

Review Paper

Rehabilitation Care Challenges for Older Adults: A Narrative Review

Ali Akbari¹ , *Mahdieh Motiee² , Fatemeh Rahmani² , Behnam Moradi² 

Citation Akbari A, Motiee M, Rahmani F, Moradi B. [Rehabilitation Care Challenges in Older Adults: A Narrative Review Using a Systematic Search Strategy (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E3499.2. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3499.2>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3499.2>

Received: 14 Sep 2025

Accepted: 22 Dec 2025

Available Online: 07 Oct 2026

ABSTRACT

Background & Aims The global rise in the aged population has increased the need for effective rehabilitation care to maintain functional independence in older adults. Despite their proven benefits, rehabilitation services for older adults face numerous barriers, particularly in middle-income countries such as Iran. This study aimed to investigate rehabilitation care challenges for older adults at both national and international levels.

Materials & Methods This is a narrative review. A systematic search was conducted in MagIran, Scientific Information Database (SID), IranDoc, PubMed, Scopus, ScienceDirect, and Google Scholar for studies published between 2008 and 2024. Original quantitative or qualitative studies addressing barriers to geriatric rehabilitation care were included. Data analysis was conducted using Graneheim and Lundman's qualitative content analysis method. The data were synthesized and categorized into main themes.

Results Of 98 retrieved records, 23 studies met the inclusion criteria (15 Iranian, 8 international). Challenges were classified into seven main domains: structural (architectural barriers, lack of appropriate facilities, lack of equipment), behavioral (communication problems, older adults' misbehavior, poor diet/medication adherence, shortage of staff/service providers, lack of rehabilitation knowledge, lack of palliative and end-of-life care knowledge), educational (insufficient staff training, inadequate/inappropriate patient education, and lack of awareness about assistive technologies), socio-economic (inadequate insurance coverage/financial support, lack of voluntary services, and limited social and emotional support), functional (ineffective service systems, poor implementation of primary healthcare services, comorbidity, and caregiver shortages), governance/leadership (weak policy-making/lack of coordinated programs, and inactivity/low activity of the Elderly Health Council), and self-care (physical disabilities, cognitive decline, reduced resilience, visual impairments, dependency on caregivers, and psychological distress/uncertainty about the future/anticipation of death). Financial and rehabilitation process-related challenges were the most frequently reported barriers.

Conclusion Rehabilitation care for older adults faces multiple challenges in terms of structural, educational, behavioral, financial, functional, and governance domains. Strengthening community-based integrated rehabilitation models, expanding insurance coverage, enhancing nurses' and family caregivers' knowledge, and addressing governance fragmentation are priority strategies. Future research should focus on understudied areas such as governance challenges and behavioral barriers.

Keywords:

Rehabilitation, Aged, Health services for the aged, Health services accessibility, Rehabilitation nursing

1. Nursing Department, Student Research Committee, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Mahdieh Motiee

Address: Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (936) 0955692

E-Mail: mahdiehmotie@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

The global population of older adults (aged 65 years or older) is growing rapidly, projected to reach over 1.5 billion people by 2050. This demographic shift is accompanied by a significant increase in chronic diseases and age-related disabilities, imposing a substantial burden on health systems. Rehabilitation is one of the most effective strategies for maintaining functional independence, reducing disability, and improving quality of life in older adults. However, despite its proven benefits, health systems, particularly in middle-income countries such as Iran, face multiple barriers in delivering these services. This narrative review aimed to identify and categorize rehabilitation care challenges for older adults at both national and international levels.

Methods

This is a narrative review. A systematic search was performed in national databases ([MagIran](#), [Scientific Information Database \(SID\)](#), [IranDoc](#)) and international databases ([PubMed](#), [Scopus](#), [ScienceDirect](#)), as well as [Google Scholar](#) search engine, for studies published between 2008 and 2024. Original quantitative or qualitative studies that directly addressed challenges, barriers, or limitations in rehabilitation care for older adults (defined as individuals aged 60 years or older according to the [World Health Organization \(WHO\)](#) definition) were included. Editorials, letters to the editor, conference abstracts, theses, studies solely focusing on intervention effectiveness without addressing service delivery challenges, and studies with non-elderly target populations were excluded. Two authors conducted the selection process independently in two screening stages: title/abstract screening and full-text screening. Data extraction was done using a structured form, and disagreements were resolved through discussion or consultation with the third author. Inter-rater agreement was excellent ($\kappa=0.86$). Data analysis was conducted using Graneheim and Lundman's qualitative content analysis method, involving six steps: repeated content reading, meaning unit extraction, condensation, initial coding, subcategory formation, and finally integration into main themes. Trustworthiness of the data was ensured using Lincoln and Guba's four criteria (credibility, transferability, dependability, and confirmability).

Results

Of 98 initially retrieved records, 23 met the inclusion criteria. Of these, 15 (65.2%) were conducted by Iranian authors and 8 (34.8%) by authors from China, Singapore, Italy, the Netherlands, Canada, Spain, and India. Regarding study design, 8 studies (34.8%) were qualitative, 6 (26.1%) quantitative, 5 (21.7%) review studies, and 3 (13%) quasi-experimental. There was one case report, classified under qualitative design. The analysis resulted in the extraction of 147 initial codes, organized into 24 subcategories and ultimately integrated into seven main themes of rehabilitation care challenges for older adults:

- Structural challenges (architectural barriers, lack of appropriate facilities, lack of equipment);
- Behavioral challenges (communication problems, older adults' misbehavior, poor diet/medication adherence, shortage of staff/service providers, lack of rehabilitation knowledge, lack of palliative and end-of-life care knowledge);
- Educational challenges (insufficient staff training, inadequate/inappropriate patient education, and lack of awareness about assistive technologies);
- Socio-economic challenges (inadequate insurance coverage/financial support, lack of voluntary services, and limited social and emotional support);
- Functional challenges (ineffective service systems, poor implementation of primary healthcare services, comorbidity, and caregiver shortages);
- Governance and leadership challenges (weak policy-making/lack of coordinated programs, and inactivity/low activity of the Elderly Health Council);
- Self-care challenges (physical disabilities, cognitive decline, reduced resilience, visual impairments, dependency on caregivers, and psychological distress/uncertainty about the future/anticipation of death).

The most frequently reported challenges across studies were those related to rehabilitation process continuity (21.7%), followed by financial barriers (17.4%), staff training deficits (17.4%), lack of voluntary services (17.4%), and poor implementation of primary healthcare programs (17.4%).

Conclusion

Providing rehabilitation care for older adults faces multifaceted, interconnected challenges including structural, behavioral, educational, socio-economic, functional, governance-related, and self-care domains. Financial challenges, particularly inadequate insurance coverage and high out-of-pocket costs, along with structural challenges such as lack of age-friendly designs and specialized equipment, constitute the most significant obstacles to equitable access, especially in middle-income countries such as Iran. Governance weaknesses, including fragmented policies, absence of a coordinating system, and lack of integrated monitoring systems, can further exacerbate these challenges. The findings underscore the urgent need for integrated, community-based rehabilitation models; stronger governance and inter-sectoral coordination; effective training programs for nurses and family caregivers; and improved financial support mechanisms for older adults. The interventions for older adults in Iran should focus on expanding insurance coverage for rehabilitation services, developing community-based rehabilitation centers, reducing educational gaps through continuous professional development for healthcare providers and structured training for family caregivers, and establishing a unified national referral system. Future research should address governance challenges, behavioral barriers, and psychological aspects such as resilience and distress, which were less frequently reported in the reviewed studies. The predominance of descriptive and qualitative studies, along with methodological heterogeneity and the relative predominance of Iranian studies, limits the generalizability of findings; therefore, more robust and interventional studies are recommended.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was a narrative review with a systematic search strategy based exclusively on previously published studies. No human or animal participants were directly recruited, enrolled, or assessed in the present study, and no identifiable individual-level data were collected. Therefore, informed consent was not applicable, and approval from an institutional ethics committee was not required for this review.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

Conceptualization, Methodology, Formal Analysis and Validation: Ali Akbari and Mahdieh Motiee; Literature Search, Investigation, Screening, and Data Curation: Ali Akbari, Fatemeh Rahmani, and Behnam Moradi; Writing – Original Draft Preparation, and Visualization: Ali Akbari; Writing – Review & Editing: Mahdieh Motiee, Fatemeh Rahmani, and Behnam Moradi; Supervision, Project Administration, and Resources: Mahdieh Motiee; All authors contributed to interpretation of the findings, critically reviewed the manuscript, approved the final version, and agreed to be accountable for the work.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.



مقاله مروری

چالش‌های مراقبت توانبخشی در سالمندان: مروری روایتی

علی اکبری^۱، مهدیه مطیعی^۲، فاطمه رحمانی^۳، بهنام مرادی^۴

Use your device to scan
and read the article online



Citation Akbari A, Motiee M, Rahmani F, Moradi B. [Rehabilitation Care Challenges in Older Adults: A Narrative Review Using a Systematic Search Strategy (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E3499.2. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3499.2>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3499.2>

چیکید

تاریخ دریافت: ۲۳ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۰۱ دی ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۱۵ مهر ۱۴۰۵

زمینه و هدف: افزایش جمعیت سالمندان، نیاز به مراقبت‌های توانبخشی مؤثر را با هدف حفظ استقلال عملکردی سالمندان افزایش داده است. با وجود مزایای اثبات‌شده خدمات توانبخشی، ارائه این خدمات به سالمندان با موانع متعددی، به‌ویژه در کشورهای با درآمد متوسط مانند ایران، مواجه است. مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش‌های مراقبت توانبخشی سالمندان در سطوح ملی و بین‌المللی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک مرور روایتی است. جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی مگیران، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایرانداک، پابمد، اسکوپوس، ساینس‌دایرکت و موتور جست‌وجوی گوگل اسکالر برای شناسایی مطالعات منتشرشده در فاصله سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۴ انجام شد. مطالعات اصیل کمی یا کیفی که به بررسی موانع مراقبت توانبخشی سالمندان پرداخته بودند، وارد مطالعه شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی گرانهم و لاندمن انجام شد. داده‌ها سنتز و در قالب مضامین اصلی دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها: از میان ۹۸ رکورد بازیابی‌شده، ۲۳ مطالعه معیارهای ورود به پژوهش را احراز کردند که شامل ۱۵ مطالعه ایرانی و ۸ مطالعه بین‌المللی بود. چالش‌های شناسایی‌شده در هفت حوزه اصلی طبقه‌بندی شدند: چالش‌های ساختاری (موانع معماری، کمبود امکانات مناسب و کمبود تجهیزات)؛ چالش‌های رفتاری (مشکلات ارتباطی، رفتار نامناسب سالمندان، پایین‌دستی ضعیف به رژیم غذایی و دارودرمانی، کمبود کارکنان/ارائه‌دهندگان خدمات، کمبود دانش در زمینه توانبخشی و کمبود دانش درباره مراقبت تسکینی و مراقبت پایان زندگی)؛ چالش‌های آموزشی (آموزش ناکافی کارکنان، آموزش ناکافی یا نامناسب بیماران و فقدان آگاهی درباره فناوری‌های کمکی)؛ چالش‌های اجتماعی-اقتصادی (پوشش ناکافی بیمه‌ای و حمایت مالی، کمبود خدمات دوطرفه و محدود بودن حمایت‌های اجتماعی و عاطفی)؛ چالش‌های عملکردی (ناکارآمدی نظام‌های ارائه خدمات، اجرای ضعیف خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، همبودی بیماری‌ها و کمبود مراقبان)؛ چالش‌های حاکمیتی/رهبری (ضعف در سیاست‌گذاری، فقدان برنامه‌های هماهنگ و کم‌تحرکی/فعالیت پایین شورای سلامت سالمندان)؛ چالش‌های خودمراقبتی (ناتوانی‌های جسمی، افت شناختی، کاهش تاب‌آوری، اختلالات بینایی، وابستگی به مراقبان و پریشانی روان‌شناختی، عدم اطمینان نسبت به آینده و انتظار/پیش‌بینی مرگ). در میان چالش‌های گزارش‌شده، چالش‌های مالی و چالش‌های مرتبط با فرایند توانبخشی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: مراقبت توانبخشی سالمندان با چالش‌های متعددی در حوزه‌های ساختاری، آموزشی، رفتاری، مالی، عملکردی و حاکمیتی مواجه است. تقویت مدل‌های توانبخشی یکپارچه و مبتنی بر جامعه، گسترش پوشش بیمه‌ای، ارتقای دانش پرستاران و مراقبان خانوادگی و رفع پرانکندگی و گسستگی در نظام حاکمیت و سیاست‌گذاری از جمله راهبردهای اولویت‌دار برای مواجهه با این چالش‌ها هستند. پژوهش‌های آینده باید بر حوزه‌هایی که تاکنون کمتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، از جمله چالش‌های حاکمیتی و موانع رفتاری، تمرکز کنند.

