

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Policy Analysis of Integrating Rehabilitation Services into Primary Health Care: A Scoping Review

Authors: Zahra Najafi¹, Kianoush Abdi², Rajabali Daroudi¹, Amirhossein Takian^{1,3,4,*}

1. *Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran*
2. *Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*
3. *Center of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran*
4. *Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran*

To appear in: **Archives of Rehabilitation**

Received date: 2026/06/01

Accepted date: 2026/08/16

First Online Published: 2026/08/18

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Archives of Rehabilitation provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Najafi Z, Abdi K, Daroudi R, Takian A. [Policy Analysis of Integrating Rehabilitation Services into Primary Health Care: A Scoping Review (Persian)]. Archives of Rehabilitation. Forthcoming 2026.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: تحلیل سیاستی ادغام خدمات توانبخشی در سطح مراقبت های اولیه سلامت: یک مرور حیطه ای

نویسندگان: زهرا نجفی^۱، کیانوش عبدی^۲، رجبعلی درودی^۱، امیرحسین تکیان^{۳،۴}*

۱. گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه سلامت جهانی و سیاستگذاری عمومی، مرکز تعالی سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نشریه: **آرشیو توانبخشی**

تاریخ دریافت: 1405/03/11

تاریخ پذیرش: 1405/05/25

تاریخ انتشار اولیه: 1405/03/11

این نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می شود. نشریه آرشیو توانبخشی گزینه «پذیرفته شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می دهد تا نتایج آن ها در سریع ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می کند، از نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می شود. شایان ذکر است صفحه آرای و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Najafi Z, Abdi K, Daroudi R, Takian A. [Policy Analysis of Integrating Rehabilitation Services into Primary Health Care: A Scoping Review (Persian)]. Archives of Rehabilitation. Forthcoming 2026.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

Abstract

Background: Rehabilitation is a fundamental component of Universal Health Coverage (UHC) and plays a critical role in optimizing functioning and improving health outcomes across populations. In line with the World Health Organization's Rehabilitation 2030: A Call for Action, strengthening rehabilitation within primary health care (PHC) is considered essential for achieving equitable and people-centered health systems. This scoping review aimed to examine global policies, experiences, and barriers related to the integration of rehabilitation services into PHC from a health policy perspective.

Methods: A scoping review was conducted following the Arksey and O'Malley methodological framework. A comprehensive literature search was performed in PubMed, Scopus, and Web of Science. Studies addressing policies, programs, implementation experiences, and factors influencing the integration of rehabilitation services into PHC were included. After duplicate removal, titles, abstracts, and full texts were independently screened by two reviewers. Data were extracted using a researcher-developed data extraction form and analyzed according to Walt and Gilson's Health Policy Triangle framework, encompassing four dimensions: content, context, actors, and process.

Results: Of the 3,053 records identified, 63 studies met the eligibility criteria. The findings revealed that the integration of rehabilitation services into PHC remains fragmented and insufficiently coordinated across health systems. Most included studies were conducted in high-income countries, while evidence from low- and middle-income countries remained limited. Identified integration models included family- and community-based approaches, home-based rehabilitation, telerehabilitation, direct access to rehabilitation services, outpatient rehabilitation, and geriatric care models. Major barriers of integration included inadequate financing, shortages of trained rehabilitation professionals, weak governance, and insufficient interprofessional collaboration.

Conclusions: Despite emerging innovations and promising integration models, substantial structural and policy-related barriers continue to hinder the effective integration of rehabilitation services into PHC. Achieving equitable, sustainable, and effective integration requires stronger political commitment, sustainable financing mechanisms, workforce capacity development, and enhanced intersectoral and interprofessional collaboration, particularly in low- and middle-income countries.

Keywords: Rehabilitation; Primary Health Care; Integration; People with disability; Policy Analysis

Background

As a key service component of universal health coverage (UHC), rehabilitation services are essential to reduce disabilities and improve the functioning of in-need citizens [1]. Globally, about 2.4 billion people are currently living with a health condition that may benefit from rehabilitation. In order to effect changes in the wellbeing and the characteristics of this population around the world, this estimated need for rehabilitation is only going to increase in the coming years. Individuals are living longer, with the number of people over 60 years of age anticipated to twofold by 2050, and more people are living with chronic diseases such as diabetes, stroke and cancer. At the same time, the progressing rate of damage and child formative conditions (such as cerebral palsy) persist. These health conditions can affect an individual's functioning and are connected to expanded levels of disability, for which rehabilitation may be useful [2, 3]. The need for countries to develop comprehensive plans to meet the growing demand for rehabilitation services and address the increasing number of citizens facing health challenges from various injuries, is now greater than ever. The "Rehabilitation 2030: A Call for Action," by the World Health Organization (WHO) seeks to highlight the gap in the provision of rehabilitation in member states and emphasize rehabilitation as a key component of UHC, alongside preventive, promotional, therapeutic, and palliative care [4]. This initiative identified 10 priority areas for action and is based on three foundational principles to guide collective efforts: Functioning, Equity, and Integration. Integration specifically underscores that rehabilitation must be embedded at all health system levels, particularly at the primary healthcare (PHC) level. Without this integration, the rehabilitation needs of the population cannot be adequately addressed.

Rehabilitation integrated into PHC can significantly improve health outcomes and equity in health care delivery [1, 5] and it is crucial for ensuring timely intervention, reducing long-term disability, and alleviating pressure on higher levels of care[6]. Countries with successful integration of these services can attest that rehabilitation, in addition to responding to the individual's functional needs, reduces greater health system complications by reducing the burden of treatment from secondary and tertiary care facilities. The innovative models in these countries illustrate how community-based rehabilitation programs can ensure better access to services and coordination among providers in their effort to offer more comprehensive patient care [7, 8].

The integration of rehabilitation into PHC not only guarantees optimal functioning and a reduction in disability among people with a wide range of health conditions, but also has the potential to support healthy aging and reduce inequities in accessing necessary services. Historically, rehabilitation services have not been prioritized in the agendas of many governments, particularly in low- and middle-income countries (LMICs), leading to their underdevelopment and weak coordination [5, 9, 10]. As a result, access to these services remains limited, and there is insufficient development and poor integration at both national and local

levels [11]. Despite promising examples, there are still barriers to integration. Limited awareness of the whole scope of rehabilitation, workforce shortages, and financial constraints hamper the effective implementation of integrated services [12]. Furthermore, most healthcare professionals may not be aware of the need for trained in rehabilitation, thus impeding them from responding appropriately to the needs of clients. Identifying and addressing these barriers is crucial to achieving better integration of rehabilitation into PHC for improved health outcomes among people with various health conditions [13].

While numerous studies have explored country-specific models, a comprehensive, policy-level synthesis that evaluates global efforts in light of the mandates from 'Rehabilitation 2030' on Strengthening Rehabilitation in Health Systems remains unexplored. This review aims to fill this critical gap. Health policy and systems research can assist in overcoming obstacles to universal coverage of rehabilitation by understanding how societies organize to achieve health goals and how different actors interact in policy and implementation processes [14].

In line with Rehabilitation 2030: A Call for Action, this scoping review aims to identify global experiences in integrating rehabilitation into PHC. Our findings can shed light, on the challenges and opportunities associated with the efforts for such integration. Aiming to expand the existing discourse on the strategic strengthening of rehabilitation services within the PHC systems, our findings would ultimately contribute to improving health outcomes with equity in access to health care. A policy analysis is essential to identify governance challenges, funding gaps, and strategic solutions that facilitate rehabilitation integration into PHC. Understanding policy approaches can inform more effective implementation strategies, ensuring sustainable and equitable rehabilitation services. Although numerous studies have examined the integration of rehabilitation services into primary health care (PHC), most have focused primarily on the operational, clinical, or organizational aspects of this process. In contrast, the integration of rehabilitation services into PHC is not merely a technical intervention but a multidimensional policy process influenced by a wide range of factors operating across different levels of the health system. Accordingly, the present study employed the Walt and Gilson Health Policy Triangle as the analytical framework for organizing and interpreting the findings. Developed in 1994 to address the predominant emphasis on policy content and to draw attention to other critical dimensions of health policymaking, this framework comprises four key components: content (policy objectives, legislation, guidelines, and programs), actors (individuals, groups, and organizations influencing policy), context (social, economic, political, and cultural factors), and process (policy formulation, implementation, and evaluation) [15]. Given that the successful integration of rehabilitation services into PHC depends on the dynamic interaction among these four components, the Health Policy Triangle provides a robust framework for generating a policy-oriented synthesis of global experiences and identifying the factors that facilitate or hinder the successful implementation of this policy.

Methods

This scoping review was conducted following the methodological framework proposed by Arksey and O'Malley [16], adhering to the PRISMA-ScR Checklist for Scoping Reviews [17].

The review process comprised four iterative steps:

Step 1: Identifying the research question

The primary research question guiding this review was: What are the global efforts, progress, and challenges in integrating rehabilitation services into primary healthcare systems, and how can policy analysis be applied to support this integration?

Step 2: Identifying relevant studies

A comprehensive search was conducted in PubMed, Scopus, and Web of Science to identify studies published between January 2010 and April 2024. The search strategy combined terms related to "Rehabilitation" and its specialized disciplines (Physiotherapy, Occupational Therapy, Audiology, Optometry, and Speech Therapy) with terms related to "Primary Healthcare" (including "Primary Care" and "PHC"). Detailed search strings for each database are presented in Table 1. To enhance comprehensiveness, we also searched Google Scholar and screened the first three pages of results to identify additional highly cited or seminal studies potentially missed by the primary databases.

Table 1: Search strategy and results by database (Scoping review, global, 2010–2024).

Databases	Query	Results
PubMed	(Rehabilitation OR Physiotherapy OR "Occupational therapy" OR Audiology OR Optometry OR "Speech therapy") AND ("Primary Health Care" OR "Primary healthcare" OR "Primary care" OR PHC) AND (integrat* OR "service delivery" OR "community-based rehabilitation" OR "models of care") AND (2010:2024[pdat])	2127
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (Rehabilitation) OR TITLE-ABS-KEY (Physiotherapy) OR TITLE-ABS-KEY ("Occupational therapy") OR TITLE-ABS-KEY (Audiology) OR TITLE-ABS-KEY (Optometry) OR TITLE-ABS-KEY ("Speech therapy")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Primary healthcare") OR TITLE-ABS-KEY ("Primary health care") OR TITLE-ABS-KEY ("Primary care") OR TITLE-ABS-KEY (PHC))	389
Web of Science	(TI= (rehabilitation) OR TI= (physiotherapy) OR TI= ("occupational therapy") OR TI= (audiology) OR TI= (optometry) OR TI= ("speech therapy")) AND (TI= ("primary healthcare") OR TI= ("primary health care") OR TI= ("primary care") OR TI= (PHC))	537

Step 3: Study selection

All identified records were imported into reference management software, and duplicates were removed. Two reviewers independently screened titles and abstracts against the eligibility criteria, followed by full-text assessments of potentially relevant studies. Discrepancies were resolved through discussion, with arbitration by a third reviewer when necessary.

Inclusion criteria:

- **Scope:** Studies explicitly addressing the integration of rehabilitation services into PHC.
- **Timeframe:** Articles published between 2010 and 2024.
- **Language:** Studies published in English.
- **Study design:** Peer-reviewed articles, systematic reviews, scoping reviews, policy analyses, qualitative and quantitative studies, and case studies. Conference abstracts, opinion pieces, and editorials were excluded.

Step 4: Charting the data and synthesis

To ensure a systematic data extraction process, a standardized data extraction form was developed and pilot-tested on a sample of 10 included studies to assess its consistency and applicability. The extracted variables included the authors' names, year of publication, study setting (country), study design, objectives, methods, and key findings.

Following data extraction, all findings were coded according to predefined definitions of the four components of the Walt and Gilson Health Policy Triangle (context, content, actors, and process) and were subsequently analyzed using a framework analysis approach. Applying this framework enabled the analysis to move beyond a purely thematic synthesis and provided a more comprehensive understanding of the policy dimensions underlying the integration of rehabilitation services into PHC. Two reviewers independently coded the extracted data. Any discrepancies were resolved through discussion and consensus, and when necessary, consultation with a third reviewer. Findings relevant to more than one component of the Health Policy Triangle were assigned to the component that best reflected their primary meaning or dominant policy relevance.

