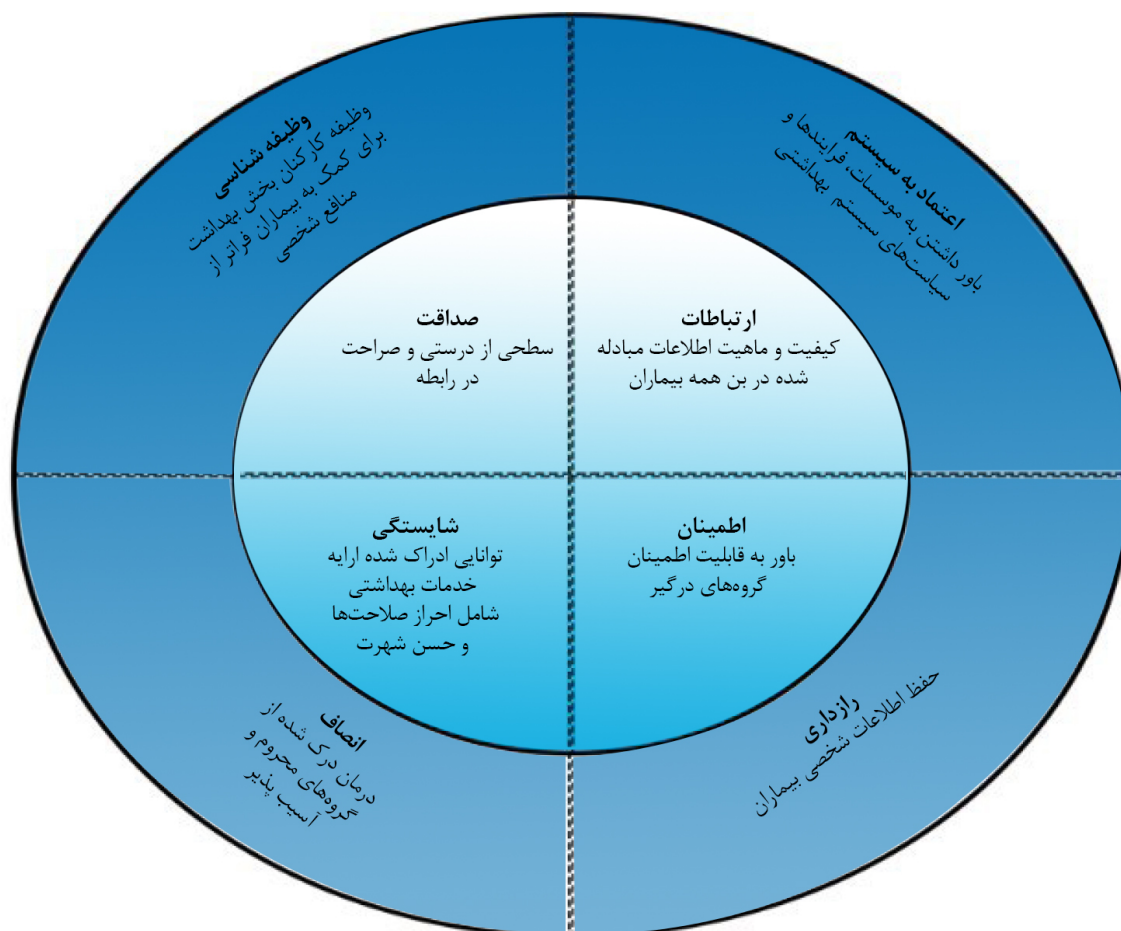


تصویر ۱. فراوانی مطالعات اعتماد، «سو اعتماد»، «عدم اعتماد» و «اعتماد بر دپارتمان اورژانس» در پایگاه داده PubMed برای سال‌های ۲۰۲۲ - ۱۹۸۶

۱.۴. ابعاد خانواده اعتماد

در یک مطالعه مروری Ozawa و Sripad سوالات مورد استفاده در مطالعات مربوط به اعتماد پزشکی را در هشت حیطه ارتباطات (Communication) صداقت (Honesty)، اطمینان (Confidence)، شایستگی (Competence)، وفاداری (Fidelity)، اعتماد به سیستم (System trust) رازداری (Confidentiality) و انصاف (Fairness) توصیف کردند که در تصویر ۲ نمایش داده شده است (۳۸). براساس یک مطالعه مروری، ۲۹ نوع اعتماد متمایز براساس اطلاعات موجود شناسایی شد

که انواع اعتماد را براساس عامل زمان (اولیه، تجربه) و بازیگران آن (سازمان، شخص، فناوری) متمایز ساختند (۳۹). در مطالعه مروری ابو عید و همکاران، اعتماد مرتبط با نهادهای اجتماعی و متخصصان سلامت شامل ابعاد تکرار شونده‌ای از قبیل شایستگی، یکپارچگی (Integrity)، ارتباط، خیرخواهی (Benevolence)، وفاداری، انصاف، اعتماد کلی (Global trust)، رازداری، راحتی رابطه (Relational comfort) و قابلیت وابستگی و اتکا (Dependability) شناسایی شدند (۴۰). همچنین براساس یک مرور ساختارمند سو اعتماد را نسبت به نظام پزشکی، فردی و گروهی طبقه‌بندی کرده‌اند (۴۱).



تصویر ۲. ابعاد اعتماد و اجزای تشکیل دهنده آن (۳۸)

۲.۴. تفاوت‌های بین خانواده اعتماد (اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد)

یکی از تفاوت‌های خانواده اعتماد از نظر توجه به انتظارات معتمد است. اعتماد مربوط به انتظارات مثبت است. عدم اعتماد، بیانگر یک انتظار منفی است، درحالی‌که سو اعتماد صرفاً به نفی (اعتماد و عدم اعتماد) اشاره دارد (۹، ۴۲). فقدان اعتماد (Lack of trust) می‌تواند به دو شکل سو اعتماد و عدم اعتماد باشد. نه سو اعتماد و نه عدم اعتماد مترادف با فقدان اعتماد نیستند، اگرچه اعتماد بخشی از سو اعتماد و عدم اعتماد است. اگر کسی به شما بگوید که به شما سو اعتماد است، به این معنی است که او شما را به اندازه کافی نمی‌شناسد یا هنوز مطمئن نیست که آیا شما قابل اعتماد هستید یا خیر. از طرف دیگر، اگر کسی به شما بگوید که نسبت به شما عدم اعتماد است، به این معنی است که شما را ناصداق، غیرقابل اعتماد و ... می‌داند و نشان‌دهنده نقص‌های متعدد در شخصیت اخلاقی یک فرد هستند. در عدم اعتماد، انتقاد اخلاقی بسیار شدیدتر از سو اعتماد به کسی است (۴۵-۴۳). سو اعتماد منعکس‌کننده شک یا شک و تردید در مورد قابل اعتماد بودن (Trustworthiness) دیگری است، درحالی‌که