کلیدواژه‌ها:

توانبخشی، سالمندی، خدمات سلامت برای سالمندان، دسترسی به خدمات سلامت، پرستاری توانبخشی

۱. گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

مهدیه مطیعی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه پرستاری.

تلفن: ۰۹۵۵۶۹۲ (۹۳۶) +۹۸

رایانامه: Mahdiehmotie71@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

حاکمیتی، رفتاری و خودمراقبتی بود. این سؤال به‌طور مشخص به دسته‌بندی موانع ساختاری، رفتاری، آموزشی، اقتصادی-اجتماعی، عملکردی، حاکمیتی و خودمراقبتی می‌پردازد.

مطالعات بین‌المللی نشان داده‌اند مدل‌های موفق توانبخشی سالمندان مبتنی بر سه رویکرد کلیدی هستند: توانبخشی در منزل، ادغام خدمات در مراقبت‌های اولیه و توانبخشی از راه دور. با این حال، اجرای این مدل‌ها در کشورهای با درآمد متوسط با چالش‌های بافت‌محوری مواجه است که نیاز به شناسایی و دسته‌بندی دارد [۷]. با وجود اهمیت روزافزون توانبخشی در سالمندان، مرورهای نظام‌مند موجود عمدتاً به اثربخشی مداخلات خاص پرداخته‌اند و کمتر به شناسایی و دسته‌بندی جامع چالش‌های ارائه این خدمات توجه شده است [۸]. این شکاف دانش به‌ویژه در کشورهایی مانند ایران که نظام سلامت آن‌ها در حال گذار است، بیش‌ازپیش احساس می‌شود [۹]. بنابراین، شناسایی دقیق این چالش‌ها می‌تواند راهگشای سیاست‌گذاری موثر و تخصیص بهینه منابع باشد.

در سطح بین‌المللی، کشورهای پیشرو در نظام‌های سلامت، تجارب ارزشمندی در ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان داشته‌اند. ذکر این تجارب در اینجا صرفاً به‌عنوان پیشینه و زمینه‌سازی برای درک بهتر شکاف موجود در کشورهای با درآمد متوسط است و به معنای ورود این مطالعات به مرور نظام‌مند حاضر نمی‌باشد؛ زیرا این گزارش‌ها اغلب به‌صورت توصیفی از سیاست‌های ملی بوده و مستقیماً چالش‌های مراقبت توانبخشی را در قالب یک مطالعه اصیل گزارش نکرده‌اند. به‌عنوان نمونه، ژاپن با توسعه مراکز توانبخشی جامعه‌محور توانسته نرخ ناتوانی سالمندان را کاهش دهد [۱۰]. استرالیا با مدل «توانبخشی در منزل» و «تیم‌های سیار توانبخشی» مدت بستری را کاهش داده است [۱۱]. کشورهای اسکانندیناوی با حضور پرستاران توانبخشی در سطح جامعه، از افت عملکردی سالمندان جلوگیری کرده‌اند [۱۲]. کانادا نیز با بهره‌گیری از توانبخشی از راه دور، هزینه‌های نظام سلامت را کاهش داده است [۱۳]. با این حال، مطالعات واردشده در مرور حاضر عمدتاً به بررسی موانع و چالش‌های موجود در کشورهای با درآمد متوسط (از جمله ایران) و گاهی مقایسه با ساختارهای بین‌المللی پرداخته‌اند که در جدول شماره ۱ به تفکیک مشخص شده است.

مرورهای پیشین در حوزه توانبخشی سالمندان عمدتاً به بررسی اثربخشی مداخلات توانبخشی پرداخته‌اند یا چالش‌ها را به‌صورت پراکنده گزارش کرده‌اند، اما کمتر مطالعه مروری تلاش کرده است تا چالش‌های مراقبت توانبخشی را در قالب یک چارچوب مفهومی منسجم دسته‌بندی کند. همچنین، بیشتر مطالعات

جمعیت سالمندان جهان با سرعت فزاینده‌ای در حال رشد است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ تعداد افراد ۶۵ سال و بالاتر به بیش از ۱٫۵ میلیارد نفر برسد [۱]. این رشد جمعیتی با افزایش چشمگیر شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های مرتبط با افزایش سن همراه است که بار قابل‌توجهی بر نظام‌های سلامت تحمیل می‌کند [۲]. با این حال، آنچه در این میان کمتر مورد توجه قرار گرفته، شناسایی نظام‌مند چالش‌های ارائه مراقبت‌های توانبخشی به این جمعیت رو به رشد است. در چنین شرایطی، توانبخشی به‌عنوان یکی از مؤثرترین راهکارها برای حفظ استقلال عملکردی، کاهش ناتوانی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان شناخته شده است [۳]. با وجود مزایای اثبات‌شده، نظام‌های سلامت به‌ویژه در کشورهای با درآمد متوسط، با موانع متعددی در ارائه این خدمات مواجه هستند [۴]. شناسایی این موانع گام نخست برای طراحی مداخلات مؤثر محسوب می‌شود.

با وجود شواهد قوی در مورد اثربخشی توانبخشی سالمندان، شکاف قابل‌توجهی بین نیاز واقعی به این خدمات و دسترسی به آن‌ها وجود دارد [۵]. این شکاف در کشورهای نظیر ایران که نظام سلامت با محدودیت‌های ساختاری، مالی و نیروی انسانی مواجه است، آشکارتر می‌شود [۶]. با وجود این، تاکنون مطالعه مروری نظام‌مندی که به‌طور خاص به دسته‌بندی جامع این چالش‌ها در سطح ملی و بین‌المللی پرداخته باشد، شناسایی نشده است.

با وجود تلاش‌های گسترده برای شناسایی موانع توانبخشی سالمندان در سال‌های اخیر، آنچه هنوز به روشنی دانسته نمی‌شود، تصویری یکپارچه و طبقه‌بندی‌شده از چالش‌های چندوجهی این حوزه در قالب یک چارچوب مفهومی منسجم است. بیشتر مطالعات موجود به بررسی جزیره‌ای و پراکنده یک یا دو دسته از موانع (اغلب اقتصادی یا ساختاری) پرداخته‌اند و کمتر تلاش شده است تا هم‌زمان چالش‌های رفتاری، آموزشی، عملکردی، حاکمیتی و خودمراقبتی در کنار یکدیگر تحلیل شوند. همچنین، سهم پژوهش‌های داخلی در مقایسه با مطالعات بین‌المللی و میزان اشتراک یا تفاوت چالش‌ها در بافت ایران با سایر کشورها به روشنی مشخص نیست.

این مطالعه مرور روایتی با جست‌وجوی نظام‌مند با هدف پاسخگویی به این سؤال طراحی شد (رویکرد PICOT)^۱: در میان سالمندان (افراد ۶۰ سال و بالاتر)، چه چالش‌هایی در ارائه مراقبت‌های توانبخشی در نظام‌های سلامت (نظام‌های سلامت ملی و بین‌المللی) وجود دارد و این چالش‌ها براساس مطالعات اصیل کمی و کیفی منتشرشده بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۴ چگونه طبقه‌بندی می‌شوند؟ هدف فرعی، شناسایی شکاف‌های دانش در پژوهش‌های موجود به‌ویژه در زمینه چالش‌های

2. Rehabilitation at home
3. Mobile rehabilitation teams
4. Remote rehabilitation

1. Population, Intervention, Comparison, Outcome, Time

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱. مطالعات اصلی (Original) با طراحی کمی یا کیفی؛ ۲. پرداختن مستقیم به چالش‌ها، موانع یا محدودیت‌های مراقبت توانبخشی در سالمندان (تعریف‌ده به عنوان افراد ۶۰ سال یا بالاتر براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی)؛ ۳. انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۴؛ ۴. در دسترس بودن متن کامل مقاله.

معیارهای خروج نیز شامل: ۱. سرمقاله‌ها، نامه‌های به سردبیر، چکیده کنفرانس‌ها و پایان‌نامه‌ها به دلیل عدم ارائه داده‌های اصلی و قابل ارزیابی؛ ۲. مطالعاتی که صرفاً به اثربخشی مداخلات توانبخشی پرداخته بودند بدون اشاره به چالش‌های ارائه خدمات؛ ۳. مطالعاتی که جمعیت هدف آن‌ها سالمندان نبوده‌اند (مانند مطالعات انجام‌شده بر روی بزرگسالان جوان یا میانسال دلیل اصلی حذف بیشتر مطالعات در مرحله غربالگری اولیه (براساس اطلاعات ارائه‌شده در عنوان و چکیده) شامل عدم انطباق موضوع مطالعه با هدف پژوهش و تمرکز بر چالش‌های مراقبت توانبخشی سالمندان (۴۴ مطالعه)، مروری بودن مطالعه یا نامتناسب بودن طراحی پژوهش با معیارهای ورود (۱۵ مطالعه) و عدم دسترسی به متن کامل مقاله (۱۲ مطالعه) بود.

فرآیند گزینش مقالات در دو مرحله مستقل انجام شد: مرحله اول، غربالگری عنوان و چکیده توسط دو پژوهشگر به صورت جداگانه انجام گرفت. در این مرحله، مقالاتی که آشکارا به موضوع چالش‌های توانبخشی سالمندان مرتبط نبودند، حذف شدند. مرحله دوم، ارزیابی متن کامل مقالات باقیمانده توسط همان دو پژوهشگر انجام شد و در صورت عدم توافق، نظر پژوهشگر سوم به عنوان داور تعیین‌کننده مورد استفاده قرار گرفت. برای استخراج داده‌ها از یک فرم ساختاریافته از پیش طراحی‌شده استفاده شد که شامل اطلاعات زیر بود: عنوان مقاله، نام نویسندگان، سال انتشار، کشور محل انجام مطالعه، طراحی مطالعه، جمعیت هدف، ابزار یا روش گردآوری داده‌ها در مطالعه اصلی، و مهم‌ترین چالش‌های گزارش‌شده. استخراج داده‌ها توسط دو پژوهشگر به طور مستقل انجام شد و میزان توافق بین آن‌ها با استفاده از شاخص کاپا ($K=0/86$) محاسبه گردید که نشان‌دهنده توافق عالی است. اختلافات موجود از طریق بحث و گفت‌وگو و در موارد معدود با مراجعه به پژوهشگر سوم حل شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی^{۱۲} به پیشنهاد گرانهم و لاندمن^{۱۳} (۲۰۰۴) انجام شد. این روش شامل شش مرحله زیر بود:

مرحله اول: مطالعه مکرر و دقیق تمام مقالات واردشده به منظور کسب درک عمیق از محتوای آن‌ها.

مرحله دوم: استخراج واحدهای معنایی (کلمات، جملات یا

موجود در کشورهای با درآمد متوسط مانند ایران، به ارزیابی موانع تکی (مانند مشکلات مالی یا کمبود تجهیزات) محدود شده‌اند و رویکردی جامع و نظام‌مند برای شناسایی و طبقه‌بندی هم‌زمان چالش‌های چندوجهی (ساختاری، رفتاری، آموزشی، اقتصادی-اجتماعی، عملکردی، حاکمیتی و خودمراقبتی) ارائه نداده‌اند [۱۴].

بنابراین، ارزش افزوده مطالعه حاضر عبارت است از: ۱. ارائه یک طبقه‌بندی ۷ حوزه‌ای از چالش‌های مراقبت توانبخشی در سالمندان که می‌تواند به عنوان چارچوب مفهومی برای پژوهشگران و سیاست‌گذاران مورد استفاده قرار گیرد؛ ۲. تمرکز ویژه بر زمینه نظام سلامت ایران و مقایسه یافته‌های آن با شواهد و مطالعات بین‌المللی و ۳. شناسایی شکاف‌های دانش در پژوهش‌های موجود (از جمله کمبود مطالعات در حوزه چالش‌های حاکمیتی و برخی ابعاد خودمراقبتی) که می‌تواند مسیر پژوهش‌های آینده را ترسیم کند. براین اساس، این مطالعه مروری روایتی با جست‌وجوی نظام‌مند با هدف شناسایی، دسته‌بندی و تبیین چالش‌های مراقبت توانبخشی در سالمندان در سطح ملی و بین‌المللی انجام شد.

