

طراحی برنامه همکاری بخش دولتی و خصوصی در پیشگیری و کنترل بیماری سل کشور جمهوری اسلامی ایران با استفاده از الگوی بازاریابی اجتماعی

ابراهیم قادری^۱، مهشید ناصحی^۲، جعفر حسن زاده^۳، حجت الله براتی^۴، شهپر طاهری^۵، مهری غلامی^۶، محمدرضا بذرافشان^۷، رحیم تقی زاده اصل^۸، محسن شمس^۹

^۱دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲دانشیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۴دکترای پزشکی، گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۵دکترای پزشکی، گروه کنترل بیماریها، دفتر سازمان جهانی بهداشت، تهران، ایران

^۶دانشیار آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

نویسنده رابط: محسن شمس، یاسوج، بلوار پاسداران، گلستان ۱۵، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، تلفن: ۰۹۱۲۴۴۴۴۷۱

پست الکترونیک: moshaisf@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۲۷؛ پذیرش: ۹۸/۰۲/۳۱

مقدمه و اهداف: بازاریابی اجتماعی روشی است که بر اساس شناسایی نیازها و خواسته‌های مخاطب، تعیین مولفه‌های بازار رفتاری با استفاده از نتایج پژوهش تکوینی عمل می‌نماید. درگیر کردن بخش خصوصی در برنامه مبارزه با سل با استفاده از بازاریابی اجتماعی تا به حال انجام نشده است. این مطالعه به طراحی برنامه Public-Private Mix (PPM) با استفاده از بازاریابی اجتماعی می‌پردازد.

روش کار: این مطالعه به صورت کیفی و با استفاده از بحث متمرکز گروهی با ۶ گروه مختلف شامل پزشکان هم‌هنگ‌کننده سل، پزشکان متخصصین رشته‌های مختلف بخش خصوصی و مدیران آزمایشگاه‌های بخش خصوصی و بیمارستان‌های منتخب کشور و شهرستان کرج در سال ۱۳۹۲ انجام شد و اجزای برنامه PPM بر اساس آن مشخص گردید.

یافته‌ها: اغلب شرکت‌کنندگان معتقد بودند که مشارکت بخش خصوصی در برنامه کشوری سل با مشکلات مهمی روبروست. فقدان فرایند مشخص و تعریف شده برای ارتباط با بخش خصوصی، فقدان بستر مناسب، فقدان ابزار مناسب برای نظارت، عدم تمکین بخش خصوصی، عدم آشنایی بخش خصوصی با پروتکل‌های برنامه‌های کشوری سل، عدم وجود اقدامات تشویقی و تنبیهی مناسب، عدم دریافت بازخورد مناسب توسط بخش خصوصی و انحصارطلبی در آزمایشگاه‌ها از موارد ذکر شده در این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری: برای اجرای برنامه PPM در برنامه کنترل سل لازم است آزمایشگاه‌ها به صورت داوطلبانه و وارد برنامه شوند. یک بسته اطلاع‌رسانی و تشویقی فراهم شود که در آن آموزش‌های مؤثر و کم‌حجم، پس‌خوراندها و احترام به بخش خصوصی گنجانده شده باشد.

واژگان کلیدی: PPM، بازاریابی اجتماعی، سل

مقدمه

سل یکی از بیماری‌های عفونی است که به علت ایجاد مقاومت‌های دارویی اهمیت آن بیشتر شده است. بیماریابی بیماران مسلول در سطح دنیا کمتر از حد انتظار است و این در حالی است که تا سال ۲۰۱۵ باید بروز سل در دنیا معکوس شود و تا سال ۲۰۵۰ به مرحله حذف بیماری برسیم (۱). نقش بخش خصوصی که دارای وسعت زیادی در ارائه خدمت بهداشتی درمانی در ایران است، برای رسیدن به این هدف بسیار مهم است (۲،۳). ولی درگیر کردن آن‌ها در برنامه مبارزه با سل مقداری مشکل است و نیاز به بررسی راه‌های جدید برای جلب همکاری آنان

وجود دارد (۴،۵).

یکی از توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت برای درگیر کردن بخش خصوصی در برنامه مبارزه با سل، اجرای برنامه Public-Private Mix (PPM) است. اهداف اصلی برنامه PPM شامل ارتقای کیفیت تشخیص، درمان بیماران و حمایت از آن‌ها، افزایش بیماریابی و کاهش تأخیر در تشخیص سل است (۶). این برنامه فقط دارای یک چهارچوب کلی است و هر کشوری می‌بایست بر حسب شرایط کشور، برنامه PPM خاص خود را طراحی کند. اگر این طراحی درست انجام شود، PPM دارای هزینه-منفعت بسیار

منتخب، یک گروه از متخصصین بخش خصوصی از کل کشور، یک گروه پزشکان عمومی شهرستان کرج، یک گروه پزشکان متخصص شهرستان کرج و یک گروه از مسئولین درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و آزمایشگاه‌های شهر کرج که با برنامه سل نیز آشنایی داشتند در مطالعه شرکت کردند. مصاحبه‌ها با رئیس اداره سل و جذام، رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها و افراد متخصص از مرکز مسیح دانشوری و تعداد دیگری از افراد سرشناس در زمینه مبارزه با سل انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند (Purposive sampling) انجام شد و افرادی در مطالعه شرکت داده شدند که بیشترین نقاط ضعف و نقاط قوت و بهترین راهکارها برای اجرای برنامه PPM را ارائه دهند. شرایط انتخاب پزشکان هماهنگ‌کننده سل استان‌ها شامل این موارد بود: سابقه حداقل یک سال فعالیت در برنامه سل، حضور در استان‌هایی که بیشترین بروز سل را دارند، حضور در استان‌هایی که فعال‌ترین بخش خصوصی را دارند. شرایط برای پزشکان بخش خصوصی نیز شامل: سابقه همکاری حداقل یک سال با برنامه سل، حضور در استان‌هایی که بیشترین بروز سل را دارند، حضور در استان‌هایی که فعال‌ترین بخش خصوصی را دارند بود. پزشکان بخش خصوصی با ترکیب تخصصی متفاوت انتخاب شدند به صورتی که تخصص‌های اطفال، عفونی، رادیولوژی و آزمایشگاهی در ترکیب حضور داشته باشند.

