

تجربه مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات تنظیم خانواده در استان آذربایجان شرقی

مصطفی فرح بخش: مدیر گروه مدیریت داده های سلامت، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز (MD)
E-mail: mfarahbakhsh@gmail.com

نازیلا تاج الدینی: کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)

جعفر صادق تبریزی: مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC) استادیار دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (PhD, MD)

اکرم ذاکری: کارشناس گسترش شبکه، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

چکیده

زمینه و اهداف: در بسیاری از کشورها از جمله آمریکا، هند و بنگلادش تجربه موفق از واگذاری بخشی از خدمات پیشگیری به واحدهای خصوصی وجود دارد. در سال ۱۳۷۶، تعاونی های بهداشتی درمانی برای اولین بار در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سطح کشور تشکیل شد. این پژوهش جهت بررسی عملکرد خدمات تنظیم خانواده در تعاونی های بهداشتی درمانی انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقایسه ای، دو گروه از مراکز بهداشتی درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی از نظر عملکرد تنظیم خانواده مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. برای مطالعه رفتار زوج های واجد شرایط در زمینه تنظیم خانواده از روش مراجعه به درب منازل و مصاحبه با زنان واجد شرایط استفاده شد. انتخاب خانوارها به صورت چند مرحله ای انجام گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزارهای EPI INFO 2000 و SPSS 11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: پوشش تنظیم خانواده در جمعیت تحت پوشش تعاونی بهداشتی درمانی ۶۰ و در مرکز بهداشتی درمانی دولتی ۵۲ درصد بود. در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۰ و ۱۲.۵ درصد زنان واجد شرایط استفاده کننده از قرصهای پیشگیری از بارداری در همان روز تاخیر توسط کارشناسان مرکز بهداشتی درمانی پیگیری می شدند. در جمعیت تحت پوشش تعاونی بهداشتی درمانی میانگین تاخیر زنان استفاده کننده از قرص برای دریافت بسته قرص ۳.۷ روز و این شاخص در مرکز بهداشتی درمانی دولتی ۵.۲ روز بود.

نتیجه گیری: بکارگیری بخش خصوصی در قالب تعاونی ها در ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی مدل موفق است و می توان از توانمندیهای آن در ارتقای پوشش و کیفیت خدمات تنظیم خانواده باری جست.

کلید واژه ها: خدمات تنظیم خانواده، بخش دولتی، بخش خصوصی، مشارکت دولتی - خصوصی

مقدمه

موفق از واگذاری بخشی از خدمات پیشگیری به واحدهای خصوصی داشته اند (۳). در کانادا تعاونی بهداشتی درمانی مدلی از مراکز بهداشتی مبتنی بر جامعه هستند که خدمات پیشگیری و درمانی را به مردم ارائه می نمایند. در این تعاونیها هیات مدیره به صورت رای گیری و با مشارکت تمام اعضای آن برای مدت مشخص تعیین می شوند. مشارکت جامعه از راههای پیگیری توسط هیات مدیره، کمیته های فرعی، ایجاد برنامه های نیازسنجی، بررسی های رضایت سنجی و فعالیتهای داوطلبانه دنبال می گردد (۴). اگر چه تعاونی های بهداشتی از سال ۱۹۴۰ در نظام سلامت کانادا موجود بوده ولی در سالهای اخیر با حمایت و پذیرش سیاستگذاران و دولتمردان کانادا این تعاونیها از رشد فزاینده ای برخوردار شده اند (۵). در سوئد نیز سازمانهای تعاونی