عدم اعتماد منعکس‌کننده یک باور ثابت شده است که دیگری غیرقابل اعتماد (Untrustworthy) است (۲، ۴۶). سو اعتماد ممکن است براساس احساسات و غریزه باشد تا تجربه مستقیم. ولی در عدم اعتماد می‌تواند درواقع ناشی از یک تجربه (فردی یا جمعی) خاص یا دانش خاص را بیان کند (۴۵). اعتماد ممکن است در درجه اول درباره حقایق و باورها باشد، اما عدم اعتماد واقعیت‌ها و باورها را در زمینه تاریخی، اجتماعی یا سیاسی قرار می‌دهد (۴۵، ۴۷). در اعتماد اغلب بر ویژگی‌های ارائه‌دهنده سلامت یا سیستم خاص، مانند شایستگی تمرکز می‌کند، درحالی‌که سو اعتماد پزشکی اغلب بر سیستم‌ها و ساختارهای بزرگ‌تری تمرکز می‌کند که سو ظن و نابرابری‌های بهداشتی را ایجاد می‌کنند (به‌عنوان مثال، نژادپرستی) و لزوماً نامی از اینکه چه چیزی یا چه کسی مورد آن قرار گرفته به میان نمی‌آید (۴۸).

۳.۴. پیامد عدم اعتماد

عدم اعتماد پیامدهای منفی بسیار بیشتری نسبت به سو اعتماد دارد. عدم اعتماد آشکارا برای تعاملات اجتماعی مضر است، درحالی‌که مقدار معینی از سو اعتماد ممکن است با احتیاط و

محتاطانه بودن باشد. برای مثال، تعداد زیادی از والدین را در نظر بگیرید که از محافظتی که واکسیناسیون برای فرزندان خود ارائه می‌دهد، چشم‌پوشی می‌کنند زیرا آن‌ها به توصیه‌های پزشک عمومی خود (یا بسته به سیستم مراقبت‌های بهداشتی رایج در کشور، پزشک

اطفال) سو اعتماد دارند (۴۹).

در **جدول ۱**، برخی ویژگی‌های اعتماد، عدم اعتماد و سو اعتماد به‌عنوان مفاهیم متمایز از محرک‌های ارزیابی، نگرش‌های مرتبط و پیامد رفتاری اشاره شده است (۴۵، ۴۹).

جدول ۱. اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد به‌عنوان مفاهیم متمایز

نوع اعتماد	انگیزه‌های ارزیابی	نگرش‌های مرتبط	پیامد رفتاری
اعتماد	ارزیابی مبتنی بر رفتار انجام می‌شود، اما می‌توان آن را با ترجیحات هنجاری ترکیب کرد.	وفاداری، تعهد، اطمینان	تبعیت، قضاوت دلسوزانه، مشارکت
سو اعتماد	فعالیت ارزیابی مداوم بوده و نسبت به بازبینی دوره ای منعطف و به دنبال بازیگران، موسسات و نظام‌هایی برای جلب توجه آنها نسبت به قابل اعتماد بودن خود است.	احتیاط، مراقب بودن، مطالبه‌گر بودن، تلاش برای مطلع شدن و هشباری، آماده باش برای اقدام	
عدم اعتماد	ارزیابی باید شامل ارزشیابی هنجاری باشد و می‌تواند با قضاوت رفتاری ترکیب شود.	ناامنی، بدبینی، تحقیر، ترس، خشم، بیگانگی	بیگانگی، پرخاشگری، چالش پوپولیستی، جنبش توانمندسازی برای تغییر توازن قدرت به نفع گروه‌های ضعیف تر

۴.۴. ابزارهای خانواده اعتماد (اعتماد، سو اعتماد و عدم اعتماد)

بیشتر مطالعات مرتبط با طراحی ابزار سنجش اعتماد در کشورهای توسعه‌یافته گزارش شده است. اولین ابزار برای سنجش اعتماد پزشکی در سال ۱۹۷۹ منتشر شد، اما در آن زمان مورد توجه سایر محققان قرار نگرفت. پژوهش‌های مرتبط با اعتماد با تحقیقات اندرسون و دریک با عنوان اعتماد بر پزشکان به‌طور جدی آغاز شد، و همچنان در کانون توجه ادبیات خدمات پزشکی و خدمات درمانی قرار گرفت (۵۰).

چندین مطالعه در مورد ایجاد روش‌هایی برای سنجش اعتماد به سلامت انجام شده است، که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. از جمله موضوعاتی مانند اعتماد بر آژانس‌های نظارتی (۵۱)، رهبران بهداشت عمومی (۵۲)، نظام سلامت (۳۸، ۵۳، ۵۴)، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه (۵۵-۵۷)، پزشکان (۹، ۴۲، ۶۳-۵۸)، پرستاران (۶۴، ۶۵)، واکسن (۶۶)، اورژانس (۶۷)، تروما (۶۸)، مراقبت‌های دوران بارداری (۶۹)، مامایی (۷۰)، محققان زیست‌پزشکی (۷۱)، تحقیقات زیست‌پزشکی (۷۳)، شرکت‌های داروسازی، ابزار فناوری پزشکی (۷۴)، تصمیمات جراحی (۷۵)، اونکولوژیست‌ها (۷۶)، و کودکان (۷۸) مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

ابزار طراحی شده برای عدم اعتماد در نظام سلامت در دو مطالعه اشاره شده است (۷۹، ۸۰). Shea و همکاران در نسخه ویرایش شده در سال ۲۰۰۸، ابتدا آیتم ۷۶ را شناسایی کردند، پس از انجام کاهش آیتم‌ها، به مقیاس نهایی نه گویه منجر شد. این ابزار دو حوزه اصلی شایستگی و ارزش‌ها را با حوزه ارزش‌هایی که زیرمضمون‌های صداقت، انگیزه‌ها و برابری دارند، شناسایی کرد (۸۰).

در بین ابزارهای معتبر، مقیاس سو اعتماد پزشکی مبتنی بر گروه GBMMS (۳۰)، شاخص سو اعتماد پزشکی (MMI) (۸۱) و مقیاس سو اعتماد سیستم مراقبت‌های بهداشتی (HCSDS) (۷۹)

۵. بحث

مفاهیم خانواده اعتماد تفاوت‌های زیادی با هم نشان دادند و تنوع زیادی در تعداد پژوهش‌های انجام گرفته جهت ساخت ابزار در هر یک از این مفاهیم مشاهده شد. فراوانی پژوهش‌های مرتبط با مفاهیم خانواده اعتماد در پایگاه داده PubMed رشد تصاعدی به خود گرفته است.