جهت انجام این مطالعه، انتخاب استان‌ها بر اساس نتایج مطالعات اولیه برای situation analysis که میزان بروز و وضعیت مشارکت بخش خصوصی در برنامه سل را مشخص کرده بود، انجام شد (۲،۳). استان‌ها شامل خراسان رضوی، گلستان، سیستان و بلوچستان، خوزستان، فارس، آذربایجان شرقی و غربی و تهران بود. برای دعوت از پزشکان هماهنگ‌کننده سل، نامه‌های لازم با توضیح هدف مطالعه به معاونت‌های بهداشتی استانهای مربوطه ارسال شد و سپس به صورت تلفنی هماهنگی لازم با آن پزشکان در مورد تاریخ برگزاری جلسه انجام شد. سپس در روز جلسه مجدداً اهداف مطالعه و اهمیت جمع‌آوری اطلاعات درست و صادقانه توضیح داده شد و از آن‌ها برای ضبط صدا با رعایت اصول محرمانه بودن مطالب، اجازه کسب گردید. محل انجام بحث گروهی متمرکز دفتر اداره سل و جذام کشور و معاونت بهداشتی استان البرز بود. یک نفر تسهیل‌گر (Facilitator)، یک نفر کاتب (Note taker) و یک نفر ناظر در هر مصاحبه شرکت داشتند. این افراد همگی آموزش‌های لازم را در خصوص بحث گروهی را دیده بودند.

خوبی بوده و فرصت‌های زیادی برای ارتقای برنامه مبارزه با سل را ایجاد می‌کند (۴،۷-۹).

بازاریابی اجتماعی یکی از روش‌هایی است که اخیراً برای طراحی برنامه‌های بهداشتی و مداخلات مؤثر، بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۰). کاتلر در سال ۱۹۷۱ با پیشنهاد واژه بازاریابی اجتماعی، آن را چنین تعریف کرد: "بازاریابی اجتماعی، طراحی و مداخله برنامه‌هایی است که در راستای افزایش قابلیت پذیرش نسبت به یک ایده یا عمل اجتماعی در یک گروه مخاطب است" (۱۱،۱۲). بعدها در سال ۲۰۰۲ تعریف بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت به این صورت ارائه شد: "کاربرد مشتری مدارانه اصول و فنون بازاریابی برای گسترش برنامه‌ها و مداخلات در جهت تلاش برای تغییر رفتار بهداشتی" (۱۳). در واقع بازاریابی اجتماعی تلاش می‌کند تا آنچه در نهایت به صورت مداخله اجرا می‌گردد، نیازها و خواسته‌های متقاضیان دریافت خدمات را برآورده سازد (۱۴).

الگوهای مختلفی برای تعیین مراحل برنامه‌ریزی مبتنی بر بازاریابی اجتماعی پیشنهاد شده که یکی از آن‌ها الگویی است که نیگر در سال ۱۹۹۸ با نام "ابزار سنجش و پاسخ بازاریابی اجتماعی" معرفی کرد (۱۱). در این الگو، به لزوم انجام پژوهش تکوینی برای تعیین نوع مداخله و محصولات شامل تحلیل مخاطب، تحلیل بازار و تحلیل کانال اشاره شده است. شناسایی نیازها و خواسته‌های مخاطب، تعیین مولفه‌های بازار رفتاری شامل رقبای، شرکا و اجزای آمیزه بازاریابی و نیز شناسایی کانال‌های ارتباطی و تدوین راهبرد ارتباطی مؤثر، از نتایج پژوهش تکوینی است (۱۵-۱۸).

مطالعات زیادی برای انجام مداخلات بهداشتی با روش بازاریابی اجتماعی انجام شده است که اثرات مفیدی را نشان داده‌اند (۱۹-۲۴) ولی این روش در برنامه مبارزه با سل و طراحی PPM تاکنون در دنیا مورد استفاده قرار نگرفته است. استفاده از این روش می‌تواند منجر به ارتقای برنامه PPM و اجرایی بودن آن و رضایت بیشتر بخش خصوصی گردد. این مطالعه به طراحی برنامه PPM با استفاده از بازاریابی اجتماعی می‌پردازد.

روش کار

این مطالعه به صورت کیفی و با استفاده از بحث متمرکز گروهی یا FGD (Focused Group Discussion) در شش گروه (تعداد ۴۸ شرکت‌کننده) و پنج مصاحبه در سال ۱۳۹۲ انجام شد. برای انجام FGD، دو گروه پزشکان هماهنگ‌کننده سل از استانهای

شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به تأیید آن‌ها رسید. در Conformability، داده‌های به‌دست‌آمده به‌وسیله دو نفر تفسیر شد. برای تعیین همسانی داده‌های به‌دست‌آمده در اختیار فرد دیگری که با مطالعه رابطه‌ای نداشته و در مورد موضوع مطالعه دارای تجربه بود قرار گرفت و نتایج و تفسیر داده‌ها تأیید شد.

یافته‌ها

بر اساس این مطالعه، نتایج در پنج حیطه خلاصه شد و از آن برای تهیه خلاصه سیاستی PPM استفاده شد.

حیطه ضرورت اجرای برنامه و دلایل موافقت با اجرای برنامه: همه افراد گروه شرکت‌کننده در بحث گروهی متمرکز موافق اجرای برنامه PPM بودند و اجرای آن را برای ارتقا برنامه سل ضروری می‌دانستند. گستردگی بخش خصوصی و مراجعات زیاد به این بخش، اطمینان بیشتر مردم به بخش خصوصی در مقایسه با بخش دولتی، ارتباط بین بخش خصوصی و دولتی و فعالیت پزشکان در هر دو بخش، حرکت دولت به سمت خصوصی کردن فعالیت‌های درمانی و بهداشتی، عدم مشارکت فعلی بخش خصوصی در نظام مراقبت از دلایل افراد برای اجرای برنامه PPM بود.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "نمی‌توان نقش بخش خصوصی را در تشخیص و درمان بیماران مخصوصاً سل، نادیده گرفت. ما بیماران را می‌بینیم و ارجاع می‌دهیم.