در اغلب کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه که مراقبتهای اولیه بهداشتی توسط بخش دولتی ارائه می شود، انتقادات زیادی به یکی بودن ارائه کننده خدمت و نظارت کننده وارد است. در نظام متمرکز دولتی، موانع زیادی در ارتقای عملکرد نظام سلامت وجود دارد و دور بودن آن از بازار رقابت، سبب کاهش اثربخشی، کارایی و دسترسی می گردد (۱). به نظر می رسد، سیستم هایی که بتوانند از نقاط قوت هر دو بخش خصوصی و دولتی بهره مند شوند، نتایج بهتری خواهند گرفت (۲). امروزه می توان نمود هایی از ارائه خدمات خصوصی در بخش سلامت (بیشتر در بخش درمان) را مشاهده کرد ولی در عرصه خدمات پیشگیری، بخش خصوصی نقش ضعیفتری ایفا می کند. با این حال بسیاری از کشورها از جمله آمریکا، هند و بنگلادش تجربه

صورت چند مرحله ای انجام گرفت. ابتدا ۲۰۰ خوشه بصورت تصادفی سیستماتیک (۸۶ خوشه در جمعیت تحت پوشش مراکز تعاونی و ۱۱۴ خوشه در جمعیت تحت پوشش مراکز دولتی) انتخاب شد. با مراجعه به پرونده های خانوار و تعیین سرخوشه ها به محل مراجعه و در هر خوشه با ۵ زن واجد شرایط مصاحبه شد. در جمعیت تحت پوشش تعاونی های بهداشتی درمانی با ۳۱۷ و در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی با ۴۲۸ زن شوهردار ۴۹-۱۵ ساله مصاحبه شد. سوالات پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه های استاندارد و نظرات محققین تهیه شدند. برای تعیین روایی، پرسشنامه به افراد صاحب نظر ارسال شد. پرسشنامه نهایی پس از اعمال تغییرات لازم بر اساس نظرات جمع آوری شده آماده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزارهای EPI INFO 2000 و SPSS 11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده ها با استفاده از شاخصهای مرکزی و پراکندگی و نیز فراوانی مطلق و نسبی ارائه شدند. برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه مورد مطالعه از تست t و در مورد متغیرهای کیفی از χ^2 استفاده گردید.

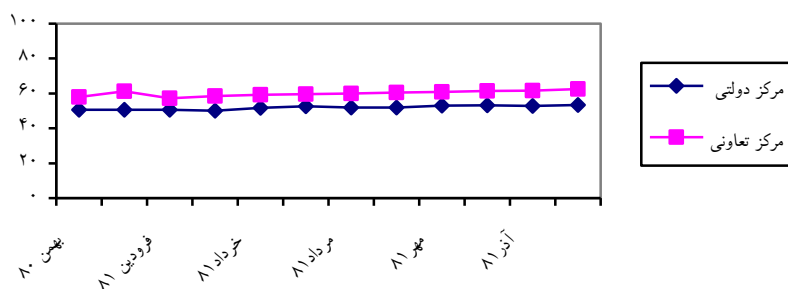
جدید در زمینه خدمات و با نقش فزاینده ای در توسعه بخش سوم جامعه و در کنار بخش دولتی و خصوصی به ارائه خدمات می پردازد (۶). بخش تعاونی در ارتقای رضایت شغلی کارکنان می تواند تاثیر مثبت داشته باشد. در یک مطالعه در تبریز نشان دادند که در معیارهای احساس غرور و افتخار، احساس مالکیت و ارتباط با دیگران در محیط کار، میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت در تعاونیهای بهداشتی درمانی به مراتب بیشتر از بخش های دولتی می باشد (۷). شرکت های تعاونی بهداشتی درمانی در راستای سیاست های دولت جمهوری اسلامی و به منظور کاهش تصدی گری دولت، واگذاری امور به بخش تعاون و اشتغال فارغ التحصیلان رشته های پزشکی و وابسته به آن با همکاری اداره کل تعاون استان آذربایجان شرقی و دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای اولین بار در سطح کشور تشکیل گردید. از مزایای مهم این کار، ارائه بخش مهمی از مراقبتهای اولیه بهداشتی توسط شرکت های تعاونی بهداشتی درمانی بود که قبلاً توسط بخش دولتی انجام می پذیرفت. این پژوهش جهت بررسی و ارزشیابی خدمات تنظیم خانواده در تعاونی های بهداشتی درمانی و مقایسه آن با مراکز بهداشتی درمانی دولتی انجام گرفت.