Finally, all authors reviewed the analytical framework and the synthesized findings. Revisions and refinements were made iteratively until consensus was reached on the final analytical framework and its interpretation.

Results

The initial database search identified 3,053 records. After the removal of 210 duplicate records, 2,843 studies remained for title and abstract screening, of which 2,695 were excluded. The full texts of the remaining 148 articles were assessed for eligibility, resulting in the inclusion of 63 studies in the final scoping review. (Fig. 1)

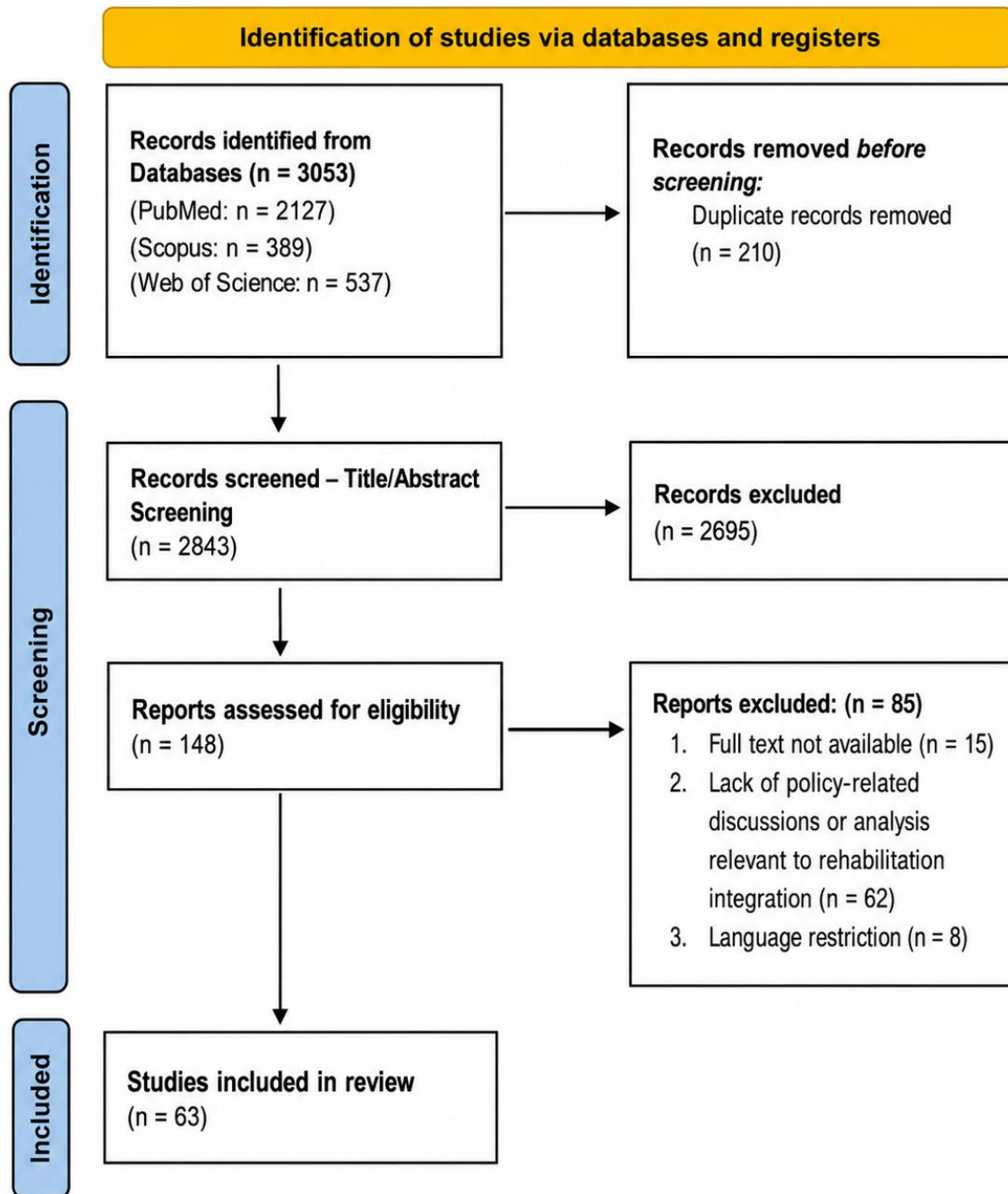


Figure 1: PRISMA flow diagram of study selection (Scoping review, global, 2010–2024).

The geographical distribution of the included studies indicated that the integration of rehabilitation services into PHC has been investigated predominantly in high-income countries (HICs). (Fig. 2)

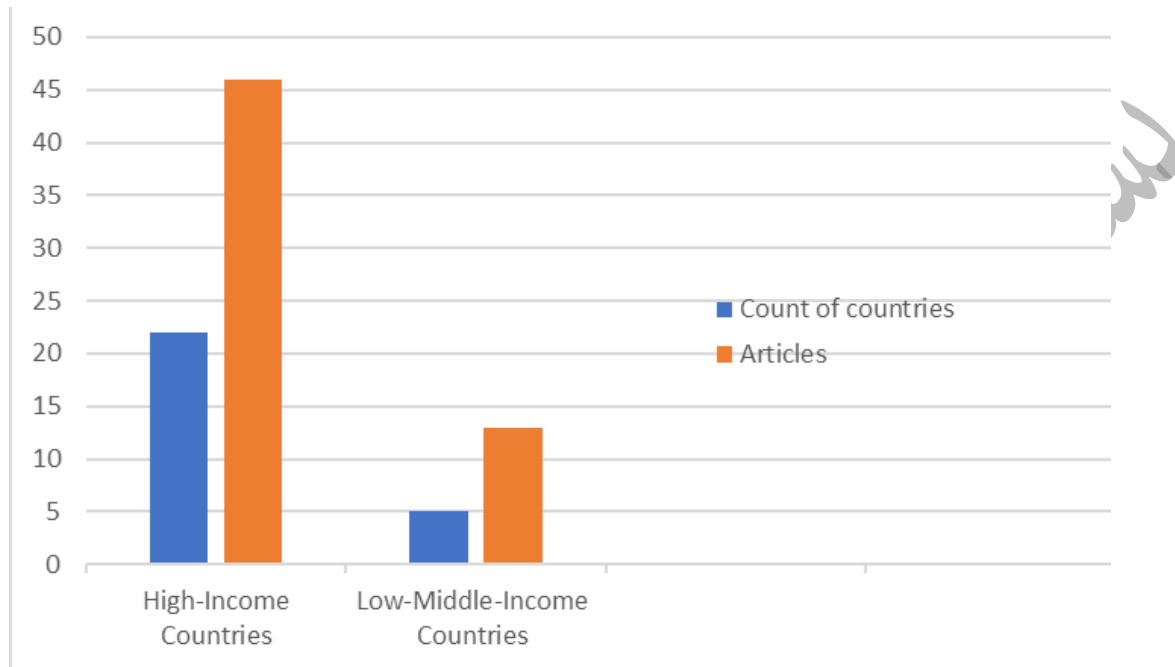


Figure 2: Distribution of articles by country income level (Scoping review, global, 2010–2024).

As shown in Figure 3, physical rehabilitation and physiotherapy services have received more attention for integration into PHC.

Herewith, using the health policy triangle framework [15], i.e., context, content, actors, and process dimensions, we chart and explain our findings.

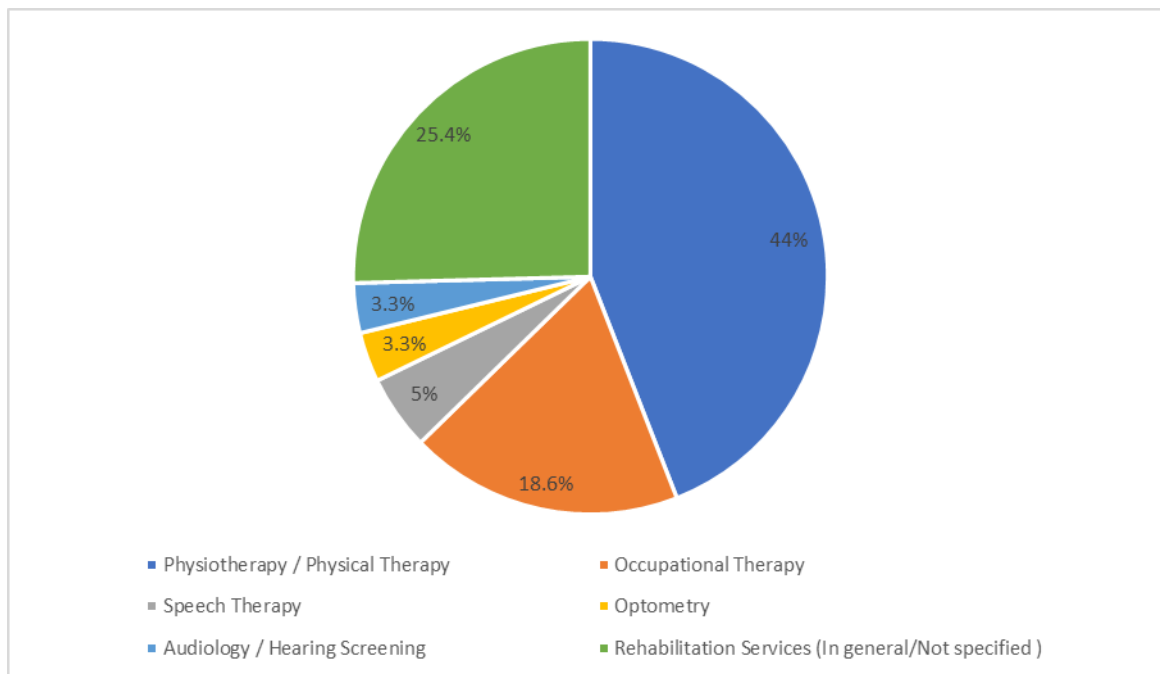


Figure 3: Types of rehabilitation services integrated into PHC (Scoping review, global, 2010–2024).

1. Context

The integration of rehabilitation services into PHC systems is set against a backdrop of fragmented and disjointed healthcare. Many people who need rehabilitation services, especially in low-resourced or rural areas are unable to access comprehensive and effective rehabilitation services [18, 19]. This context is further complicated by demographic changes such as the aging population and the rise in musculoskeletal and movement-related disabilities, all of which place a heightened focus on accessible rehabilitation services [20, 21].

The economic constraints and financial barriers, e.g., unduly insufficient funding for rehabilitation specialists, rebates, and claw back measures that lower the quality of care; all indicate the need for policy reforms even in the financial aspects of rehabilitation services [8, 22].

In addition, the cultural and social perceptions, i.e., awareness and social attitudes towards rehabilitation services that may vary among different communities, might in turn influence demand and prioritization within PHC. In some settings, there could be a complete misunderstanding or insignificant value for certain specific rehabilitation services, e.g., speech therapy or occupational therapy, which hinder their meaningful delivery within the PHC context [23-25]. The shortage of both trained professionals and training programs could limit the expansion and quality of rehabilitation within PHC. These challenges, particularly in rural and other areas with underserved populations, make it very difficult to recruit and retain skilled

rehabilitation cadres, which might impede the overall effectiveness and reach of services even further [13, 26, 27].

Successful experiences of integrating rehabilitation into PHC show that, in most cases, programs are more likely to succeed in contexts where there is greater awareness and understanding of the importance of rehabilitation services and the role of rehabilitation professionals[27-29]. Education plays a crucial role in this regard, both in raising public awareness and in providing specialized training for professionals and healthcare workers[28].

2. Content

Integration of rehabilitation into PHC requires a well-coordinated and comprehensive approach that emphasizes interprofessional guidelines and multi-disciplinary education. Such interprofessional approaches advance collaboration between physicians, nurses, and other rehabilitation professionals; which can reduce professional hierarchies and increase the quality of rehabilitation care. Additionally, such multidisciplinary collaboration requires a basis on ethical directives and professional standards that assure well-delivered integrated rehabilitation services with maintained equity and ethical principles [30, 31].