پزشکان برای جلب اعتماد تلاش می‌کنند تا بیماران مایل به پذیرش تشخیص‌ها و درمان‌های توصیه‌شده از جمله انجام روش‌های تهاجمی و مصرف نامحدود داروها برای شرایط مزمن باشند (۸۳). برای دستیابی به این سطح از اعتماد، پزشکان و سیستم‌های مراقبت بهداشتی، بیش از هر چیز، باید مردم را متقاعد کنند که منافع بیماران را بالاتر از هر گونه منافع شخصی مالی یا غیرمالی خود قرار می‌دهند (۸۳). عواملی که مانع اعتماد هستند، مواردی از قبیل عدم دانش و مهارت لازم، استفاده از اصطلاحات پزشکی، عدم پیش‌بینی یا درک نیازهای اطلاعاتی بیماران، شخصیت‌زدایی از بیمار با مراجعه به بیمار با تشخیص پزشکی یا شماره تخت، غفلت از مسئولیت‌ها و پرکار بودن، زمان ناکافی، عدم درک و تعارضات ارزشی یا قدرتی بین پرستاران و بیماران به‌دست آمده‌اند (۸۴). اگرچه اعتماد تمایل به پایداری دارد، اما در صورت داشتن تجربیات جدید یا دریافت اطلاعات جدیدی که بر ادراک آن‌ها از اعتماد تأثیر می‌گذارد، می‌تواند تغییر کند. اعتماد بیمار می‌تواند ایجاد شود و شکل بگیرد یا اصلاح شود، تثبیت یا تقویت

شود و کاهش یابد یا از بین برود. اعتماد بیمار شکننده است و براساس تجربیات در معرض تغییر است (۴۵، ۸۵).

عدم اعتماد شامل احساس شدید ترس و شک است که مختص گروه‌های نژادی یا قومی خاصی نیست (۴۵، ۸۵). بااین حال، ممکن است تجارب تاریخی منحصربه‌فردی از نژادپرستی، تبعیض، و رفتار غیراخلاقی وجود داشته باشد که ممکن است گروه‌های خاصی تجربه کرده باشند که توجه به آن‌ها و در نظر گرفتن آن‌ها در ارتقای اعتماد در میان آن گروه‌ها مهم است (۴۳، ۴۵، ۸۵). عدم اعتماد بیمار را از این منظر بپذیریم که روشی مشروع برای مقابله با نژادپرستی و تبعیض در مراقبت‌های بهداشتی است که ریشه‌های بدبینی و بی‌اعتمادی است (۴۵). بیماران ممکن است دسترسی برابر به مراقبت‌های پیشرفته نداشته باشند و احتمالاً کیفیت پایین‌تری از استاندارد معمولی مراقبت دریافت کنند (۴۵). آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار، لاتین تبارها و سایر گروه‌های اقلیتی، سابقه طولانی در دریافت خدمات با کیفیت پایین‌تر دارند، حتی زمانی که سطح و نوع بیمه مشابهی داشته باشند به‌عنوان گروه‌های متمایزتر به مراقبت دسترسی دارند (۸۶). یکی از ارکان عدم اعتماد، تردید است. در عدم اعتماد، بیمار به‌طور فعال انگیزه‌ها، صداقت، اصالت و قابل اعتماد بودن ارائه‌دهنده خدمت، محقق، سازمان یا موسسه خاص را مورد سوال قرار می‌دهد و به آن شک می‌کند (۸۷). باید توجه کرد که سوطن‌ها، ترس‌ها و ریشه‌های عدم اعتماد پاسخ‌های منطقی به تاریخ بی‌عدالتی هستند (۴۵). بااین حال، بسیار مهم است که از نژاد، قومیت، یا سایر ویژگی‌های تعریف‌شده اجتماعی به‌عنوان پروکسی برای سطح اعتماد، سواستناد و عدم اعتماد استفاده نشود. وابستگی سیاسی، وابستگی مذهبی، درآمد، نژاد و قومیت نیز می‌تواند نه تنها به سطوح اعتماد، بلکه سطوح سواستناد و عدم اعتماد نیز کمک کند (۲۵، ۸۸).

در کشورهای اروپایی عدم اعتماد به سیستم مراقبت‌های بهداشتی تقریباً ۲۱ درصد گزارش شده است. متغیرهای متعددی از جمله میانسال‌ی یا مسن بودن، جنسیت زن، سطح تحصیلات پایین، بیکاری، وضعیت سلامت عمومی بدتر، داشتن مشکلات درآمدی، نیازهای برآورده نشده مراقبت‌های بهداشتی، عدم تماس با مراقبت‌های بهداشتی در طول همه‌گیری کووید-۱۹، روان‌پریشانی و تنهایی به‌طور قابل توجهی با سطوح پایین‌تر اعتماد مرتبط بودند (۸۹).

مطالعات نشان داده‌اند در پیشینه مربوط به سنجش اعتماد در پزشکی به‌جای سیستم‌ها، بر سنجش اعتماد به متخصصان سلامت تمرکز شده است (۴۰). درک عدم اعتماد نسبت به یک فرد، عملکرد، سازمان یا سیستم جهت اندازه‌گیری و مداخلات مناسب ضروری است (۴۵). سواستناد پزشکی به‌عنوان مانعی برای ارتقای سلامت و رسیدگی به نابرابری‌های سلامت در میان جمعیت‌های حاشیه‌نشین دیده می‌شود (۴۱).

باورهای عدم اعتماد بیمار ممکن است شامل ۱ $\geq$ از ۵ مؤلفه زیر باشد: (۱) شایستگی (Competence) - ارائه‌دهنده یا مؤسسه که توانایی انجام کاری را که باید انجام شود را ندارد. (۲) خیرخواهی

(Benevolence) - ارائه‌دهنده یا مؤسسه به نتیجه اهمیت نمی‌دهد یا انگیزه‌ای برای عمل به نفع خود ندارد. (۳) صداقت (Integrity) - ارائه‌دهنده یا مؤسسه با حسن نیت موافقت نمی‌کند، حقیقت را نمی‌گوید، یا به وعده‌ها عمل نمی‌کند. (۴) قابلیت پیش‌بینی (Predictability) - ارائه‌دهنده یا اقدامات سازمانی به اندازه کافی سازگار نیستند که بتوان آن‌ها را به‌طور دقیق پیش‌بینی کرد، یا وضعیتی نیست که موسسه به اندازه کافی به‌طور منظم به آن پرداخته است تا به موفقیت اطمینان داشته باشد و (۵) اطمینان (Assurance) مشخص نیست که آیا ساختارهای تضمین کیفیت محافظتی وجود دارد یا خیر (۹۰). براساس مطالعه مروری ویلیامسون و Bigman (۴۱) تقریباً یک‌چهارم مطالعات سواستناد از یک مورد یا چند آیتم برای سنجش استفاده کرده‌اند.