یافته ها

پوشش تنظیم خانواده در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی به ترتیب ۶۰ و ۵۱.۹ درصد بود (P Value = 0.03). میانگین زوج حفاظت شده سالیانه در مقابل بارداری (Couple Year Protection, CYP) در مرکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی به ترتیب ۱۱۳۶ و ۷۳۷ زوج بود (P Value = 0.03). میانگین تاخیر در دریافت قرص پیشگیری از بارداری در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی به ترتیب ۲ □ ۳/۷ و ۱/۶ □ ۵/۲ روز بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنادار وجود نداشت. میانگین تاخیر در دریافت آمپول مدروکسی پروژسترون در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی به ترتیب ۲.۳ □ ۱۳ و ۳ □ ۷/۲ روز بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنادار وجود نداشت.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت یک مطالعه توصیفی مقایسه ای در سال ۱۳۸۲ انجام شد. دو گروه از مراکز بهداشتی درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی در استان آذربایجان شرقی از نظر عملکرد تنظیم خانواده مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. برای این منظور تمام مراکز بهداشتی درمانی تعاونی موجود در استان آذربایجان شرقی (۹ تعاونی) که با مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی قرارداد داشتند، برای مطالعه انتخاب شدند. از مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهری نیز، ۱۸ مرکز با لحاظ نمودن معیار تشابه منطقه تحت پوشش از نظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی با مناطق تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی تعاونی، به روش نمونه گیری آسان انتخاب و وارد پژوهش شدند. برای مطالعه رفتار زوج های واجد شرایط در زمینه تنظیم خانواده از روش مراجعه به درب منازل و مصاحبه با زنان واجد شرایط استفاده شد. انتخاب نمونه های مطالعه به



نمودار ۱: نمودار خطی پوشش تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۱

درمانی دولتی و ۷۳/۳ درصد در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی تعاونی، از روشهای مطمئن استفاده می کنند. بین میزان استفاده از روشهای مطمئن در دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود ندارد ($p \text{ value} = 0/5$). نسبت استفاده از روشهای دائمی پیشگیری از بارداری در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۱۸/۶ و ۲۰/۴ درصد بود.

در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۸۶/۳ و ۸۸/۵ درصد زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار، از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده نموده و بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. شایعترین وسایل پیشگیری از بارداری مورد استفاده در هر دو منطقه به ترتیب نزدیکی منقطع، قرص، آی یو دی و توپکتومی بود. ۶۵ درصد زنان همسر دار ۴۹ - ۱۰ ساله در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی

جدول ۱: مقایسه زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار استفاده کننده از وسایل پیشگیری از بارداری به تفکیک نوع وسیله مورد استفاده، در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی در سال ۱۳۸۲ - استان آذربایجان شرقی

P	مرکز بهداشتی درمانی دولتی		مرکز بهداشتی درمانی تعاونی		نوع وسیله پیشگیری از بارداری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۳	۲۰/۳	۷۲	۱۸/۸	۴۸	قرص
	۹/۳	۳۳	۱۴	۳۶	کاندوم
	۱۵/۸	۵۶	۱۸/۸	۴۸	آی یو دی
	۱/۱	۴	۱/۶	۴	امپول مدروکسی پروژسترون
	۱۵/۵	۵۵	۱۸/۴	۴۷	بستن لوله زن
	۳/۱	۱۱	۲	۵	بستن لوله مرد
	۰/۴	۱	۰	۰	دوره ای مطمئن
	۳۴/۲	۱۲۱	۲۶/۷	۶۸	نزدیکی منقطع
	۰/۴	۱	۰	۰	سایر

جدول ۲: مقایسه میزان آگاهی زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار در شناخت وسایل مختلف پیشگیری از بارداری در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی در سال ۱۳۸۲ در استان آذربایجان شرقی

