Applying systems thinking to facilitate integrating physiotherapy services into primary health care in Iran

ShahAli Sh[1], Behzadifar M [2], Shahabi S[3*]

1. Iranian Center of Excellence in Physiotherapy, Rehabilitation Research Center, Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

3. Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: *2025/6/30* Accepted: *2025/9/22*

Abstract

Introduction: Despite all the successes of Iran's primary health care (PHC) network over the past decades and despite numerous reform programs, it still faces several challenges. Among these challenges is the lack of effective integration of rehabilitation services, including physiotherapy services, into this network. In response to such conditions, the aim of this study was to find critical policy points to facilitate the integration of physiotherapy services into Iran's PHC network, using a systems thinking approach.

Methods: In this study, the findings of the qualitative phase as well as the findings of the review section were used to develop systems thinking maps that represent the actors and their interactions in facilitating the integration of physiotherapy services into PHC. In the qualitative phase, 38 individuals including health policy makers, rehabilitation managers, physiotherapy faculty members, and physiotherapists participated. Also, in the second phase of the study, a review was conducted of all published qualitative studies related to the challenges and facilitators of the integration of physiotherapy services into primary health care around the world.

Results: Various factors play a role in the integration of physiotherapy services into PHC in Iran. The existing relationships between variables as well as the existing dynamics can affect the process of such integration. Based on the output of systems thinking, several macro factors play a role in this process, including the need for policymakers to be aware of physiotherapy services, attracting political support, seeking support from key stakeholders, participation of physiotherapy professionals in policy and decision-making processes, the existence of binding laws, and cross- and inter-sectoral collaborations. However, the existence of such facilitating factors requires the participation of the community, service recipients, and non-governmental organizations in the advocacy processes.

Conclusion: Several strategies can be used to strengthen the integration of these services into primary health care. These strategies include increasing awareness of physiotherapy services among policymakers and decision-makers, involving physiotherapists in policy-making processes, increasing community and non-governmental participation, seeking support from powerful and influential institutions, utilizing tele-rehabilitation, providing comprehensive educational services to physiotherapists, and providing a platform for professional and career development for physiotherapists..

Keywords: Physiotherapy, Rehabilitation, Primary health care, Health policy, Qualitative study, Systems thinking, Iran

Citation: ShahAli Sh, Behzadifar M, Shahabi S. Applying systems thinking to facilitate integrating physiotherapy services into primary health care in Iran. Yafte. (Special Policy Brief) :64-79.

***Correspondence Address: School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran**

Email: Saeedshahabi1@gmail.com

بهره‌گیری از رویکرد تفکر سیستمی به منظور تسهیل ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران

شبنم شاه‌علی [۱]، مسعود بهزادی فر [۲]، سعید شهابی [۳*]

۱- قطب علمی آموزشی فیزیوتراپی ایران، مرکز تحقیقات توانبخشی، گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

یافته / ویژه نامه خلاصه سیاستی / پاییز ۱۴۰۴

چکیده

دریافت مقاله: ۹/ ۱۲/ ۱۴۰۳ پذیرش مقاله: ۱۳۱/ ۶/۱۴۰۴

مقدمه: علیرغم تمامی موفقیت‌های شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در طی دهه‌های اخیر و باوجود انجام برنامه‌های اصلاحی متعدد، همچنان با چالش‌های متعددی مواجه است. از جمله این چالش‌ها می‌توان به عدم ادغام اثربخش خدمات توانبخشی از جمله خدمات فیزیوتراپی در این شبکه اشاره کرد. در پاسخ به چنین شرایطی، هدف این مطالعه این است تا با استفاده از رویکرد تفکر سیستمی، به یافتن نقاط سیاستی حیاتی به منظور تسهیل ادغام خدمات فیزیوتراپی در شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران بپردازد. روش کار: در مطالعه حاضر از یافته‌های فاز کیفی و نیز یافته‌های بخش مروری به منظور توسعه نقشه‌های تفکر سیستمی که بیانگر بازیگران و تعاملات آنها در مسیر تسهیل ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد، استفاده شده است. در فاز کیفی، ۳۸ فرد شامل سیاستگذاران سلامت، مدیران حوزه توانبخشی، اعضای هیأت علمی فیزیوتراپی و ارائه‌دهندگان خدمات فیزیوتراپی مشارکت داشتند. همچنین، در فاز دوم مطالعه، مروری انجام شد بر تمامی مطالعات کیفی منتشر شده در ارتباط با چالش‌ها و تسهیل‌گرهای ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت در سراسر دنیا. نتایج: عوامل مختلفی در ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران نقش دارند. روابط موجود میان متغیرها و نیز پویایی موجود می‌تواند بر فرایند چنین ادغامی مؤثر باشند. بر اساس خروجی تفکر سیستمی، عوامل کلان متعددی در این فرآیند نقش دارند که از آن جمله می‌توان به ضرورت آگاهی سیاستگذاران نسبت به خدمات فیزیوتراپی، جلب حمایت سیاسی، حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی، مشارکت متخصصان فیزیوتراپی در فرآیندهای سیاستگذاری و تصمیم‌گیری، وجود قوانین الزام آور و نیز همکاری‌های فرا- و بین- بخشی اشاره کرد. این در حالی است که وجود چنین عوامل تسهیل‌گری نیازمند وجود مشارکت جامعه، دریافت‌کنندگان خدمات و نیز نهادهای غیردولتی در فرآیندهای حمایت‌طلبی می‌باشد. نتیجه‌گیری: از راهکارهای متعددی به منظور تقویت ادغام این خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت می‌توان استفاده کرد. از جمله این راهکارها می‌توان به افزایش آگاهی سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان نسبت به خدمات فیزیوتراپی، مشارکت متخصصان فیزیوتراپی در فرآیندهای سیاستگذاری، افزایش مشارکت جامعه و نهادهای غیردولتی، حمایت‌طلبی از نهادهای صاحب قدرت و پُرنفوذ، بهره‌گیری از توانبخشی از راه دور، ارائه خدمات آموزشی جامع به فیزیوتراپیست‌ها و فراهم کردن بستر توسعه حرفه‌ای و شغلی برای فیزیوتراپیست‌ها اشاره کرد.

واژه‌های کلیدی: فیزیوتراپی، توانبخشی، مراقبت‌های اولیه سلامت، سیاستگذاری سلامت، مطالعه کیفی، تفکر سیستمی، ایران.

***آدرس مکاتبه: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت.**

پست الکترونیک: Saeedshahabi1@gmail.com

مقدمه

شیوع و بروز بیماری‌های مزمن در سطح جهان در حال افزایش است (۱, ۲). علاوه بر این، بالا رفتن نرخ امید به زندگی، افزایش حوادث طبیعی نظیر سیل و زلزله، شدت گرفتن جراحات و حوادث ترافیکی و نیز افزایش بیماری‌های نورولوژیک نظیر سکته مغزی باعث شده‌اند تا ناتوانی در جوامع مختلف رو به ازدیاد باشد (۳, ۴). از همین رو، تقاضا برای دریافت خدمات توانبخشی نظیر خدمات فیزیوتراپی روزبه‌روز در حال افزایش است (۵, ۶). تخمین زده می‌شود که حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان از ناتوانی رنج می‌برند و برای بازگشت به حداکثر عملکرد قابل دستیابی، نیازمند چنین خدمات توانبخشی می‌باشند (۴). خدمات فیزیوتراپی به عنوان بخشی از خدمات توانبخشی شامل مجموعه‌ای از مداخلات بالینی مبتنی بر شواهد علمی هستند که با هدف بهبود حرکات فرد، کاهش درد، بازیابی عملکردی، پیشگیری از ناتوانی‌هایی ثانویه و نیز پیشگیری از از دست رفتن توانایی حرکتی فرد دارای ناتوانی تجویز می‌شوند (۷).