فرد دیگری گفت: "ما در بخش خصوصی علاقه‌مند به مشارکت در برنامه‌های کشوری و بهداشتی هستیم ولی به شرطی که با ما با احترام برخورد شود و نه آمرانه."

حیطه مشکلات و نقاط ضعف برنامه کشوری سل در زمینه بخش خصوصی: عدم جلب همکاری و عدم دخالت بخش خصوصی در برنامه‌ریزی‌های کشوری برنامه سل، عدم پیروی از راهنمای کشوری سل در بخش خصوصی، کمبود بودجه‌های اختصاص داده‌شده به برنامه کنترل سل، عدم وجود سیستم ثبت مناسب در بخش خصوصی، عدم وجود نظارت و کنترل کافی بر بخش خصوصی در تشخیص و گزارش‌دهی، عدم همکاری سازمان‌های دیگر در برنامه مبارزه با سل به علت ضعف‌های قانونی.

یکی از شرکت‌کنندگان ابراز کرد: "بیماران ما برای تشخیص به آزمایشگاه بخش خصوصی مراجعه می‌کنند ولی نمی‌دانیم آیا با روش استاندارد مورد آزمایش خلط قرار می‌گیرند یا خیر؟

یک فرد دیگر گفت: "در برنامه سل، بخش خصوصی چگونه دیده شده است؟ آیا به ما اهمیت داده می‌شود و برای ما نقش

جهت انجام بحث متمرکز گروهی، به هر نفر شرکت‌کننده یک کد داده شد و با همان کد شناسایی انجام می‌شد. بحث تا زمان رسیدن به اشباع محتوی ادامه یافت.

سؤالات به‌صورت باز بودند و شامل موارد زیر بود:

- آیا شما موافق اجرای برنامه PPM هستید و به چه دلیل؟

- نقاط قوت و ضعف برنامه کشوری سل در ارتباط با

بخش خصوصی چیست؟

- چه راهکارهایی برای اجرای برنامه PPM توصیه

می‌کنید؟ (مشکلات، راهکارهای پیشنهادی شما برای

رفع مشکلات برنامه و رسیدن به اهداف، ساختار

دستورالعمل، و نحوه پایش برنامه)

در ابتدای FGD، یک فرم شامل اطلاعات شخصی افراد و سابقه کار آن‌ها نیز توسط خود شرکت‌کنندگان تکمیل شد. بعد از اتمام جلسه، فایل ضبط‌شده کلمه به کلمه پیاده شد و تایپ صورت گرفت.

همچنین مصاحبه‌ها به‌صورت Deep Interview و نیمه ساختاریافته با یک پرسشنامه که سؤالات باز بود. سؤالات مصاحبه شامل موارد زیر بود:

- اهداف کلی این برنامه در کشور چیست؟

- ارگان‌ها، سازمان‌ها و اشخاص درگیر، چه کسانی خواهند بود؟

- وظایف هر قسمت از افراد و سازمان‌های درگیر، چیست؟

- نحوه ارزشیابی برنامه باید چگونه باشد؟

تجزیه و تحلیل

تجزیه و تحلیل داده‌ها در سه مرحله توصیف، تحلیل، تفسیر با روش آنالیز محتوایی انجام گرفت. از همان شروع جلسات مصاحبه و بحث گروهی متمرکز یادداشت‌برداری آغاز شد. بعد از اتمام هر جلسه، نوارهای صوتی ضبط‌شده پیاده و تایپ شدند. داده‌ها کدگذاری و سپس تم‌گذاری شدند.

برای ارزیابی داده‌ها از ۴ معیار انتقال‌پذیری (transferability) مقبولیت (credibility)، تعیین (conformability) و همسانی (dependability) استفاده شد. برای انتقال‌پذیری و تناسب در روند انتخاب شرکت‌کنندگان سعی شد افرادی که بیشترین آگاهی را در مورد موضوع دارند انتخاب شوند. در مقبولیت داده‌ها، مصاحبه‌کننده خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده را مجدداً بازگو کردند و همچنین کدهای تهیه‌شده از مصاحبه‌ها در اختیار

پررنگی دیده می‌شود؟

حیطه نقاط قوت برنامه کشوری سل در زمینه بخش خصوصی: عدم دسترسی بخش خصوصی به داروهای ضد سل و پیشگیری از استفاده نادرست از آن، وجود مراکز سل در شهرستان‌ها و ادغام برنامه سل در سیستم بهداشتی.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "ما شانس آورده‌ایم که داروها در داروخانه‌ها وجود ندارد چون با استفاده بی‌رویه و نادرست باعث افزایش موارد مقاوم به درمان می‌شد"

حیطه نگرانی‌ها و تهدیدات در صورت اجرای PPM: عدم توانایی سیستم بهداشتی در پایش و کنترل بخش خصوصی به علت ضعف قانونی و پرسنلی، از دست دادن بیماران باعث کاهش انگیزه بخش خصوصی می‌شود، عدم اعتمادبخش خصوصی به دستورالعمل‌های کشوری

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "ما نمی‌توانیم آزمایش‌های مرتبط با سل را انجام ندهیم چون بیماران را از دست می‌دهیم و به آزمایشگاه دیگری می‌روند."

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان ذکر کرد که "دستورالعمل کشوری با چیزهایی که ما در کتاب‌های تکست خودمان خوانده‌ایم، ناهمخوانی‌هایی دارد."