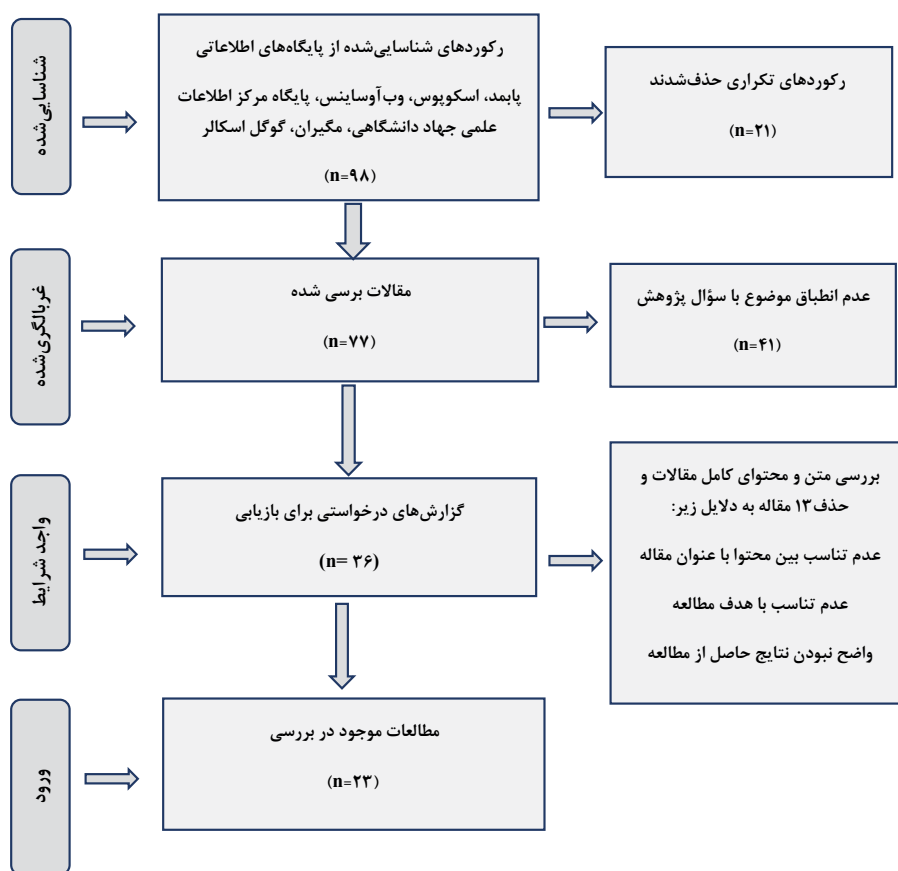
مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت یک مرور روایتی با رویکرد نظام‌مند انجام شد. باتوجه به هدف اصلی مطالعه که شناسایی چالش‌های بومی و بین‌المللی مراقبت توانبخشی در سالمندان بود، جست‌وجو به صورت هم‌زمان در پایگاه‌های داده ملی **مگیران**^۵، **ایراندک**^۶ و **پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی**^۷ و بین‌المللی **پابمد**^۸، **اسکوپوس**^۹ و **ساینس دایرکت**^{۱۰} و نیز موتور جست‌وجوی **گوگل اسکالر**^{۱۱} انجام شد. غلبه نسبی مطالعات ایرانی در نتایج نهایی (۱۵ مقاله از ۲۳ مقاله) به دلیل دو عامل اصلی است: اولاً ماهیت مرور روایتی حاضر که به طور خاص به چالش‌های نظام سلامت ایران نیز توجه داشته و ثانیاً وجود شکاف دانش در مورد مستندسازی نظام‌مند این چالش‌ها در سطح ملی.

بازه زمانی مورد بررسی از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۴ تعیین شد تا بتوان تصویر جامع‌تری از مطالعات انجام‌شده در طول این سال‌ها به دست آورد. پس از جست‌وجو و حذف مقالات تکراری، غربالگری عنوان و چکیده انجام شد و سپس متن کامل مقالات واجد شرایط بررسی گردید. در نهایت، ۲۳ مقاله مطابق با معیارهای ورود و خروج، به مطالعه وارد شدند.

5. MagIran
6. IranDoc
7. Scientific Information Database (SID)
8. PubMed
9. Scopus
10. ScienceDirect
11. Google Scholar

12. Conventional Qualitative Content Analysis
13. Granheim and Landman



نشریه پرستاری ایران

تصویر ۱. نمودار جریان فرآیند شناسایی، غربالگری، ارزیابی واجد شرایط بودن و ورود مطالعات بر اساس دستورالعمل PRISMA ۲۰۲۰

برای افزایش اعتبار یافته‌ها^{۱۴}، چهار معیار لینکلن و گوبا^{۱۵} (۱۹۸۵) شامل قابلیت باورپذیری^{۱۶} از طریق بررسی هم‌تا و بازبینی توسط پژوهشگران، قابلیت انتقال^{۱۷} با ارائه توصیف غنی از زمینه، قابلیت اطمینان^{۱۸} با مستندسازی دقیق فرآیند تحلیل، و قابلیت تأیید^{۱۹} با حفظ گزارش‌های خام و کدها، رعایت شد.

این فرایند باعث شد چالش‌ها در چند گروه اصلی مانند عوامل ساختاری، آموزشی، رفتاری، اقتصادی-اجتماعی، عملکردی، حاکمیتی و عوامل مربوط به خودمراقبتی دسته‌بندی شوند. برای شفافیت بیشتر، نمودار جریان انتخاب مقالات و جدولی شامل مشخصات کلی هریک از مقالات نیز در متن مقاله آورده شده است (تصویر شماره ۱).

ارزیابی خطر سوگیری

به‌دلیل ماهیت روایی بررسی و ناهمگونی طرح‌های مطالعاتی گنجانده شده، ارزیابی رسمی خطر سوگیری انجام نشد.

پاراگراف‌های مرتبط با چالش‌ها و موانع توانبخشی (از بخش‌های نتایج و بحث مقالات).

مرحله سوم: خلاصه‌سازی واحدهای معنایی (خلاصه کردن متن اصلی بدون تغییر معنای آن).

مرحله چهارم: کدگذاری اولیه (برچسب‌گذاری واحدهای معنایی با یک کد توصیفی مختصر).

مرحله پنجم: دسته‌بندی کدها بر اساس شباهت مفهومی و تشکیل زیرطبقه‌ها.

مرحله ششم: ترکیب زیرطبقه‌ها در طبقات اصلی بر اساس مضامین مشترک (تشکیل ۷ طبقه اصلی: ساختاری، رفتاری، آموزشی، اقتصادی-اجتماعی، عملکردی، حاکمیتی و خودمراقبتی).

در فرآیند طبقه‌بندی، معیار اصلی قرارگیری زیرطبقه‌ها در طبقات اصلی، مفهوم غالب و نقش آن‌ها در فرایند مراقبت‌های توانبخشی بود؛ بنابراین در مواردی که یک زیرطبقه می‌توانست با بیش از یک طبقه مرتبط باشد، طبقه‌ای انتخاب شد که بیشترین همخوانی مفهومی را با محتوای استخراج‌شده از مطالعات داشت.

14. Trustworthiness
15. Lincoln and Guba
16. Credibility
17. Transferability
18. Dependability
19. Confirmability

جدول ۱. مشخصات کلی مطالعات مرور شده

نویسنده/سال/کشور/منبع	عنوان مقاله	نوع مطالعه	جمعیت هدف	یافته‌های اصلی مرتبط با مطالعه حاضر
مریم تاجور و همکاران (۱۳۹۹) ایران [۱۵]	الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سرپایی سلامت در ایران	کمی ثانویه	۸۲۰۵ نفر از سالمندان سطح کشور	گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالاتر از بهره‌مندی بالاتری برخوردارند بنابراین بی‌علائتی آشکاری در دسترسی به خدمات سلامت در گروه سالمندان دیده می‌شود.
مژگان فرهید و همکاران (۱۴۰۲) ایران [۱۶]	وضعیت توانبخشی در ایران: موانع و تسهیل‌کننده‌ها	تحلیل محتوی	۱۳ نفر از متخصصان رشته‌های مختلف توانبخشی	از دیدگاه متخصصان، موانع اصلی ارتقای جایگاه توانبخشی شامل تعدد متولیان، آگاهی ناکافی مسئولان و مردم، و ضعف در نقش و مدیریت شهرداری است. تسهیل‌کننده‌ها نیز فرهنگ‌سازی درباره توانبخشی و ناتوانی، ارتقای بینش مسئولان، نقش فعال متخصصان توانبخشی و بهره‌گیری از تجارب جهانی را در بر می‌گیرد.
مهدی باسختا (۱۴۰۰) ایران [۱۷]	جایگاه خدمات توانبخشی در نظام سلامت و اقتصاد ایران طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۶	توصیفی از نوع تحلیل روند داده‌های طولی	گزارش حساب‌های ملی سلامت	هزینه‌های توانبخشی سهم بسیار اندکی از کل هزینه‌های سلامت در ایران را به خود اختصاص داده و بخش اعظمی از تأمین مالی خدمات توانبخشی بر عهده خانواده‌ها بوده که این دلایل سبب کاهش تقاضا برای استفاده از خدمات توانبخشی شده است.
فاطمه رحیمی و همکاران (۱۴۰۳) ایران [۱۸]	تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان در منزل و نیازهای آموزشی مراقبین خانوادگی سالمندان در جنوب تهران	تحلیل محتوی	۱۴ مراقب اولیه (افراد که مسئولیت اصلی مراقبت از سالمندان را برعهده داشتند) و ۳ مراقب غیراولیه (افراد که به مراقبین اولیه در انجام مراقبت کمک می‌کردند)	مراقبین نیازمند کسب مهارت در مراقبت از سالمندان هستند و اکثر این مهارت‌ها را تجربه به دست می‌آورند. وظیفه‌شناسی و وابستگی متقابل عاطفی بین مراقبین و سالمندان، فرایند مراقبت را آسانتر می‌کند. عدم وابستگی کامل سالمند و مراقب نیز به حفظ استقلال سالمند کمک خواهد کرد.
احمدرضا شمس‌آبادی (۱۳۹۹) ایران [۱۹]	قابلیت‌ها و الزامات سامانه پایش از راه دور سلامت سالمندان	توصیفی-تحلیلی	از مجموع ۱۷۳۸ مقاله، ۳۲ مقاله پارامترها و الزامات سیستم پایش از راه دور را در قلب ۹۷ اینتم‌شناسایی کرده است و روایی و پایایی انجام شد.	قابلیت‌ها و الزامات سیستم پایش از راه دور تعیین و با استفاده از آن پرسش‌نامه‌ای روایی و پایایی شد. این پرسش‌نامه در پنج قسمت شامل: کاربردها، الزامات عملکردی، الزامات غیر عملکردی، ابزارها و زیرساخت‌های ارتباطی طراحی شده که به طراحان سیستم‌های مراقبت بهداشتی جهت شناسایی الزامات سیستم پایش از راه دور کمک خواهد کرد.
شهلا ایوبی ماهانی و همکاران (۱۴۰۲) ایران [۲۰]	عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده سالمندی فعال در ایران	تحلیل محتوی	با مشارکت ۲۰ سالمند و ۲۱ صاحب نظر در زمینه سالمندی	موانع ایجادشده توسط سیستم بهداشتی به‌عنوان یکی از موانع جهت توجه و پرداختن به آن‌ها برای برنامه سالمندی فعال مطرح می‌شود.
عبدالباسط محمدپور و همکاران (۱۴۰۳) ایران [۲۱]	تجارب زیسته سالمندان از آشیانه خالی: یک مطالعه پدیدارشناسی	کیفی از نوع پدیدارشناسی کلایزی	۱۷ نفر از سالمندان آشیانه خالی شهر تهران	سندرم آشیانه خالی می‌تواند به افزایش انزوای اجتماعی منجر شود. انزوای اجتماعی سالمندان را از افراد موقعیت‌ها و تعاملات روزمره دور کرده و بر سلامت جسم و روان آنان تأثیرگذار خواهد بود.
لیلا محبی و همکاران (۱۳۹۴) ایران [۲۲]	سومرفتر خانگی با سالمندان روستایی شهرستان دزفول و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان	مقطعی از نوع همبستگی	۲۱۰ سالمند	مشاهده میزان بالای سومرفتر با سالمندان، لزوم رسیدگی سریع و اصولی را در سالمندان گوشزد می‌کند. شناسایی صحیح سومرفتر و پیشگیری مناسب از آن، سبب تقویت جایگاه سالمندان و تأمین سلامت جسمی و روانی آنان خواهد شد.
حکیمه پاشازاده و همکاران (۱۴۰۱) ایران [۲۳]	مراقب آزاری در خانه‌های سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۸	مقطعی	۱۲۴ مراقب از ۱۴ خانه سالمندان	مراقبین سالمندان که وظیفه مهمی در فرایند درمان و مراقبت از سالمندان را برعهده دارند، می‌توانند در معرض سومرفتر توسط سالمندان قرار گیرند. این امر نیازمند فراهم کردن خدمات حمایتی و مراقبتی مناسب، تدوین دوره‌های آموزشی مراقبت و استراتژی مقابله‌ای و استفاده از متخصصان حرفه‌ای می‌باشد.
محمد شتی و همکاران (۱۴۰۲) ایران [۲۴]	چالش‌های نظام مراقبت از سالمندان در ایران	کیفی	۴۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته با سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان سازمان‌ها و نهادهای ذی‌نفع در ارائه خدمات سلامت به سالمندان در سطح کشور	سیستم مراقبت از سالمندان در ایران، پاسخگوی نیازهای آن‌ها نمی‌باشد و در شش حوزه حکمیت و رهبری، ارائه خدمت، نیروی انسانی سلامت، تأمین مالی، نظام اطلاعات سلامت، دسترسی به داروهای اساسی که مرتبط با سیستم ساختاری سازمان جهانی سلامت بوده با چالش‌های متعددی مواجهه است.