نظام‌های سلامت از سطوح مختلفی تشکیل شده‌اند و تلاش دارند تا نیازهای سلامت عموم جامعه به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیری نظیر سالمندان، افراد دارای ناتوانی و... را در همان سطوح اول و با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه سلامت پاسخ دهند (۸). خدمات مراقبت اولیه سلامت طیفی از خدمات پیشگیرانه، ارتقایی، درمانی، توانبخشی و تسکینی را با رویکردهای جامعه‌محور ارائه می‌دهد (۹). از همین رو، فراهم کردن اثربخش خدمات مراقبت اولیه نیازمند رویکرد چند حرفه‌ای و بین‌بخشی می‌باشد، به گونه‌ای که حرفه‌های مختلف شامل پزشکان، پرستاران، متخصصان تغذیه، متخصصان توانبخشی (شامل فیزیوتراپیست‌ها) و غیره در آن مشارکت دارند (۷). بر اساس شواهد علمی موجود، ارائه خدمات توانبخشی نظیر خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت نه تنها دارای مزایای سلامتی می‌باشد، بلکه دارای منافع اجتماعی و اقتصادی متعددی هم می‌باشد (۴, ۱۰, ۱۱). در واقع، بر خلاف دیدگاه عموم نسبت به خدمات فیزیوتراپی که همواره به عنوان خدمات سطح سوم در نظر گرفته می‌شود، بسیاری از خدمات فیزیوتراپی دارای اثرات پیشگیرانه بوده و در صورت ارائه به موقع به گروه‌های هدف، می‌توانند از بسیار از مشکلات جسمی در آینده جلوگیری کنند (۴). برای مثال، در صورتی که بیماران سکته مغزی به موقع خدمات فیزیوتراپی را دریافت کنند، از بسیاری از ناتوانی‌های بلندمدت آنها می‌توان جلوگیری کرد (۱۱). بنابراین، ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت به‌ویژه در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط نظیر ایران حائز اهمیت می‌باشد (۷, ۱۲).

در ایران، اولین اقدامات برای توسعه شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۳۶۳ تصویب و در طی شش سال به‌صورت گام به گام در سراسر کشور به اجرا درآمد (۹). بر اساس شواهد موجود، برنامه شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران یکی از موفق‌ترین برنامه‌های اصلاحی نظام سلامت در سطح جهان بوده و توانست شاخص‌های سلامت به‌ویژه در مناطق روستایی را بصورت چشمگیری ارتقا دهد (۱۳). بر اساس ساختار شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران (شبکه بهداشت و درمان)، کوچکترین واحد ارائه‌دهنده خدمت «خانه بهداشت» است که با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت آموزش دیده که بهورز نامیده می‌شوند، تجهیز شده‌اند. خانه بهداشت ساکنان یک روستا (و گاهی اوقات ساکنان روستاهای وابسته) که جمعیتی حدود ۱۲۰۰ نفر می‌باشد را پوشش می‌دهد. بعد از خانه بهداشت، مراکز سلامت روستایی هستند که شامل یک پزشک آموزش دیده و تیمی از کارکنان سلامت می‌باشد و جمعیتی حدود ۷۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. در واقع، مرکز سلامت روستایی تنها واحد پزشکی دولتی مستقر در مناطق روستایی می‌باشد (۱۴). در سطح شهرستان هم پایگاه‌های سلامت می‌باشند که خدماتی مشابه مراکز سلامت روستایی ارائه می‌دهند. مرکز سلامت شهرستان وظیفه هدایت و مدیریت شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت را در سطح شهرستان به عنوان کوچکترین واحد مدیریتی نظام سلامت ایران بر عهده دارد. همچنین، مدیریت این شبکه در سطوح استانی و ملی بر عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی می‌باشد (۱۲). شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران عمدتاً توسط منابع دولتی تأمین مالی می‌شود و دولت ارائه دهنده خدمات می‌باشد (۱۵). تمامی خدمات شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت بصورت رایگان ارائه شده و تقریباً تمامی جمعیت را تحت پوشش دارد به گونه‌ای که پوشش در مناطق روستایی بیش از ۹۵ درصد است (۱۶).

علیرغم تمامی موفقیت‌های شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در طی دهه‌های اخیر و با وجود انجام برنامه‌های اصلاحی متعدد، همچنان با چالش‌های متعددی مواجه می‌باشد (۱۴). از جمله این چالش‌ها می‌توان به عدم ادغام اثربخش خدمات توانبخشی از جمله خدمات فیزیوتراپی در این شبکه اشاره کرد (۱۲, ۱۷, ۱۸). در ایران، خدمات فیزیوتراپی عمدتاً در بخش خصوصی ارائه می‌شوند و پوشش بیمه‌ای ناکافی سبب تحمیل هزینه‌های سنگین به دریافت‌کنندگان خدمات شده است. این وضعیت موجب شده گروه‌های نیازمند، به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار، دسترسی به‌موقع به خدمات توانبخشی نداشته باشند. در عین حال، حضور فیزیوتراپیست‌ها در ساختار رسمی شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت کشور بسیار محدود است. چنین شرایطی ضرورت توجه جدی به ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران را دوچندان می‌کند. در واقع، پیر شدن جمعیت ، افزایش چشمگیر بیماری‌های نورولوژیک نظیر سکته مغزی، افزایش حوادث ترافیکی و همچنین افزایش حوادث طبیعی در ایران باعث شده است تا ادغام این دسته از خدمات در شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت غیر قابل اجتناب باشد (۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت می‌تواند هزینه‌اثربخش بوده و به عنوان یک راهبرد با ارزش بالا (high value) بستر لازم برای ارائه خدمات مراقبتی جامع نگر را مهیاء سازد (۲۰). همچنین، پزشکان و پرستاران شاغل در مراقبت‌های اولیه سلامت به نقش پُررنگ و کمک‌کننده فیزیوتراپیست‌ها به عنوان عضوی از تیم مراقبت‌های اولیه سلامت اشاره نموده‌اند (۲۱). امروزه غالب خدمات فیزیوتراپی در ایران توسط مراکز خصوصی ارائه می‌شوند که با توجه به پوشش ضعیف بیمه‌ای، بار مالی قابل توجهی را بر دریافت‌کنندگان خدمات وارد می‌کند (۱۷, ۱۸). چنین وضعیتی باعث شده است تا بسیاری از گروه‌های نیازمند از دریافت به موقع این خدمات محروم شوند یا با تأخیر قادر به بهره‌مندی از چنین خدماتی باشند. در پاسخ به چنین شرایطی، این مطالعه تلاش نموده است تا با استفاده از رویکرد تفکر سیستمی، به یافتن نقاط سیاستی حیاتی به منظور تسهیل ادغام خدمات فیزیوتراپی در شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت ایران بپردازد.

روش‌کار

این مطالعه بخشی از یک مطالعه پژوهشی بزرگ‌تر می‌باشد که در طی سال‌های ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۳ به انجام رسیده است و پیش از این دو مقاله از آن منتشر شده است (۱۲, ۲۲). در مطالعه حاضر از یافته‌های فاز کیفی و نیز یافته‌های بخش مروری به منظور توسعه نقشه‌های تفکر سیستمی (که بیانگر بازیگران و تعاملات آنها در مسیر تسهیل ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد)، استفاده شده است. در فاز کیفی، ۳۸ فرد شامل سیاستگذاران سلامت، مدیران حوزه توانبخشی، اعضای هیأت علمی فیزیوتراپی و ارائه‌دهندگان خدمات فیزیوتراپی مشارکت داشتند (۱۲). همچنین، در فاز دوم مطالعه، مروری انجام شد بر تمامی مطالعات کیفی منتشر شده در ارتباط با چالش‌ها و تسهیل‌گرهای ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت در سراسر دنیا (۲۲).