P Value	دولتی		تعاونی		میزان آگاهی به تفکیک نوع وسیله	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
> 0/005	۹/۷	۳۹	۲/۸	۸	فقط نام وسیله را می شناسد	قرص
	۶۹/۸	۲۸۰	۸۴/۱	۲۳۸	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۲۰/۵	۸۲	۱۳/۱	۳۷	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۰	۰	۰	۰	آن را نمی شناسد	
۰/۰۹	۱۲/۸	۵۱	۷/۴	۲۱	فقط نام وسیله را می شناسد	کاندوم
	۶۲/۸	۲۵۱	۷۰/۳	۱۹۹	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۲۰/۷	۸۳	۱۹/۴	۵۵	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۳/۷	۱۵	۲/۸	۸	آن را نمی شناسد	
۰/۰۳	۱۵/۲	۶۱	۱۰/۲	۲۹	فقط نام وسیله را می شناسد	آی یو دی
	۵۸/۱	۲۳۳	۶۸/۶	۱۹۴	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۲۴/۷	۹۹	۲۰/۱	۵۷	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۲	۸	۱/۱	۳	آن را نمی شناسد	
۰/۵	۲۵/۷	۱۰۳	۲۳/۳	۶۳	فقط نام وسیله را می شناسد	امپول مدروکسی پروژسترون
	۳۳/۹	۱۳۶	۳۲/۲	۹۱	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۳۰/۲	۱۲۱	۳۵/۳	۱۰۰	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۱۰/۲	۴۱	۱۰/۲	۲۹	آن را نمی شناسد	
۰/۳	۹/۵	۳۸	۷/۸	۲۲	فقط نام وسیله را می شناسد	بستن اوله زن
	۵۶/۶	۲۲۷	۵۸/۳	۱۶۵	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۳۱/۷	۱۲۷	۳۳/۲	۹۴	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۲/۲	۹	۰/۷	۲	آن را نمی شناسد	
۰/۲	۱۵/۲	۶۱	۱۰/۶	۳۰	فقط نام وسیله را می شناسد	بستن لوله مرد
	۴۵/۶	۱۸۳	۵۰/۲	۱۴۲	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۳۲/۴	۱۳۰	۳۳/۹	۹۶	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۶/۷	۲۷	۵/۳	۱۵	آن را نمی شناسد	
۰/۰۴	۱۱/۶	۴۶	۱۲	۳۴	فقط نام وسیله را می شناسد	دوره ای مطمئن
	۱۵/۱	۶۰	۱۵/۵	۴۴	با گفتن نام وسیله می تواند آن را تعریف نماید	
	۱۵/۹	۶۳	۲۴	۶۸	نام وسیله و تعریف آن را می داند	
	۵۷/۴	۲۲۸	۴۸/۵	۱۳۷	آن را نمی شناسد	

جدول ۳. مقایسه زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار استفاده کننده از قرص پیشگیری از بارداری از نظر زمان پیگیری، در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی در سال ۱۳۸۲ استان آذربایجان شرقی

P value	مرکز بهداشتی درمانی دولتی		مرکز بهداشتی درمانی تعاونی		زمان پیگیری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۲	۰	۰	۱۲/۵	۲	همان روز تاخیر
	۲۳/۸	۵	۲۵	۴	یک روز بعد
	۱۹	۴	۳۱/۳	۵	دو روز بعد
	۲۸/۶	۶	۲۵	۴	سه روز بعد
	۲۸/۶	۶	۶/۲	۱	سایر