حیطه راهکارهای پیشنهادی برای جلب همکاری بخش خصوصی: تصویب قوانین جدید و راهکارهایی که بخش خصوصی را به سیستم بهداشتی وابسته کند، اصلاح برنامه سل و تهیه راهنماهای مناسب، کم‌حجم و ساده، حمایت سیاسی افراد بانفوذ، ایجاد سیستم تشویقی مناسب، منعطف بودن برنامه، فراهم کردن کارکنان کافی در برنامه مبارزه با سل، ایجاد سیستم گزارش‌گیری و دادن پس‌خوراند مناسب همراه با احترام به بخش خصوصی، ایجاد سیستم آموزشی و اطلاع‌رسانی مناسب برای برنامه، اصلاح آزمایشگاه‌ها و سطح‌بندی آن‌ها برای اجرای برنامه (جدول شماره ۱).

لذا با توجه به نتایج، می‌توان مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی برای ادغام برنامه PPM در برنامه سل را به‌صورت زیر و در چند حیطه تشریح کرد:

۱. تولید محصول متناسب با نیازها، خواسته‌ها و ترجیحات

بخش خصوصی در زمینه بیماری سل

محصول شامل ارائه بسته آموزشی، اطلاع‌رسانی و تشویقی که هدف آن تقویت نقش مراکز درمانی بخش غیردولتی در فرایند تشخیص، معرفی، گزارش‌دهی و پیگیری موارد سل خلط مثبت است و لازم است از اجزای زیر تشکیل شود:

• برنامه آموزشی با امتیاز بازآموزی حضوری (کارگاه، سمینار، پانل و سمپوزیوم) و غیرحضوری (کتابچه‌های آموزشی و مولتی‌مدیا) ویژه پزشکان عمومی و متخصص دارای مطب و بدون مطب و مسئولان فنی آزمایشگاه‌ها و مراکز رادیولوژی.

• مجموعه پیام‌های اطلاع‌رسانی: پیام‌های آگاهی‌بخش، انگیزه بخش، ترغیب‌کننده یا راهنما برای عمل با محتوای مناسب شامل معیارها و اصول تشخیص سل، نحوه گزارش موارد مشکوک، اصول استراتژی درمانی DOTS، آمار و اطلاعات مرتبط با بیماری سل، معرفی فرایند پیگیری بیماران و معرفی مشوق‌های مادی و غیرمادی برای تشخیص و معرفی بیماران مسلول.

۲. متناسب کردن هزینه‌های استقبال از محصول برای

بخش خصوصی

برای منطقی کردن هزینه‌های حضور پزشکان دارای مطب و بدون مطب و مسئولان فنی آزمایشگاه‌ها و مراکز رادیولوژی در برنامه آموزشی می‌توان این‌گونه عمل کرد:

• کلیه برنامه‌های آموزشی حضوری رایگان بوده و دریافت گواهی حضور و کسب امتیاز بازآموزی آن‌ها تنها با تکمیل فرم ثبت‌نام و امضای تعهدنامه معرفی بیماران مشکوک به سل امکان‌پذیر خواهد بود.

• برنامه‌های آموزشی غیرحضوری اعم از کتابچه‌های آموزشی و مولتی‌مدیا نیز رایگان است و جمع‌آوری پاسخنامه‌ها و اختصاص امتیاز بازآموزی به افراد واجد شرایط توسط نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی دولتی انجام خواهد شد.

• مجموعه پیام‌های اطلاع‌رسانی: تهیه پیام‌های مناسب و دارای چارچوب‌های جذاب برای انتقال و قرار دادن آن‌ها در اختیار پزشکان دارای مطب و بدون مطب و مسئولان فنی آزمایشگاه‌ها و مراکز رادیولوژی که در آن‌ها به مشوق‌های تشخیص و گزارش دهی موارد مشکوک به سل هم اشاره شده باشد.

۳. تعیین مکان مناسب برای ارائه محصول به بخش

خصوصی و تسهیل دستیابی به آن

با توجه به اینکه بیشتر وقت پزشکان صرف فعالیت‌های درمانی می‌شود و در ایجاد جذابیت برای شرکت آنان در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سل، مکان مناسب اهمیت بسیاری دارد. آوردن

سل می‌توان کاری کرد تا گروه مخاطب برنامه، شامل پزشکان دارای مطب و بدون مطب و مسئولان فنی آزمایشگاه‌ها و مراکز رادیولوژی، برای مشارکت در برنامه‌های کشوری سل احساس نیاز کند. شناسایی افراد و نهادهای مؤثر بر پزشکان و استفاده از توان و اعتبار آن‌ها، شناسایی و استفاده از موقعیت‌های همکاری با تصمیم‌گیرندگان، رسانه‌های نوشتاری مانند کتابچه، پوستر، پمفلت، تراکت و برچسب، رسانه‌های الکترونیک مانند سایت، پیامک و ایمیل، در همین راستا خواهد بود.

برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی به محل کارگروه هدف شامل بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی آنان می‌تواند باعث استقبال بیشتر آنان از رفتارهای مرتبط با تشخیص و گزارش‌دهی بیماران مبتلا به سل شود.

۴. تعیین روش‌های ترویج محصول برای ایجاد و تداوم نیاز بخش خصوصی به استفاده از محصول

با کمک تبلیغات رسانه‌ای، ارتباط چهره به چهره و مشاوره‌های فردی، استفاده از مناسبت‌ها و رویدادهای مرتبط با برنامه کشوری

جدول شماره ۱ - جمع‌بندی نظرات مرتبط با تهیه برنامه اجرایی PPM و جلب بخش خصوصی به برنامه کنترل سل