بر اساس شواهد علمی، همواره باید پیچیدگی و نیز پویایی مستمر نظام‌های سلامت را در نظر داشته باشیم (۲۳). از همین رو، اتحادیه سیاستگذاری سلامت و تحقیقات سیستم‌ها وابسته به سازمان بهداشت جهانی اقدام به انتشار گزارشی نموده است درباره بهره‌مندی از خدمات تفکر سیستمی در مسیر تقویت نظام‌های سلامت بویژه در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط (۲۴). در واقع، مطالعات متعددی به اهمیت بهره‌گیری از رویکرد تفکر سیستمی در شناخت مسائل پیچیده حوزه سلامت و یافتن نقاط کلیدی برای اعمال سیاست‌های اصلاحی تأکید داشته‌اند (۲۳).

تفکر سیستمی به واقع یک رویکرد کلی‌نگر است که تلاش دارد تا اجزای مختلف تشکیل‌دهنده یک سیستم و نیز تعاملات میان این اجزاء را شناسایی نماید. مطالعات متعددی به این موضوع اشاره نموده‌اند که با بهره‌گیری از رویکرد تفکر سیستمی می‌توان اهرم‌های سیاستی را تشخیص و راهبردهای حل مسئله اثربخشی را ارائه کرد (۲۵). در این رویکرد، روابط و تعاملات میان اجزای تشکیل دهنده یک سیستم با استفاده از «نمودارهای حلقه علیتی (Causal Loop Diagrams)» نمایش داده می‌شوند (۲۶).

در این نمودارها دو دسته فلش داریم؛ فلش آبی (فلش مثبت) که بیانگر رابطه علیتی مستقیم بین دو متغیر است و فلش قرمز (فلش منفی) که نشان‌دهنده رابطه علیتی معکوس بین دو متغیر مورد نظر می‌باشد (۲۷). حلقه‌های علیتی نیز دو دسته می‌باشند؛ حلقه‌های تقویت‌کننده که منجر به ایجاد رشد نمایی می‌شوند و با حرف انگلیسی R نمایش داده می‌شوند و حلقه‌های متعادل‌کننده که بیانگر این واقعیت است که با این روند، رشد نمی‌تواند ادامه یابد و با حرف انگلیسی B نمایش داده می‌شود (۲۳, ۲۶). جهت هر حلقه بر اساس ساعت‌گرد یا پادساعت‌گرد بودن حلقه‌های تقویت‌کننده یا متعادل‌کننده تعیین می‌شود. در این مطالعه از نرم افزار Vensim PLE ورژن ۸,۱ به منظور ایجاد حلقه‌های علی استفاده شده است.

به منظور توسعه نقشه تفکر سیستمی در این مطالعه، ابتدا متغیرهای دخیل در ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت با استفاده از دو مطالعه پیشین تعیین شدند. در مرحله بعد، گروهی شش نفره از خبرگان متشکل از اساتید رشته فیزیوتراپی، متخصصان سیاستگذاری سلامت، متخصصان حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و نیز متخصصان حوزه تفکر سیستمی اقدام به توسعه نقشه تفکر سیستمی نمودند. این نقشه شامل متغیرهای دخیل در ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت و نیز روابط میان آنها بود. همچنین، با استفاده از نرم افزار، حلقه‌های تقویت‌کننده و متعادل‌کننده تشخیص و نمایش داده شدند. در واقع، نقشه علیتی به دست آمده نمایانگر کیفی شرایط حاکم بر پدیده مورد مطالعه ما یعنی ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت در کشور ایران می‌باشد.

پروپوزال این مطالعه توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

نتایج

همان گونه که در تصویر ۱ آمده است، عوامل مختلفی در ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران نقش دارند. روابط موجود میان متغیرها و نیز پویایی موجود می‌تواند بر فرآیند چنین ادغامی مؤثر باشند. بر اساس نقشه تفکر سیستمی تهیه شده، تمامی فلش‌ها مثبت (به رنگ آبی) بوده و بیانگر روابط علیتی مستقیم هستند. همچنین، در این نقشه، ۹ حلقه تقویت‌کننده وجود دارد که از R1 تا R9 نام‌گذاری شده‌اند که در ادامه به آنها می‌پردازیم.

حلقه‌های تقویت‌کننده R1 و R2 بیانگر این واقعیت هستند که چگونه آگاهی سیاستگذارن نسبت به خدمات فیزیوتراپی به همراه وجود حمایت سیاسی می‌تواند تسهیل‌گر ایجاد یک راهبرد ملی برای ادغام این خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران باشد. همان‌گونه که قابل ملاحظه است، مشارکت جامعه و سازمان‌های مردم نهاد در فرآیند ادغام خدمات به همراه افزایش آگاهی دریافت‌کنندگان خدمات فیزیوتراپی می‌تواند بستر لازم برای حمایت‌طلبی را فراهم آورد. چنین حمایت‌طلبی از نهادهای قدرتمند و پُرنفوذ باعث می‌گردد تا آگاهی سیاستگذاران افزایش پیدا کرده و زمینه لازم برای دریافت حمایت سیاسی برای چنین برنامه اصلاحی را فراهم آورد. وجود حمایت سیاسی باعث می‌گردد تا ضمانت‌های اجرایی برای قوانین وضع شده ایجاد شده و به دنبال آن فضای لازم برای همکاری بین- و فرا-بخشی بین نهادهای سیاستگذار و اجرایی فراهم می‌گردد. حاصل چنین مسیری، ایجاد یک راهبرد ملی به منظور ادغام خدمات فیزیوتراپی در کشور می‌باشد.

بر اساس حلقه تقویت‌کننده R3، حضور متخصصان فیزیوتراپی در فرآیند سیاستگذاری از اهمیت فراوان برخوردار است. در واقع، چنین مشارکتی در تصمیم‌گیری

می‌توانـد ضـمن افـزایش آگـاهی سـایر سیاسـتگذاران و تصمیم‌گیرندگان نسبت به خدمات فیزیوتراپی، شـرایط لازم برای توسعه یک راهبرد ملی اثـربخش و کـاربردی را فـراهم کند. در حلقه تقویت‌کننـده R4 نیـز بـه اهمیـت مشـارکت عمـوم جامعـه در فرآینـد حمایـت‌طلبی و افـزایش آگـاهی سیاستگذاران اشاره می‌شود. در واقع، اعتقاد بر این است کـه حمایت‌طلبی از ذینفعان صاحب قدرت و منابع و نیز افزایش آگـاهی سیاسـتگذاران می‌توانـد خـود بسترسـاز افـزایش مشارکت فیزیوتراپیست‌ها در فرآیندهای سیاستگذاری باشد. دیگر نکته حائز اهمیت که حلقه تقویت‌کننـده R5 بـر روی آن تأکید کرده است، وجود همکاری‌های بین- و فرا -بخشی و نیز راهبرد ملی برای ادغـام خـدمات اسـت کـه می‌تواننـد تقویت‌کننده همدیگر باشند، به این معنا که هم وجـود یـک راهبرد ملی اثربخش می‌تواند تسهیل‌گر همکاری‌هـا باشـد و هم وجود همکاری‌های بین - و فرا -بخشی واقعـی می‌توانـد بسترساز یک راهبرد ملی باشد.