بهداشت عمومی را بیشتر متوجه شدند و در نتیجه مشارکت دولتی و خصوصی یکی از راه‌های عمده پاسخ به معضلات پیچیده و بزرگ سلامت معرفی شد. (۹ - ۸) تعاونی‌های بهداشتی درمانی الگویی از بخش خصوصی تحت کنترل است که خدمات بهداشتی را با نظارت بخش دولتی و در چارچوب سیاست‌های کشوری ارائه می‌دهند. بعد از اصلاحات اساسی در نظام سلامت سنگاپور در حال حاضر ۸۰ درصد مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد. با مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت، کارایی و کیفیت خدمات افزایش یافته و تصمیمات بهتر و متینی بر اطلاعات توسط سازمان‌های منطقه‌ای گرفته می‌شود (۱۰). نتایج این مطالعه نیز نشان داد که شاخص‌های پوشش تنظیم خانواده در تعاونی‌های بهداشتی درمانی در مقایسه با مراکز بهداشتی درمانی دولتی بهتر بود. بین روش‌های مورد استفاده در هر دو منطقه تفاوتی وجود نداشت. میزان آشنایی با روش‌های پیشگیری از بارداری در هر دو گروه مشابه هم بود. زنان برای دریافت خدمات تنظیم خانواده به تعاونی‌ها بیشتر مراجعه می‌نمودند. در مطالعه دیگر در تبریز نشان دادند که بین دو گروه تعاونی و دولتی در کیفیت مراقبت کودک تفاوت وجود نداشت و در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی تعاونی مادران منحنی رشد کودک خود را بهتر از گروه مقابل تفسیر می‌کردند (۱۱). در برخی کشورها بخش خصوصی در حیطه ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری نیز فعالانه عمل کرده است. در ایالات متحده ۵۷ درصد از واکسیناسیون کودکان توسط بخش خصوصی انجام می‌گردد و مطالعه‌ای در داکا نیز حاکی از انجام ۶۲ درصد از موارد واکسیناسیون توسط بخش خصوصی دارد. در حالی که بیش از ۹۰٪ موارد واکسیناسیون در هندوستان توسط بخش دولتی انجام می‌گیرد. در مورد ایران نیز هر چند اطلاعات دقیقی در این خصوص به دست نیامد ولی غالب موارد واکسیناسیون توسط بخش دولتی انجام می‌شود (۱۳ - ۱۲). پوشش مراقبت از کودکان کمتر از یک سال، مراقبت از کودکان یک الی شش سال، مراقبت از زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی تعاونی بیشتر از مراکز بهداشتی و درمانی دولتی بود. در رابطه با تاخیر در مراقبت گروه‌های هدف، میانگین، مدت تاخیر در غالب موارد در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی نسبت به مراکز دولتی کمتر بود (۱۴).

در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۸۷/۵ و ۸۵/۴ درصد زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار استفاده کننده از قرص، با روش مصرف قرص آشنا بوده و بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است. در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۶۹/۴ و ۷۰/۸ درصد زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار استفاده کننده از قرص، نحوه برخورد با فراموشی مصرف قرص را می‌دانستند. بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است. در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۲۶ و ۱۵ درصد زنان ۴۹ - ۱۰ ساله همسر دار استفاده کننده از کاندوم و روش منقطع، نحوه پیشگیری از حاملگی مشکوک را می‌دانستند. بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است. در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۶۵/۶ و ۵۸/۷ درصد زوجها وسیله پیشگیری از بارداری خود را از مرکز بهداشتی درمانی تهیه نموده و بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود داشته است. میانگین سن زنان در زمان توبکتومی در جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دولتی و تعاونی به ترتیب ۳۵/۲ و ۳۶/۷ سال بوده و بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشته است. به ترتیب ۹۵/۷ و ۹۵/۴ درصد زنان وسیله پیشگیری از بارداری خود را به رضایت خود انتخاب کردند. به ترتیب ۹۴/۷ و ۹۴/۹ درصد زنان در جمعیت تحت پوشش تعاونی و دولتی در زمان بررسی در شب گذشته قرص خود را مصرف کردند. به ترتیب ۹۵/۶ و ۹۷/۲ درصد زنان در مرکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی قرص‌های خود را هر شب مطابق دستورالعمل مصرف می‌کنند. در زمان عدم مراجعه به موقع زنان برای مراقبت در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی به ترتیب ۳۴/۴ و ۳۲/۷ درصد موارد پیگیری توسط کارکنان بهداشتی به عمل می‌آید.