بازیابی یا بازتولید اعتماد عمومی به بهداشت عمومی و پزشکی اگرچه فرایندی سخت و دشوار است، با این حال بلندپروازانه است. کرده است که اولاً، مقامات کلیدی بهداشت عمومی باید با تمرکز بر پیشینه و تعهد در اقداماتی مثل واکسیناسیون، آزمایش کووید-۱۹ و ردیابی تماس در جهت اطمینان مردم در معرض دید عموم (در رسانه‌ها) قرار گیرند. دوم، رهبران بهداشت عمومی با عنوان مرتبط با یک حزب سیاسی دیده نشوند. سوم، به‌دلیل دوقطبی‌شدن سیاسی براساس مذهب، نژاد/قومیت و منطقه، داشتن سخنرانان علمی که به وضوح با هر گروه جمعیتی در سراسر کشور شناسایی شوند، مهم است. چهارم، رهبران بهداشت عمومی ماهیت یافته‌های علمی را که منجر به توصیه‌های خط‌مشی آن‌ها می‌شود به‌طور کامل توضیح دهند. پنجم، ادارات بهداشت محلی باید تلاش کنند تا اطلاعات مربوط به سلامت را در کل جمعیت ارائه دهند به‌طوری‌که به‌عنوان منابع معتبر توصیه‌های حیاتی دیده شوند. ششم، زمانی که همه‌گیری کووید-۱۹ سرانجام به پایان می‌رسد (یا در وضعیت ثابتی قرار می‌گیرد)، مهم است که یک بررسی دو حزبی از آنچه می‌توان برای کاهش سطح بالای سیاسی‌شدن واکنش به همه‌گیری‌هایی که ممکن است رخ دهد، را انجام داد. با پرداختن به موضوعات کلیدی و بزرگترین مشکلات مراقبت‌های بهداشتی می‌توان اعتماد مردم به پزشکی را بازیابی کرد. بی‌اعتمادی عمومی به مدیران پزشکی ناشی از شکست آن‌ها در رسیدگی به مهمترین مسائل، مانند هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی و داروهای تجویزی است. تحقیقات نشان می‌دهد که مردم عملکرد مؤسسات پزشکی را براساس نحوه برخورد آن‌ها با این نگرانی‌های کلیدی ارزیابی می‌کنند. این عدم اقدام در مورد مسائل حیاتی منجر به تأثیر منفی بر اعتماد عمومی به رهبران پزشکی شده است (۶).

شفاف شدن و دسترسی به اطلاعات خدمات درمانی، به انتخاب بهتر و رضایت بیماران منجر شده و شفافیت عملکرد بیمارستان و پزشکان و نظام سلامت موجب افزایش اعتماد بیماران به نظام سلامت می‌گردد که آن هم به نوبه خود موجب رقابت بیشتر بین مراکز یا پزشکان شده و موجب ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود و در نهایت

با کاهش هزینه به نفع دولت هم می‌شود (۹۴-۹۱). در شرایط پاندمی شفافیت در اطلاع‌رسانی اطلاعات اپیدمیولوژیک و ارزیابی مداخلات پیشگیرانه، عوارض احتمالی مداخلات، دادن مجوز تولید واکسن‌ها و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد منجر به بیشتر شدن اعتماد به پزشکی در این امر می‌شود.

همچنین اطلاعات نادرست (Misinformation) شامل اطلاعاتی که هدف آن‌ها آسیب رساندن به دیگران نیست ولی می‌تواند مضر باشد، دروغ‌پراکنی (Disinformation) و اطلاعات نادرستی که با هدف سود بردن یا آسیب رساندن به دیگران (شخص، گروهی از مردم، موسسه یا کشور) است و همین‌طور طغیان اطلاعات نامعتبر (Infodemic) که اطلاعات بیش از حد از جمله اطلاعات نادرست یا گمراه‌کننده در محیط‌های دیجیتال و فیزیکی در طول طغیان بیماری هستند، چنانچه به درستی مدیریت نشوند موجب کاهش اعتماد به بهداشت، درمان و پزشکی می‌گردد (۹۵).

تامین نامناسب واکسن در همه‌گیری‌ها، انتخاب نامناسب واکسن، انتشار نامناسب محصول تولیدی علمی، تولید غیرعلمی مقالات تقلبی و رواج شبه علم موجب کاهش اعتماد به علم پزشکی و اعتماد عمومی می‌گردد (۹۸-۹۶).

هر مطالعه‌ای دارای محدودیت‌هایی است، جستجوی این مطالعه مروری نقلی محدود به پایگاه‌های داده‌ای Medline/Pubmed، Scopus و موتور جستجوی Google scholar پایگاه‌های داده‌ای ایرانی SID، Irandoc و مجلات تخصصی اعتماد Journal of Trust Research بود و تاکید آن بیشتر بر مفاهیم خانواده اعتماد و برخی از ابزارهای مرتبط بود. بنابراین ممکن است نتایج مطالعه ما دارای سوگیری انتخاب باشد. این مطالعه بیشتر با هدف ترویج و تبیین و شفاف‌سازی مفاهیم خانواده اعتماد برای پژوهشگران فارسی‌زبان انجام شد.

۱.۵. جهت‌گیری پژوهشی آینده

مطالعات در مجموع بر نیاز به تحقیقات بیشتر تأکید می‌کنند. تحقیقات بیشتر می‌تواند به کشف مکانیسم‌های اساسی و پویایی این مفاهیم و همچنین مفاهیم عملی آن‌ها در زمینه‌های مختلف کمک کند. با به‌دست‌آوردن درک جامع‌تر از خانواده اعتماد، محققان می‌توانند استراتژی‌ها و مداخلاتی را برای تقویت اعتماد، کاهش سوااعتماد و رفع عدم اعتماد در روابط بین‌فردی، سازمانی و اجتماعی ایجاد کنند. علاوه بر این، پتانسیل‌های پژوهشی زیادی برای پژوهشگران در این زمینه وجود دارد.

۲.۵. نتیجه‌گیری

اعتماد به انتظار یا اعتقاد مثبت به نیت، اعمال یا توانایی‌های یک فرد اشاره دارد. از سوی دیگر، سوااعتماد، نبود اعتماد یا سو ظن نسبت به انگیزه‌ها یا اعمال شخصی است. عدم اعتماد شکل قوی‌تری از سو اعتماد است که با شک و تردید عمیق (Skepticism) یا عدم

اطمینان نسبت به قابل اعتماد بودن فرد مشخص می‌شود. نیاز به درک دقیق‌تری از سه موضوع، به‌ویژه در زمینه فرآیندهای تصمیم‌گیری وجود دارد. این مفاهیم می‌توانند در کنار یکدیگر وجود داشته باشند و به روش‌های پیچیده بر یکدیگر تأثیر بگذارند. پیامدهای آن‌ها برای سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی رفتار کارکنان و نتایج سازمانی متفاوت هستند. آشنایی با ابزارهای موجود و مفاهیم آن‌ها پژوهشگران را قادر می‌سازد تا با دید بهتری به گسترش و توسعه اعتماد در حوزه پزشکی بپردازند. سنجش خانواده اعتماد در پزشکی باعث توجه موثر به بیمار محوری (مشارکت بیماران در مراقبت‌شان) و ارتقای مستمر کیفیت مراقبت می‌گردد. تصمیم‌گیری مشترک و بیمار محوری باعث افزایش اعتماد به پزشکی می‌شود.