در کنار عوامل کلان و سیاستگذاری، عوامـل حرفـه‌ای و محیطـی نیـز بـر فرآینـد ادغـام خـدمات فیزیـوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت نقش دارند. از جمله این موارد کـه تشـکیل‌دهنده حلقـه تقویت‌کننـده R6 می‌باشـد، وجـود همکاری بین حرفه‌های مختلف مراقبت‌های اولیه سـلامت و نیز کار تیمی اثربخش می‌باشد. این حلقه بیانگر این واقعیت است که هم کار تیمی می‌تواند ارتقـاء دهنـده همکاری‌هـای بین‌حرفه‌ای باشـد و هـم وجـود همکاری‌هـای بین‌حرفـه‌ای می‌تواند بهبوددهنـده کـار تیمـی باشـد. همان‌گونـه کـه در تصویر مشخص است، روش بودن مرزهـای بـین حرفـه‌های درگیر در برنامه پیش‌نیـاز همکاری‌هـای بین‌حرفـه‌ای و نیـز کار تیمی اثربخش می‌باشد. علاوه بـر ایـن، انگیـزه کارکنـان می‌بایست همواره مدنظر باشد و عوامل مؤثر بـر آن بصـورت مستمر پایش گردد. حلقه تقویت‌کننـده R8 و R9 بـه ایـن موضوع اشاره دارند و بیان می‌کنند که در نظر گرفتن مسـیر توسعه و پیشرفت شـغلی بـرای فیزیوتراپیسـت‌ها در برنامـه مراقبت‌های اولیه سلامت می‌تواند ارتقاءدهنـده انگیـزه ایـن دسته از کارکنان باشد. همچنین، فراهم کردن یـک محـیط کاری منعطف و حمایتگر نیز می‌تواند چنـین تـأثیری را بـر روی انگیزه فیزیوتراپیست‌ها داشته باشد. افزایش انگیزه ایـن دسته از کارکنان می‌تواند فرآیند ادغام آنهـا در مراقبت‌هـای اولیه سلامت را بصورت چشمگیری افزایش تسهیل کند.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، فیزیوتراپیسـت‌ها بـرای انجـام اثربخش نقش خود به عنوان یک مراقب اولیه سلامت، نیـاز اسـت که به یکسری توانمندی‌ها هم مجهز شوند. همانگونه که خروجـی تفکـر سیسـتمی نشـان می‌دهـد، ارائـه آمـوزش جـامع بـه فیزیوتراپیست‌ها به گونه‌ای که قادر به بهره‌مندی از شواهد علمـی باشند دارای اهمیت است. چرا که همین توانمندی ایـن امکـان را فراهم خواهد کرد تا آنها بتوانند از راهنماهای بالینی جامع و به روز برای ارائه خدمات خود استفاده کنند. همچنـین، چنـین آمـوزش جـامعی بایـد بـه گونـه‌ای باشـد کـه دانـش داروشناسـی و نیـز روانشناختی قابل قبولی به فیزیوتراپیست‌ها انتقال دهد. در واقع، با توجه به ماهیت مراقبت‌های اولیه سلامت، آگاهی فیزیوتراپیست‌ها نسبت به مداخلات دارویی و روانشناختی غیرقابل اجتناب است.

موجود بودن سیستم‌های اطلاعاتی جامع از دیگر پیش‌نیازهـای ادغام اثربخش خـدمات فیزیـوتراپی در مراقبت‌هـای اولیـه سـلامت می‌باشد. همان‌گونه که در حلقه تقویت‌کننده R7 آمده است، وجود چنین سیستم‌هایی می‌تواند بسترساز اعتباربخشی و ارزشیابی جامع خدمات ارائه شده باشد. با چنین رویکردی است که می‌توان نسـبت به کیفیت خدمات ارائه شده اطمینان حاصل کرد. همچنین، وجـود مکانیزم‌های اعتباربخشی، شرایط لازم برای پایش مسـتمر خـدمات ارائه شده را فراهم می‌کند تا در صورت هـر گونـه انحـراف، اقـدامات اصلاحی به موقع انجام پذیرد. در این مطالعـه، راهبردهـای متنـوعی برای تسهیل این ادغام ارائه شده است که از آن جملـه می‌تـوان بـه بهره‌گیری از خـدمات توانبخشـی از راه دور و اسـتفاده از تـیم‌هـای توانبخشی سیار (شامل فیزیوتراپیست) اشاره کرد. این راهبردهـا نیـز دارای پیش‌نیازهای متعددی می‌باشند که در نقشه تفکر سیسـتمی قابل مشاهده هستند.

وجود منابع مالی کافی از دیگر عوامل مؤثر بر ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران می‌باشد. همانطور که در نقشه تفکر سیستمی آمده است، در صورت وجود حمایت سیاسی کافی، می‌توان منابع مالی مورد نیاز را برای ادغام این خدمات جذب نمود. هنگامی که منابع مالی کافی اختصاص پیدا کند، در نظر گرفتن خدمات فیزیوتراپی مورد نظر در بسته پایه خدمات سلامت نیز امکان‌پذیر خواهد بود. در این صورت این دسته از خدمات فیزیوتراپی تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت قرار گرفته و ارائه آنها در بستر مراقبت‌های اولیه سلامت فراهم می‌شود. تقویت نظام ارجاع هم به عنوان پیش نیاز مهم چنین ادغام مورد تأکید قرار گرفته شده است. در واقع، روشن بودن جریان ارائه خدمات از خدمات اولیه تا تخصصی باعث می‌گردد تا خدمات فیزیوتراپی مورد نظر به خوبی در سطوح اولیه نظام سلامت یعنی خدمات مراقبت اولیه سلامت ارائه گردند.

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه ترکیبی، عوامل مختلفی در ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت کشور ایران نقش دارند. از همین رو، در نظر گرفتن این عوامل و نیز تعاملات میان آنها می‌تواند بیانگر نقاط کلیدی برای سیاستگذاری باشد. بر اساس خروجی تفکر سیستمی، عوامل کلان متعددی در این فرآیند نقش دارند که از آن جمله می‌توان به ضرورت آگاهی سیاستگذاران نسبت به خدمات فیزیوتراپی، جلب حمایت سیاسی، حمایت طلبی از ذیفنعان کلیدی، مشارکت متخصصان فیزیوتراپی در فرآیندهای سیاستگذاری و تصمیم‌گیری، وجود قوانین الزام آور و نیز همکاری‌های فرا- و بین- بخشی اشاره کرد. این در حالی است که وجود چنین عوامل تسهیل‌گری نیازمند وجود مشارکت جامعه، دریافت‌کنندگان خدمات و نیز نهادهای غیردولتی در فرآیندهای حمایت‌طلبی می‌باشد. ایجاد چنین شرایطی است که می‌تواند بستر لازم برای ایجاد یک راهبرد ملی و به دنبال آن ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت را در سطح کلان مهیاء سازد. علاوه بر این، وجود سیستم‌های جامع اطلاعات سلامت به گونه‌ای که شرایط لازم برای اعتباربخشی و ارزشیابی اثربخش را فراهم آورند، بسیار حائز اهمیت است. دسته‌ای از عوامل نیز مرتبط با آموزش فیزیوتراپیست‌ها می‌باشند، به گونه‌ای که فرآیند آموزش دانشگاهی این دسته از درمانگران باید به گونه‌ای باشد که دانش داروشناسی، روانشناختی، عملکرد مبتنی بر شواهد علمی به روز و نیز ارائه خدمات از راه دور را در بر گیرد. در ارتباط با سازماندهی خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت لازم است تا مکانیزم‌های جامعی برای تسهیل پیشرفت فردی و توسعه شغلی آنها به همراه ایجاد یک محیط کار منعطف در نظر گرفته شود. نتیجه چنین شرایطی، ارتقای قابل توجه انگیزه کارکنان خواهد بود. در ادامه به بحث هر یک از این عوامل و تعاملات میان آنها پرداخته می‌شود.