حیطه مورد نیاز برای طراحی PPM	نظرات گروه‌های مختلف
دلایل مربوط به توجه ناکافی نظام سلامت رسمی کشور به جلب مشارکت بخش خصوصی در برنامه‌های سل	فقدان فرایند مشخص و تعریف‌شده برای ارتباط با بخش خصوصی در برنامه‌های کشوری سل فقدان ابزار مناسب در نظام بهداشتی درمانی کشور برای نظارت بر اجرای برنامه‌های کشوری سل توسط بخش خصوصی نگرانی از درمان ناقص و در نتیجه ایجاد مقاومت چندارویی در بیماران مراجعه کننده به بخش خصوصی عدم تمکین بخش خصوصی نسبت به برنامه‌های بهداشتی تغییرات سریع و زیاد در نیروی انسانی بخش خصوصی استقبال ناکافی بخش خصوصی از برنامه‌های آموزشی و توجیهی مرتبط با سل کیفیت پایین بررسی خلط در آزمایشگاه‌های خصوصی در صورت ادغام بیماران مسلول اکثراً فقیرند و پول کافی برای پرداخت به بخش خصوصی ندارند
دلایل مربوط به تمایل اندک مراکز درمانی بخش خصوصی برای مشارکت در برنامه‌های سل	عدم آشنایی و نگرانی از فاصله داشتن پروتکل‌های کشوری بیماری سل با منابع علمی معتبر و جدید عدم وجود اقدامات تشویقی و تنبیهی مناسب برای بخش خصوصی درگیر در برنامه‌های کشوری سل عدم همخوانی اهداف برنامه‌های کشوری سل و اهداف بخش خصوصی فقدان نظام ثبت و گزارش موارد بیماری سل در مراکز درمانی بخش خصوصی عدم دریافت بازخورد مناسب توسط بخش خصوصی برای اجرای برنامه‌های کشوری سل نگرانی بخش خصوصی از خروج بیماران مبتلا به سل از نظام درمان بخش خصوصی قوانینی وضع شود که برای تأسیس مطب از معاونت بهداشتی نیز مجوز اخذ گردد. به آزمایشگاه‌های داوطلب و دارای شرایط استاندارد مجوز تشخیص سل داده شود. اجرای برنامه PPM باید در بالاترین سطح وزارت بهداشت به تصویب برسد. هماهنگی از سطح کشوری با سازمان‌های مختلف به صورت مکتوب و با دستور از بالا اعمال شود. یک سیستم پیگیری عدم تشخیص سل یا درمان نامناسب راه‌اندازی شود و با پزشکان متخلف برخورد گردد. ارتباط قوی با سازمان‌های بیمه‌گر در جهت تقویت برنامه در نظر گرفته شود. باید بسته‌های تشویقی برای پزشکان در نظر گرفته شود و تشویق پزشکان با نامه و یا دادن امتیاز بازآموزی انجام شود نه با پول. پس‌خوراند مناسب به بخش خصوصی در قالب اعداد و ارقام داده شود. فعالیت‌های برنامه PPM باید زمان کوتاهی از پزشک بگیرد و ساده فهم و راحت باشد. تشکیل کمیته استانی و شهرستانی برای PPM. نباید بیمار از پزشک تشخیص دهنده‌اش دور شود. روی پزشکان عمومی می‌توان بیشتر سرمایه‌گذاری کرد زیرا پذیرش بهتری دارند. قبل از اجرای PPM ابتدا باید برنامه سل را تقویت و استاندارد کرد. می‌توان با آزمایشگاه‌های خصوصی برای تشخیص سل قرارداد بست. ارجاع بیماران به پزشک مربوطه در بخش خصوصی برای پایش درمان و ویزیت‌های ادواری. ارسال مرتب دستورالعمل‌ها و گزارش‌های وضعیت سل به پزشکان. باید از انجمن‌های پزشکی و نظام پزشکی برای تبلیغ برنامه استفاده کرد.
راهکارهای پیشنهادی	

دستورالعمل‌ها باید توسط سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی پزشکی به پزشکان ابلاغ گردد. برای گرافی قفسه سینه توسط رادیولوژیست‌ها گزارش تهیه شود. باید ذهنیت بخش خصوصی و دولتی نسبت به هم اصلاح شود تا همدیگر را رقیب ندانند. دستورالعمل باید زیبایی و جذابیت نیز داشته باشد. باید علاوه بر کتاب راهنمای کشوری که نقش اصلی را دارد، دستورالعمل اجرایی نیز برای برنامه در نظر گرفته شود. تهیه یک دستورالعمل کوتاه که شامل موارد مهم از نظر تشخیص، درمان، آزمایشگاه‌های مورد تأیید و سایر مسائل برنامه باشد. پس‌خوراندها و نتایج آزمایش‌ها چه مثبت یا منفی باید سریع داده شود. انجام متمرکز بررسی خلط در یک آزمایشگاه ولی پذیرش آزمایش در همه آزمایشگاه‌ها. نباید آزمایشگاه‌ها را به صورت مطلق محدود کرد بلکه باید از نظر توانایی سنجش و صلاحیت سنجی کرد. نظارت روی آزمایشگاه‌ها برای انجام بررسی خلط توسط افراد خبره. در آزمایشگاه‌ها سطح‌بندی برای انجام بررسی خلط انجام شود. نتایج آزمایشگاهی دقیق‌تر شود و حتی پاسخ‌های منفی نیز به پزشکان ارسال گردد.

بحث

اساس مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی، شناخت درست آمیزه بازاریابی (Marketing Mix) است. این آمیزه شامل چهار جزء اصلی است که محصول (Product)، قیمت (Price)، مکان (Place) و ترویج (Promotion) را شامل می‌شود. پیش‌فرض بازاربابان اجتماعی این است که اگر محصولی متناسب با نیازهای مخاطب تولید و عرضه شود، تا حد امکان هزینه‌های استفاده از آن محصول یا رفتار کم شود، در مکان مناسب به مخاطب عرضه گردد و برای ایجاد نیاز در مخاطب برای استقبال از این محصول یا رفتار، از روش‌های ترویجی مناسب استفاده شود، به احتمال زیاد محصول یا رفتار مورد استقبال قرار خواهد گرفت. برنامه‌های بهداشتی نیز به مانند یک محصول و کالا هستند که باید موردقبول استفاده‌کنندگان واقع شوند لذا نظرات و علایق استفاده‌کنندگان باید در طراحی این برنامه‌ها لحاظ شود.