Evidence-based policymaking requires continuous collection of data, monitoring of rehabilitation needs, tracking service indicators to optimally allocate resources, and planning based on actual needs [8]. Creating a comprehensive database for patient referrals stands out as another critical tool that can potentially bring about far-reaching changes in the quality of patient follow-ups and prevent secondary complications. Finally, policy frameworks and intersectoral guidelines are fundamental in placing rehabilitation services within PHC. Health policies need to focus on the prevention of disease, promotion of health, and strengthening PHC to ensure that rehabilitation services delivered are part of healthcare, ensuring equal access for all citizens [30].

3. Actors

We identified several key actors in the policy process of integrating rehabilitation into PHC:

3.1 Healthcare professionals:

Physiotherapists, occupational therapists, and general practitioners are at the forefront of providing rehabilitation service. However, their roles remain ambiguous within multidisciplinary teams, which creates barriers to collaboration and referral processes [32-34]. In addition to support more enhanced career pathways for rehabilitation professionals to reduce underutilization [30, 35], other specialists and PHC staff need to have adequate information about the role and value of rehabilitation services. Finally, while interprofessional collaborations are needed to be established for proper teamwork [23, 24], clear definition of rehabilitation specialists' role in health policymaking is crucial to ensure their active involvement in shaping strategies that promote equitable and effective service delivery [14, 30].

3.2. Policy makers and government entities:

Effective leadership and political will are essential to ensure rehabilitation services are well embedded within the healthcare system. The review, therefore, calls for clear policies, which ensure funding to support the role of rehabilitation professionals in PHC [11].

Strong leadership and a commitment to funding rehabilitation within PHC ensure the sustainability of a national rehabilitation system centered on PHC. Chile emerged as a pioneer in Latin America and the Caribbean in implementing rehabilitation within PHC. A key factor in its success was dedicated leadership by the Ministry of Health, which included two specialized rehabilitation departments [8]. In contrast, many other countries often place rehabilitation under the offices within the Ministries of Social Affairs, that deal with people with disabilities (PWD). Such ministries treat rehabilitation as a social inclusion strategy rather than an essential component of UHC [36]. This misunderstanding may lead to fragmented governance and limited integration of rehabilitation into health systems [14].

3.3. Service users and communities:

Studies emphasize the need for community-oriented approaches in providing rehabilitation services, preferably through more cooperation with community stakeholders. Involvement of users including PWD in the policy process and understanding their needs can strengthen the design and implementation of rehabilitation services [37]. The recipients of rehabilitation services also need to be considered as important stakeholders who should ultimately benefit from and be satisfied with the integration.

4. Process

The policy process encompasses the identification, implementation, and evaluation of rehabilitation services in PHC. The key elements include:

4.1. Agenda-setting

Limited resource that are unequally distributed may pose significant challenges to the integration. The socioeconomic barriers point to the fact that agenda-setting needs to consider both resource needs and infrastructural disparities, if rehabilitation is ever going to be a viable part of PHC [19, 21].

Effective agenda setting requires sound data collection to inform and support evidence-based planning. In some countries, e.g., Chile, it was necessary to continuously monitor data to justify resource allocation and show the benefits of rehabilitation. This can also enable policy advocates to make a stronger case for the priority of rehabilitation on the health policy agenda [8].

Rehabilitation services are further hindered by limitations in the availability of the workforce, which is exacerbated by insufficient training programs. This shortage is even worse in rural areas, where the pressing scarcity of trained professionals calls for urgent capacity-building activities to ensure that integration can be practically supported [30, 38]. As a result, the path

toward making rehabilitation a priority in the PHC agenda seems to be very long and difficult; requiring any efforts at political mobilization to confront deep-seated structural and workforce barriers.

4.2. Implementation:

Novel rehabilitation models, e.g., direct access rehabilitation and multidisciplinary care teams, have shown promises in improving healthcare delivery [6, 39]. However, significant barriers remain, and much is still left undecided regarding the position of physiotherapists and other rehabilitation professionals within the healthcare system, including PHC [24, 35]. Promotion of these models is inconsistent, and operational issues include limited resources and poorly considered pathways that may hinder widespread implementation [29].

Our findings suggest some policy solutions to move forward, i.e., improving intersectoral collaboration, increased training of healthcare professionals to cooperate in providing rehabilitation services, expansion of telerehabilitation services to improve access in rural areas [11, 20], and enhancing integral communication and coordination among healthcare providers to ensure continuity of care and maximize the full benefits of rehabilitation services [24, 40].

4.3. Evaluation:

Successful integration of rehabilitation services into PHC also requires clear policy direction, appropriate funding, and ongoing evaluation. The evaluation of rehabilitation needs underlines the importance of strong data collection for evidence-based planning towards effective resource allocation [41]. Comprehensive data allows policymakers and health systems to advocate for appropriate human, financial, and infrastructure resources to support rehabilitation services. Nevertheless, further attempt is still needed to overcome major challenges, e.g., systematic measurement of functioning and proper economic evaluation of rehabilitation services regarding return on investment and defining international standards for its monitoring and evaluation. Studies highlight the fundamental need for strengthening health information systems, to capturing relevant data and allowing rehabilitation programs to be effectively implemented worldwide [8].

Discussion

This scoping review aimed to explore global efforts, challenges, and progress in integrating rehabilitation services into PHC systems, using policy analysis. Our findings highlight both the potential benefits and significant barriers to integrating rehabilitation services at the PHC level. While innovative models of rehabilitation integration exist, numerous challenges such as structural, economic, and cultural factors continue to impede progress, particularly in LMICs. The findings of this scoping review indicate that the integration of rehabilitation services into PHC is not merely a clinical or organizational intervention, but rather a complex policy process

whose success depends on the alignment of governance, financing, workforce capacity, service delivery models, and stakeholder engagement. This finding is consistent with the Walt and Gilson Health Policy Triangle, which conceptualizes policy success as the result of dynamic interactions among four interrelated components: content, context, actors, and process.

Finding showed that the integration of rehabilitation into PHC has received more attention in HICs where there is often better access to resources, infrastructure, and trained personnel to support the integration. Although the prevalence of disabilities are higher in LMICs, where people's unmet needs are also greater [2], greater challenges of integration, i.e., limited financial resources, shortages of skilled healthcare providers, and insufficient healthcare infrastructure hinder the integration of rehabilitation into PHC systems [42]. Addressing these disparities is critical for ensuring equitable access to essential rehabilitation services in all settings. The findings further suggest that the observed gap is not attributable solely to resource constraints, but also reflects differences in governance capacity, policy prioritization, and the ability of health systems to institutionalize rehabilitation services within PHC [2, 31, 42].

Further, physical rehabilitation and physiotherapy services have received more attention for integration into PHC. This may be due to the higher prevalence of musculoskeletal disorders and other conditions requiring these services [43], as well as better preparation of these services for integration at the PHC level. On the other hand, services such as audiology and speech therapy and others, despite their importance and the evident need, have received less attention. This could be due to the lower capacity for integrating these services, including inadequate resources, or lower awareness of the need for these services at the PHC level. For example, hearing loss screening in South African PHC clinics faces challenges due to limited equipment, inadequate referral practices by nurses, and cultural beliefs attributing hearing loss to supernatural causes, which delay care [25]. This imbalance may result in certain population rehabilitation needs—particularly those related to communication, hearing, and social participation—being insufficiently addressed in the design of PHC service packages.

One key finding was that rehabilitation services have remained very fragmented and underdeveloped for the needs of PWD and others who need rehabilitation services, with poor coordination between the professionals providing primary care and the specialist rehabilitation services [44, 45], thus resulting in unmet needs and suboptimal care [46]. Some of the emerging issues concern career pathways, inadequate service integration, and insufficiently developed documentation and tracking system challenges [35, 39, 44]. These findings suggest that the primary challenge is not the lack of rehabilitation services per se, but rather the absence of effective governance mechanisms to ensure coordination across different levels of service delivery. Without an efficient referral system, clearly defined professional roles, and an integrated health information system, expanding the availability of rehabilitation services alone is unlikely to achieve meaningful integration within PHC [35, 39, 45].

Models of integration included the community-based, home-based, telerehabilitation, outpatient, direct access to rehabilitation, family and community-based models, and eldercare models, each of these has a role in improving the accessibility and comprehensiveness of services for different populations [20, 28, 47]. We also noted that direct access to rehabilitation could reduce general practitioners' workload and relieves healthcare system pressures, leading to shorter wait times and lower costs [6, 48]. Some studies reported better clinical outcomes, including improved function and quality of life, for patients utilizing direct access rehabilitation [49, 50].

Innovative models such as community-based rehabilitation demonstrated in our review resonate with WHO's call for integrated service delivery that embeds rehabilitation into all levels of care, particularly PHC [4].

The diversity of the identified models suggests that there is no single optimal approach to integrating rehabilitation services into PHC. Rather, the selection of an appropriate model should be tailored to each country's health system capacity, available resources, and population health needs.

Despite promising steps towards integration, significant barriers still remain to the complete integration of rehabilitation services within PHC, i.e., limited and narrow understanding of the role played by a rehabilitation specialist and other allied healthcare professionals in the field; lack of functional models for structured funding to support many programs; and insufficient political support for rehabilitation initiatives [22, 30, 51]. As highlighted in the WHO's Rehabilitation in health systems report (2017), integrating rehabilitation into PHC requires not only political will but also strategic health system strengthening, including workforce training and financing mechanisms [52-54]. We encourage policymakers, especially in LMICs, to consider adopting a systems-thinking approach when planning rehabilitation integration, emphasizing governance structures, sustainable financing, and intersectoral collaboration [55].

The convergence of the findings of this review with the recommendations of the WHO and the broader health policy literature suggests that the successful integration of rehabilitation into PHC requires simultaneous reforms across multiple health system components. A sole focus on expanding clinical services is unlikely to achieve sustainable integration.

The findings further indicate that the factors identified across the four dimensions of the Walt and Gilson Health Policy Triangle do not operate in isolation; rather, their dynamic interactions determine the success or failure of rehabilitation service integration. For example, even when appropriate service delivery models are in place, the absence of political commitment or sustainable financing can substantially hinder the effective implementation of integration policies.

Our findings reveal a gap in routine data collection on rehabilitation services at the PHC level, supporting WHO's emphasis on building robust information systems for monitoring and evaluation [4, 52]. In alignment with the WHO Rehabilitation 2030 agenda, our findings call for

urgent action to address the systemic barriers impeding the integration of rehabilitation into PHC especially in the areas of leadership, workforce development, financing, and service delivery reform. These insights can support national strategies aimed at achieving UHC with rehabilitation as a core component [4].

From a policy perspective, the findings of this review support a conceptual framework in which the integration of rehabilitation services into primary health care (PHC) is driven by the dynamic interaction of four core components: governance and leadership, financing, workforce capacity, and service delivery models. Strengthening any one of these components in isolation, without concurrent reforms in the others, is unlikely to result in sustainable integration [14].

Future research should compare the effectiveness of different models of rehabilitation integration into PHC across low- and middle-income countries. In addition, empirical studies examining the roles of governance mechanisms, financing arrangements, and stakeholder engagement in the successful implementation of integration policies would help strengthen the policy evidence base in this field.

Rigor of study

Despite its strengths, i.e., identifying some key gaps and challenges to be addressed in future research and policy development, while emphasizing the importance of rehabilitation as a vital component of health systems; this review has a few limitations. Most studies focused on operational aspects or specific conditions rather than comprehensive integration. Additionally, we did not search grey literature and non-electronic searches, such as manual searching of printed journals, conference proceedings, or direct inquiries with experts, due to feasibility constraints and the widespread availability of relevant studies in digital formats. And we restricted to English-language studies, which might have overlooked some invaluable research in other languages. Finally, due to access restrictions, we were only able to use a few databases. One of the limitations of this study was the considerable heterogeneity among the included studies in terms of research design, objectives, implementation settings, and types of evidence. Although such diversity is consistent with the nature of scoping reviews and their purpose of mapping the breadth of available evidence, it may limit direct comparisons across studies and the generalizability of the findings. Therefore, the results of this study should be interpreted primarily as a comprehensive overview of the current landscape and as a means of identifying patterns, challenges, and knowledge gaps, rather than as evidence for comparing effectiveness or establishing causal relationships. Future research needs to focus on, we propose, examining the outcomes of different models of rehabilitation integration, particularly in LMICs, to identify best practices.