عدم آگاهی سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت نسبت به خدمات فیزیوتراپی و اثرات مثبت آن در پیشگیری از بسیاری از مداخلات اسکلتی-عضلانی، باعث شده است تا چندان این خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در نظر گرفته نشوند (۱۲). چنین وضعیتی را می‌توان در کشورهای مختلف دنیا نیز مشاهده نمود (۲۸, ۲۹). از همین رو، لازم است تا در کنار افزایش آگاهی سیاستگذاران مرتبط، فیزیوتراپیست‌ها و متخصصان توانبخشی مشارکت فعال‌تری در فرآیندهای تصمیم‌گیری داشته باشند. همچنین، شواهد علمی انجام شده در این زمینه بیانگر این واقعیت هستند که باید در مسیر حمایت‌طلبی و توانمندسازی رهبری حوزه خدمات توانبخشی فیزیکی از جمله خدمات فیزیوتراپی حرکت کنیم (۲۲, ۳۰). چنین امری مستلزم مشارکت فعالانه انجمن‌های علمی فیزیوتراپی و نیز دریافت‌کنندگان خدمات به منظور درخواست این خدمات از نهادهای قدرت و پُرنفوذ نظیر دولت، مجلس شورای اسلامی و سایر نهادهای مرتبط می‌باشد (۳۱). یکی از فعالیت‌های رایج که در کشورهای مختلفی نیز به انجام رسیده است، برگزاری کمپین‌های آگاه‌سازی از سوی انجمن‌های علمی و نیز انجمن‌های وابسته به دریافت‌کنندگان خدمات می‌باشد (۳۲). از دیگر راهکارها می‌توان به این موارد اشاره کرد: تدوین و انتشار خلاصه‌های سیاستی (۳۱)، برگزاری نشست‌های علمی و میزگردهای سیاستی (۱۷)، ارائه آموزش‌های

سیاستگذاری و حمایت‌طلبی به رهبران و مدیران حوزه فیزیوتراپی (۴)، بهره‌گیری از ظرفیت فضای مجازی (۸) و ارائه مستندات مرتبط با پیامدهای بالینی و اقتصادی خدمات فیزیوتراپی به نهادهای تصمیم‌ساز (۱۸). در واقع، تا زمانی که احساس نیاز به ارائه این خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت در میان سیاستگذاران کلیدی شکل نگیرد، نمی‌توان یک راهبرد ملی برای چنین ادغامی را توسعه داد (۳۳, ۳۴).

ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت بدون وجود الزامات قانونی امکان‌پذیر نخواهد بود (۳۴). اگرچه توجه به خدمات توانبخشی از جمله خدمات فیزیوتراپی در اسناد بالادستی در ایران در طی سالیان اخیر افزایش یافته است، اما همچنان با کاستی‌های قابل ملاحظه‌ای مواجه می‌باشد (۳۱). اولین تأکیدات بر ارائه خدمات بازتوانی و توانبخشی را می‌توان در سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳) مشاهده نمود. همچنین در قانون برنامه ششم توسعه کشور ایران، وزارت بهداشت مکلف شده است تا خدمات توانبخشی را در کنار خدمات بهداشتی و درمانی با رویکرد ارتقای سلامت و پیشگیری از ناتوانی توسعه دهد. در قانون برنامه توسعه هفتم کشور نیز بر اهمیت ارائه خدمات توانبخشی سرپایی و بستری با اولویت بهداشت و پیشگیری تأکید شده است (۱۷, ۳۱, ۳۴). اگرچه خدمات توانبخشی بصورت کلی در برنامه‌های کلان کشور مورد اشاره قرار گرفته‌اند، اما غالباً فاقد الزامات اجرایی دقیق می‌باشند. در واقع، نبود شاخص‌های عملکردی شفاف، برنامه‌های عملیاتی جامع و نیز فقدان اعتبارات مستقل باعث شده‌اند تا همچنان خدمات توانبخشی نظیر خدمات فیزیوتراپی در حاشیه نظام سلامت قرار داشته باشند (۳۴). از همین رو، لازم است تا بستری فراهم گردد تا این دسته از خدمات به عنوان بخش حیاتی از عدالت در سلامت در نظر گرفته شوند. همچنین، با توجه به ماهیت چند بُعدی خدمات فیزیوتراپی، همکاری و هماهنگی فرا- و بین‌بخشی میان سازمان‌ها و نهادی مختلف ضروری است (۲۹, ۳۳, ۳۵). در واقع، هنگامی می‌توان در مسیر ارائه این خدمات در مراقبت‌های اولیه حرکت کرد که با ایجاد کارگروه‌های مشترک بین ذینفعان کلیدی، ضمن روشن کردن اهمیت این خدمات و پایبند نمودن بازیگران مختلف به ارائه این خدمات، بستر لازم برای قرارگیری خدمات ضروری و هزینه‌اثربخش فیزیوتراپی بسته خدمات مراقبت اولیه سلامت را مهیاء ساخت (۳۱).

از جمله نکات کلیدی برای ادغام خدمات فیزیوتراپی و ارائه این خدمات در بستر جامعه، لزوم مشارکت جامعه محلی، گروه‌های دریافت‌کننده این خدمات و نیز انجمن‌های محلی و نهادهای غیردولتی می‌باشد (۳۶, ۳۷). در واقع، وجود چنین مشارکتی یکی از اصول بنیادین نظام‌های سلامت مردم محور محسوب می‌شود. چنین رویکردی باعث بهبود اثربخشی، افزایش پذیرش اجتماعی و پایداری ارائه خدمات فیزیوتراپی می‌گردد. یکی از مهمترین مسائل در ارائه خدمات توانبخشی از جمله خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت، شناسایی نیازهای جوامع محلی می‌باشد که مردم محلی بهترین منبع برای شناسایی چنین نیازهایی می‌باشند (۳۶). همچنین، می‌توان از داوطلبان محلی پس از دریافت آموزش‌های اولیه در زمینه‌های ساده فیزیوتراپی نظیر تمرینات خانگی، پیشگیری از زمین خوردن، تحرک‌پذیری و غیره به منظور ارائه خدمات و نیز تداوم مراقبت در مناطق دور افتاده و محروم بهره گرفت (۳۹-۳۷). نهادی محلی و غیردولتی نظیر دهیاری‌ها، شوراها، سازمان‌های مردم نهاد (سمن‌ها) و مساجد نیز می‌توانند در ارائه حمایت‌های مالی، فراهم کردن مکان فیزیکی و نیز اطلاع‌رسانی در ارتباط با ارائه خدمات فیزیوتراپی نقش آفرینی کنند (۱۲, ۳۴). در واقع، مشارکت این نهادها باعث می‌گردد تا مقبولیت اجتماعی ارائه چنین خدماتی بصورت قابل توجهی افزایش یابد. همچنین، بهره‌گیری از گروه‌های همتا و همیار بیماران در جوامع محلی می‌تواند زمینه لازم برای اشتراک تجربیات دریافت کنندگان خدمات را فراهم نموده، حمایت‌های روحی-روانی را تقویت کرده و موجب استمرار در بهره‌مندی از خدمات فیزیوتراپی گردد (۴۰, ۴۱). در نهایت، بهره‌گیری از ظرفیت نظارت اجتماعی جوامع و نهادهای محلی می‌تواند بسترساز ارتقاء خدمات فیزیوتراپی ارائه شده باشد (۴).