نویسنده/سال/کشور/منبع	عنوان مقاله	نوع مطالعه	جمعیت هدف	یافته‌های اصلی مرتبط با مطالعه حاضر
شین گوئو و همکاران (۲۰۲۲) چین [۲۵]	وضعیت فعلی و چالش‌های نیازهای توانبخشی در میان سالمندان چین	تجزیه و تحلیل سیستماتیک	تجزیه و تحلیل نیازهای توانبخشی افراد مسن (۶۰ سال به بالا) در چین	با تشدید روند پیری جمعیت چین، تقاضای فزاینده‌ای برای توانبخشی وجود دارد که در حال حاضر بسیار زیاد است. با افزایش سن جمعیت و نسبت افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر و پیامدهای صدمات در حال افزایش است. سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی در مواجهه با این موارد با چالش بزرگی روبه‌رو هستند.
سیو کوان لویی و همکاران (۲۰۱۸) سنگاپور [۲۶]	توانبخشی سکنه مغزی سالمندان: غلبه بر عوارض و چالش‌های مرتبط با آن	مروری	مروری بر مطالعات گذشته	برای بیماران پس از سکنه مغزی و خانواده‌های آنان، یک برنامه توانبخشی خوب و جامع کلید بهبودی است و آن‌ها را قادر می‌سازد تا به بالاترین سطح استقلال خود برسند. موفقیت واحد توانبخشی سکنه مغزی به استفاده مؤثر از منابع آن و هماهنگی یکپارچه بین متخصصان مختلف مراقبت‌های بهداشتی و همچنین حمایت مداوم مراقبان و سایر خدمات اجتماعی بستگی دارد.
ماریا لوتیزا گاندولفی و همکاران (۲۰۱۵) ایتالیا [۲۷]	روش‌های توانبخشی در مدیریت اختلالات راه رفتن در سالمندان	مروری	مروری بر مطالعات گذشته	اختلالات راه رفتن در افراد مسن باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد زیرا این اختلالات عامل اصلی و تعیین کننده در مرگومیر و کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد یک رویکرد جامع که از شناسایی محدودیت‌های بیومکانیکی، عصبی و شناختی شروع می‌شود و سپس به اجرای برنامه‌های توانبخشی خاص می‌رسد ممکن است باعث کاهش اختلالات راه رفتن و بهبود کیفیت زندگی در سالمندان شود.
الیزابت ام. واتل و همکاران (۲۰۲۴) هلند [۲۸]	موانع و تسهیل کننده‌های آموزش آمادگی جسمانی در توانبخشی ارتوپدی سالمندان	کیفی	۵ بیمار، ۵ مراقب و ۱۸ متخصص توانبخشی سالمندان در سازمان‌های مراقبت از سالمندان آمستردام هلند	دانش در مورد موانع و تسهیل کننده‌ها در سطح برنامه‌کارکنان و سازمان می‌تواند برای طراحی بهبود در سازمان و مداخلات آن‌ها استفاده شود. برنامه‌های آموزشی فردی را می‌توان با در نظر گرفتن موانع و تسهیل کننده‌های موجود در سطح بیمار و خانواده، با شرایط و نیازهای بیمار بهتر تطبیق داد.
زهره اندریس ملایری و همکاران (۱۳۹۸) ایران [۲۹]	چالش‌های مداخله مددکاری اجتماعی در حمایت از یک سالمند آزار دیده	گزارش موردی	یک خانم ۷۶ ساله	حمایت از سالمندان توسط دولت و قانون‌گذاران باید به درستی صورت گرفته و این ارگان‌ها به موارد آزار سالمندی توجهی خاص داشته و درمواجه با این موارد برنامه‌ریزی مناسبی داشته باشند.
زهراسنگ سفینی و همکاران (۱۴۰۲) ایران [۳۰]	سرمایه‌های اجتماعی و فعالیت‌های داوطلبانه در سالمندان شهر تهران	مقطعی	۲۸۴ سالمند ساکن در منطقه ۱۹ شهر تهران	با شناسایی فعالیت‌هایی که می‌توان به‌وسیله سالمندان و متناسب با توان و شرایط آن‌ها انجام داد به افزایش رضایت از خود، افزایش سرمایه اجتماعی و ایجاد هزینه اندک برای تأمین بخشی از نیازهای آنان در جامعه کمک کرد.
شانتال بکمن و همکاران (۲۰۲۲) کانادا [۳۱]	موانع و عوامل مؤثر برای شناسایی زودهنگام، ارجاع و دسترسی به توانبخشی سالمندان پس از شکستگی هیپ	کیفی	۲۸ شرکت کننده شامل ۸ سالمند با شکستگی لگن، ۱ نفر مراقب، ۱۲ سرپرستار، ۱۷ پزشک در ۲ واحد ارتوپدی و ۱ واحد سالمندی	این مطالعه موانع و عوامل کلیدی را برای شناسایی زودهنگام، ارجاع و دسترسی به توانبخشی سالمندان پس از شکستگی لگن شناسایی کرد.
ان. مارتینز-ولیل و همکاران (۲۰۱۶) اسپانیا [۳۲]	فعالیت فیزیکی و توانبخشی اولیه در بیماران سالمند بستری شده در بیمارستان	مرور نظام‌مند	مرور مطالعات گذشته در سالمندان بالای ۶۴ سال	انجام برنامه‌های ورزشی پس از ترخیص، نقشی مهم در جلوگیری از کاهش عملکرد در سالمندان داشته و به ارتقای سلامتی آنان کمک خواهد کرد.
سانجای کومار (۲۰۲۴) هند [۳۳]	مسائل و چالش‌های توانبخشی سالمندان با ناتوانی‌های ذهنی	مروری	مرور مطالعات گذشته	طراحی محیط‌هایی متناسب با شرایط سالمندان دارای معلولیت ذهنی توسط کادر متخصص که در آن خدمات و امکانات پزشکی، حمل‌ونقلی، تفریحی و رفاهی به آسانی قابل دسترس بوده، به سلامت هرچه بیشتر این سالمندان کمک خواهد کرد.
فاطمه قیصری و همکاران (۱۴۰۱) ایران [۳۴]	تأثیر توانبخشی شناختی بر وضعیت شناختی و افسردگی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف ساکن درسرای سالمندان	نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون	سالمندان مرد ۶۰ سال به بالای مبتلا به اختلال شناختی خفیف ساکن سرای سالمندان شهر کرمان	درمان غیردارویی همچون توانبخشی شناختی و سازگاری هیجانی در ارتقای وضعیت شناختی و کاهش افسردگی در مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی مؤثر خواهد بود.

نویسنده/سال/کشور/منبع	عنوان مقاله	نوع مطالعه	جمعیت هدف	یافته‌های اصلی مرتبط با مطالعه حاضر
تی. لیلیروس و همکاران (۲۰۲۲) سوئد [۲۵]	وضعیت شناختی خود ادراک‌شده و چالش‌های شناختی مرتبط با مدیریت توانبخشی قلبی: تجربیات بیماران انفارکتوس میوکارد سالمنده	مطالعه کیفی (تحلیل تماتیک با مصاحبه نیمه‌ساختاریافته)	۹ سالمنده ۶۵ سال مبتلا به انفارکتوس میوکارد، ۶ تا ۱۲ هفته پس از ترخیص	به‌منظور تسهیل مدیریت توانبخشی قلبی در میان بیماران مسن مبتلا به سکنه قلبی، مهم است که زمینه پیچیده بیماری آن‌ها را در نظر گرفته و به‌طور مداوم چالش‌های فردی آن‌ها را ارزیابی کنیم و استراتژی‌های مقابله‌ای را تقویت کنیم که موجب حفظ عملکرد خود مراقبتی در آنان می‌شود
کامران یزدانبخش (۱۴۰۲) ایران [۲۶]	اثربخشی توانبخشی شناختی بر بهبود توانایی‌های شناختی سالمندهان	نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل	۲۴ نفر از سالمندهان ساکن در مراکز نگهداری سالمندهان شهر کرمانشاه	باتوجه به نقش مؤثر توانبخشی شناختی در بهبود کارکردهای شناختی سالمندهان، می‌توان از این روش برای ارتقا یا جبران کارکردهای شناختی افراد آسیب‌دیده استفاده کرد.
مهدی قزلسلو و همکاران (۱۳۹۸) ایران [۳۷]	بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس و مشکلات ارتباطی در مراقبت‌کنندگان اصلی سالمندهان مبتلا به آلزایمر شهر تهران	مطالعه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	۲۴ نفر از مراقبان سالمندهان مبتلا به آلزایمر	باتوجه به استرس‌های ناشی از مراقبت از سالمنده در مراقبین آن‌ها به‌عنوان چالشی مهم در مراقبت، نیاز به استفاده از راهکارهای ارتقای سلامت جسم و روان در این افراد مطرح می‌شود. در این افراد به‌عنوان قربانیان خاموش، اجرای برنامه آموزش تاب‌آوری که رویکردی چند بعدی است و در افکار، عواطف و رفتارهای مرتبط با افراد و مراقبان مداخله می‌کند، می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش استرس و افزایش مهارت‌های ارتباطی داشته باشد.

نشریه پرستاری ایران

یافته‌ها

از میان ۲۳ مطالعه واردشده در این مرور، ۱۵ مطالعه (۶۵/۲ درصد) مربوط به پژوهشگران ایرانی و ۸ مطالعه (۳۴/۸ درصد) مربوط به پژوهشگران خارجی از کشورهای چین، سنگاپور، ایتالیا، هلند، کانادا، اسپانیا، هند و سوئد بود. از نظر طراحی مطالعه، ۹ مطالعه (۳۴/۸ درصد) با روش کیفی (تحلیل محتوا، پدیدارشناسی، مطالعه کیفی، گزارش موردی و مصاحبه نیمه ساختار یافته)، ۶ مطالعه (۲۶/۱ درصد) با روش کمی (تحلیل ثانویه، تحلیل روند داده‌های طولی، توصیفی-تحلیلی، مقطعی همبستگی و مقطعی)، ۵ مطالعه (۲۱/۷ درصد) از نوع مروری (مروری ساده، مرور نظام‌مند و تحلیل نظام‌مند) و ۳ مطالعه (۱۳/۰ درصد) از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بودند. از نظر محیط انجام مطالعه (setting)، ۹ مطالعه (۳۹/۱ درصد) در سطح جامعه و مراکز سرپایی، ۴ مطالعه (۱۷/۴ درصد) در بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی تخصصی، ۴ مطالعه (۱۷/۴ درصد) در خانه‌های سالمندهان، ۲ مطالعه (۸/۷ درصد) در سازمان‌های مراقبت از سالمندهان، ۲ مطالعه (۸/۷ درصد) در سطح نظام سلامت و سیاست‌گذاری کلان، ۱ مطالعه (۴/۳ درصد) در منزل و ۱ مطالعه (۴/۳ درصد) مربوط به طراحی سیستم پایش از راه دور بود (جدول شماره ۱).