بر اساس نتایج این مطالعه، ویژگی‌های بسته آموزشی اطلاع‌رسانی و تشویقی بخش خصوصی برای مشارکت در برنامه کشوری سل در ایران به صورت زیر خواهد بود:

الف- آنچه به عنوان محصول به گروه مخاطب عرضه می‌شود و انتظار می‌رود آنان برای خرید (استفاده) از آن ترغیب شوند، یک عدد کیف، کلاسور یا فولدر با جنس مناسب و ظاهر زیبا و جذاب با محتویات زیر است:

۱. نامه‌ای خطاب به پزشک یا مسئول فنی موسسه تشخیصی یا درمانی که در آن محترمانه و بدون استفاده از واژه‌های تهدیدکننده و دستوری، ضرورت همکاری بین بخش خصوصی و دولتی در زمینه بیماری سل را با اعداد و ارقام مهم بیان کند.

۲. آزمایشگاه‌ها در سه نوع انجام دهنده اسمیر، ارجاع دهنده

اسمیر به آزمایشگاه استاندارد و ارجاع بیمار با دستور اسمیر خلط به سایر آزمایشگاه‌ها طبقه‌بندی شوند و ابلاغی با عنوان آزمایشگاه همکار برنامه‌های سل مرکز بهداشت با امضای رییس مرکز بهداشت هر استان و بعد از ارزشیابی آزمایشگاه توسط آزمایشگاه رفرانس ارائه شود.

۳. معرفی نظام ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و ارجاع برای بیماران مبتلا به سل در کشور، فلوجارت تشخیص، درمان و پیگیری بیماری و ارائه تعاریف بین‌المللی و ملی از بیماری سل، موارد مشکوک، موارد قطعی، استراتژی DOTS، و ... در قالب یک کتابچه جذاب و سودمند که به صورت حرفه‌ای تهیه شده باشد و خواننده راضی به دور انداختن آن نشود! در پایان این کتابچه، سئوالاتی درباره بیماری سل طرح شده است که با پاسخ دادن به آن‌ها و تکمیل پاسخنامه امتیاز بازآموزی مدون به پزشک تعلق خواهد گرفت.

۴. جدول حاوی اطلاعات اولیه (آدرس، شماره تلفن و نام مسئول مربوطه و زمان فعالیت) مربوط به کلیه مراکز بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان، واحد مبارزه با بیماری‌ها و نیز پزشک و کارشناسان سل شهرستان و آزمایشگاه‌های مورد تأیید برنامه سل که پزشک بخش خصوصی بتواند بیماران مسلول را به آن‌ها معرفی کند.

۵. پوستری قابل‌نصب بر روی دیوار مطب یا قرار دادن زیر شیشه میز پزشک که اساس آن را هشدار به پزشک برای فکر کردن به بیماری سل در بین بیماران، علائم و نشانه‌های بالینی راهنما برای مشکوک شدن به سل، تشکیل دهد.

۶. تعدادی برگه آماده معرفی بیماران مشکوک به سل به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی که متنی آماده داشته باشد و تنها بخش‌های کوتاهی از آن برای تکمیل توسط پزشکان خالی باشد. این برگه معرفی می‌تواند دو قسمتی باشد و با جدا کردن بخش معرفی بیمار، سوابق نزد پزشک معرفی کننده محفوظ باشد.
۷. معرفی ابزارهای تشویقی برای گزارش هر مورد بیماری سل شامل امتیاز باآموزی، هدیه غیرنقدی، اعزام به همایش‌های داخلی با موضوع سل، اعزام به فرهای زیارتی و سیاحتی.
۸. آخرین دستورالعمل‌های کشوری در زمینه تشخیص، درمان و پیگیری سل به همراه دستورالعمل تهیه نمونه خلط، نگهداری و ارسال به آزمایشگاه مرجع.
- ب- مکان عرضه محصول به گروه مخاطب به دو شکل می‌توان محصول را در مکان مناسب عرضه کرد تا مخاطبان برنامه، رغبت بیشتری به دریافت و استفاده از آن داشته باشند:
۱. همایشی به مناسبت روز جهانی سل که تمامی پزشکان عمومی و متخصص، مسئولان فنی آزمایشگاه‌ها و درمانگاه‌های خصوصی هر استان برای شرکت در آن به‌طور رسمی دعوت شوند و بسته مذکور در آن همایش توزیع گردد. یکی از سخنرانی‌های این همایش می‌تواند با موضوع همکاری بخش دولتی و غیردولتی در اجرای موفق برنامه‌های کشوری سل باشد.
۲. مراجعه پزشک هماهنگ‌کننده سل شهرستان به‌اتفاق کارشناس مربوطه به مطب‌های پزشکان، درمانگاه‌ها و آزمایشگاه‌های شهرستان‌های تابعه استان برای عرضه محصول به آن‌ها و تأکید مجدد بر لزوم همکاری بخش دولتی و غیردولتی و ارائه منظم پس‌خوراند فعالیت‌های بیماریابی مراکز خصوصی به آن‌ها.
- بازاریابی اجتماعی مدلی است که دارای مزایا و محدودیت‌هایی است. مزایای آن شامل: انجام پژوهش تکوینی گسترده، پیش‌آزمون اجزای عناصر قبل از اجرا و استفاده از آمیزه بازاریابی است. محدودیت‌های آن شامل موارد زیر است:
- تقسیم‌بندی مخاطبین و استفاده از پیام‌های سازگار شده، موجب فیلتر شدن بسیاری از افراد می‌گردد که ممکن است نیازمند تغییر رفتار باشند.
- بازاریابی اجتماعی مستلزم زمان اولیه زیادی جهت انجام

پژوهش تکوینی گسترده و پیش‌آزمایی است.

- بازاریابی اجتماعی باعث تخلیه منابعی می‌گردد که می‌توانستند جهت تشکیل زیرساخت‌های پایه در کشورهای در حال توسعه به کار روند.

- به‌عنوان یک رویکرد جهت تغییر رفتار فاقد شفافیت است.

- بیش‌ازحد به مبانی تئوریک بازاریابی تجاری وابسته است (۲۵).