بحث

در اغلب کشورهای بویژه در کشورهای در حال توسعه، مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط بخش دولتی ارائه می‌شود. پس از سالها ارائه خدمت در صحنه بی رقیب، تنها بازیگران عرصه سلامت، متوجه اهمیت بخش خصوصی در نظام سلامت شده و از طرف دیگر در همان زمان بخش خصوصی هم اهمیت اهداف

نتیجه گیری

تعاونی های بهداشتی درمانی با حفظ کیفیت خدمت ارائه شده، بهبود قابل ملاحظه ای در شاخصهای عملکردی نظام سلامت ایجاد می نماید که از دلایل این تغییر می توان به نظارت از طرف بخش دولتی، تغییر نحوه پرداخت به کارکنان بخش تعاونی (از پرداخت حقوق ثابت به per-capita) و سهم کردن کارکنان تعاونی های بهداشتی در درآمدهای مرکز اشاره نمود. تفاوت عمده تعاونی های بهداشتی درمانی با مراکز دولتی تغییر رویکرد مدیریت و هدایت منابع در دستیابی به اهداف است.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان آذربایجان شرقی انجام گرفت. از این سازمان و از سایر عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، به ویژه همکارانمان در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی تشکر می نمایم.

References

1. World Health Organization. Health Systems: improving performance. World Health Report 2000
2. Cross C. Partnerships between non-governmental development organizations. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 1998; 92 (Suppl 1):155-156
3. Khan M M, Khan S H, Walker D, Fox-Rushby J, Cutts F, Akramuzzaman S M. Cost of delivering child immunization services in urban Bangladesh: a study based on facility-level surveys. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2004; 22(4):404-412.
4. Co-operatives Secretariat. Canadian Co-operative Association. Health and co-operatives in Canada. In Health care cooperative startup guide. Available From http://www.agr.gc.ca/rcs-src/coop/index_e.php?s1=guides&s2=health-sante&page=intro (Accessed 2007, 01 August)
5. Yohan, Filip W. cooperatives and nonprofit organizations in Swedish. *Annals of Public and Cooperative Economics* 1996; 67(1):5-27.
6. Mc Pake B, Banda E N. Contracting out of health services in health countries. *Health Policy and Planning* 1994; 9 (1): 25-30
7. Nikniaz A, Farahbakhsh M, Tabrizi J, Ashjaei K, Abdolahi H, Zakeri A et al. Comparing the Personal Satisfaction and Management Style between Cooperative and Public Health Centers. *Med J Tab Uni Med Sc* 2007; 29(2):139-146. (Persian)
8. Buse K, Waxman A, Public-private health partnerships: a strategy for WHO, *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79: 748-754.
9. Michael R R. Public-Private Partnerships for Public Health. Harvard series on population and international health. Harvard University PRESS. 2002
10. Lim M. Transforming Singapore Health Care: Public-Private Partnership. *Ann Acad Med Singapore* 2005; 34:461-7
11. Nikniaz A, Farahbakhsh M, Ashjaei K, Tabrizi J, Sadeghi-Bazargani H, Zakeri A. Maternity and Child Health Care Services Delivered by Public Health Centers Compared to Health Cooperatives: Iran's Experience. *Journal of Medical Sciences* 2006; 6 (3): 352-358.
12. Peters D H, Yazbeck A S, Sharma R R, Ramana G N V. Better Health Systems for India's Poor. Washington DC, World Bank, 2002.
13. Bustreo F, Harding A, Axelsson H. Can developing countries achieve adequate improvements in child health outcomes without engaging the private sector? *Bulletin of the World Health Organization*. 2003. 81(12):886-95
14. Farahbakhsh M, Nikniaz A, Tabrizi J, Jahanbin H, Abdolahi H, Zakeri A et al. Comparison of government and cooperative health centers with regard to services and health cares. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2007; 5(2):1 - 12. (Persian)