توصیف متغیرها و گزارش نتایج مطالعات

از میان ۲۳ مطالعه واردشده، ۹ مطالعه (۳۴/۸ درصد) با طراحی کیفی، ۶ مطالعه (۲۶/۱ درصد) با طراحی کمی، ۵ مطالعه (۲۱/۷ درصد) از نوع مروری و ۳ مطالعه (۱۳/۰ درصد) از نوع

معیارهای اثر

هیچ معیار اثری محاسبه نشد، زیرا این بررسی با هدف ارائه یک ترکیب کیفی از چالش‌های گزارش‌شده انجام شد. این مطالعه در PROSPERO ثبت نشده است.

جست‌وجوی نظام‌مند این مطالعه در تاریخ ۱۵ بهمن ۱۴۰۲ (مطابق با ۴ فوریه ۲۰۲۴) آغاز و طی یک بازه زمانی دو هفته‌ای تا ۲۹ بهمن ۱۴۰۲ (۱۸ فوریه ۲۰۲۴) توسط دو پژوهشگر مستقل به‌صورت هم‌زمان در پایگاه‌های داده انجام شد. کلیه جست‌وجوها در این بازه زمانی تکمیل و نتایج مستندسازی گردید.

تصویر شماره ۱ روند جست‌وجو و غربالگری مطالعات را نشان می‌دهد. تعداد مقالات بازیابی‌شده از هر پایگاه داده به شرح زیر بود: پابمد (۲۷ مقاله)، اسکوپوس (۲۴ مقاله)، ساینس‌دایرکت (۳۰ مقاله)، مگیران (۲ مقاله)، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (۳ مقاله)، ایراندک (۱ مقاله) و موتور جست‌وجوی گوگل اسکالر (۱۱ مقاله). مجموع مقالات یافت‌شده از همه پایگاه‌ها ۹۸ مقاله بود. پس از حذف مقالات تکراری (۲۱ مقاله)، ۷۷ مقاله برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند. در این مرحله، ۴۱ مقاله به‌دلیل نامرتب بودن با اهداف مطالعه حذف شدند. از ۳۵ مقاله باقیمانده، پس از ارزیابی متن کامل و اعمال معیارهای ورود و خروج، ۱۳ مقاله حذف شدند (دلایل حذف شامل: عدم تناسب بین محتوا با عنوان مقاله، عدم تناسب محتوا با هدف مطالعه، واضح نبودن نتایج حاصل از مطالعه). در نهایت، ۲۳ مقاله وارد تحلیل نهایی شدند (پیوست شماره ۱).

جدول ۲. خلاصه یافته‌های کمی مرتبط با چالش‌های مراقبت توانبخشی در سالمندان در مطالعات وارد شده

نام مطالعه	متغیر/پیامد	نتیجه عددی (میانگین $\pm$ انحراف معیار/درصد (P))	جهت اثر	ارتباط با چالش توانبخشی
تاجور و همکاران (۱۳۹۹) [۱۵]	بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت	از ۸۲۰۵ سالمند ۳۹ درصد (۳۱۷۲ نفر) نیاز به خدمات سرپایی داشتند که ۶۶ درصد (۲۱۰۴ نفر) مراجعه کرده و ۹۸ درصد (۲۰۶۰ نفر) بهره‌مند شدند. مهم‌ترین علل عدم مراجعه: هزینه بالا (۳۰ درصد)، خوددرمانی (۲۸ درصد) و نبود پوشش بیمه‌ای مناسب (۱۳ درصد). نداشتن بیمه پایه ($P=0.007$, $OR=0.59$)، بیمه مکمل ($P=0.003$, $OR=0.81$) و اتومبیل شخصی ($P=0.01$, $OR=0.78$) به‌طور معنی‌داری مراجعه را کاهش دادند.	نابرابری مثبت	بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات توانبخشی به‌عنوان چالش ساختاری
باسخا (۱۴۰۰) [۱۷]	سهم هزینه‌های توانبخشی از کل هزینه‌های سلامت	هزینه‌های توانبخشی از ۸۸۴ میلیارد ریال در سال ۲۰۰۲ به ۲۹۶۷ میلیارد ریال در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته، اما سهم آن از کل هزینه‌های سلامت به حدود ۰/۲۲ درصد کاهش پیدا کرد. همچنین ۲۷/۶ درصد هزینه‌های توانبخشی توسط خانوارها پرداخت می‌شد و تنها ۳۴/۶ درصد توسط بیمه‌های اجتماعی پوشش داده می‌شد.	کمبود تأمین مالی	چالش مالی و اقتصادی در دسترسی به توانبخشی
محبی و همکاران (۱۳۹۴) [۲۲]	شیوع سوءرفتار با سالمندان	۶۰/۵ درصد سالمندان روستایی حداقل یک نوع سوءرفتار را تجربه کرده بودند. بیشترین شیوع مربوط به غفلت عاطفی (۳۸/۶ درصد) و کمترین میزان مربوط به غفلت مراقبتی (۷/۳ درصد) بود. همچنین سالمندان بدون تجربه سوءرفتار در اکثر ابعاد کیفیت زندگی وضعیت بهتری داشتند ($P<0.05$).	همبستگی مثبت با کاهش کیفیت زندگی	سوءرفتار به‌عنوان چالش رفتاری مؤثر بر تداوم توانبخشی
پاشازاده و همکاران (۱۴۰۱) [۲۳]	شیوع مراقب آزاری توسط سالمندان	در ۱۳۴ مراقب (۶۸/۵ درصد زن)، شیوع مراقب آزاری ۴۲/۷ درصد (آزار کلامی ۳۷/۱ درصد، جسمی ۲۴/۲ درصد، تهدید ۱۲/۹ درصد) بود. مراقبان تمام‌وقت بیش از ۴ برابر در معرض آزار قرار داشتند. سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری نداشتند.	تنش در رابطه مراقب-سالمند	چالش در تداوم مراقبت توانبخشی در خانه
قیصری و همکاران (۱۴۰۱) [۳۳]	تأثیر توانبخشی شناختی بر وضعیت شناختی و افسردگی	در ۲۴ مرد سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف، گروه آزمایش (میانگین سنی ۶۲/۸ سال) در مقایسه با کنترل (۶۳/۲ سال)، بهبود معنی‌داری در وضعیت شناختی (از ۲۲/۹۱ به ۲۶/۳۳، $P>0.001$) و کاهش افسردگی (از ۵/۷۵ به ۳/۷۵، $P>0.001$) نشان داد. اندازه اثر به ترتیب ۴۱ درصد و ۳۵ درصد بود ($P=0.001$, $F=12.902$).	اثربخشی مثبت	توانبخشی شناختی به‌عنوان راهکار کاهش چالش‌های خودمراقبتی

نشریه پرستاری ایران

نیمه‌آزمایشی بودند.

اثربخشی توانبخشی شناختی را بر بهبود توانایی‌های شناختی سالمندان نشان دادند. قزلسفلو و همکاران [۳۷] تأثیر آموزش تاب‌آوری را بر کاهش استرس و مشکلات ارتباطی مراقبان اصلی سالمندان مبتلا به آلزایمر بررسی کردند.

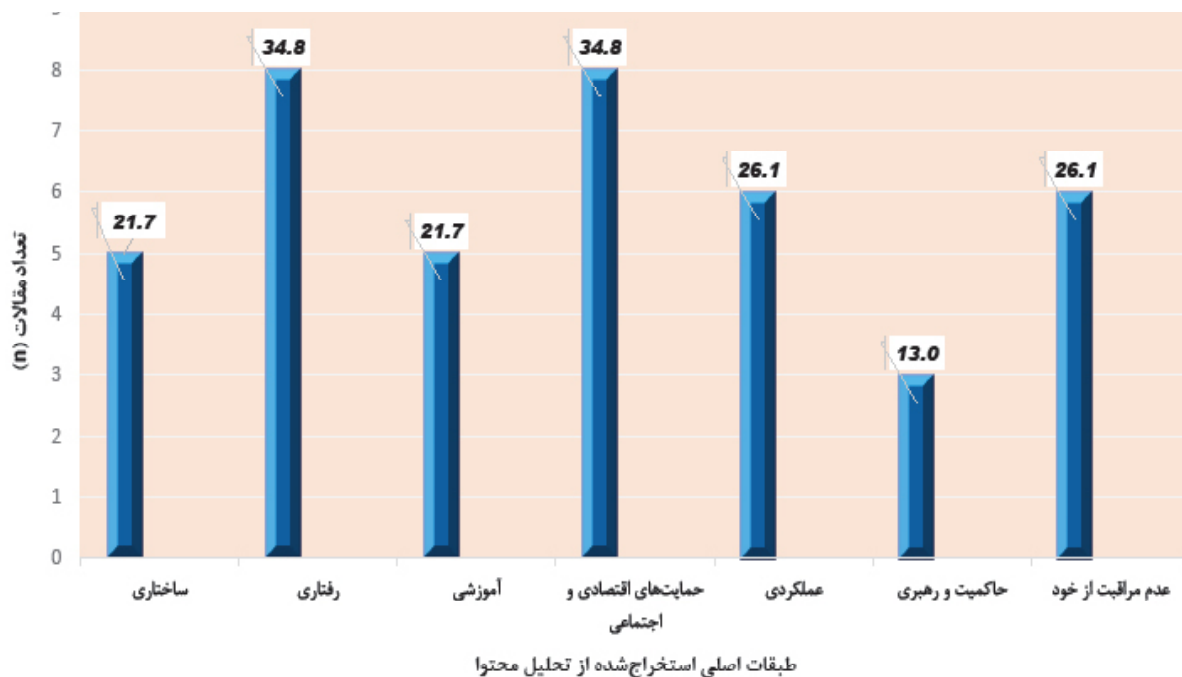
از آنجاکه هدف این مرور روایتی، ترکیب کیفی چالش‌ها و موانع مراقبت توانبخشی بود، بازتحلیل آماری انجام نشد. یافته‌های کمی صرفاً به‌صورت خلاصه و با ذکر منبع اصلی گزارش شده‌اند. خلاصه یافته‌های کمی مهم در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

برای استخراج و دسته‌بندی عوامل مؤثر بر مراقبت‌های توانبخشی سالمندان، از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی استفاده شد. بدین منظور، ابتدا تمام مقالات وارد شده (۲۳ مقاله) به‌طور کامل مطالعه شدند. سپس هر عبارت، جمله یا پاراگرافی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به «چالش»، «مانع»، «محدودیت»، «عامل بازدارنده» یا «مسئله مؤثر» در هر یک از مراحل ارائه مراقبت توانبخشی اشاره داشت، به‌عنوان واحد معنایی استخراج گردید. در مرحله بعد، واحدهای معنایی مشابه در قالب کدهای اولیه دسته‌بندی شدند. کدهای اولیه براساس شباهت مفهومی در زیرطبقه‌های تخصصی‌تر (مانند عوامل ساختمانی، تجهیزات، سوءرفتار، آموزش کارکنان و غیره) قرار گرفتند. در نهایت، زیرطبقه‌های مرتبط در هفت طبقه اصلی

در مطالعات کمی، متغیرهای اصلی شامل بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت [۱۵]، هزینه‌های توانبخشی در نظام سلامت ایران [۱۷]، قابلیت‌ها و الزامات سامانه پایش از راه دور سلامت سالمندان [۱۹]، سوءرفتار خانگی با سالمندان روستایی [۲۲]، مراقب آزاری در خانه‌های سالمندان [۲۳]، و سرمایه‌های اجتماعی و فعالیت‌های داوطلبانه در سالمندان [۳۰] بود.