آماده‌سازی فیزیوتراپیست‌ها برای فعالیت به عنوان مراقب اولیه در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت نیازمند ارائه خدمات آموزشی مورد نیاز در طی تحصیلات دانشگاهی و نیز آموزش ضمن خدمت می‌باشد. در واقع، آموزش ارائه شده در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد فیزیوتراپی می‌بایست فراتر از مهارت‌های بالینی کلاسیک باشد و آنها را برای کار در بستر جامعه، همکاری‌های بین‌رشته‌ای، تمرکز بر خدمات پیشگیرانه و سلامت‌نگر بودن توانمند سازد. بر اساس مطالعات انجام شده، از جمله مهارت‌های مورد نیاز برای فیزیوتراپیست‌ها در مراقبت‌های اولیه سلامت، مهارت‌های ارتباطی برای برقرار رابطه مناسب با بیماران و نیز سایر حرفه‌های دخیل در این برنامه مراقبتی می‌باشد (۲۲, ۴۲, ۴۳). در واقع، همان گونه که در این مطالعه و سایر مطالعات در سطح جهان آمده است، انجام کار تیمی یکی از پیش‌نیازهای ارائه موفقیت‌آمیز خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت است (۴۲, ۴۴, ۴۵). همین موضوع اهمیت آشنایی فیزیوتراپیست‌ها با مهارت‌های ارتباطی مورد نیاز برای کار تیمی را آشکار می‌سازد. همچنین، تعدادی از مطالعات به ضرورت آشنایی این دسته از فیزیوتراپیست‌ها با مهارت‌های رهبری و مدیریتی اشاره نموده‌اند (۷, ۴۶). آشنایی با رویکردهای روانشناختی و نیز دانش داروشناسی از دیگر مهارت‌هایی است که هم در این مطالعه و هم در مطالعات مشابه انجام شده مورد تأکید قرار گرفته‌اند (۴۹-۴۷). در واقع، با توجه به اینکه فیزیوتراپیست در مراقبت‌های اولیه سلامت در خط مقدم ارائه خدمات قرار دارد، آشنایی با این مهارت‌ها از اهمیت فراوان برخوردار است. در کنار همه این موارد، فارغ‌التحصیلان رشته فیزیوتراپی می‌بایست آموزش‌های لازم به منظور بهره‌مندی از شواهد علمی و نیز راهنماهای بالینی روزآمد و جامع را فرا بگیرند. موضوعی که توسط بسیاری از مطالعات مشابه انجام شده نیز مورد اشاره واقع شده است (۲۸). توانبخشی از راه از جمله رویکردهای نوین در ارائه خدمات فیزیوتراپی بویژه در مناطق محروم و دورافتاده معرفی شده است. از همین رو، لازم است تا فیزیوتراپیست‌ها با شیوه‌های ارائه خدمات فیزیوتراپی در چنین بستری آگاهی کافی را کسب کنند (۵۰).

ارائه خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت نیازمند وجود نیروی انسانی با انگیزه می‌باشد. به منظور جذب و نیز نگاهداشت نیروهای فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت می‌بایست شرایطی را فراهم کرد تا امکان توسعه حرفه‌ای و نیز توسعه فردی برای آنها وجود داشته باشد. در مطالعات متعددی به اهمیت این موضوع و تأثیر آن بر انگیزه فیزیوتراپیست‌ها اشاره شده است (۴۳, ۵۱). مثلاً می‌توان مسیرهایی نظیر ارتقاء به فیزیوتراپیست ارشد، مدیر برنامه توانبخشی منطقه و غیره را به عنوان جایگاه‌های شغلی در نظر گرفت. علاوه بر این، هم در این مطالعه و هم در مطالعات مشابه به اهمیت امکان کار در یک محیط شغلی انعطاف‌پذیر تأکید شده است (۴۶, ۴۸). در واقع، می‌بایست شرایط کاری را به گونه‌ای فراهم کرد تا فیزیوتراپیست‌ها از آزادی عمل مناسبی برای ارائه خدمات در ساعات مختلف روز برخوردار باشند. همچنین، روشن نمودن وظایف و نیز مرزهای بین حرفه‌های دخیل در ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت باعث می‌گردد تا تضادهای بین‌حرفه‌ای به حداقل رسیده و زمینه لازم برای همکاری‌های بین‌رشته و کار تیمی بصورت قابل ملاحظه‌ای تقویت گردد (۱۲). یکی از مسائل حیاتی در ارتباط با انگیزه نیروهای انسانی از جمله فیزیوتراپیست‌ها، در نظر گرفتن مکانیزم‌های پرداخت جذاب می‌باشد (۲۲). با توجه به اینکه فیزیوتراپیست‌ها غالباً در بخش خصوصی مشغول به کار هستند، در نظر گرفتن مکانیزم‌های جبران خدمت معقول در جذب آنها در برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت بسیار حایز اهمیت می‌باشد (۱۷, ۳۱). برخی از کشورها تلاش کرده‌اند تا با پرداخت مبتنی بر عملکرد و نیز در نظر گرفتن بسته‌های تشویقی برای فعالیت در مناطق محروم و دورافتاده (نظیر ضریب حقوقی بالاتر و امتیاز استخدامی)، نیروی انسانی مورد نیاز برای برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت خود را فراهم کنند (۱۷).

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت ایران نیازمند مجموعه‌ای از اقدامات هماهنگ در سطوح کلان، حرفه‌ای و اجتماعی است. آگاهی سیاستگذاران، حمایت سیاسی و قانونی، مشارکت فعال فیزیوتراپیست‌ها در سیاستگذاری، همکاری‌های بین‌بخشی، و نیز افزایش مشارکت جامعه و نهادهای غیردولتی از عوامل کلیدی در این مسیر هستند. در کنار این موارد، توسعه آموزش جامع دانشگاهی و ضمن خدمت، فراهم‌سازی بسترهای انگیزشی و مسیرهای پیشرفت شغلی برای فیزیوتراپیست‌ها و بهره‌گیری از ظرفیت‌های نوینی مانند توانبخشی از راه دور می‌تواند به تسهیل این فرایند کمک کند. اتخاذ چنین رویکردی می‌تواند هم اثربخشی شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت را ارتقا دهد و هم عدالت در دسترسی به خدمات توانبخشی را در کشور تقویت کند.

تشکر و قدردانی

تیم نویسندگان از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه مشارکت داشتند، کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به انجام رسید (کد: ۲۷۲۳۳).

مشارکت نویسندگان

شبنم شاه‌علی: طراحی مطالعه، مشارکت در انجام تحلیل‌ها، نگارش پیش‌نویس مطالعه، ویرایش و تکمیل گزارش نهایی. مسعود بهزادی‌فر: انجام مصاحبه، مشارکت در انجام تحلیل‌ها، نگارش پیش‌نویس مطالعه، ویرایش و تکمیل گزارش نهایی. سعید شهابی: طراحی مطالعه، انجام مصاحبه، تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، نگارش پیش‌نویس مطالعه، ویرایش و تکمیل گزارش نهایی.

ملاحظات اخلاقی

مرحله اجرایی پژوهش پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز (IR.SUMS.REC.1401.620) و با توجه به استانداردهای اعلامیه هلسینکی (۲۰۰۸) و اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه از کلیه مشارکت‌کنندگان صورت گرفت.