تشکر و قدردانی:

محققان از کلیه اساتید گرانقدر و همکارانی که در مراحل تدوین طرح پژوهشی، به ارتقا کار کمک کردند صمیمانه تشکر می‌نمایند. همچنین از پیشنهادات ارزنده محمدرضا سربازی و رضا آقایاری در معادل‌یابی واژه‌ها در زبان فارسی تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین بدین‌وسیله مراتب تقدیر و تشکر خویش را به پاس همکاری واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام رضا (ع) تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران در اجرای این تحقیق اعلام می‌داریم.

مشارکت و نقش نویسندگان:

الف. س. و. ح. س. ایده و طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تفسیر نتایج و نگارش نسخه اول مقاله؛ ه. ص. ب. م. ف. و. ع. ع. طراحی مطالعه و نگارش مقاله، همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نمودند.

بازیابی داده‌ها:

مجموعه داده ارائه شده در مطالعه با درخواست از نویسنده مربوطه در حین ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافعی ندارند.

حمایت مالی و معنوی:

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ کمک مالی/حمایتی دریافت نشد.

References

1. Dias M. Theoretical Approaches on Trust in Business Negotiations. *Saudi J Business Management Stud.* 2018;3:1228-34. <https://doi.org/10.21276/sjbms.2018.3.11.5>.
2. Citrin J, Stoker L. Political Trust in a Cynical Age. *Ann Rev Political Sc.* 2018;21(1):49-70. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-050316-092550>.
3. Marks JH. Trust in Crises and Crises of Trust. *Hastings Cent Rep.* 2023;53 Suppl 2:S9-S15. [PubMed ID:37963041].

- <https://doi.org/10.1002/hast.1518>.
4. Bunting H, Gaskell J, Stoker G. Trust, Mistrust and Distrust: A Gendered Perspective on Meanings and Measurements. *Front Political Sci.* 2021;**3**. <https://doi.org/10.3389/fpos.2021.642129>.
5. Belyaeva L. Social Capital and Modernization of Russia. In: Martinelli A, editor. *Global Modernization Review*. Hong Kong, China: Science Press; 2015. p. 157-63.
6. Blendon RJ, Benson JM. Trust in Medicine, the Health System & Public Health. *Daedalus.* 2022;**151**(4):67-82. https://doi.org/10.1162/daed_a_01944.
7. Bourne PA, Francis CG, Kerr-Campbell MD. Patient care: Is interpersonal trust missing? *N Am J Med Sci.* 2010;**2**(3):126-33. [PubMed ID:22624126]. [PubMed Central ID:PMC3354424]. <https://doi.org/10.4297/na-jms.2010.3126>.
8. Cunningham PJ. High medical cost burdens, patient trust, and perceived quality of care. *J Gen Intern Med.* 2009;**24**(3):415-20. [PubMed ID:19101775]. [PubMed Central ID:PMC2642571]. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0879-3>.
9. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Aff (Millwood).* 2004;**23**(4):124-32. [PubMed ID:15318572]. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.124>.
10. Ozawa S, Walker DG. Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health Policy Plan.* 2011;**26 Suppl 1**:i20-9. [PubMed ID:21729914]. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr045>.
11. van der Meer TWG, Zmerli S. The deeply rooted concern with political trust. In: Uslaner EM, editor. *Handbook on Political Trust*. Oxford, England: Oxford University Press; 2017. p. 1-16.
12. Uslaner EM. *The Oxford Handbook of Social and Political Trust*. Oxford, England: Oxford University Press; 2017.
13. Majidi SA, Ayoubian A, Mardani S, Hashemidehaghi Z. A survey of the quality of nursing services for brain trauma patients in the emergency wards of hospitals in Guilan Province, Iran (2012). *Electron Physician.* 2014;**6**(1):747-53. [PubMed ID:25763140]. [PubMed Central ID:PMC4324283]. <https://doi.org/10.14661/2014.747-753>.
14. Sturgis P, Brunton-Smith I, Jackson J. Trust in science, social consensus and vaccine confidence. *Nat Hum Behav.* 2021;**5**(11):1528-34. [PubMed ID:34002053]. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01115-7>.
15. Zhao D, Zhao H, Cleary PD. International variations in trust in health care systems. *Int J Health Plann Manage.* 2019;**34**(1):130-9. [PubMed ID:30109894]. <https://doi.org/10.1002/hpm.2597>.
16. Collaborators C-NP. Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *Lancet.* 2022;**399**(10334):1489-512. [PubMed ID:35120592]. [PubMed Central ID:PMC8806194]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6).
17. Shatizadeh Malekshahi SU, Tahamtan AU, vsalimi VU. [Whole-inactivated SARS-CoV-2 vaccines: from fear to hope]. *Koomesh* 2022;**25**(3):e152766. Persian.
18. Hemmati H, Mirmohammadkhani M, Mostafavi E, Biglari A, Asadi-Lari M. [Investigating the motivations and barriers of people's participation in the vaccination program against covid19 disease in Semnan city in 1400-a qualitative study]. *Koomesh.* 2023;**25**(3):363-77. Persian.
19. Wolfensberger M, Wrigley A. *Trust in Medicine: Its Nature, Justification, Significance, and Decline*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2019.
20. Jennings W, Gerry S, Viktor V, Daniel D, and Gaskell J. How trust, mistrust and distrust shape the governance of the COVID-19 crisis. *J Europ Public Policy.* 2021;**28**(8):1174-96. <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1942151>.
21. Daly M, Jones A, Robinson E. Public Trust and Willingness to Vaccinate Against COVID-19 in the US From October 14, 2020, to March 29, 2021. *JAMA.* 2021;**325**(23):2397-9. [PubMed ID:34028495]. [PubMed Central ID:PMC8145162]. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.8246>.
22. Constanze E, Uwe G, Christoph T, Kavitha D, Dominik R, Urte S, et al. The role of trust in the acceptance of adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients. *Psychooncology.* 2022;**31**(12):2122-31. [PubMed ID:36251608]. <https://doi.org/10.1002/pon.6049>.
23. Sarbazi E, Sadeghi-Bazargani H, Sheikhalipour Z, Farahbakhsh M, Ala A, Soleimanpour H. Trust in Medicine: A Scoping Review of the Instruments Designed to Measure Trust in Medical Care Studies. *J Caring Sci.* 2024;**13**(2):116-37. [PubMed ID:39318733]. [PubMed Central ID:PMC11417298]. <https://doi.org/10.34172/jcs.33152>.
24. Lewicka D, Zakrzewska-Bielawska AF. Trust and distrust in interorganisational relations-Scale development. *PLoS One.* 2022;**17**(12):e0279231. [PubMed ID:36525450]. [PubMed Central ID:PMC9757563]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279231>.
25. Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public trust in physicians—U.S. medicine in international perspective. *N Engl J Med.* 2014;**371**(17):1570-2. [PubMed ID:25337746]. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1407373>.
26. Kennedy B, Tyson A. Americans' Trust in Science and Scientists. *Public Opinion Quarterly.* 2020;**84**(1):181-. <https://doi.org/10.1093/poq/nfz050>.
27. LeVan AC, Assenov A, Tower K, Carnahan N. Varieties of Mistrust and American Epistemic Fragility. *Political Res Quarterly.* 2024;**77**(2):562-76. <https://doi.org/10.1177/10659129241228585>.
28. Hammond WP, Matthews D, Mohottige D, Agyemang A, Corbie-Smith G. Masculinity, medical mistrust, and preventive health services delays among community-dwelling African-American men. *J Gen Intern Med.* 2010;**25**(12):1300-8. [PubMed ID:20714819]. [PubMed Central ID:PMC2988156]. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1481-z>.
29. Morgan SE. Many facets of reluctance: African Amer-