شاخص‌های آماری گزارش شده در مطالعات کمی شامل فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار و در برخی موارد مقدار (P) بود. به‌عنوان نمونه، در مطالعه تاجور و همکاران [۱۵]، نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی سالمندان گزارش شده بود. در مطالعه باسخا [۱۷]، سهم هزینه‌های توانبخشی از کل هزینه‌های سلامت ایران بسیار ناچیز و عمدتاً بر عهده خانواده‌ها بود. در مطالعه محبی و همکاران [۲۲] و پاشازاده و همکاران [۲۳]، شیوع سوء رفتار و مراقب آزاری به ترتیب با درصد‌های قابل توجهی گزارش شده بود.

در مطالعات نیمه‌آزمایشی، قیصری و همکاران [۳۴] تأثیر توانبخشی شناختی را بر وضعیت شناختی و افسردگی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف بررسی کردند و یافته‌های معناداری گزارش نمودند. یزدانبخش و اعزنی [۳۶] نیز



نشریه پرستاری ایران

تصویر ۲. توزیع فراوانی طبقات اصلی چالش‌های مراقبت‌های توانبخشی در سالمندان براساس ۲۳ مطالعه وارد شده طول هر میله (n) = تعداد مقالاتی که حداقل یک چالش از آن طبقه را گزارش کرده‌اند.

درصد وزنی هر طبقه = (تعداد مقالات آن طبقه / ۲۳) × ۱۰۰

نکته: یک مطالعه ممکن است در چند زیرطبقه از یک طبقه قرار گیرد. اعداد نشان‌دهنده تعداد مطالعات منحصر به فرد پس از حذف همپوشانی درون طبقه‌ای است.

مراقبان، به‌عنوان عوامل زمینه‌ای، اجتماعی یا روانی شناسایی شدند که می‌توانند بر دسترسی به خدمات توانبخشی، مشارکت سالمندان در برنامه‌های توانبخشی و تداوم مراقبت‌های توانبخشی تأثیرگذار باشند. بنابراین، طبقات ارائه‌شده در این مطالعه شامل هر دو گروه «چالش‌های مستقیم توانبخشی» و «عوامل زمینه‌ای موثر بر فرایند توانبخشی» هستند.

برخی زیرطبقات (مانند سوءرفتار با سالمندان، آشفتگی‌های روانی و مشکلات ارتباطی مراقبان) به‌عنوان عوامل زمینه‌ای مؤثر بر دسترسی، مشارکت یا تداوم مراقبت‌های توانبخشی تفسیر می‌شوند و لزوماً چالش‌های مستقیم فرایند توانبخشی نیستند.

به‌منظور افزایش شفافیت یافته‌ها، مهم‌ترین شاخص‌های کمی گزارش‌شده در مطالعات اصلی (مانند درصد، میانگین و انحراف معیار، مقدار P و سایر شاخص‌های آماری) در این جدول ارائه شده‌اند.

همان‌طور که در **جدول شماره ۳** مشاهده می‌شود، توزیع فراوانی چالش‌های گزارش‌شده در ۲۳ مقاله مرور شده یکسان نیست و برخی حیطه‌ها و زیرطبقه‌ها توجه بسیار بیشتری را در پژوهش‌های موجود به خود اختصاص داده‌اند. بیشترین فراوانی مربوط به حیطه مراقبت‌های توانبخشی و بازتوانی در ذیل عوامل رفتاری است (۲۱/۷ درصد). مطابق یافته‌های **جدول شماره ۲**، پژوهشگران حوزه سالمندی، بیشترین تمرکز

(ساختاری، رفتاری، آموزشی، اقتصادی-اجتماعی، عملکردی، حاکمیتی و خودمراقبتی) ادغام شدند. تخصیص زیرطبقه‌ها به طبقات اصلی صرفاً براساس عنوان ظاهری آن‌ها انجام نشد، بلکه بر مبنای شباهت مفهومی و نقش غالب هر چالش در فرایند مراقبت‌های توانبخشی صورت گرفت. به همین دلیل، برخی زیرطبقه‌ها بر اساس کارکرد اصلی و تأثیر غالب آن‌ها بر فرایند توانبخشی در یک طبقه قرار گرفتند؛ برای مثال، زیرطبقه «مراقبت‌های توانبخشی و بازتوانی» در طبقه عوامل رفتاری قرار گرفت، زیرا یافته‌های مطالعات بیشتر بر مشارکت، پیگیری و تعامل فعال سالمند و مراقبان در فرایند توانبخشی تأکید داشتند. همچنین زیرطبقه «اجرای مراقبت‌های سطح اول» در طبقه عملکردی قرار گرفت؛ زیرا بیشتر به نحوه ارائه، اجرا و عملکرد خدمات در نظام مراقبتی اشاره داشت. برای هر زیرطبقه، تعداد و درصد مقالاتی که به آن چالش خاص اشاره کرده بودند، محاسبه گردید. همچنین ستون «منابع» در **جدول شماره ۳**، شماره رفرنس مقالاتی را نشان می‌دهد حداقل یک چالش مرتبط با آن زیرطبقه را گزارش کرده‌اند. این روش دسته‌بندی با رویکرد مشابه در مطالعات مروری معتبر در حوزه سالمندی و توانبخشی همخوانی دارد (**جدول شماره ۳**). تمامی زیرطبقات استخراج‌شده در **جدول شماره ۳** الزاماً بیانگر چالش‌های مستقیم فرایند توانبخشی نیستند. برخی از زیرطبقات، مانند سوءرفتار با سالمندان، آشفتگی‌های روان‌شناختی، یا مشکلات ارتباطی

جدول ۳. طبقات و زیرطبقات چالش‌های مراقبت توانبخشی در سالمندان براساس تحلیل محتوای کیفی

طبقه	زیر طبقه	تعداد مقالات	درصد (از ۲۳ مقاله)	منابع
ساختاری	ساختمانی	۳	۱۳ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] م. فرحید و همکاران [۱۶] اس. کی. لویی و همکاران [۲۶]
	امکانات/تسهیلات	۳	۱۳ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] م. باسختا [۱۷] ف. رحیمی و همکاران [۱۸]
	تجهیزات	۲	۸/۷ درصد	ای. آر. شمس‌آبادی و همکاران [۱۹] اس. کی. لویی و همکاران [۲۶]
رفتاری	کارکنان/ارائه‌دهندگان خدمات (پزشک و پرستار)	۴	۱۷/۴ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] س. ایوبی‌ماحانی و همکاران [۲۰] ب. محمدیان و همکاران [۳۹] م. فرحید و همکاران [۱۶]
	ارتباطات و تعاملات	۲	۸/۷ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] ای. آر. شمس‌آبادی و همکاران [۱۹]
	سوءرفتار	۲	۸/۷ درصد	ل. محبی و همکاران [۲۲] ح. پاشازاده و همکاران [۲۳]
	رژیم غذایی و دارویی	۱	۴/۳ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸]
	مراقبت‌های توانبخشی و بازتوانی	۵	۲۱۲۱,۷/۷ درصد	م. شاتی و همکاران [۲۴] ف. رحیمی و همکاران [۱۸] ایکس. گوئو و همکاران [۲۵] اس. کی. لویی و همکاران [۲۶] م. گاندولفی و همکاران [۲۷]
	مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر	۲	۸/۷ درصد	م. شاتی و همکاران [۲۴] ف. رحیمی و همکاران [۱۸]
آموزشی	کمبود آموزش کارکنان/ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	۴	۱۷/۴ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] ب. محمدیان و همکاران [۳۹] ف. رحیمی و همکاران [۱۸] م. فرحید و همکاران [۱۶]
	آموزش ناکافی و نامتناسب سالمندان	۳	۱۳ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] ف. رحیمی و همکاران [۱۸] ای. ام. وائل و همکاران [۲۸]
	عدم آگاهی سالمندان از تکنولوژی و تجهیزات‌های موردنیاز	۱	۴/۳ درصد	س. ایوبی‌ماحانی و همکاران [۲۰]
حمایت‌های اقتصادی-اجتماعی	پوشش ناکافی بیمه‌ای و حمایت مالی ناکافی	۴	۱۷/۴ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] م. شاتی و همکاران [۲۴] م. فرحید و همکاران [۱۶] م. باسختا [۱۷]
	ارتباطات اجتماعی و عاطفی	۳	۱۳ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] ا. محمودپور و همکاران [۲۱] ز. ادريس ماليري و همکاران [۲۹]
	کمبود خدمات داوطلبانه	۴	۱۷/۴ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] م. فرحید و همکاران [۴۰] ز. سنگسفیدی [۳۰] ز. ادريس ماليري و همکاران [۲۹]

طبقه	زیر طبقه	تعداد مقالات	درصد (از ۲۳ مقاله)	منابع
	خدماتی	۳	۱۳ درصد	ف. سلیمانی کبری و همکاران [۳۸] م. فرحبد و همکاران [۴۰] سی. بکمن و همکاران [۳۱]
عملکردی	عدم اجرای مؤثر مراقبت‌های سطح اول	۴	۱۷/۴ درصد	م. شاتی و همکاران [۲۴] س. ایوبی‌ماحانی و همکاران [۲۰] سی. بکمن و همکاران [۳۱] ان. مارتینز-ولیلو و همکاران [۳۲]
	ابتلا به بیماری‌های متعدد	۱	۴/۳ درصد	س. کومار و همکاران [۳۳]
	کمبود مراقبین	۱	۴/۳ درصد	ح. پاشازاده و همکاران [۲۳]
حاکمیت و رهبری	ضعف سیاست‌گذاری و فقدان برنامه‌های مدون	۳	۱۳ درصد	م. شاتی و همکاران [۲۴] م. فرحبد و همکاران [۴۰] س. ایوبی‌ماحانی و همکاران [۲۰]
	غیرفعال بودن یا فعالیت کم شورای سلامت سالمندان	۱	۴/۳ درصد	م. شاتی و همکاران [۲۴]
	ناتوانی‌های جسمی	۲	۸/۷ درصد	اس. کی. لویی و همکاران [۲۶] م. گاندولفی [۲۷]
	تغییرات شناختی	۴	۱۷/۴ درصد	ا. سفرائی و همکاران [۴۱] ف. قیصری و همکاران [۲۴] ت. لیلیرووس و همکاران [۳۵] ک. یزدان‌بخش و همکاران [۳۶]
عدم مراقبت از خود	کاهش تاب‌آوری و افزایش استرس	۱	۴/۳ درصد	م. گزل سفلو و همکاران [۳۷]
	تغییرات بینایی	۱	۴/۳ درصد	س. ورایی و همکاران [۴۲]
	وابستگی سالمندان به مراقبین	۱	۴/۳ درصد	ف. رحیمی و همکاران [۱۸]
	آشفته‌گی روانی، ابهام در آینده و انتظار مرگ	۱	۴/۳ درصد	م. گزل سفلو و همکاران [۳۷]

نشریه پرستاری ایران

ستون «تعداد مقالات»: شمار مطالعات وارده شده ($n=23$)، گزارش‌دهنده چالش مرتبط با آن زیرطبقه.
ستون «درصد (از ۲۳ مقاله)»: (تعداد مقالات زیرطبقه/۲۳) $\times 100$.
- احتمال همپوشانی یک مطالعه در چند زیرطبقه از یک طبقه وجود دارد؛ بنابراین مجموع درصدهای یک طبقه لزوماً ۱۰۰ درصد نیست.
ستون «منابع»: شماره رفرنس مقالات دارای حداقل یک چالش مرتبط با آن زیرطبقه.
نکته: توجه: برخی زیرطبقات (مانند سوءرفتار با سالمندان، آشفته‌گی‌های روانی و مشکلات ارتباطی مراقبان) به‌عنوان عوامل زمینه‌ای مؤثر بر دسترسی، مشارکت یا تداوم مراقبت‌های توانبخشی تفسیر می‌شوند و لزوماً چالش‌های مستقیم فرایند توانبخشی نیستند.

آگاهی سالمندان از تکنولوژی (۴/۳ درصد)، ابتلا به بیماری‌های متعدد (۴/۳ درصد)، کمبود مراقبین (۴/۳ درصد)، غیرفعال بودن شورای سلامت سالمندان (۴/۳ درصد)، کاهش تاب‌آوری و افزایش استرس (۴/۳ درصد)، تغییرات بینایی (۴/۳ درصد)، وابستگی به مراقبین (۴/۳ درصد) و آشفته‌گی روانی، ابهام در آینده (۴/۳ درصد) بوده است. همچنین سوء رفتار با سالمندان (۸/۷ درصد)، ارتباطات و تعاملات (۸/۷ درصد) و ناتوانی‌های جسمی (۸/۷ درصد) نیز فراوانی نسبتاً پایینی دارند.