References

1. Ma H, Wang M, Qin C, Shi Y, Mandizadza OO, Ni H, et al. Trends in the burden of chronic diseases attributable to diet-related risk factors from 1990 to 2021 and the global projections through 2030: a population-based study. Frontiers in Nutrition. 2025;12:1570321. https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1570321
2. Oliveira CC, Charalampous P, Delaye J, Grad DA, Kolkhir P, Mechili EA, et al. A systematic review of studies that estimated the burden of chronic non-communicable rare diseases using disability-adjusted life years. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2024;19(1):333. doi: 10.1186/s13023-024-03342-3.
3. Iqbal MS, Heyat MBB, Parveen S, Hayat MAB, Roshanzamir M, Alizadehsani R, et al. Progress and trends in neurological disorders research based on deep learning. Computerized Medical Imaging and Graphics. 2024;116:102400. doi: 10.1016/j.compmedimag.2024.102400.
4. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization" rehabilitation 2030: a call for action". European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017;53(2):155-68. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3
5. Kamenov K, Mills J-A, Chatterji S, Cieza A. Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. Disability and rehabilitation. 2019;41(10):1227-37. doi: 10.1080/09638288.2017.1422036
6. Tu W, Wei W. Trends and projections in rehabilitation demand across 3 decades in China (1990− 2019). Journal of Aging and Rehabilitation. 2024;1(2):31-5. DOI: 10.1097/jagr.0000000000000007
7. Maharaj S, Chung C, Dhugge I, Gayevski M, Muradyan A, McLeod KE, et al. Integrating physiotherapists into primary health care organizations: the Physiotherapists' perspective. Physiotherapy Canada. 2018;70(2):188-95. doi: 10.3138/ptc.2016-107.pc
8. De Maeseneer J, Li D, Palsdottir B, Mash B, Aarendonk D, Stavdal A, et al. Universal health coverage and primary health care: the 30 by 2030 campaign. Bulletin of the World Health Organization. 2020;98(11):812. doi: 10.2471/BLT.19.245670
9. Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven Decades of Primary Healthcare during Various Development Plans in Iran: A Historical Review. Archives of Iranian Medicine. 2020;23(5):338-52. doi: 10.34172/aim.2020.24
10. Fatoye F, Gebrye T, Fatoye C, Mbada C. A systematic review of economic models for cost effectiveness of physiotherapy interventions following total knee and hip replacement. Physiotherapy. 2022;116:90-6. doi: 10.1016/j.physio.2022.01.002
11. Winser S, Lee SH, Law HS, Leung HY, Bello UM, Kannan P. Economic evaluations of physiotherapy interventions for neurological disorders: a systematic review. Disability and rehabilitation. 2020;42(7) :892-901. doi: 10.1080/09638288.2018.1510993
12. Shahabi S, Kiekens C, Etemadi M, Mojgani P, Teymourlouei AA, Lankarani KB. Integrating rehabilitation services into primary health care: policy options for Iran. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1317. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08695-8

13. Behzadifar M, Shahabi S, Bakhtiari A, Azari S. Improving the primary healthcare in Iran: A policy brief. Yafteh. 2022;24(۳).. doi: 10.32592/Yafteh.2022.24.3.7.
14. Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, Gordeev VS. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. Primary Health Care Research & Development. 2023;24:e1. doi: 10.1017/S1463423622000354
15. Aboutorabi A, Teli BD, Rezapour A, Ehsanzadeh SJ, Martini M, Behzadifar M. History of primary health care in Iran. Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 2023;64(3):E367. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.3.3081
16. Niyas M, Karimi M, Kavosi Z. Utilization of primary health care services in rural and urban areas in Shiraz. Shiraz E Medical Journal. 2018;19(10). https://doi.org/10.5812/semj.66219
17. Shahabi S, Mojgani P, Shabaninejad H, Teymourlouy AA, Behzadifar M, Lankarani KB. Physical rehabilitation financing in Iran: a policy analysis using Kingdon's multiple streams. BMC Health Services Research. 2021;21:1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06447-8
18. Shahabi S, Skempes D, Behzadifar M, Tabrizi R, Nazari B, Ghanbari MK, et al. Recommendations to improve insurance coverage for physiotherapy services in Iran: a multi criteria decision-making approach. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2021;19:1-15. https://doi.org/10.1186/s12962-021-00333-0
19. Aminorroaya A, Fattahi N, Azadnajafabad S, Mohammadi E, Jamshidi K, Rouhifard Khalilabad M, et al. Burden of non-communicable diseases in Iran: past, present, and future. Journal of diabetes & metabolic disorders. 2024;23(2):1793-9. doi: 10.1007/s40200-020-00669-z
20. Guilcher SJ. The value of physiotherapists in primary health care clinics: optimizing (self-) management supports for persons with complex health and social needs. Physiotherapy Canada. 2018;70(1):1. doi: 10.3138/ptc.70.1.gee
21. Donnelly CA, Brenchley CL, Crawford CN, Letts LJ. The emerging role of occupational therapy in primary care: Le nouveau rôle de l'ergothérapie dans les soins primaires. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2014;81(1):51-61. doi: 10.1177/0008417414520683
22. ShahAli S, Shahabi S, Etemadi M, Hedayati M, Barth CA, Mojgani P, et al. Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. Heliyon. 2023;9(10). doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e20736
23. Rusoja E, Haynie D, Sievers J, Mustafee N, Nelson F, Reynolds M, et al. Thinking about complexity in health: a systematic review of the key systems thinking and complexity ideas in health. Journal of evaluation in clinical practice. 2018;24(3):600-6. doi: 10.1111/jep.12856
24. Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. Health policy and planning. 2012;27(suppl_4):iv1-iv3. https://doi.org/10.1093/heapol/czs084