- icans and the decision (not) to donate organs. *J Natl Med Assoc.* 2006;**98**(5):695-703. [PubMed ID:16749644]. [PubMed Central ID:PMC2569263].
30. Thompson HS, Valdimarsdottir HB, Winkel G, Jandorf L, Redd W. The Group-Based Medical Mistrust Scale: psychometric properties and association with breast cancer screening. *Prev Med.* 2004;**38**(2):209-18. [PubMed ID:14715214]. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.09.041>.
 31. Corbie-Smith G, Thomas SB, St George DM. Distrust, race, and research. *Arch Intern Med.* 2002;**162**(21):2458-63. [PubMed ID:12437405]. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.21.2458>.
 32. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. Available from: <https://www.who.int/publications/item/guidance-for-managing-ethical-issues-in-infectious-disease-outbreaks>.
 33. Ulmer D, Meijerink L, Cinà G. Trust issues: Uncertainty estimation does not enable reliable ood detection on medical tabular data. In: Clifton DA, editor. *Machine Learning for Health*. Stevenage, England: Institution of Engineering and Technology; 2020.
 34. Scheitle CP, Platt LF. Sexual identity and confidence in medicine: an analysis of national survey data. *Cult Health Sex.* 2020;**22**(5):568-84. [PubMed ID:31148513]. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1615126>.
 35. Shore DA. *The Trust Crisis in Healthcare*. 2006.
 36. Mosadeghrad AM, Afshari M, Karimi F. [Methodology of conceptual review in the health system]. *Tehran Univ Med J.* 2022;**80**(1):1-15. Persian.
 37. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* 2019;**4**:5. [PubMed ID:30962953]. [PubMed Central ID:PMC6434870]. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>.
 38. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med.* 2013;**91**:10-4. [PubMed ID:23849233]. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>.
 39. Söderström E. Trust types: an overview. *Discourses Secur Assurance Privacy.* 2009;**16**:1-12.
 40. Aboueid SE, Herati H, Nascimento MHG, Ward PR, Brown PR, Calnan M, et al. How do you measure trust in social institutions and health professionals? A systematic review of the literature (2012-2021). *Sociol Compass.* 2023;**17**(9). <https://doi.org/10.1111/soc4.13101>.
 41. Williamson LD, Bigman CA. A systematic review of medical mistrust measures. *Patient Educ Couns.* 2018;**101**(10):1786-94. [PubMed ID:29861339]. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.007>.
 42. Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Serv Res.* 2002;**37**(5):1419-39. [PubMed ID:12479504]. [PubMed Central ID:PMC1464022]. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01070>.
 43. Reverby SM. Ethical Failures and History Lessons: The U.S. Public Health Service Research Studies in Tuskegee and Guatemala. *Public Health Rev.* 2012;**34**(1). <https://doi.org/10.1007/bf03391665>.
 44. Reverby SM. "Normal Exposure" and Inoculation Syphilis: A PHS "Tuskegee" Doctor in Guatemala, 1946-1948. *J Policy History.* 2011;**23**(1):6-28. <https://doi.org/10.1017/s0898030610000291>.
 45. Griffith DM, Bergner EM, Fair AS, Wilkins CH. Using Mistrust, Distrust, and Low Trust Precisely in Medical Care and Medical Research Advances Health Equity. *Am J Prev Med.* 2021;**60**(3):442-5. [PubMed ID:33208267]. [PubMed Central ID:PMC7902381]. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.019>.
 46. Bertsou E. Rethinking political distrust. *Europ Political Sci Rev.* 2019;**11**(2):213-30. <https://doi.org/10.1017/S1755773919000080>.
 47. Jaiswal J, Halkitis PN. Towards a More Inclusive and Dynamic Understanding of Medical Mistrust Informed by Science. *Behav Med.* 2019;**45**(2):79-85. [PubMed ID:31343962]. [PubMed Central ID:PMC7808310]. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1619511>.
 48. Richmond J, Boynton MH, Ozawa S, Muessig KE, Cykert S, Ribisl KM. Development and Validation of the Trust in My Doctor, Trust in Doctors in General, and Trust in the Health Care Team Scales. *Soc Sci Med.* 2022;**298**:114827. [PubMed ID:35255277]. [PubMed Central ID:PMC9014823]. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114827>.
 49. Devine D, Gaskell J, Jennings W, Stoker G. Exploring trust, mistrust and distrust. Discussion paper for the 1st Digital Workshop of the ESRC 'TrustGov' project; Southampton, England. 2020.
 50. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep.* 1990;**67**(3 Pt 2):1091-100. [PubMed ID:2084735]. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.3f.1091>.
 51. Hernandez JF, van Thiel GJ, Mantel-Teeuwisse AK, Raaijmakers JA, Pieters T. Restoring trust in the pharmaceutical sector on the basis of the SSRI case. *Drug Discov Today.* 2014;**19**(5):523-7. [PubMed ID:24295641]. <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2013.11.019>.
 52. Holroyd TA, Limaye RJ, Gerber JE, Rimal RN, Musci RJ, Brewer J, et al. Development of a Scale to Measure Trust in Public Health Authorities: Prevalence of Trust and Association with Vaccination. *J Health Commun.* 2021;**26**(4):272-80. [PubMed ID:33998402]. [PubMed Central ID:PMC8225577]. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1927259>.
 53. Egede LE, Ellis C. Development and testing of the Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale. *J Gen Intern Med.* 2008;**23**(6):808-15. [PubMed ID:18415653]. [PubMed Central ID:PMC2517872]. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0613-1>.
 54. Dinç L, Korkmaz F, Karabulut E. A Validity and Reliability Study of the Multidimensional Trust in Health-Care