این الگوی توزیع فراوانی نشان‌دهنده شکاف دانش قابل توجه در برخی حوزه‌های کلیدی مراقبت توانبخشی سالمندان است. به‌عبارت دیگر، درحالی‌که چالش‌های مالی، آموزشی و ساختاری

خود را بر چالش‌های مرتبط با خود فرآیند توانبخشی (مانند مشکلات ترخیص، بازگشت مجدد به بیمارستان و تداوم مراقبت) معطوف کرده‌اند. در رتبه بعدی، حیظه پوشش ناکافی بیمه‌ای و حمایت مالی ناکافی (۱۷/۴ درصد)، کمبود آموزش کارکنان (۱۷/۴ درصد)، کمبود خدمات داوطلبانه (۱۷/۴ درصد)، اجرای مراقبت‌های سطح اول (۱۷/۴ درصد) و تغییرات شناختی (۱۷/۴ درصد) قرار دارند. این توزیع نشان می‌دهد پژوهش‌های موجود به‌طور هم‌وزن به چالش‌های مالی، آموزشی، حمایت‌های اجتماعی و عملکردی پرداخته‌اند.

در مقابل، کمترین فراوانی در بین زیرطبقه‌ها مربوط به چالش‌های مرتبط با رژیم غذایی و دارویی (۴/۳ درصد)، عدم

عوامل رفتاری

تغییرات در الگوهای رفتاری، شناختی و عملکردی سالمندان چالش‌های زیادی ایجاد کرده و نیازمند توجه ویژه کارکنان خدمات سلامت است. عدم درک ویژگی‌های سالمندان می‌تواند به عدم تشخیص درست نیازها، مراقبت بیهوده و کاهش اعتماد و ارتباط بین سالمندان و مراقبین منجر شود [۴۳، ۴۱]. در زیر گروه عوامل رفتاری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

کارکنان/ارائه‌دهندگان خدمات (پزشک و پرستار)

فرایند مراقبت و توانبخشی سالمندان به دلیل نیاز به مراقبت طولانی و مستمر، چالش‌های متعددی برای مراقبین سلامت به همراه دارد، به‌ویژه به دلیل ناتوانی سالمندان در مراقبت از خود.

ارتباطات و تعاملات

سالمندان به دلیل اختلالات شنوایی، بینایی و شناختی در برقراری ارتباط با مراقبین مشکل دارند که بر آموزش توانبخشی و رعایت دستورات درمانی تأثیر می‌گذارد. همچنین، جدی نگرفتن بیماری توسط آن‌ها مانع ادامه روند توانبخشی می‌شود. آشنایی مراقبین با زبان سالمندان و برقراری ارتباط از طریق تماس تلفنی و اپلیکیشن‌های هوشمند می‌تواند به رفع این چالش‌ها کمک کند.

سوء رفتار

سوء رفتار با سالمندان در محیط خانواده از طریق تحمیل درد و رنج به آن‌ها به وسیله ارتکاب عملی آزاردهنده یا ترک یک عمل ضروری و حیاتی به صورت عمدی یا غیرعمدی که بر سلامت جسمی و روانی سالمند تأثیرگذار بوده و آنان را با مشکلاتی مواجه خواهد کرد [۴۴، ۴۵].

رژیم غذایی و دارویی

رفتار سالمندان در توانبخشی می‌تواند خطراتی مانند عدم تبعیت از دستورات غذایی و دارویی و خوددرمانی ایجاد کند. اصلاح دیدگاه سالمندان درباره مصرف دارو و رژیم غذایی، جلوگیری از جایگزینی داروهای گیاهی به جای درمان‌های دارویی و آموزش ارجاع به متخصصین می‌تواند به حفظ سلامتی و اثربخشی توانبخشی کمک کند.

مراقبت‌های توانبخشی و بازتوانی

سالمندان به دلایل مختلف به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، اما چالش‌هایی در زمان ترخیص وجود دارد که می‌تواند به بازگشت مجدد آن‌ها منجر شود. استفاده از پمفلت‌ها و منابع آموزشی در زمان ترخیص می‌تواند به کاهش محدودیت‌های ناشی از بیماری و کاهش تعداد بازگشت‌ها کمک کند.

موردتوجه نسبتاً خوبی قرار گرفته‌اند، جنبه‌هایی مانند موانع رفتاری مرتبط با سالمند (تبعیت دارویی و غذایی)، مشکلات حاکمیتی (فعال نبودن شورای سلامت)، آسیب‌پذیری‌های روانشناختی (تاب‌آوری پایین، آشفتگی روانی) و نقص‌های حسی (تغییرات بینایی) کمتر در مطالعات وارد شده منعکس شده‌اند. این یافته با نتایج مرورهای نظام‌مند مشابه در سایر کشورها از جمله چین و کانادا همخوانی دارد که نشان می‌دهند پژوهش‌های توانبخشی سالمندان اغلب بر موانع ساختاری و اقتصادی متمرکز بوده و به چالش‌های رفتاری، روانشناختی و حاکمیتی کمتر پرداخته شده است. بنابراین، طراحی پژوهش‌های آتی در حوزه توانبخشی سالمندان باید به این شکاف‌های دانش توجه ویژه‌ای داشته باشد.

عوامل ساختاری

با افزایش سالمندی در جمعیت، جامعه باید برای رسیدگی به نیازهای خاص سالمندان آماده شود، زیرا این نیازها متفاوت از دیگر گروه‌هاست. پیش‌بینی امکانات و تغییر زیرساخت‌ها می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا دهد، اما چالش‌های ساختاری مانع دسترسی آن‌ها به این تسهیلات می‌شود [۳۸، ۴۴]. در زیر گروه عوامل ساختاری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

ساختمانی

در فرایند توانبخشی سالمندان، مناسب‌سازی محیط‌های زندگی، اداری و عمومی اهمیت دارد. وجود آسانسور، همکف بودن ساختمان‌ها، نرده‌های ایمنی، بالابرهای مخصوص و وسایل ورزشی مناسب در پارک‌ها می‌تواند به توانبخشی آن‌ها کمک کند.

امکانات/تسهیلات

امکانات و تسهیلات مناسب به تشخیص و درمان به موقع سالمندان کمک می‌کند. نزدیک بودن مراکز توانبخشی به محل سکونت، شیفت عصر و حضور تیم توانبخشی در منزل می‌تواند به ارتقای سلامت و پیشبرد اهداف توانبخشی سالمندان کمک کند. عدم فراهم کردن این موارد، چالشی مهم در اجرای برنامه‌های توانبخشی خواهد بود.

تجهیزات

سالمندان به دلیل بیماری‌های مزمن و ناتوانی در حمل و نقل با مشکلاتی در توانبخشی مواجه‌اند. فراهم کردن ویلچر مناسب، وسایل ارتباطی مانند تلفن همراه و ساعت‌های هوشمند و وسایل حمل و نقل عمومی مناسب‌سازی‌شده می‌تواند کیفیت زندگی و حضور آن‌ها در اجتماع را بهبود بخشد.

مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر

مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر بخش مهمی از توانبخشی سالمندان است که بر آسایش و راحتی آن‌ها تمرکز دارد. عدم درک صحیح نزدیکان از این نوع مراقبت‌ها می‌تواند به دخالت در درمان و ایجاد مراقبت‌های بیهوده منجر شود، لذا افزایش آگاهی آن‌ها از اهداف مراقبت تسکینی می‌تواند به حل این چالش‌ها کمک کند.

عوامل آموزشی

مراقبت توانبخشی از سالمندان به‌طور فزاینده‌ای در منزل انجام می‌شود و این امر نیازمند آموزش مناسب برای سالمندان و خانواده‌های آنان است. برای ارائه مراقبت و توانبخشی با کیفیت، شناخت عوامل مرتبط و نیازهای آموزشی کارکنان و مراقبین ضروری است. با این حال، چالش‌هایی در زمینه آموزش مؤثر این گروه وجود دارد که می‌تواند مانع از ارائه مراقبت مناسب شود [۱۸]. در زیر گروه عوامل آموزشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

کمبود آموزش کارکنان / ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

آموزش کارکنان به ارتقای دانش و آشنایی آن‌ها با روش‌های نوین مراقبت و توانبخشی سالمندان کمک می‌کند، اما تمرکز بر کمیت کلاس‌ها و بی‌توجهی به کیفیت، چالش‌هایی در مراقبت ایجاد کرده است. آموزش مؤثر و پایش‌های منظم می‌تواند به بهبود سلامت سالمندان کمک کند، در حالی که موانع موجود در آموزش می‌تواند به تأخیر در بهبودی آن‌ها منجر شود.

آموزش ناکافی و نامتناسب سالمندان

چالش‌های آموزش توانبخشی سالمندان شامل عدم درک تداوم آموزش و مداخلات است. سطح سواد و توانایی یادگیری سالمندان، همچنین علاقه و آمادگی آن‌ها، باید در نظر گرفته شود. بنابراین، آموزش باید طولانی‌تر و متناسب با توانایی‌های سالمندان طراحی شود تا به نتایج مطلوب برسد.

عدم آگاهی سالمندان از تکنولوژی و تجهیزات‌های مورد نیاز در فرایند توانبخشی

بسیاری از مراحل توانبخشی سالمندان به تجهیزات خاص نیاز دارد، اما ناآشنایی و درک نادرست از این وسایل باعث مخالفت سالمندان با استفاده از آن‌ها می‌شود و روند توانبخشی را دشوار می‌کند. آن‌ها ممکن است فکر کنند که تجهیزات استقلالشان را محدود می‌کند و به دلیل آگاهی ناکافی از نتایج طولانی‌مدت، ترجیح می‌دهند از دارو درمانی با نتایج سریع‌تر استفاده کنند.

حمایت‌های اقتصادی - اجتماعی

حیات جامعه بشری به روابط بین افراد وابسته است و

برای سالمندان، حفظ استقلال مالی و روابط اجتماعی در کنار مراقبت‌های بهداشتی اهمیت دارد، اما عدم حمایت‌های لازم از سوی نظام‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی، مانع استفاده سالمندان از منابع مورد نیازشان می‌شود [۱۷، ۴۰]. در زیر گروه حمایت‌های اجتماعی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

پوشش ناکافی بیمه‌ای و حمایت مالی ناکافی

مراقبت‌های توانبخشی برای سالمندان و افراد ناتوان به دلیل هزینه‌های بالا و عدم تعهد بیمه‌ها چالش‌برانگیز است. کاهش حمایت‌های نظام سلامت موجب نگرانی در پرداخت هزینه‌ها و کناره‌گیری این افراد از فرایند توانبخشی می‌شود، بنابراین نیاز به شناسایی مشکلات مالی و ایجاد طرح‌های حمایتی برای تأمین هزینه‌ها وجود دارد.

ارتباطات اجتماعی و عاطفی

سالمندان به حمایت و آگاهی نیاز دارند تا در انجام نیازهای خود و پیروی از مراقبت‌های توانبخشی موفق باشند، زیرا کناره‌گیری از اجتماع می‌تواند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کند. حضور در اجتماعات و فراهم کردن امکانات دسترسی به مراکز بهداشت، همراه با توجه فرزندان به سلامت آن‌ها، می‌تواند کیفیت زندگی و روند توانبخشی سالمندان را بهبود بخشد [۴۷].

کمبود خدمات داوطلبانه

در بسیاری از کشورها، نهادهای خیریه و داوطلبانه مسئولیت مراقبت از سالمندان و هزینه‌های درمانی را بر عهده دارند و با شناسایی نیازمندان، روند درمان را تسریع می‌کنند. حمایت‌های دولت از این نهادها می‌تواند از هزینه‌های بالای آینده جلوگیری کند، اما کمبود این مراکز باعث سردرگمی سالمندان و هدر رفت منابع دولتی می‌شود [۴۸].