Conclusion

This scoping review aimed to synthesize the available evidence on the integration of rehabilitation services into PHC systems. The findings indicate that, although diverse models for integrating rehabilitation services have been developed in recent years, achieving sustainable and systematic integration remains challenged by multidimensional barriers.

The major challenges identified were concentrated in four key areas: weak governance and insufficient policy prioritization, limited sustainable financing mechanisms, shortages and maldistribution of the rehabilitation workforce, and inadequate design and integration of service delivery models. These findings suggest that rehabilitation integration should be viewed not merely as a service-level intervention, but as a health system reform requiring coordinated alignment across multiple health system components.

Accordingly, successful integration of rehabilitation services into PHC requires coordinated policy actions, including strengthening political commitment, developing sustainable financing mechanisms, clearly defining professional roles, and enhancing interprofessional collaboration. However, these findings should be interpreted considering the contextual heterogeneity of the included studies and the predominance of evidence from high-income countries.

Given that many low- and middle-income countries rely on PHC networks to deliver essential health services, context-sensitive implementation of global initiatives, such as the World Health Organization's Rehabilitation 2030: A Call for Action, may provide a foundation for more sustainable and equitable rehabilitation service delivery. Future research should investigate country-specific strategies and evaluate their effectiveness in integrating rehabilitation within PHC frameworks.

Ethics approval and consent to participate

Not applicable

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests

Funding

The authors received no specific funding for this work.

Authors' contributions

Conceptualization: Amirhossein Takian and Zahra Najafi; Methodology: Rajabali Daroudi and Zahra Najafi; Analysis: Amirhossein Takian, Kianoush Abdi, and Zahra Najafi; Writing – Original Draft Preparation: Zahra Najafi; Writing – Review and Editing: All authors; Visualization: Zahra Najafi; Supervision and Project Administration: Amirhossein Takian.

Statement on the Use of Artificial Intelligence Tools

During the preparation of this manuscript, particularly in the process of translating the manuscript into English, artificial intelligence-based tools (ChatGPT) were used to assist with language editing and improve linguistic clarity.

Acknowledgements

We sincerely thank all individuals and colleagues who supported this study, providing invaluable guidance and insights that contributed to the completion of this scoping review. AI-assisted language tools were used during manuscript preparation Especially the translation.

چکیده

هدف: توانبخشی یکی از مؤلفه‌های اساسی پوشش همگانی سلامت به‌شمار می‌رود و نقشی کلیدی در بهبود کارکرد جمعیت ایفا می‌کند. همسو با سند «توانبخشی ۲۰۳۰: فراخوانی برای اقدام» سازمان جهانی سلامت، تقویت توانبخشی در بستر مراقبت‌های اولیه سلامت، امری حیاتی تلقی می‌شود. این مطالعه مروری با هدف تحلیل سیاست‌ها، تجارب و موانع جهانی در ادغام خدمات توانبخشی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت با استفاده از چارچوب تحلیلی مثلث سیاستگذاری انجام شد.

روش: این مطالعه به‌صورت مرور حیطه‌ای و بر اساس چارچوب Arksey و O'Malley انجام شد. مقالات منتشرشده در پایگاه‌های PubMed، Scopus و Web of Science جستجو شدند. مطالعات مرتبط با سیاست‌ها، برنامه‌ها، تجارب و عوامل مؤثر بر ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های اولیه سلامت وارد بررسی شدند. پس از حذف موارد تکراری، عناوین، چکیده‌ها و متون کامل توسط دو پژوهشگر به‌طور مستقل غربالگری شدند. داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده محقق ساخت، گردآوری و یافته‌ها بر اساس چارچوب مثلث سیاستگذاری سلامت والت و گیلسون در چهار بعد محتوا، بازیگران، زمینه و فرایند تحلیل شدند.

یافته‌ها: از مجموع ۳۰۵۳ رکورد غربال‌شده، ۶۳ مطالعه معیارهای ورود را داشتند. ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح جهان همچنان پراکنده و فاقد هماهنگی مطلوب است. بیشتر مطالعات در کشورهای با درآمد بالا انجام شده بودند و شواهد مربوط به کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط محدود بود. مدل‌های ادغام شامل رویکردهای مبتنی بر خانواده و جامعه، توانبخشی در منزل، توانبخشی از راه دور، دسترسی مستقیم، خدمات سرپایی و مراقبت از سالمندان بود. چالش‌های اصلی ادغام عبارت بودند از: بودجه محدود، کمبود نیروی انسانی متخصص، حکمرانی ضعیف و همکاری بین رشته‌ای ناکافی.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم وجود نوآوری‌ها، ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های سلامت اولیه سلامت با موانع جدی روبه‌روست. تعهد سیاسی قوی‌تر، تأمین مالی پایدار، ارتقای ظرفیت نیروی کار و همکاری میان‌بخشی برای دستیابی به ادغامی عادلانه، مؤثر و پایدار، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: توانبخشی، مراقبت‌های اولیه سلامت، ادغام، افراد دارای ناتوانی، تحلیل سیاست

خدمات توانبخشی به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی ارائه خدمات در چارچوب پوشش همگانی سلامت¹ (UHC)، نقش اساسی در کاهش ناتوانی‌ها و ارتقای عملکرد افراد نیازمند ایفا می‌کنند [۱]. در سطح جهانی، حدود ۴/۲ میلیارد نفر با شرایط سلامتی زندگی می‌کنند که می‌توانند از خدمات توانبخشی بهره‌مند شوند. انتظار می‌رود نیاز به این خدمات در سال‌های آینده به‌طور قابل توجهی افزایش یابد؛ زیرا جمعیت جهان در حال سالمند شدن است و پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۵۰ دو برابر شود. همچنین، شیوع بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، سکته مغزی و سرطان رو به افزایش است. از سوی دیگر، آسیب‌ها و اختلالات رشدی دوران کودکی، مانند فلج مغزی، همچنان تداوم دارند. این شرایط می‌توانند بر عملکرد افراد تأثیر گذاشته و با افزایش سطوح ناتوانی همراه باشند؛ وضعیتی که در آن توانبخشی می‌تواند نقش مؤثری ایفا کند [۲، ۳].

در چنین شرایطی، ضرورت تدوین برنامه‌های جامع برای پاسخ‌گویی به تقاضای فزاینده خدمات توانبخشی و رسیدگی به نیازهای روبه‌رشد افراد مواجه با پیامدهای ناشی از بیماری‌ها و آسیب‌ها، بیش از هر زمان دیگری احساس می‌شود. سازمان جهانی سلامت (WHO²) با انتشار ابتکار «توانبخشی ۲۰۳۰: فراخوانی برای اقدام^۳»، ضمن برجسته ساختن شکاف موجود در ارائه خدمات توانبخشی در کشورهای عضو، بر اهمیت توانبخشی به عنوان یکی از ارکان اساسی پوشش همگانی سلامت، در کنار خدمات پیشگیرانه، ارتقای، درمانی و تسکینی تأکید کرده است [۴]. این ابتکار، ده حوزه اولویت‌دار برای اقدام را معرفی کرده و بر سه اصل بنیادین «عملکرد»، «عدالت» و «یکپارچگی یا ادغام» استوار است. اصل یکپارچگی بر این موضوع تأکید دارد که خدمات توانبخشی باید در تمامی سطوح نظام سلامت، به‌ویژه در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC⁴)، ادغام شوند؛ چراکه بدون چنین ادغامی، پاسخ‌گویی مؤثر به نیازهای توانبخشی جمعیت امکان‌پذیر نخواهد بود.

ادغام خدمات توانبخشی در سطح PHC می‌تواند به‌طور چشمگیری پیامدهای سلامت و عدالت در ارائه خدمات را بهبود بخشد [۱، ۵]. این رویکرد برای تضمین مداخلات به موقع، کاهش ناتوانی‌های بلندمدت و کاستن از فشار وارد بر سطوح تخصصی‌تر نظام سلامت ضروری است [۶]. تجربه کشورهایی که در ادغام موفق خدمات توانبخشی در PHC پیشرو بوده‌اند، نشان می‌دهد که توانبخشی، افزون بر پاسخ‌گویی به نیازهای عملکردی افراد، از طریق کاهش بار مراجعات به مراکز تخصصی و فوق تخصصی، به کاهش پیچیدگی‌ها و هزینه‌های نظام سلامت نیز کمک می‌کند. الگوهای نوآورانه به کاررفته در این کشورها نشان داده‌اند که برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌توانند دسترسی بهتر به خدمات و هماهنگی مؤثرتر میان ارائه‌دهندگان خدمت را فراهم آورده و در نهایت، مراقبتی جامع‌تر و بیمارمحور ارائه دهند [۷، ۸].

ادغام توانبخشی در PHC نه تنها می‌تواند عملکرد بهینه و کاهش ناتوانی را در افراد مبتلا به طیف گسترده‌ای از شرایط سلامت تضمین کند، بلکه ظرفیت حمایت از سالمندی سالم و کاهش نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات ضروری را نیز دارد. با این حال، خدمات توانبخشی در بسیاری از کشورها، به‌ویژه کشورهای با درآمد کم و متوسط، از اولویت کافی در دستور کار دولت‌ها برخوردار

¹ Universal Health Coverage

² World Health Organization

³ Rehabilitation 2030: A Call for Action

⁴ Primary Health Care

نبوده‌اند؛ موضوعی که به توسعه‌نیافتگی و ضعف هماهنگی این خدمات منجر شده است [۵، ۹، ۱۰]. در نتیجه، دسترسی به خدمات توانبخشی همچنان محدود باقی مانده و این خدمات در سطوح ملی و محلی از توسعه و یکپارچگی کافی برخوردار نیستند [۱۱].

با وجود نمونه‌های امیدوارکننده، موانع متعددی همچنان بر سر راه ادغام کامل خدمات توانبخشی در PHC وجود دارد. آگاهی محدود نسبت به دامنه واقعی خدمات توانبخشی، کمبود نیروی انسانی متخصص و محدودیت‌های مالی از جمله عواملی هستند که اجرای اثربخش خدمات یکپارچه را با چالش مواجه می‌سازند [۱۲]. افزون بر این، بسیاری از کارکنان حوزه سلامت ممکن است درک کافی از ضرورت بهره‌گیری از متخصصان توانبخشی نداشته باشند و در نتیجه، نتوانند به‌درستی به نیازهای مراجعان پاسخ دهند. شناسایی و رفع این موانع، گامی اساسی برای دستیابی به ادغام مؤثرتر خدمات توانبخشی در PHC و بهبود پیامدهای سلامت افراد دارای شرایط مختلف سلامت محسوب می‌شود [۱۳].

اگرچه مطالعات متعددی به بررسی الگوهای اختصاصی کشورهای مختلف در زمینه ادغام توانبخشی در PHC پرداخته‌اند، اما تاکنون سنتزی جامع در سطح سیاست‌گذاری که تلاش‌های جهانی را در پرتو الزامات مطرح‌شده در برنامه «توانبخشی ۲۰۳۰» برای تقویت توانبخشی در نظام‌های سلامت ارزیابی کند، انجام نشده است. این مرور درصدد پر کردن این شکاف دانشی مهم است. پژوهش‌های حوزه سیاست‌گذاری و نظام‌های سلامت می‌توانند از طریق درک نحوه سازماندهی جوامع برای دستیابی به اهداف سلامت و چگونگی تعامل بازیگران مختلف در فرآیندهای سیاست‌گذاری و اجرا، به رفع موانع موجود بر سر راه تحقق پوشش همگانی خدمات توانبخشی کمک کنند [۱۴].