روش بازاریابی اجتماعی می‌تواند یک بسته کم‌هزینه، پرفایده و در دسترس را در اختیار کارکنان بهداشتی قرار دهد که منجر به ارتقای رفتارهای آنان گردد. سیاست‌های یک سازمان که همراه با تشویق و توبیخ است می‌تواند باعث تغییر رفتار شود ولی در عوض آزادی کارکنان را کم کرده و باعث می‌شود کارکنان بجای فعالیت‌های دلخواه در جهت نیل به اهداف سازمان، به فعالیت‌هایی بپردازند که ممکن است برای آن‌ها خوشایند نباشد (۲۶). ولی طراحی یک برنامه بر اساس بازاریابی اجتماعی این مشکل را حل می‌کند و اجرای برنامه را برای استفاده‌کنندگان لذت‌بخش می‌کند و از آزادی آن‌ها نمی‌کاهد. به نظر می‌رسد برنامه PPM در برنامه کنترل سل، با مشخصات ذکر شده باید طراحی و اجرا گردد تا بتواند موفق عمل نماید.

امروزه از روش بازاریابی اجتماعی در سیستم بهداشتی استفاده می‌شود هرچند این روش گسترش چندانی پیدا نکرده است (۲۷، ۱۰). بیشتر مطالعات با روش بازاریابی اجتماعی در بحث بهداشت عمومی، در حیطه مبارزه با HIV انجام شده است (۲۸). در دو مطالعه از روش بازاریابی اجتماعی برای افزایش استفاده از کاندوم استفاده شد (۲۹، ۲۴). این مطالعات، روش بازاریابی اجتماعی را در افزایش استفاده از کاندوم مؤثر دانستند. Stead و همکاران ۳۰ مطالعاتی را که به ارزیابی اثر روش بازاریابی اجتماعی در پیشگیری از مصرف الکل پرداخته بودند را بررسی کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که استفاده از بازاریابی اجتماعی می‌تواند منجر به طراحی بسته‌های مداخله‌ای مناسبی شود که در تغییر نگرش و رفتار افراد مؤثر باشد. نتیجه مشابهی نیز در مطالعه Thrasher و همکاران (۳۱) گرفته شد که آن‌ها نیز از روش بازاریابی اجتماعی به‌عنوان یک کمپین قانون‌گذاری مناطق عاری از دود استفاده کرده بودند. در مطالعه‌ای در اندونزی، از روش بازاریابی اجتماعی برای ارتقای بیماریابی فعال در سل استفاده شد. بر اساس نتایج آن مطالعه، آگاهی افراد و همچنین بیماریابی بعد از اجرای مداخله افزایش معنی‌داری نشان داد (۳۲).

برای اجرای برنامه PPM در برنامه مبارزه با سل لازم است آزمایشگاه‌های بخش خصوصی به صورت داوطلبانه و بعد از دادن آگاهی کافی وارد برنامه شوند. همچنین یک بسته اطلاع‌رسانی و تشویقی برای پزشکان بخش خصوصی فراهم شود که در آن آموزش‌های مؤثر و کم‌حجم، پس‌خوراندها و احترام به بخش خصوصی گنجانده شده باشد. تغییر دیدگاه بخش دولتی به بخش خصوصی، و لزوم درگیر کردن بخش خصوصی در برنامه کنترل سل یک ضرورت است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از حمایت‌های مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره سل و جذام و معاونت بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان کرج تشکر و قدردانی می‌کنند. همچنین از حمایت‌های UNDP و WHO در حمایت از این پروژه قدردانی می‌گردد.

در برنامه مبارزه با سل، این روش بسیار کم و به صورت محدود مورد استفاده قرار گرفته است و یا اگر مطالعه‌ای انجام شده، اطلاعات آن منتشر نشده است و به نظر می‌رسد این اولین مطالعه با جزئیات و روش مناسب برای درگیر کردن بخش خصوصی در برنامه مبارزه با سل در دنیا با روش بازاریابی اجتماعی باشد. البته طراحی برنامه‌ها و بازاریابی اجتماعی به تنهایی نمی‌تواند تأثیر زیادی در برنامه سل داشته باشد مگر اینکه هم‌زمان دسترسی به خدمات نیز برای بیماران فراهم گردد. این خدمات باید در کمترین زمان و با کمترین هزینه قابل دسترس باشند (۳۳) تا اقدامات روی شرکای برنامه بتواند تأثیر مناسب را در ارتقای برنامه مبارزه با سل داشته باشد.

این مطالعه دارای محدودیت‌های نیز بود. مطالعه برای اجرا در شهرستان کرج که یک کلان‌شهر است طراحی شد که قابلیت تعمیم‌پذیری به شهرستان‌های کوچک را کم می‌کند.