- Systems Scale in a Turkish Patient Population. *Soc Indicators Res.* 2012;**113**(1):107-20. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0084-y>.
55. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev.* 2002;**59**(3):293-318. [PubMed ID:12205830]. <https://doi.org/10.1177/1077558702059003004>.
56. Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Tabrizi JS, Zare Z, Saadati M. Psychometric properties of primary health care trust questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2019;**19**(1):502. [PubMed ID:31324170]. [PubMed Central ID:PMC6642567]. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4340-6>.
57. Ebrahimipour H, Kiadaliri A, Heidarian Miri H, Yousefi M, Ariafar M, Keyvanlo Z. [Validity and Reliability of The Persian Version of Health-Labour Questionnaire in Determination of Productivity Loss Among Injured of Traffic Accidents]. *Quarterly J Management Strateg Health Syst.* 2020;**9**(1). Persian. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v5i2.4250>.
58. Wilk AS, Platt JE. Measuring physicians' trust: A scoping review with implications for public policy. *Soc Sci Med.* 2016;**165**:75-81. [PubMed ID:27497858]. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.039>.
59. Muller E, Zill JM, Dirmaier J, Harter M, Scholl I. Assessment of trust in physician: a systematic review of measures. *PLoS One.* 2014;**9**(9):e106844. [PubMed ID:25208074]. [PubMed Central ID:PMC4160203]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106844>.
60. Dugan E, Trachtenberg F, Hall MA. Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer, and the medical profession. *BMC Health Serv Res.* 2005;**5**:64. [PubMed ID:16202125]. [PubMed Central ID:PMC1262715]. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-64>.
61. Bachinger SM, Kolk AM, Smets EM. Patients' trust in their physician—psychometric properties of the Dutch version of the "Wake Forest Physician Trust Scale". *Patient Educ Couns.* 2009;**76**(1):126-31. [PubMed ID:19136228]. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.020>.
62. Thom DH, Wong ST, Guzman D, Wu A, Penko J, Miaskowski C, et al. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *Ann Fam Med.* 2011;**9**(2):148-54. [PubMed ID:21403142]. [PubMed Central ID:PMC3056863]. <https://doi.org/10.1370/afm.1224>.
63. Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Med Care.* 1999;**37**(5):510-7. [PubMed ID:10335753]. <https://doi.org/10.1097/00005650-199905000-00010>.
64. Liu J, Zheng Z, Ge L, Huang Y, Yang Q, Chen Y, et al. Reliability and validity of the Mandarin version of the Trust in Nurses Scale. *J Nurs Manag.* 2022;**30**(5):1366-75. [PubMed ID:35403295]. <https://doi.org/10.1111/jonm.13623>.
65. Zha P, Qureshi R, Porter S, Lin H. Psychometric Evaluation of the Patient-Nurse Trust Scale among Sexual and Gender Minorities. *J Community Health Nurs.* 2022;**39**(4):238-50. [PubMed ID:36189941]. <https://doi.org/10.1080/07370016.2022.2080500>.
66. Larson HJ, Clarke RM, Jarrett C, Eckersberger E, Levine Z, Schulz WS, et al. Measuring trust in vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother.* 2018;**14**(7):1599-609. [PubMed ID:29617183]. [PubMed Central ID:PMC6067893]. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1459252>.
67. Kelly JJ, Njuki F, Lane PL, McKinley RK. Design of a questionnaire to measure trust in an emergency department. *Acad Emerg Med.* 2005;**12**(2):147-51. [PubMed ID:15692136]. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2003.01.002>.
68. Sarbazi E, Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Ala A, Soleimanpour H. Psychometric properties of trust in trauma care in an emergency department tool. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2023;**49**(6):2615-22. [PubMed ID:37603053]. <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02348-z>.
69. Peters RM, Benkert R, Templin TN, Cassidy-Bushrow AE. Measuring African American women's trust in provider during pregnancy. *Res Nurs Health.* 2014;**37**(2):144-54. [PubMed ID:24395526]. <https://doi.org/10.1002/nur.21581>.
70. Abdollahian S, Ozgoli G, Ebadi A, Kariman N. Translation and Psychometric Assessment of the Persian Version of Patient Trust in Midwifery Care Scale. *Evidence Based Care.* 2019;**8**(4):52-60. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2019.35168.1894>.
71. Mainous AG, Smith DW, Geesey ME, Tilley BC. Development of a measure to assess patient trust in medical researchers. *Ann Fam Med.* 2006;**4**(3):247-52. [PubMed ID:16735527]. [PubMed Central ID:PMC1479445]. <https://doi.org/10.1370/afm.541>.
72. Dykema J, Garbarski D, Wal IF, Edward DF. Measuring Trust in Medical Researchers: Adding Insights from Cognitive Interviews to Examine Agree-Disagree and Construct-Specific Survey Questions. *J Off Stat.* 2019;**35**(2):353-86. [PubMed ID:33542588]. [PubMed Central ID:PMC7857484]. <https://doi.org/10.2478/jos-2019-0017>.
73. Baik SH, Arevalo M, Gwede C, Meade CD, Jacobsen PB, Quinn GP, et al. Development and Validation of the Biomedical Research Trust Scale (BRTS) in English and Spanish. *J Empir Res Hum Res Ethics.* 2016;**11**(4):346-56. [PubMed ID:27646400]. [PubMed Central ID:PMC5478706]. <https://doi.org/10.1177/1556264616668973>.
74. Montague E. Validation of a trust in medical technology instrument. *Appl Ergon.* 2010;**41**(6):812-21. [PubMed ID:20189163]. [PubMed Central ID:PMC2893257]. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2010.01.009>.
75. Brodney S, Sepucha K, Fowler FJ, Jr., Valentine KD, Barry MJ. Validation of the Trust in the Surgical Decision Scale. *Ann Surg.* 2022;**275**(6):e796-e800. [PubMed ID:33201091]. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004352>.
76. Hillen MA, Koning CC, Wilink JW, Klinkenbijn JH, Edes EH, Kallimanis-King BL, et al. Assessing cancer patients' trust in their oncologist: development and val-