در راستای اهداف ابتکار «توانبخشی ۲۰۳۰: فراخوانی برای اقدام»، این مرور دامنه‌ای با هدف شناسایی تجارب جهانی در زمینه ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند درک عمیق‌تری از چالش‌ها و فرصت‌های مرتبط با این فرایند فراهم آورد. همچنین، با گسترش گفتمان موجود پیرامون تقویت راهبردی خدمات توانبخشی در بستر نظام‌های PHC، نتایج این پژوهش می‌تواند در نهایت به بهبود پیامدهای سلامت و ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت منجر شود. تحلیل سیاستی در این حوزه برای شناسایی چالش‌های حکمرانی، شکاف‌های تأمین مالی و راهکارهای راهبردی تسهیل‌کننده ادغام توانبخشی در PHC ضروری است. شناخت رویکردهای سیاستی می‌تواند به طراحی و اجرای راهبردهای مؤثرتر کمک کرده و ارائه خدمات توانبخشی پایدار، عادلانه و کارآمد را تضمین کند. اگرچه مطالعات متعددی به بررسی ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های اولیه سلامت پرداخته‌اند، بیشتر آن‌ها بر جنبه‌های اجرایی، بالینی یا سازمانی این فرایند متمرکز بوده‌اند. در مقابل، ادغام خدمات توانبخشی در PHC یک مداخله صرفاً فنی نیست، بلکه فرایندی سیاستی و چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی در سطوح نظام سلامت قرار دارد. به همین دلیل، در مطالعه حاضر از چارچوب مثلث سیاست‌گذاری سلامت والت و گیلسون برای تحلیل و سازمان‌دهی یافته‌ها استفاده شد. این چارچوب در سال ۱۹۹۴ با هدف رفع تمرکز صرف بر محتوای سیاست‌ها و جلب توجه به سایر ابعاد مؤثر بر سیاست‌گذاری سلامت توسعه یافت و چهار مؤلفه کلیدی شامل محتوا (اهداف، قوانین، راهنماها و برنامه‌های سیاستی)، بازیگران (افراد، گروه‌ها و سازمان‌های تأثیرگذار)، بافتار (عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی) و فرایند (تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها) را در بر می‌گیرد [۱۵]. از آنجا که موفقیت ادغام خدمات توانبخشی در PHC به تعامل این چهار مؤلفه وابسته است، چارچوب مثلث سیاست سلامت بستر مناسبی برای ارائه یک سنتز سیاست‌محور از تجارب جهانی و شناسایی عوامل مؤثر بر موفقیت یا ناکامی این سیاست فراهم می‌کند.

روش

این مطالعه مرور حیطه ای بر اساس چارچوب روش‌شناختی ارائه‌شده توسط آرکسی و اومالی^۵ [۱۶]. و مطابق با دستورالعمل PRISMA-ScR برای گزارش‌دهی مرورهای دامنه‌ای [۱۷] انجام شد.

فرآیند مرور شامل چهار مرحله تکرارشونده به شرح زیر بود:

مرحله اول: تعیین سؤال پژوهش

سؤال اصلی هدایت‌کننده این مرور عبارت بود از: تلاش‌ها، پیشرفت‌ها و چالش‌های جهانی در ادغام خدمات توانبخشی در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه چیست و چگونه می‌توان از تحلیل سیاستی برای حمایت از این فرایند ادغام بهره گرفت؟

مرحله دوم: شناسایی مطالعات مرتبط

به‌منظور شناسایی مطالعات منتشرشده بین ژانویه ۲۰۱۰ تا آوریل ۲۰۲۴، جست‌وجویی جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus و Web of Science انجام شد. راهبرد جست‌وجو ترکیبی از اصطلاحات مرتبط با «توانبخشی» و رشته‌های تخصصی وابسته به آن (شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی و گفتاردرمانی) و اصطلاحات مرتبط با «مراقبت‌های اولیه سلامت» از جمله Primary Care و PHC بود. راهبردهای جست‌وجوی تفصیلی برای هر پایگاه در جدول ۱ ارائه شده است. به‌منظور افزایش جامعیت مرور، پایگاه Google Scholar نیز مورد جست‌وجو قرار گرفت و سه صفحه نخست نتایج آن به‌منظور شناسایی مطالعات کلیدی یا پراستنادی که ممکن بود در جست‌وجوی پایگاه‌های اصلی از قلم افتاده باشند، بررسی شد.

مرحله سوم: انتخاب مطالعات

تمامی منابع شناسایی‌شده به نرم‌افزار مدیریت منابع اندنوت وارد شدند و موارد تکراری حذف گردیدند. سپس، دو پژوهشگر به‌صورت مستقل عناوین و چکیده مقالات را بر اساس معیارهای ورود و خروج بررسی کردند. در ادامه، متن کامل مطالعات بالقوه مرتبط مورد ارزیابی قرار گرفت. در موارد بروز اختلاف‌نظر میان ارزیابان، تصمیم‌گیری از طریق بحث و تبادل نظر انجام شد و در صورت نیاز، نظر پژوهشگر سوم به‌عنوان داور نهایی ملاک قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه:

- دامنه مطالعه: مطالعاتی که به‌طور مشخص به ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های اولیه سلامت پرداخته بودند؛
- بازه زمانی: مقالات منتشرشده در فاصله سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴؛
- زبان: مطالعات منتشرشده به زبان انگلیسی؛

⁵ Arksey and O'Malley

- **نوع مطالعه:** مقالات داوری شده، مرورهای نظام مند، مرورهای دامنه‌ای، مطالعات تحلیل سیاست، پژوهش‌های کیفی و کمی، و مطالعات موردی. چکیده مقالات همایش‌ها، مقالات دیدگاه‌محور و سرمقاله‌ها از مطالعه خارج شدند.

مرحله چهارم: استخراج، سامان‌دهی و تلفیق داده‌ها

به‌منظور استخراج نظام‌مند داده‌ها، چک لیست استاندارد طراحی شد و برای اطمینان از انسجام و قابلیت استفاده، بر روی نمونه‌ای شامل ۱۰ مطالعه به‌صورت آزمایشی اجرا گردید. متغیرهای استخراج‌شده شامل نام نویسندگان، سال انتشار، کشور محل مطالعه، نوع مطالعه، اهداف، روش‌ها و یافته‌های کلیدی بودند.

پس از استخراج داده‌ها، هر یافته بر اساس تعاریف از پیش تعیین‌شده چهار مؤلفه مثلث سیاستگذاری برای تحلیل سیاست‌های سلامت، شامل چهار مؤلفه بافتار، محتوا، بازیگران و فرایند کدگذاری شد [۱۵] و یافته‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل چارچوبی^۶ تحلیل شدند. بهره‌گیری از این چارچوب، امکان فراتر رفتن از تحلیل‌های صرفاً موضوعی و دستیابی به درکی عمیق‌تر از ابعاد سیاستی ادغام خدمات توانبخشی در PHC را فراهم ساخت. دو پژوهشگر به‌صورت مستقل کدگذاری را انجام دادند و در موارد اختلاف، از طریق بحث و توافق و در صورت نیاز با نظر پژوهشگر سوم به اجماع رسیدند. اگر یک یافته به بیش از یک مؤلفه مرتبط بود، بر اساس مفهوم غالب یا ارتباط اصلی طبقه‌بندی شد.

در نهایت، تمامی نویسندگان چارچوب تحلیلی و یافته‌های حاصل از آن را مورد بازبینی قرار داده و تا دستیابی به اجماع، نسبت به اصلاح و تکمیل آن اقدام کردند.

یافته‌ها

جست‌وجوی اولیه منجر به شناسایی ۳۰۵۳ مقاله شد که از این میان، ۲۱۰ مقاله به دلیل تکراری بودن حذف شدند. از ۲۸۴۳ مقاله باقی‌مانده، ۲۶۹۵ مقاله پس از بررسی عنوان و چکیده کنار گذاشته شدند. در نهایت، پس از ارزیابی متن کامل ۱۴۸ مقاله، تعداد ۶۳ مطالعه واجد شرایط شناسایی و در مرور نهایی وارد شدند (شکل ۱).

بررسی توزیع جغرافیایی مطالعات نشان داد که ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) عمدتاً در کشورهای با درآمد بالا مورد توجه قرار گرفته است (شکل ۲). همچنین، همان‌گونه که در شکل ۳ نشان داده شده است، خدمات توانبخشی جسمی و به‌ویژه فیزیوتراپی، بیش از سایر حوزه‌های توانبخشی در فرایند ادغام با PHC مورد توجه بوده‌اند.

یافته‌های این مطالعه بر اساس چارچوب مثلث سیاستگذاری سلامت [۱۵] و در چهار بعد شامل بافتار، محتوا، بازیگران و فرایند سازمان‌دهی و تبیین شدند.

۱. بافتار

ادغام خدمات توانبخشی در نظام‌های PHC در بستری از پراکندگی و عدم انسجام خدمات سلامت صورت می‌گیرد. بسیاری از افرادی که به خدمات توانبخشی نیاز دارند، به‌ویژه در مناطق روستایی یا کم‌برخوردار، به خدمات جامع و مؤثر دسترسی ندارند

^۶ Framework Analysis

[۱۸، ۱۹]. این وضعیت تحت تأثیر تغییرات جمعیتی، از جمله سالمندی جمعیت و افزایش شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی و ناتوانی‌های مرتبط با حرکت، پیچیده‌تر شده است؛ عواملی که ضرورت دسترسی به خدمات توانبخشی را بیش از پیش برجسته می‌سازند [۲۱، ۲۰].

محدودیت‌های اقتصادی و موانع مالی، از جمله تأمین مالی ناکافی برای متخصصان توانبخشی، نظام‌های نامناسب بازپرداخت هزینه‌ها و سیاست‌های مالی کاهنده کیفیت خدمات، همگی بر ضرورت انجام اصلاحات سیاستی در حوزه تأمین مالی خدمات توانبخشی تأکید دارند [۲۲، ۸].

علاوه بر این، نگرش‌ها و برداشت‌های فرهنگی و اجتماعی نسبت به خدمات توانبخشی، که در جوامع مختلف متفاوت است، می‌تواند بر میزان تقاضا و اولویت‌بخشی به این خدمات در PHC تأثیرگذار باشد. در برخی زمینه‌ها، شناخت ناکافی یا کم‌ارزش تلقی شدن برخی خدمات خاص توانبخشی، مانند گفتاردرمانی یا کاردرمانی، مانعی در برابر ارائه مؤثر این خدمات در سطح PHC ایجاد می‌کند [۲۳-۲۵]. همچنین، کمبود متخصصان آموزش‌دیده و محدودیت برنامه‌های آموزشی، توسعه و کیفیت خدمات توانبخشی در PHC را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این چالش‌ها، به‌ویژه در مناطق روستایی و محروم، جذب و حفظ نیروی انسانی متخصص را دشوار ساخته و در نتیجه اثربخشی و پوشش خدمات را کاهش می‌دهند [۲۶، ۲۷، ۱۳].

تجارب موفق ادغام توانبخشی در PHC نشان می‌دهد که برنامه‌ها در محیط‌هایی که آگاهی و شناخت بیشتری نسبت به اهمیت خدمات توانبخشی و نقش متخصصان این حوزه وجود دارد، شانس موفقیت بالاتری دارند [۲۹-۲۷]. در این میان، آموزش نقش مهمی ایفا می‌کند؛ هم از طریق افزایش آگاهی عمومی و هم از طریق ارائه آموزش‌های تخصصی به متخصصان و کارکنان سلامت [۲۸].

۲. محتوا

ادغام توانبخشی در PHC مستلزم اتخاذ رویکردی جامع، هماهنگ و مبتنی بر همکاری بین‌رشته‌ای است که بر اسناد و راهنماهای مشترک حرفه‌ای و آموزش چندرشته‌ای تأکید دارد. چنین رویکردهایی همکاری میان پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان توانبخشی را تقویت کرده، سلسله‌مراتب حرفه‌ای را کاهش داده و کیفیت مراقبت‌های توانبخشی را ارتقا می‌بخشند. افزون بر این، این همکاری‌های چندرشته‌ای باید بر پایه دستورالعمل‌های اخلاقی و استانداردهای حرفه‌ای شکل گیرند تا ارائه خدمات توانبخشی یکپارچه با رعایت اصول عدالت و اخلاق تضمین شود [۳۱، ۳۰].