نتیجه‌گیری

منابع

1. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Geneva: World Health Organization, 2010.
2. Nasehi M, Hassanzadeh J, Rezaianzadeh A, Zeigami B, Tabatabaee H, Ghaderi E. Diagnosis delay in smear positive tuberculosis patients. *J Res Med Sci* 2012; 17: 1001-4.
3. Hassanzadeh J, Nasehi M, Rezaianzadeh A, Tabatabaee H, Rajaeifar A, Ghaderi E. Pattern of Reported Tuberculosis Cases in Iran 2009-2010. *Iranian J Publ Health* 2013; 42: 72-8.
4. Malmberg R, Mann G, Squire SB. A systematic assessment of the concept and practice of public-private mix for tuberculosis care and control. *Int J Equity Health* 2011; 10: 49.
5. Pethani A, Zafar M, Khan AA, Rabbani Sana U, Ahmed S, Fatmi Z. Engaging General Practitioners in Public-Private Mix Tuberculosis DOTS Program in an Urban Area in Pakistan: Need for Context-Specific Approach. *Asia Pac J Public Health* 2013.
6. Organization WH. Public-Private Mix for TB Care and Control: A Toolkit. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Quang TN. Cost-Effectiveness of Public-Private Mixed Models in National Tuberculosis Program in Ho Chi Minh City, Vietnam. *PSAKUIJIR* 2013; 1: 44.
8. Kula N, Fryatt RJ. Public-private interactions on health in South Africa: opportunities for scaling up. *Health Policy Plan* 2013.
9. Lal SS, Uplekar M, Katz I, et al. Global Fund financing of public-private mix approaches for delivery of tuberculosis care. *Trop Med Int Health* 2011; 16: 685-92.
10. Kestane SU. Differences between the concepts associated with social marketing. *International Journal of Economic and Administrative Studies* 2014; 7: 193-2008.
11. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. *J Mark* 1971; 35: 3-12.
12. Chapman D, Rudd R, Moeykenz BA, Moloney TW. Social Marketing For Public Health. *Health Affairs* 1993; 12: 105.
13. Birkinshaw M. Social marketing for health. WHO press.
14. McKenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, implementing and evaluating health promotion programs. A Primer. 4 ed. New York: Pearson/Benjamin Cummings; 2005.
15. Neiger BL, Thackeray R, Barnes MD, McKenzie JF. Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies* 2003; 18: 75-81.
16. Neiger BL, Thackeray R. Application of the SMART Model in two successful social marketing projects. *American Journal of Health Education* 2002; 33: 291-3.
17. Shams M, Rashidian A. Social Marketing: application and advantage in continuous medical education. *Center of Kerman University of Medical Sciences* 2006; 3: 58-68.
18. Shams M. Audience segmentation in health promotion in worksites: application of social marketing concepts. *Kar-e-Salem Quarterly* 2007; 1: 8-12.
19. Evers U, Jones SC, Iverson D, Caputi P. 'Get Your Life Back': process and impact evaluation of an asthma social marketing campaign targeting older adults. *BMC Public Health* 2013; 13: 759.
20. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; 55: s95-101.
21. Gilbert M, Cook D, Steinberg M, et al. Targeting screening and social marketing to increase detection of acute HIV infection in men who have sex with men in Vancouver, British Columbia. *AIDS* 2013; 27: 2649-54.
22. Athey VL, Suckling RJ, Tod AM, Walters SJ, Rogers TK. Early diagnosis of lung cancer: evaluation of a community-based social marketing intervention. *Thorax* 2012; 67: 412-7.
23. Firestone R, Rowe CJ, Modi SN, Sievers D. The effectiveness of social marketing in global health: a systematic review. *Health Policy Plan* 2017; 32: 110-24.

24. Turk T, Malau C, Rose A. An Integrated Approach to Strategic Communication and Condom Social Marketing to Address the HIV/AIDS Epidemic in Papua New Guinea. *Tahir Turk, SF J AIDS HIV Res* 2017; 1: 1-15.
25. Mohammadi N, Rafieifar Sh, Aghamolaei T, et al. Curriculum of health education for health educators. Tehran: Mehravesh, 2006.
26. Mah MW, Deshpande S, Rothschild ML. Social marketing: a behavior change technology for infection control. *Am J Infect Control* 2006; 34: 452-7.
27. Grier S, Bryant CA. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health* 2003; 24: 319-35.
28. Tweneboah-Koduah E, Owusu-Frimpong N. Social Marketing Communications on AIDS: Views of Implementers in Ghana. *Journal of Business Diversity* 2015; 15: 91-101.
29. Harris AO, Jubwe S, Kennedy SB, et al. Condom social marketing program to prevent HIV/AIDS in post-conflict Liberia. *Afr Health Sci* 2011; 11 Suppl 1: S77-81.
30. Janssen MM, Mathijssen JJ, van Bon-Martens MJ, van Oers HA, Garretsen HF. Effectiveness of alcohol prevention interventions based on the principles of social marketing: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013; 8: 18.
31. Thrasher JF, Huang L, Perez-Hernandez R, Niederdeppe J, Arillo-Santillan E, Alday J. Evaluation of a social marketing campaign to support Mexico City's comprehensive smoke-free law. *Am J Public Health* 2011; 101: 328-35.
32. Sulaeman E, Nurayni D, Susanti R, et al. Application of Social Marketing in Active Case Finding of Tuberculosis: Evidence from Indonesia. . InInternational Conference on Public Health 2016.
33. Armijos RX, Weigel MM, Qincha M, Ulloa B. The meaning and consequences of tuberculosis for an at-risk urban group in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23: 188-97.

Designing A Public-Private Mixed Program for Control of Tuberculosis in Islamic Republic of Iran Using Social Marketing Method

Ghaderi E¹, Nasehi M², Hassanzadeh J³, Barati HO⁴, Taheri SH⁴, Gholami M⁴, Bazrafshan MR⁴, Taghizadeh Asl R⁵, Shams M⁶

1- Associate Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2- Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Health and Nutrition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4- Doctor of Medicine, Department of Communicable Diseases Control and Prevention, Deputy of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

5- Doctor of Medicine, World Health Organization Country Office in Iran, Tehran, Iran

6- Associate Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Corresponding author: Shams M, moshaisf@yahoo.com

(Received 18 December 2018; Accepted 21 May 2019)

Background and Objectives: Social marketing is a method that acts through identifying the needs and demands of the audience and specifying the components of the behavioral market using the results of developmental research. So far, social marketing has not been used to involve the private sector in the tuberculosis (TB) control program. The aim of this study was to design a Public-Private Mix (PPM) program using social marketing.

Methods: This qualitative study was conducted using focused group discussions (FGD) with six different groups, including tuberculosis coordinator physicians, specialists from different fields in the private section, and managers of selected private laboratories and hospitals in Karaj in 2013 and the components of the PPM program were determined according to the results of the qualitative study.

Results: Most of the participants believed that participation of the private sector in the TB program was associated with significant challenges, including the lack of a well-defined process for communicating with the private sector, lack of a suitable platform, lack of appropriate monitoring tools, private sector's lack of compliance, private sector's lack of familiarity with national TB program protocols, lack of appropriate incentive and punitive measures, lack of appropriate feedback to the private sector, and monopoly in laboratories.

Conclusion: To run PPM in the TB program, it is necessary to involve laboratories in the program voluntarily. It is also essential to provide an informational and incentive package containing effective and low-volume tutorials; the package should facilitate feedback and promote respect for the private sector.

Keywords: Public-private mix (PPM), Social marketing, Tuberculosis