- idation of the Trust in Oncologist Scale (TiOS). *Support Care Cancer*. 2012;**20**(8):1787-95. [PubMed ID:21947560]. [PubMed Central ID:PMC3390706]. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1276-8>.
77. Hillen MA, Postma RM, Verdam MG, Smets EM. Development and validation of an abbreviated version of the Trust in Oncologist Scale-the Trust in Oncologist Scale-short form (TiOS-SF). *Support Care Cancer*. 2017;**25**(3):855-61. [PubMed ID:27830396]. [PubMed Central ID:PMC5266773]. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3473-y>.
 78. Rotenberg KJ, Cunningham J, Hayton N, Hutson L, Jones L, Marks C, et al. Development of a Children's Trust in General Physicians Scale. *Child Care Health Dev*. 2008;**34**(6):748-56. [PubMed ID:18959573]. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00872.x>.
 79. Rose A, Peters N, Shea JA, Armstrong K. Development and testing of the health care system distrust scale. *J Gen Intern Med*. 2004;**19**(1):57-63. [PubMed ID:14748861]. [PubMed Central ID:PMC1494688]. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.21146.x>.
 80. Shea JA, Micco E, Dean LT, McMurphy S, Schwartz JS, Armstrong K. Development of a revised Health Care System Distrust scale. *J Gen Intern Med*. 2008;**23**(6):727-32. [PubMed ID:18369678]. [PubMed Central ID:PMC2517896]. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0575-3>.
 81. LaVeist TA, Nickerson KJ, Bowie JV. Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients. *Med Care Res Rev*. 2000;**57 Suppl 1**:146-61. [PubMed ID:11092161]. <https://doi.org/10.1177/1077558700057001S07>.
 82. Lopes B, Jaspal R. The cultural mistrust inventory: Development, findings and implications. In: Lopes B, Jaspal R, editors. *Handbook of tests and measurements for Black populations*. Washington, DC: Cobb & Henry Publishers; 2016.
 83. Baker DW. Trust in Health Care in the Time of COVID-19. *JAMA*. 2020;**324**(23):2373-5. [PubMed ID:33320208]. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.23343>.
 84. Dinc L, Gastmans C. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nurs Ethics*. 2013;**20**(5):501-16. [PubMed ID:23426234]. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>.
 85. Gamble VN. Trust, medical care, and racial and ethnic minorities. In: Satcher D, Pamies RJ, editors. *Multicultural medicine and health disparities*. New York, USA: McGraw-Hill; 2006.
 86. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Interventions: Cross-cultural education in the health professions. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
 87. Kramer RM, Lewicki RJ. Repairing and Enhancing Trust: Approaches to Reducing Organizational Trust Deficits. *Acad Management Ann*. 2010;**4**(1):245-77. <https://doi.org/10.5465/19416520.2010.487403>.
 88. Westbrook AD. Dying of Whiteness: How the Politics of Racial Resentment is Killing America's Heartland. *Fam Med*. 2020;**52**(3):227-8. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2020.661725>.
 89. Beller J, Schafer J, Haier J, Geyer S, Epping J. Trust in Healthcare during COVID-19 in Europe: vulnerable groups trust the least. *Z Gesundh Wiss*. 2022;**1-10**. [PubMed ID:35345647]. [PubMed Central ID:PMC8944407]. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01705-3>.
 90. McKnight DH, Chervany N. While trust is cool and collected, distrust is fiery and frenzied: A model of distrust concepts. *Assoc Inform Syst*. 2001;**171**.
 91. Nemec P, Veronika D, and Kubak M. Institutions, corruption and transparency in effective healthcare public procurement: Evidence from Central and Eastern Europe. *Post-Commun Econom*. 2023;**35**(6):619-46. <https://doi.org/10.1080/14631377.2023.2213465>.
 92. Ferrara PL, Guccio C, Scaglioni C. Is Transparency a 'Free Lunch'? Evidence from the Italian Local Health Authorities. *Italian Econom J*. 2023;**10**(2):825-70. <https://doi.org/10.1007/s40797-023-00229-3>.
 93. Chen B, Zhang X. Path analysis and empirical test of medical service enhancement for common prosperity under government participation. *Front Public Health*. 2023;**11**:1076355. [PubMed ID:36998285]. [PubMed Central ID:PMC10043341]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1076355>.
 94. Pezeshki MZ, Alizadeh M, Nikpajouh A, Ebadi A, Nohi S, Soleimanpour M. Evaluation of the health promotion standards in governmental and non-governmental hospitals in East-Azerbaijan. *Med J Islam Repub Iran*. 2019 **21**. [PubMed ID:31934572]. [PubMed Central ID:PMC6946928]. <https://doi.org/10.47176/mjiri.33.113>.
 95. Pool J, Fatehi F, Akhlaghpour S. Infodemic, Misinformation and Disinformation in Pandemics: Scientific Landscape and the Road Ahead for Public Health Informatics Research. In: O'Carroll PW, editor. *Public Health and Informatics*. New York, USA: Springer Science & Business Media; 2021.
 96. 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. *Front Public Health*. 2022;**10**:908152. [PubMed ID:35937246]. [PubMed Central ID:PMC9346080]. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.908152>.
 97. Sarbazi E, Masoudi N, Mehri A, Esfanjani RM, Azizi H, Soleimanpour M, et al. Trust in primary health care and COVID-19 vaccine uptake among Iranian pediatric: a web-based cross-sectional survey. *BMC Pediatr*. 2024;**24**(1):356. [PubMed ID:38778272]. [PubMed Central ID:PMC1110261]. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04816-w>.
 98. Gobo G, Campo E, Serafini L. Trust and distrust in science: Embedding the interplay among scientists, mass media and public in Italy during the SARS-Cov-2 outbreak. *Soc Sci Inform*. 2023;**62**(3):367-89. <https://doi.org/10.1177/05390184231208634>.

Research Article

Trust, Mistrust, Distrust in Medicine: A Review of CONCEPTS

Ehsan Sarbazi¹, Homayoun Sadeghi-Bazargani¹, Mostafa Farahbakhsh², Alireza Ala³, Hassan Soleimanpour^{3,*}

¹Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Psychiatry and Behavioral Sciences Research Centre, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Emergency and Trauma Care Research Center, Imam Reza General Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author: Emergency and Trauma Care Research Center, Imam Reza General Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: h.soleimanpour@gmail.com

Received 20/08/2023; Accepted 11/06/2024

Abstract

Background: The concept of family of trust (trust, mistrust, and distrust) is ambiguous, and various definitions of it have been presented in the literature. The trust of patients has a significant impact on the continuation of the treatment process.

Objectives: This study aimed to reach a common understanding of family of trust in medicine.

Methods: In this narrative review study, Medline/PubMed, Scopus, Google scholar, and Iranian databases SID, Irandoc, and specialized trust in medicine research journals were searched. Keywords including Trust OR Distrust OR Mistrust and Tool OR Scale OR Questionnaire were used together with Persian equivalents. Articles were entered in English and Farsi. Also, the references of the articles were examined and added if relevant.

Results: After screening the studies, 40 studies met the inclusion criteria. The most common dimensions of trust in medicine were communication, honesty, confidence, competence, fidelity, system trust, global trust, confidentiality, fairness, integrity, benevolence, relational comfort, and dependability. The tools were categorized as measuring the family of trust. The differences and similarities between the three concepts were explained.

Conclusion: This review highlighted the complexity and breadth of the concepts of the trust family. By developing family of trust research, researchers can develop strategies and interventions to strengthen trust, reduce mistrust, and eliminate mistrust. It is suggested to develop or localize related tools to measure family of trust.

Keywords: Trust, Medicine, Health System, Review, Epidemiology