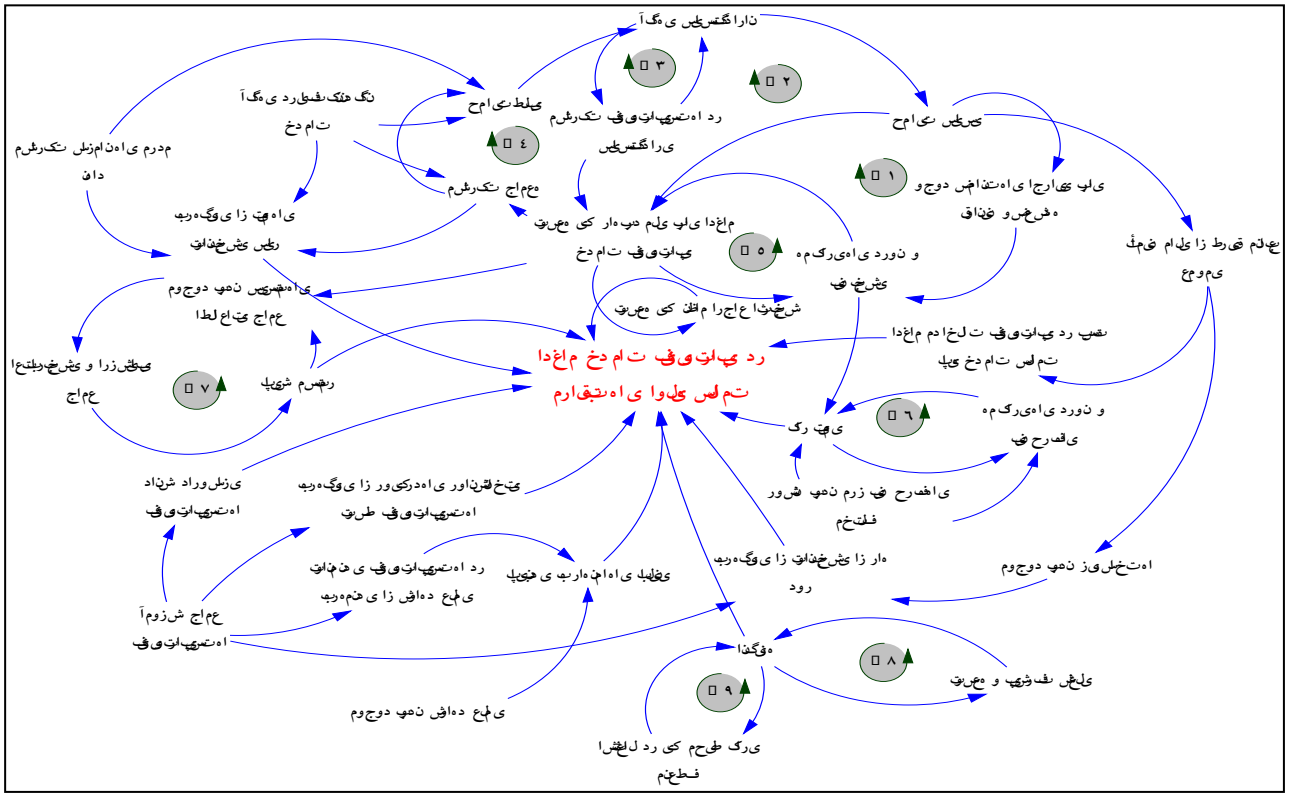
25. Sterman J. System Dynamics: systems thinking and modeling for a complex world. 2002. http://hdl.handle.net/1721.1/102741
26. Shahabi S, McDonald CL, Jalali M, Bagheri Lankarani K, Joulaei H, Behzadifar M, et al. Applying systems thinking in the prosthetics and orthotics sector: investigating the common challenges in Iran. Disability and Rehabilitation. 2023;45(24):4133-47. doi: 10.1080/09638288.2022.2143581
27. Best A. Greater than the sum: systems thinking in tobacco control: National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services …; 2007. https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/m18_complete.pdf
28. Worum H, Lillekroken D, Roaldsen KS, Ahlsen B, Bergland A. Physiotherapists' perceptions of challenges facing evidence-based practice and the importance of environmental empowerment in fall prevention in the municipality–a qualitative study. BMC geriatrics. 2020;20:1-17. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01846-8
29. French HP, Galvin R. Physiotherapy managers' views of musculoskeletal physiotherapy service provision in Ireland: a qualitative study. Primary health care research & development. 2018;19(1):77-87. doi: 10.1017/S1463423617000469
30. Dufour SP, Lucy SD, Brown JB. Understanding physiotherapists' roles in Ontario primary health care teams. Physiotherapy Canada. 2014;66(3):234-42. doi: 10.3138/ptc.2013-22
31. Shahabi S, Ahmadi Teymourlouy A, Shabaninejad H, Kamali M, Lankarani KB. Financing of physical rehabilitation services in Iran: a stakeholder and social network analysis. BMC Health Services Research. 2020;20:1-11. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05447-4
32. Bernhardsson S, Larsson ME, Johansson K, Öberg B. "In the physio we trust": A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. Physiotherapy theory and practice. 2017;33(7):535-49. doi: 10.1186/s12891-017-1719-6
33. Åkesson KS, Sundén A, Hansson EE, Stigmar K. Physiotherapists' experiences of osteoarthritis guidelines in primary health care–an interview study. BMC Family Practice. 2021;22:1-9. doi: 10.1186/s12875-021-01611-9
34. Shahabi S, Skempes D, Mojgani P, Bagheri Lankarani K, Heydari ST. Stewardship of physiotherapy services in Iran: common pitfalls and policy solutions. Physiotherapy theory and Practice. 2022;38(12):2086-99. doi: 10.1080/09593985.2021.1898705
35. Dikkers MF, Westerman MJ, Rubinstein SM, van Tulder MW, Anema JR. Why neck pain patients are not referred to manual therapy: a qualitative study among Dutch primary care stakeholders. PLoS One. 2016;11(6):e0157465. doi: 10.1371/journal.pone.0157465
36. Khasnabis C, Motsch KH, Achu K, Al Jubah K, Brodtkorb S, Chervin P, et al. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. 2010. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26290927/
37. Mapulanga M, Kgarosi K, Maluleke K, Hlongwa M, Dlungwane T. Evidence of community health workers' delivery of physical rehabilitation services in sub-Saharan

Africa: a scoping review. BMJ open. 2024;14(5):e079738. doi: 10.1136/bmjopen-2023-079738

38. Habib GM, Rabinovich R, Divgi K, Ahmed S, Saha SK, Singh S, et al. Systematic review of clinical effectiveness, components, and delivery of pulmonary rehabilitation in low-resource settings. npj Primary Care Respiratory Medicine. 2020;30(1):52. doi: 10.1038/s41533-020-00210-y
39. Nesbit KC, Clark A. Rehabilitation training for community health workers: a five-year study. International Journal of Health Promotion and Education. 2019;57(1):3-12. https://doi.org/10.1080/14635240.2018.1538808
40. Kronish IM, Goldfinger JZ, Negron R, Fei K, Tuhrim S, Arniella G, et al. Effect of peer education on stroke prevention: the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. Stroke. 2014;45(11):3330-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006623.
41. Sadler E, Sarre S, Tinker A, Bhalla A, McKevitt C. Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke. Health & social care in the community. 2017;25(5):1590-600. doi: 10.1111/hsc.12336. Epub 2016 Mar 4.
42. Cerderbom S, Bjerk M, Bergland A. The tensions between micro-, meso-and macro-levels: physiotherapists' views of their role towards fall prevention in the community–a qualitative study. BMC health services research. 2020;20:1-11. doi: 10.1186/s12913-020-4940-1
43. Greenhalgh S, Selfe J, Yeowell G. A qualitative study to explore the experiences of first contact physiotherapy practitioners in the NHS and their experiences of their first contact role. Musculoskeletal Science and Practice. 2020;50:102267. doi: 10.1016/j.msksp.2020.102267.
44. Al Zoubi FM, French SD, Patey AM, Mayo NE, Bussières AE. Professional barriers and facilitators to using stratified care approaches for managing non-specific low back pain: a qualitative study with Canadian physiotherapists and chiropractors. Chiropractic & manual therapies. 2019;27:1-15. doi: 10.1186/s12998-019-0286-3
45. Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Stynes S, Bishop A, Logan P. Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: a qualitative insight. Physiotherapy. 2021;113:209-16. doi: 10.1016/j.physio.2021.08.003
46. McDaid M, Cleary O, French H. The views and experiences of physiotherapists on physiotherapy service provision for people with neurological conditions in primary care in Ireland: A qualitative study. Physiotherapy Practice and Research. 2017;38(2):103-11. https://doi.org/10.3233/PPR-170094
47. Karstens S, Joos S, Hill JC, Krug K, Szecsenyi J, Steinhäuser J. General practitioners views of implementing a stratified treatment approach for low back pain in Germany: a qualitative study. PLoS One. 2015;10(8):e0136119. doi: 10.1371/journal.pone.0136119
48. McMahon S, O'Donoghue G, Doody C, O'Neill G, Cusack T. Expert opinion regarding the preparation of entry-level physiotherapists

for primary healthcare practice, examined using Biggs 3P's model of teaching learning. Education for Primary Care. 2016;27(3):196-204. doi: 10.1080/14739879.2016.1179598

49. Verwoerd M, Wittink H, Goossens M, Maissan F, Smeets R. Physiotherapists' knowledge, attitude and practice behavior to prevent chronification in patients with non-specific, non-traumatic, acute-and subacute neck pain: A qualitative study. Musculoskeletal Science and Practice. 2022;57:102493. doi: 10.1016/j.msksp.2021.102493
50. Stephen May M. Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis—a qualitative study. Physiotherapy theory and practice. 2019. doi: 10.1080/09593985.2018.1459987
51. Carlfjord S, Nilsing-Strid E, Johansson K, Holmgren T, Öberg B. Practitioner experiences from the structured implementation of evidence-based practice in primary care physiotherapy: a qualitative study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2019;25(4):622-9. doi: 10.1111/jep.13034


ادغام خدمات فیزیوتراپی در مراقبت‌های اولیه سلامت
حمایت سیاستگذاران
مشارکت فیزیوتراپ‌ها در سیاستگذاری
حمایت سیاستگذاران
آگهی درباره خدمات
مشارکت جامعه
مشارکت جامعه در برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی ادغام
وجود مقاومت‌های اجرایی پایین
همکاری‌های درون و بین بخشی
همکاری‌های درون و بین بخشی
کمبود منابع مالی از طرف دولت
عمومی
ادغام مداخلات فیزیوتراپی در بسته خدمات سلامت پایه
کمبود نیروهای آموزش‌دیده
کمبود نیروهای آموزش‌دیده
کمبود نیروهای آموزش‌دیده