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد مستلزم گردآوری مستمر داده‌ها، پایش نیازهای توانبخشی، رصد شاخص‌های خدمات و برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای واقعی جامعه است [۸]. ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی جامع برای ارجاع بیماران نیز به‌عنوان ابزاری مهم در ارتقای کیفیت پیگیری بیماران و پیشگیری از عوارض ثانویه مطرح شده است. در نهایت، وجود چارچوب‌های سیاستی و راهنماهای بین‌بخشی برای جایگاه‌یابی خدمات توانبخشی در PHC ضروری است. سیاست‌های سلامت باید بر پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و تقویت PHC متمرکز باشند تا خدمات توانبخشی به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت و با دسترسی برابر برای همه شهروندان ارائه شوند [۳۰].

۳. بازیگران

یافته‌ها نشان دادند که چندین بازیگر کلیدی در فرایند سیاست‌گذاری ادغام توانبخشی در PHC نقش دارند.

۳-۱. متخصصان سلامت

فیزیوتراپیست‌ها، کاردرمانگران و پزشکان عمومی در خط مقدم ارائه خدمات توانبخشی قرار دارند. با این حال، نقش متخصصین توانبخشی در تیم‌های چندرشته‌ای غالباً مبهم است و این ابهام می‌تواند مانعی برای همکاری و فرایندهای ارجاع باشد [۳۲-۳۴]. علاوه بر ایجاد مسیرهای شغلی مناسب‌تر برای متخصصان توانبخشی به منظور کاهش استفاده ناکافی از ظرفیت آنان [۳۵، ۳۰]، ضروری است که سایر متخصصان و کارکنان PHC نیز از نقش و ارزش خدمات توانبخشی آگاهی کافی داشته باشند. همچنین، اگرچه شکل‌گیری همکاری‌های بین‌حرفه‌ای برای تحقق کار تیمی مؤثر ضروری است [۲۴، ۲۳] تعریف روشن نقش متخصصان توانبخشی در فرایند سیاست‌گذاری سلامت نیز اهمیت دارد تا مشارکت فعال آنان در تدوین راهبردهای ارتقای عدالت و اثربخشی خدمات تضمین شود [۳۰، ۱۴].

۳-۲. سیاست‌گذاران و نهادهای دولتی

رهبری اثربخش و اراده سیاسی، پیش‌نیازهای اساسی برای نهادینه‌سازی خدمات توانبخشی در نظام سلامت محسوب می‌شوند. یافته‌های این مرور بر ضرورت تدوین سیاست‌های شفاف و تأمین منابع مالی لازم برای حمایت از نقش متخصصان توانبخشی در PHC تأکید دارند [۱۱].

رهبری قوی و تعهد دولت‌ها به تأمین مالی توانبخشی در PHC، ضامن پایداری نظام ملی توانبخشی مبتنی بر PHC است. کشور شیلی به‌عنوان یکی از پیشگامان آمریکای لاتین و حوزه کارائیب در این زمینه شناخته می‌شود. یکی از عوامل کلیدی موفقیت این کشور، رهبری فعال وزارت بهداشت و وجود دو واحد تخصصی توانبخشی در ساختار آن بوده است [۸]. در مقابل، در بسیاری از کشورها، توانبخشی تحت پوشش وزارتخانه‌های امور اجتماعی و نهادهای مسئول امور افراد دارای معلولیت قرار دارد. چنین رویکردی، توانبخشی را بیشتر به‌عنوان راهبردی برای شمول اجتماعی تلقی می‌کند تا یکی از اجزای اساسی پوشش همگانی سلامت [۳۶]. این برداشت نادرست می‌تواند به حکمرانی پراکنده و ادغام ناکافی توانبخشی در نظام سلامت منجر شود [۱۴].

۳-۳. دریافت‌کنندگان خدمات و جوامع محلی

مطالعات بر ضرورت اتخاذ رویکردهای جامعه‌محور در ارائه خدمات توانبخشی و تقویت همکاری با ذی‌نفعان محلی تأکید دارند. مشارکت دریافت‌کنندگان خدمات، از جمله افراد دارای معلولیت، در فرایند سیاست‌گذاری و توجه به نیازهای آنان می‌تواند طراحی و اجرای خدمات توانبخشی را تقویت کند [۳۷]. دریافت‌کنندگان خدمات باید به‌عنوان ذی‌نشان اصلی در نظر گرفته شوند که در نهایت، ادغام خدمات باید منجر به ارتقای رضایت و بهبود وضعیت آنان شود.

۴. فرایند

فرایند سیاست‌گذاری در حوزه توانبخشی شامل دستورکارگذاری، اجرا و ارزیابی خدمات توانبخشی در PHC است.

۴-۱. تعیین دستور کار

محدودیت منابع و توزیع ناعادلانه آن‌ها می‌تواند چالش‌های مهمی در مسیر ادغام ایجاد کند. موانع اجتماعی و اقتصادی نشان می‌دهند که تعیین دستور کار باید هم‌زمان به نیازهای منابع و نابرابری‌های زیرساختی توجه داشته باشد تا توانبخشی بتواند به بخشی پایدار از PHC تبدیل شود [۱۹، ۲۱].

تعیین دستور کار مؤثر مستلزم گردآوری داده‌های معتبر برای پشتیبانی از برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد است. در برخی کشورها، مانند شیلی، پایش مستمر داده‌ها برای توجیه تخصیص منابع و نشان دادن منافع توانبخشی ضروری بوده است. این امر همچنین می‌تواند به مدافعان سیاستی در تقویت جایگاه توانبخشی در دستور کار سلامت کمک کند [۸].

کمبود نیروی انسانی متخصص، که ناشی از ناکافی بودن برنامه‌های آموزشی است، مانع دیگری در مسیر ادغام محسوب می‌شود. این مشکل در مناطق روستایی شدیدتر بوده و ضرورت اجرای برنامه‌های فوری ظرفیت‌سازی را برجسته می‌سازد [۳۸، ۳۰]. از این‌رو، تبدیل توانبخشی به یکی از اولویت‌های PHC، مستلزم بسیج سیاسی و مقابله با موانع ساختاری و کمبود نیروی انسانی است.

۴-۲. اجرا

الگوهای نوین توانبخشی، از جمله دسترسی مستقیم به خدمات توانبخشی و تیم‌های مراقبتی چندرشته‌ای، ظرفیت قابل توجهی برای بهبود ارائه خدمات سلامت نشان داده‌اند [۳۹، ۶]. با این حال، چالش‌های مهمی همچنان پابرجاست و جایگاه فیزیوتراپیست‌ها و سایر متخصصان توانبخشی در نظام سلامت، از جمله در PHC، به‌طور کامل تبیین نشده است [۳۵، ۲۴]. علاوه بر این، ترویج این الگوها به‌صورت ناهماهنگ صورت می‌گیرد و مشکلات اجرایی، نظیر محدودیت منابع و طراحی نامناسب مسیرهای ارائه خدمت، مانع از اجرای گسترده آن‌ها می‌شود [۲۹].

در این راستا یافته‌های این مطالعه چند راهکار سیاستی را برای پیشبرد و اجرای طرح‌های ادغام پیشنهاد می‌کنند؛ از جمله تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، افزایش آموزش کارکنان سلامت برای مشارکت در ارائه خدمات توانبخشی، توسعه خدمات توانبخشی از راه دور به‌منظور بهبود دسترسی در مناطق روستایی [۲۰، ۱۱]، و ارتقای ارتباطات و هماهنگی میان ارائه‌دهندگان خدمات برای تضمین تداوم مراقبت و بهره‌مندی کامل از مزایای توانبخشی [۴۰، ۲۴].

۴-۳. ارزیابی

ادغام موفق خدمات توانبخشی در PHC نیازمند جهت‌گیری سیاستی روشن و ارزیابی مستمر است. ارزیابی نیازهای توانبخشی بر اهمیت گردآوری داده‌های باکیفیت برای برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد و تخصیص کارآمد منابع تأکید دارد [۴۱]. داده‌های جامع به سیاست‌گذاران و نظام‌های سلامت کمک می‌کنند تا در راستای تأمین منابع انسانی، مالی و زیرساختی موردنیاز خدمات توانبخشی تصمیم‌گیری کنند.

با وجود این، همچنان تلاش‌های بیشتری برای غلبه بر چالش‌هایی نظیر سنجش نظام‌مند عملکرد افراد، انجام ارزیابی‌های اقتصادی مناسب در خصوص بازگشت سرمایه خدمات توانبخشی و تدوین استانداردهای بین‌المللی برای پایش و ارزیابی این خدمات مورد نیاز است. مطالعات بر ضرورت تقویت نظام‌های اطلاعات سلامت به‌منظور ثبت داده‌های مرتبط و فراهم‌سازی زمینه اجرای مؤثر برنامه‌های توانبخشی در سطح جهانی تأکید کرده‌اند [۸].

بحث

این مرور دامنه‌ای با هدف بررسی تلاش‌ها، چالش‌ها و پیشرفت‌های جهانی در زمینه ادغام خدمات توانبخشی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل سیاست انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که اگرچه ادغام خدمات توانبخشی در PHC ظرفیت قابل توجهی برای بهبود دسترسی، ارتقای پیامدهای سلامت و تحقق پوشش همگانی سلامت دارد، اما موانع متعددی در سطوح ساختاری، اقتصادی، فرهنگی و سیاستی همچنان روند این ادغام را، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط با چالش مواجه ساخته‌اند. یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که ادغام خدمات توانبخشی صرفاً یک مداخله بالینی یا سازمانی نیست، بلکه یک فرایند سیاستی پیچیده است که موفقیت آن به هم‌راستایی همزمان حکمرانی، تأمین مالی، نیروی انسانی، مدل ارائه خدمت و مشارکت ذی‌نشان وابسته است. این نتیجه با چارچوب مثلث سیاستی والت و گیلسون که تعامل میان محتوا، بافت، بازیگران و فرایند را مبنای موفقیت سیاست‌ها می‌داند، همخوانی دارد.

نتایج نشان داد که ادغام توانبخشی در PHC در کشورهای با درآمد بالا بیش از سایر کشورها مورد توجه قرار گرفته است. این موضوع احتمالاً ناشی از دسترسی بیشتر این کشورها به منابع مالی، زیرساخت‌های مناسب و نیروی انسانی آموزش‌دیده برای حمایت از فرایند ادغام است. این در حالی است که بار ناتوانی و نیازهای برآورده‌نشده توانبخشی در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر گزارش شده است [۲]. با وجود این نیاز فزاینده، محدودیت منابع مالی، کمبود ارائه‌دهندگان ماهر خدمات سلامت و ضعف زیرساخت‌های نظام سلامت، از مهم‌ترین موانع ادغام خدمات توانبخشی در این کشورها محسوب می‌شوند [۴۲]. کاهش این نابرابری‌ها برای تضمین دسترسی عادلانه به خدمات ضروری توانبخشی در تمامی کشورها ضروری است. همچنین یافته نشان می‌دهد که شکاف موجود صرفاً ناشی از کمبود منابع نیست، بلکه بازتاب تفاوت در ظرفیت حکمرانی، اولویت‌گذاری سیاستی و توان نظام سلامت در نهادینه‌سازی خدمات توانبخشی در PHC نیز هست [۲، ۳۱، ۴۲].

همچنین، یافته‌ها نشان داد که خدمات توانبخشی جسمی و فیزیوتراپی بیش از سایر حوزه‌های توانبخشی در برنامه‌های ادغام با PHC مورد توجه قرار گرفته‌اند. این امر می‌تواند ناشی از شیوع بالاتر اختلالات اسکلتی-عضلانی و سایر شرایط نیازمند این خدمات [۴۳] و نیز آمادگی بیشتر این رشته‌ها برای فعالیت در سطح PHC باشد. در مقابل، خدماتی نظیر شنوایی‌شناسی و گفتاردرمانی، علی‌رغم اهمیت و نیاز آشکار به آن‌ها، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. این وضعیت ممکن است ناشی از ظرفیت محدود برای ادغام این خدمات، کمبود منابع تخصصی و یا آگاهی ناکافی نسبت به ضرورت ارائه آن‌ها در سطح PHC باشد. به‌عنوان نمونه، غربالگری کم‌شنوایی در مراکز PHC آفریقای جنوبی به دلیل کمبود تجهیزات، ضعف نظام ارجاع توسط پرستاران و باورهای فرهنگی مرتبط با علل فراطبیعی کم‌شنوایی، با چالش‌های جدی مواجه بوده است که در نهایت منجر به تأخیر در دریافت مراقبت می‌شود [۲۵].

این عدم توازن می‌تواند موجب شود برخی نیازهای توانبخشی جمعیت، به‌ویژه در حوزه‌های ارتباط، شنوایی و مشارکت اجتماعی، در طراحی بسته‌های خدمات PHC کمتر مورد توجه قرار گیرد.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه آن بود که خدمات توانبخشی همچنان از پراکندگی و توسعه‌نیافتگی قابل‌توجهی رنج می‌برند و هماهنگی مؤثری میان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه و متخصصان توانبخشی وجود ندارد [۴۵، ۴۴]. این وضعیت به تداوم نیازهای برآورده‌نشده و ارائه مراقبت‌های ناکافی منجر می‌شود [۴۶]. همچنین، چالش‌هایی نظیر نبود مسیرهای شغلی مشخص برای متخصصان توانبخشی، ادغام ناکافی خدمات و ضعف نظام‌های مستندسازی و پایش خدمات به‌عنوان مسائل نوظهور مطرح شدند [۳۵، ۳۹، ۴۴]. این یافته‌ها نشان می‌دهد که چالش اصلی، کمبود خدمات توانبخشی نیست، بلکه فقدان سازوکارهای حکمرانی برای هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمت است. بدون وجود نظام ارجاع کارآمد، نقش‌های حرفه‌ای مشخص و نظام اطلاعات یکپارچه، گسترش خدمات به تنهایی منجر به ادغام واقعی نخواهد شد [۳۵، ۳۹، ۴۵].

مطالعه حاضر طیف متنوعی از الگوهای ادغام را شناسایی کرد که شامل توانبخشی مبتنی بر جامعه، توانبخشی مبتنی بر منزل، توانبخشی از راه دور، خدمات سرپایی، دسترسی مستقیم به خدمات توانبخشی، الگوهای خانواده‌محور و جامعه‌محور و نیز مدل‌های مراقبت از سالمندان بودند. هر یک از این الگوها می‌توانند در ارتقای دسترسی و جامعیت خدمات برای گروه‌های مختلف جمعیتی نقش ایفا کنند [۲۰، ۲۸، ۴۷]. افزون بر این، دسترسی مستقیم به خدمات توانبخشی می‌تواند با کاهش بار کاری پزشکان عمومی و کاهش فشار بر نظام سلامت، زمان انتظار و هزینه‌های ارائه خدمت را کاهش دهد [۴۸، ۶]. برخی مطالعات نیز پیامدهای بالینی مطلوب‌تری، از جمله بهبود عملکرد و کیفیت زندگی، را در میان بیمارانی که از توانبخشی با دسترسی مستقیم بهره‌مند شده‌اند، گزارش کرده‌اند [۴۹، ۵۰]. الگوهای نوآورانه‌ای نظیر توانبخشی مبتنی بر جامعه که در این مرور شناسایی شدند، با تأکید سازمان جهانی سلامت بر ارائه یکپارچه خدمات و ادغام توانبخشی در تمامی سطوح نظام سلامت، به‌ویژه در PHC، همسو هستند [۴].

تنوع مدل‌های شناسایی‌شده نشان می‌دهد که هیچ الگوی واحدی برای ادغام خدمات توانبخشی وجود ندارد و انتخاب مدل مناسب باید متناسب با ظرفیت نظام سلامت، منابع موجود و نیازهای جمعیتی هر کشور انجام شود.

با وجود گام‌های امیدوارکننده در مسیر ادغام، موانع مهمی همچنان پابرجاست. درک محدود از نقش متخصصان توانبخشی و سایر حرفه‌های وابسته، نبود سازوکارهای پایدار و ساختاریافته تأمین مالی، و حمایت سیاسی ناکافی از برنامه‌های توانبخشی از جمله این موانع هستند [۲۲، ۳۰، ۵۱]. همان‌گونه که در گزارش «توانبخشی در نظام‌های سلامت» سازمان جهانی سلامت (۲۰۱۷) نیز تأکید شده است، ادغام توانبخشی در PHC مستلزم اراده سیاسی و تقویت راهبردی نظام سلامت، از جمله توسعه نیروی انسانی و ایجاد سازوکارهای تأمین مالی مناسب است [۵۲-۵۴]. در این راستا، به سیاست‌گذاران، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، توصیه می‌شود که در برنامه‌ریزی برای ادغام توانبخشی، از رویکرد «تفکر سیستمی» استفاده کنند و بر ابعادی نظیر حکمرانی، تأمین مالی پایدار و همکاری‌های بین‌بخشی تأکید داشته باشند [۵۵]. همگرایی یافته‌های این مرور با توصیه‌های WHO و مطالعات حوزه سیاستگذاری سلامت نشان می‌دهد که موفقیت ادغام توانبخشی مستلزم اصلاح همزمان چندین جزء نظام سلامت است و تمرکز صرف بر توسعه خدمات بالینی نمی‌تواند به تنهایی موجب ادغام پایدار شود.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل شناسایی شده در چهار بعد مثلث سیاستی والت و گیلسون به صورت مستقل عمل نمی‌کنند، بلکه اثر متقابل آن‌ها تعیین‌کننده موفقیت یا شکست ادغام خدمات توانبخشی است. برای مثال، حتی در صورت وجود مدل‌های مناسب ارائه خدمت، نبود حمایت سیاسی یا تأمین مالی پایدار می‌تواند مانع اجرای موفق سیاست‌های ادغام شود.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان‌دهنده وجود شکاف قابل‌توجه در گردآوری داده‌های روتین مربوط به خدمات توانبخشی در سطح PHC است؛ موضوعی که با تأکید سازمان جهانی سلامت بر ضرورت توسعه نظام‌های اطلاعاتی قوی برای پایش و ارزیابی خدمات توانبخشی همخوانی دارد [۵۲، ۴]. در راستای اهداف دستور کار «توانبخشی ۲۰۳۰»، نتایج این مطالعه بر ضرورت اقدام فوری برای رفع موانع نظام‌مند موجود در مسیر ادغام توانبخشی در PHC، به‌ویژه در حوزه‌های رهبری، توسعه نیروی انسانی، تأمین مالی و اصلاح نظام ارائه خدمات، تأکید می‌کند. این یافته‌ها می‌توانند از تدوین راهبردهای ملی در جهت تحقق پوشش همگانی سلامت با محوریت توانبخشی حمایت کنند [۴]. از منظر سیاست‌گذاری، یافته‌های این مرور از یک چارچوب مفهومی حمایت می‌کنند که در آن ادغام خدمات توانبخشی حاصل تعامل همزمان چهار مؤلفه اصلی است: حکمرانی و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی و مدل ارائه خدمت. تقویت تنها یکی از این مؤلفه‌ها بدون اصلاح سایر اجزا، احتمالاً منجر به ادغام پایدار نخواهد شد [۱۴].

مطالعات آینده می‌توانند اثربخشی مدل‌های مختلف ادغام خدمات توانبخشی در PHC را در کشورهای با درآمد پایین و متوسط مقایسه کنند. همچنین، بررسی تجربی نقش سازوکارهای حکمرانی، تأمین مالی و مشارکت ذی‌نشان در موفقیت سیاست‌های ادغام می‌تواند به توسعه شواهد سیاستی در این حوزه کمک کند.

نقاط قوت و محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه، ضمن شناسایی برخی از مهم‌ترین شکاف‌ها و چالش‌های موجود که باید در پژوهش‌ها و سیاست‌های آینده مورد توجه قرار گیرند، بر اهمیت توانبخشی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی نظام سلامت تأکید می‌کند. با این حال، این مرور دارای محدودیت‌هایی نیز بود. نخست آن‌که بخش عمده‌ای از مطالعات بر جنبه‌های اجرایی یا شرایط خاص تمرکز داشتند و کمتر به ادغام جامع خدمات توانبخشی پرداخته بودند. دوم، به دلیل محدودیت‌های اجرایی و دسترسی گسترده به منابع دیجیتال، جست‌وجوی متون خاکستری و منابع غیرالکترونیک، از جمله جست‌وجوی دستی مجلات چاپی، مجموعه مقالات همایش‌ها و مشورت مستقیم با خبرگان، انجام نشد. سوم، محدود کردن مطالعات به زبان انگلیسی ممکن است موجب نادیده گرفتن شواهد ارزشمند منتشرشده به سایر زبان‌ها شده باشد. همچنین، به دلیل محدودیت‌های دسترسی، تنها تعداد محدودی از پایگاه‌های اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفتند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه، ناهمگونی قابل‌توجه مطالعات واردشده از نظر طراحی پژوهش، اهداف، زمینه اجرا و نوع شواهد بود. اگرچه این تنوع با ماهیت مرورهای حیطه‌ای و هدف آن‌ها در ترسیم گستره شواهد موجود سازگار است، اما می‌تواند مقایسه مستقیم یافته‌ها و تعمیم نتایج را محدود کند. از این رو، یافته‌های این مطالعه باید بیشتر به‌عنوان تصویری جامع از وضعیت موجود و شناسایی الگوها، چالش‌ها و شکاف‌های دانشی تفسیر شوند تا شواهدی برای مقایسه اثربخشی یا استنتاج روابط علی. پژوهش‌های آینده باید بر ارزیابی اثربخشی الگوهای مختلف ادغام توانبخشی، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، تمرکز کرده و به شناسایی بهترین تجارب و راهبردهای موفق در این زمینه بپردازند.

نتیجه‌گیری

این مرور حیطه‌ای با هدف بررسی شواهد موجود درباره ادغام خدمات توانبخشی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، نشان داد که اگرچه در سال‌های اخیر الگوهای متنوعی برای ادغام این خدمات توسعه یافته‌اند، اما تحقق ادغام پایدار و نظام‌مند همچنان با موانع چندبعدی مواجه است.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که چالش‌های اصلی ادغام توانبخشی در PHC عمدتاً در چهار حوزه متمرکز هستند: ضعف در حکمرانی و اولویت‌گذاری سیاستی، محدودیت در تأمین مالی پایدار، کمبود و توزیع نامتوازن نیروی انسانی توانبخشی، و ناکارآمدی در طراحی و یکپارچه‌سازی مدل‌های ارائه خدمت. این یافته‌ها بیانگر آن است که ادغام توانبخشی بیش از آنکه یک مداخله خدماتی باشد، یک اصلاح نظام سلامت است که نیازمند هم‌راستایی همزمان اجزای مختلف نظام سلامت است.

بر این اساس، موفقیت در ادغام خدمات توانبخشی در PHC مستلزم اقدامات هماهنگ در سطح سیاستی شامل تقویت تعهد سیاسی، توسعه سازوکارهای تأمین مالی پایدار، تعریف روشن نقش‌های حرفه‌ای و تقویت همکاری‌های بین‌حرفه‌ای است. با این حال، این نتایج باید با توجه به ناهمگونی زمینه‌ای مطالعات و تمرکز غالب شواهد بر کشورهای با درآمد بالا تفسیر شود.

با توجه به اینکه بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط برای ارائه خدمات ضروری سلامت بر شبکه‌های PHC متکی هستند، اجرای متناسب با زمینه برنامه‌های جهانی نظیر «توانبخشی ۲۰۳۰: فراخوانی برای اقدام» سازمان جهانی سلامت می‌تواند زمینه‌ساز ارائه خدمات توانبخشی پایدارتر و عادلانه‌تر باشد. لازم است پژوهش‌های آینده، راهبردهای اختصاصی کشورها را بررسی کرده و اثربخشی آن‌ها را در ادغام توانبخشی در چارچوب PHC ارزیابی کنند.

تأییدیه اخلاقی و رضایت برای مشارکت

کاربرد ندارد.

دسترسی به داده‌ها و مواد پژوهش

مجموعه داده‌های استفاده‌شده و/یا تحلیل‌شده در این مطالعه، بنا به درخواست منطقی، از طریق نویسنده مسئول قابل دسترسی خواهد بود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع در ارتباط با این مطالعه ندارند.

حمایت مالی

این پژوهش از هیچ منبع مالی مشخصی حمایت دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی: امیرحسین تکیان و زهرا نجفی؛ روش شناسی: رجبعلی درودی و زهرا نجفی؛ تحلیل: امیرحسین تکیان، کیانوش عبدی و زهرا نجفی؛ نگارش پیش نویس: زهرا نجفی؛ ویراستاری و نهایی سازی نوشته: همه نویسندگان؛ بصری سازی: زهرا نجفی؛ نظارت و مدیریت پروژه: امیرحسین تکیان

بیانیه استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی

در فرایند آماده سازی متن مقاله، به ویژه در بخش ترجمه به زبان انگلیسی، از ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی (ChatGPT) برای کمک به ویرایش زبانی استفاده شده است.

قدردانی

بدین وسیله از تمامی افراد و همکارانی که با ارائه راهنمایی ها و دیدگاه های ارزشمند خود در انجام این مطالعه مشارکت داشتند، صمیمانه قدردانی می شود.

1. Organization WH. Global report on health equity for persons with disabilities: World Health Organization; 2022.
2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10267):2006-17.
3. Rehabilitation, World Health Organization (WHO) [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>].
4. Rehabilitation 2030 – a call for action. Background paper: The need to scale up rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017.
5. Najafi Z, Abdi K, Takian A. Integration of Rehabilitation in the Health System: The Necessity of Achieving Universal Health Coverage in Iran. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2024;8(1):109-11.
6. Zouch JH, Berg B, Pripp AH, Storheim K, Ashton-James CE, Ferreira ML, et al. Reducing strain on primary healthcare systems through innovative models of care: the impact of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions-an interrupted time series analysis. *Family Medicine and Community Health*. 2024;12(3). doi:10.1136/fmch-2024-002998
7. Dahl-Popolizio S Dbh OL, Sauber Tm Otd OLB, Mookadam M Md MF. How Occupational Therapy Can Contribute to the Primary Care Team and Reduce Physician Burden. *Fam Pract Manag*. 2023;30(3):15-9.
8. Seijas V, Hrzic KM, Neculhueque XZ, Sabariego C. Improving Access to and Coverage of Rehabilitation Services through the Implementation of Rehabilitation in Primary Health Care: A Case Study from Chile. *Health Systems & Reform*. 2023;9(1). doi:10.1080/23288604.2023.2242114
9. World Report on Disability 2011 [Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>].
10. Rahmani N, Kajbafvala M, Takian A, Shirazikhah M, Hamidi H, Ehsanzadeh SJ. A Comparative Study of Rehabilitation Policies in Selected Countries: A Narrative Review. *USWR*. 2024;25(1):2. doi:10.32598/RJ.25.1.1282.3
11. 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 Serv Res*. 2022;22(1):1317. doi:10.1186/s12913-022-08695-8
12. Shirazikhah M, Roshanfekr P, Takian A, Alizadeh Zarei M, Shirazikhah A, Joghataei MT. Availability of Physical Rehabilitation Facilities for People with Disabilities in Iran: A Comparative Study on Universal Health Coverage. *Arch Iran Med*. 2022;25(10):698-705. doi:10.34172/aim.2022.109

13. Shahali S, Shahabi S, Etemadi M, Hedayati M, Barth CA, Mojangani 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
14. Ghaffar A, Bachani AM, Hyder AA, Cieza A, Bhangu A, Bussi res A, et al. Role and promise of health policy and systems research in integrating rehabilitation into the health systems. *Health Research Policy and Systems*. 2024;22(1):143. doi:10.1186/s12961-024-01235-2
15. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*. 1994;9(4):353-70. doi:10.1093/heapol/9.4.353
16. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850
18. Maseko LJ, Adams F, Myezwa H. Perceptions of integrated rehabilitation service delivery in a metropolitan district. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2024;16(1). doi:10.4102/phcfm.v16i1.4069
19. Kuper H, Pinto AR, Silva END, Barreto JOM, Powell-Jackson T. Inclusion of disability in primary healthcare facilities and socioeconomic inequity in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2024;58:39. doi:10.11606/s1518-8787.2024058005634
20. Seijas V, Roxanne M, Mishra S, Bernard RM, Fernandes P, Lorenz V, et al. Rehabilitation in primary care for an ageing population: a secondary analysis from a scoping review of rehabilitation delivery models. *Bmc Health Services Research*. 2024;24(1). doi:10.1186/s12913-023-10387-w
21. Rech RS, Hugo FN, Schmidt JG, de Goulart BNG, Hilgert JB. Speech-language therapy offer and primary health care in Brazil: an analysis based on socioeconomic development. *Codas*. 2019;31(1). doi:10.1590/2317-1782/20182018083
22. Psarras A, Karakolias S. A Groundbreaking Insight Into Primary Care Physiotherapists' Remuneration. *Cureus Journal of Medical Science*. 2024;16(2). doi:10.7759/cureus.54732
23. Halle AD, Mroz TM, Fogelberg DJ, Leland NE. Occupational Therapy and Primary Care: Updates and Trends. *American Journal of Occupational Therapy*. 2018;72(3). doi:10.5014/ajot.2018.723001
24. Vader K, Ashcroft R, Bath B, D cary S, Deslauriers S, Desmeules F, et al. Physiotherapy Practice in Primary Health Care: A Survey of Physiotherapists in Team-Based Primary Care Organizations in Ontario. *Physiotherapy Canada*. 2022;74(1):86-94. doi:10.3138/ptc-2020-0060
25. Khan NB, Joseph L, Adhikari M. The hearing screening experiences and practices of primary health care nurses: Indications for referral based on high-risk factors and community views about hearing loss. *African journal of primary health care & family medicine*. 2018;10(1):e1-e11. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1848

26. Saavedra ST, Lizana NM. Speech Therapy practice in Primary Health Care in Chile from the perspective of users, speech therapists, and other health professionals from Santiago. *Revista Chilena de Fonoaudiologia*. 2021;20:1-10. doi:10.5354/0719-4692.2021.60747
27. Besoain-Saldaña Á, Sanhueza JR, Hizaut MM, Rojas VC, Ortega GH, Aliaga-Castillo V. Community-Based Rehabilitation (CBR) in primary care centers in Chile. *Rev Saude Publica*. 2020;54:38. doi:10.11606/s1518-8787.2020054001999
28. Da Ros A, Paci M, Buonandi E, Rosiello L, Moretti S, Barchielli C. Physiotherapy as part of primary health care, Italy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2022;100(11):669-75. doi:10.2471/blt.22.288339
29. Igwesi-Chidobe CN, Bishop A, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*. 2021;111:31-9. doi:10.1016/j.physio.2020.07.002
30. Narain S, Mathye D. Strategies to integrate physiotherapists into primary health care in South Africa. *South African Journal of Physiotherapy*. 2023;79(1). doi:10.4102/sajp.v79i1.1796
31. Waterworth CJ, Smith F, Kiefel-Johnson F, Pryor W, Marella M. Integration of rehabilitation services in primary, secondary, and tertiary levels of health care systems in low- and middle-income countries: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*. 2024. doi:10.1080/09638288.2024.2317422
32. Peurois M, Bertin M, Fouquet N, Adjeroud N, Roquelaure Y, Ramond-Roquin A. Factors associated with referral to physiotherapists for adult patients consulting for musculoskeletal disorders in primary care; an ancillary study to ECOGEN. *Bmc Primary Care*. 2023;24(1). doi:10.1186/s12875-023-01970-5
33. Vader K, Donnelly C, French SD, Grady C, Hill JC, Tripp DA, et al. Implementing a new physiotherapist-led primary care model for low back pain: a qualitative study of patient and primary care team perspectives. *Bmc Primary Care*. 2022;23(1). doi:10.1186/s12875-022-01817-5
34. Donnelly C, Leclair L, Hand C, Wener P, Letts L. Occupational therapy services in primary care: a scoping review. *Primary Health Care Research and Development*. 2023;24. doi:10.1017/s1463423622000123
35. Stotter G, McKinlay E, Darlow B. Advanced practice physiotherapists in primary health care: stakeholders' views of a new scope of practice. *Journal of Primary Health Care*. 2024;16(2):160-9. doi:10.1071/hc24029
36. Najafi Z, Abdi K, Soltani S. Stewardship; The Missing Loop of Rehabilitation in the Health System: A Policy Brief. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2023;37.
37. Naidoo D, Wyk JV, Joubert RWE. Exploring the occupational therapist's role in primary health care: Listening to voices of stakeholders. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2021;8(1). doi:10.4102/phcfm.v8i1.1139

38. ShahAli S, Shahabi S, Etemadi M, Hedayati M, Anne BC, 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):e20736. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e20736
39. de Oliveira Freitas L, Gonçalves JL, Gomes JES, Vinhote JFC, da Silva RM, de Souza Vieira LJE. Contributions of the physical therapist to primary health care based on multiprofessional residency. *Fisioterapia em Movimento*. 2024;37. doi:10.1590/FM.2024.37119
40. Lindström AC, Bernhardsson S. Evidence-Based Practice in Primary Care Occupational Therapy: A Cross-Sectional Survey in Sweden. *Occup Ther Int*. 2018;2018:5376764. doi:10.1155/2018/5376764
41. Sabariego C, Bickenbach J, Stucki G. Supporting evidence-informed policy making in rehabilitation: A logic framework for continuous improvement of rehabilitation programs. *Health Policy*. 2022;126(3):152-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.007>
42. Anwari C, Yadav D, Goel G, Rao BC, Mohan P, Prasad R. Integrating physiotherapy in rural primary health care: Early lessons on the value, feasibility, and emerging role of the physiotherapist from a community-oriented primary care (COPC) program in Rajasthan, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2024;13(9):3912-7. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1540_23
43. WHO Package of interventions for rehabilitation 2023 [Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/rehabilitation/service-delivery/package-of-interventions-for-rehabilitation>].
44. Maseko L, Adams F, Myezwa H. Let the records speak: an exploration of rehabilitation services offered in primary healthcare, Johannesburg metropolitan district. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):501. doi:10.1186/s12913-024-10965-6
45. Dukuzimana MJ, Ukwizabigira JB, Muhire C, Jokinen K, Tumusiime DK, Murtonen K-P, et al. Rehabilitation needs at rural primary health care settings: perspectives of health center nurses in Burera district of Rwanda. *BMC Primary Care*. 2025;26(1):224. doi:10.1186/s12875-025-02921-y
46. Silva LS, Pontes-Silva A, Schott E, Figueiredo F, Santos LF, Nascimento LRD, et al. Family caregivers' perceptions of the quality of primary healthcare services for people with disabilities: a cross-sectional study. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2024;70(9):e20240778. doi:10.1590/1806-9282.20240778
47. Demont A, Quentin J, Bourmaud A. Impact of models of care integrating direct access to physiotherapy in primary care and emergency care contexts in patients with musculoskeletal disorders: A narrative review. *Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique*. 2020;68(5):306-13. doi:10.1016/j.respe.2020.08.001
48. Cattrysse E, den Broeck JV, Petroons R, Teugels A, Scafoglieri A, van Trijffel E. Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: a scoping review from a patient, provider, and societal perspective. *Arch Physiother*. 2024;14:20-8. doi:10.33393/aop.2024.3023
49. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*. 2021;43(12):1637-48. doi:10.1080/09638288.2019.1674388

50. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, Caro WD, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. *La Clinica terapeutica*. 2018;169 5:e249-e60.
51. Löfgren M, Törnbom K, Gyllenhammar D, Nordeman L, Rembeck G, Björkelund C, et al. Professionals' experiences of what affects health outcomes in the sick leave and rehabilitation process-A qualitative study from primary care level. *PLoS One*. 2024;19(7):e0306126. doi:10.1371/journal.pone.0306126
52. Rehabilitation in health systems World Health Organization 2017.
53. Are primary healthcare systems ready to integrate rehabilitation services? A case study from Uganda. *World Congress on Rehabilitation 2024*. 2024;1(1). doi:10.54878/6qcmvx75
54. Mullan J, Smithson J, Walsh N. The experiences of physiotherapy independent prescribing in primary care: implications for practice. *Prim Health Care Res Dev*. 2023;24:e28. doi:10.1017/s1463423623000142
55. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e252. doi:10.1016/s2214-109x(18)30386-3