عملکردی

در بسیاری از موارد، ارجاع به موقع، تشخیص صحیح و ارائه خدمات به سالمندان به‌طور مناسب انجام نمی‌شود. این مشکلات ناشی از نبود بخش‌های مخصوص سالمندان و مراکز مرتبط با مراقبت‌های توانبخشی است که آن‌ها را از این خدمات محروم می‌کند. برنامه‌ریزی مناسب برای ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان ضروری است، اما در این مسیر موانع متعددی نیز وجود دارد [۴۶]. در زیر گروه عملکردی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

خدماتی

سالمندان نیازمند مراقبت‌های توانبخشی باید به‌درستی از طریق نظام ارجاع معرفی شوند، اما چالش‌هایی مانند کمبود بخش‌های توانبخشی و متخصصین، این فرایند را طولانی می‌کند. توجه دولت به این مسائل ضروری است تا دسترسی به خدمات تسهیل و مراقبت‌های لازم با کمترین مراجعه به مراکز توانبخشی

ارائه شود [۳۱].

عدم اجرای مراقبت‌های سطح اول

روند توانبخشی از ابتدای تشخیص بیماری آغاز می‌شود و می‌تواند به جلوگیری از شیوع و عود بیماری‌ها در سالمندان کمک کند. برنامه‌های توانبخشی شامل واکسیناسیون منظم، ارتقای سواد سلامت و چک‌آپ سالانه هستند. غفلت از این موارد می‌تواند سلامت سالمندان را به خطر بیندازد [۴۷].

ابتلا به بیماری‌های متعدد

سالمندان اغلب به‌طور هم‌زمان به چندین بیماری مزمن مانند بیماری‌های قلبی، اسکلتی-عضلاتی، کلیوی و روانی مبتلا هستند که روند درمان و توانبخشی را با چالش‌هایی مواجه می‌کند. همچنین، مصرف داروهای متعدد در این افراد می‌تواند به تداخلات دارویی منجر شود، بنابراین مراقبت‌ها باید به دقت با توجه به شرایط و داروهای مصرفی سالمندان انجام شود [۴۷].

- کمبود مراقبین

علی‌رغم وجود مراکز مراقبت از سالمندان، بسیاری از این افراد از وجود مراقب آگاه و کمک‌کننده در فرایند مراقبت و توانبخشی بی‌بهره‌اند و به دلیل هزینه‌های بالا از این مراکز استفاده نمی‌کنند.

حاکمیت و رهبری

جمعیت قابل توجهی از جامعه را سالمندان تشکیل می‌دهند که به دلیل بیماری‌ها و کاهش عملکردهای جسمی و روانی، نیازمند توجه و منابع کافی برای ادامه زندگی هستند. مدیریت این گروه نمی‌تواند به یک سازمان خاص محول شود و نیازمند تصمیم‌گیری‌های جامع از سوی ارگان‌ها و نهادهای مختلف است. این امر ابتدا نیازمند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کلان برای تأمین رفاه فردی و اجتماعی است و سپس باید به‌طور مداوم و دقیق توسط دستگاه‌های مربوطه اجرا شود [۵۱]. چالش‌های بسیاری در تحقق موارد ذکر وجود دارد که در زیر گروه حاکمیت و رهبری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

ضعف سیاست‌گذاری و فقدان برنامه‌های مدون

توانبخشی سالمندان نیازمند همکاری سازمان‌ها و سیاست‌گذاری مؤثر است. عدم همکاری و سیاست‌گذاری نامناسب چالش‌های اصلی را ایجاد می‌کند، و ایجاد یک سازمان واحد با اختیارات کافی می‌تواند به بهبود این فرایند کمک کند.

غیرفعال بودن یا فعالیت کم شورای سلامت سالمندان

سازمان‌های مرتبط با مراقبت از سالمندان گاهی آماده هستند، اما به دلیل ضعف در ابلاغ و نظارت شورای سلامت سالمندی، سالمندان مراقبت کافی دریافت نمی‌کنند. این ناهماهنگی به فعالیت‌های غیرموازی و غیرحرفه‌ای منجر می‌شود. وجود یک

تولیت مشخص در شورا می‌تواند به بهبود مراقبت از سالمندان کمک کند.

عدم مراقبت از خود

ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در سالمندان باعث تأخیر و فراموشی در توجه به نیازهای حیاتی و فعالیت‌های روزمره می‌شود. عوامل فردی و اجتماعی مختلفی بر مراقبت از خود سالمندان تأثیر دارند. برنامه‌ریزی هدفمند برای مراقبت از خود و بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به کاهش موانع موجود کمک کند [۵۲]. در زیر گروه عدم مراقبت از خود می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

ناتوانی‌های جسمی

ناتوانی در تحرک و فعالیت در سالمندان به مشکلاتی مانند عدم ورزش، رعایت بهداشت فردی و حضور در اجتماع منجر می‌شود. توانبخشی زمانی مؤثر است که فرد بتواند از حداکثر توانایی‌های خود در کنار مراقبت‌های توانبخشی استفاده کند. ادامه این مراقبت‌ها باید در قالب فعالیت‌های روزانه انجام شود، زیرا ناتوانی‌های جسمی می‌تواند سالمندان را در محیطی بسته و ثابت منزوی کند [۲۷].

تغییرات شناختی

تغییرات ناشی از سالمندی، مصرف مکرر دارو، عدم فعالیت‌های ذهنی و کاهش روابط اجتماعی، به کاهش عملکرد مغز، فراموشی و ضعف در توجه به خود منجر می‌شود. این عوامل همچنین کاهش انگیزه برای انجام امور مختلف را به همراه دارند و ناتوانی را تشدید می‌کنند. توانبخشی شناختی با تحریک و آموزش شناختی می‌تواند به بهبود سازگاری در عملکردهای جسمی و روانی کمک کند.

کاهش تاب‌آوری و افزایش استرس

تاب‌آوری فرایندی پویا است که توانایی افراد در مقابله با استرس را نشان می‌دهد و ارتباط آن با استرس تأیید شده است. تاب‌آوری پایین مانع حضور سالمندان در اجتماع و پیگیری مراقبت‌ها می‌شود. کنترل تاب‌آوری در توانبخشی به حفظ مکانیسم‌های سازگاری و بهبود مراقبت‌ها کمک می‌کند [۵۳-۵۵].

تغییرات بینایی

با پیشرفت سالمندی، ضعف بینایی به تدریج ایجاد می‌شود که ناشی از تغییرات فیزیکی و بیماری‌هاست. این ضعف توانایی انجام فعالیت‌های روزمره را کاهش می‌دهد و خطر سقوط، استرس و اضطراب را افزایش می‌کند. همچنین، ضعف بینایی می‌تواند فرایند توانبخشی را مختل کرده و به انزوای اجتماعی و افسردگی سالمندان منجر شود [۴۹].

وابستگی سالمندان به مراقبین

محدودیت‌های فردی و اجتماعی در سالمندان و ارتباط طولانی مدت با مراقبین، آن‌ها را به وابستگی کامل جسمی و عاطفی سوق می‌دهد. این وابستگی، استقلال فردی و اجتماعی سالمندان را کاهش می‌دهد و به عنوان چالشی در مراقبت مطرح می‌شود. وابستگی کامل همچنین ناتوانی را در سالمندان تشدید کرده و موجب فراموشی نقش‌های گذشته آنان می‌شود [۵۰].

آشفته‌گی روانی، ابهام در آینده و انتظار مرگ

برخی سالمندان به دلیل بی‌هدف بودن و نگرانی‌ها از شروع یا ادامه فرایند بازتوانی امتناع می‌کنند. این چالش‌ها مانع از اثربخشی تلاش‌های تیم درمانی می‌شود. اعتماد به تیم درمان و امید به اثربخشی اقدامات می‌تواند به پیشبرد توانبخشی کمک کند [۴۷].

بحث

در این مرور روایتی با رویکرد جست‌وجوی نظام‌مند، شواهد موجود درباره چالش‌های مراقبت توانبخشی سالمندان از منظرهای مختلف بررسی و تلفیق شد. تحلیل مطالعات وارد شده نشان داد موانع پیش روی توانبخشی سالمندان تنها به محدودیت‌های بالینی یا کمبود خدمات تخصصی محدود نمی‌شود، بلکه مجموعه‌ای از عوامل ساختاری، اقتصادی، آموزشی، رفتاری، عملکردی، حاکمیتی و مرتبط با خودمراقبتی به صورت هم‌زمان بر کیفیت، دسترسی و تداوم این خدمات اثر می‌گذارند. این یافته نشان می‌دهد توانبخشی سالمندان ماهیتی چندبعدی دارد و موفقیت آن مستلزم هماهنگی میان اجزای مختلف نظام سلامت، حمایت اجتماعی، مشارکت خانواده و توانمندسازی خود سالمند است. از این رو، تمرکز صرف بر درمان بیماری یا افزایش ظرفیت مراکز توانبخشی، بدون توجه به سایر ابعاد مؤثر، نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای رو به افزایش جمعیت سالمند باشد.

از میان چالش‌های شناسایی شده، بیشترین فراوانی مربوط به موانع مرتبط با ارائه خدمات توانبخشی و محدودیت‌های مالی و اقتصادی بود که در مجموع بخش قابل توجهی از مطالعات مرور شده را به خود اختصاص داده بودند. این موضوع بیانگر آن است که در بسیاری از نظام‌های سلامت، دسترسی به خدمات توانبخشی همچنان بیش از آنکه تحت تأثیر نیازهای بالینی باشد، از وضعیت اقتصادی افراد و ظرفیت نظام ارائه خدمات تأثیر می‌پذیرد. در مقابل، موضوعاتی مانند سوءرفتار با سالمندان و وابستگی به مراقبان، اگرچه در مطالعات بررسی شده مطرح شده‌اند، بیشتر به عنوان عوامل زمینه‌ای مؤثر بر تداوم مراقبت شناخته می‌شوند تا موانع مستقیم فرایند توانبخشی. به همین دلیل، تفکیک میان چالش‌های اصلی ارائه خدمات و عوامل اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر پیامدهای توانبخشی، می‌تواند در اولویت‌بندی مداخلات و

تخصیص بهینه منابع اهمیت قابل توجهی داشته باشد [۳۸، ۲۲].

بررسی یافته‌ها نشان داد مشکلات اقتصادی همچنان یکی از مهم‌ترین موانع بهره‌مندی سالمندان از خدمات توانبخشی محسوب می‌شود. هزینه بالای خدمات، پوشش ناکافی بیمه‌ها و پرداخت‌های مستقیم از جیب، بسیاری از سالمندان و خانواده‌های آنان را ناچار می‌کند که استفاده از خدمات توانبخشی را به تعویق انداخته یا به طور کامل از آن صرف‌نظر کنند [۲۴، ۴۰، ۵۶]. پیامد چنین شرایطی تنها محدود به کاهش دسترسی به خدمات نیست، بلکه می‌تواند موجب تشدید ناتوانی، وابستگی بیشتر سالمند و افزایش هزینه‌های درمانی در مراحل بعدی بیماری شود. این وضعیت به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط که منابع مالی نظام سلامت محدودتر است، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و نشان می‌دهد توسعه خدمات توانبخشی بدون اصلاح سازوکارهای تأمین مالی و گسترش پوشش بیمه‌ای، تأثیر محدودی بر بهبود عدالت در سلامت خواهد داشت.

در کنار موانع اقتصادی، محدودیت‌های ساختاری نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش دسترسی سالمندان به خدمات توانبخشی ایفا می‌کنند. کمبود مراکز تخصصی، توزیع نامتوازن امکانات بین مناطق شهری و روستایی، دسترسی محدود به تجهیزات کمک توانبخشی و کمبود نیروی انسانی آموزش دیده، از مهم‌ترین مشکلاتی بودند که در مطالعات مرور شده تکرار شده‌اند [۱۶، ۳۸]. چنین شرایطی موجب می‌شود بسیاری از سالمندان، به ویژه افراد دارای محدودیت حرکتی یا ساکن مناطق کم‌برخوردار، امکان دریافت خدمات مستمر توانبخشی را از دست بدهند. در نتیجه، بخش قابل توجهی از بار مراقبت به خانواده‌ها منتقل می‌شود؛ درحالی که بسیاری از مراقبان خانوادگی نیز آموزش، مهارت و حمایت کافی برای انجام این مسئولیت را در اختیار ندارند. بنابراین، تقویت زیرساخت‌های ارائه خدمات جامعه‌محور و گسترش مراقبت‌های توانبخشی در منزل می‌تواند بخشی از این شکاف را جبران کند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم این مرور، نقش تعیین‌کننده آموزش در موفقیت برنامه‌های توانبخشی سالمندان بود. شواهد نشان داد کمبود دانش تخصصی در زمینه سالمندی و توانبخشی، تنها به سالمندان و خانواده‌های آنان محدود نیست، بلکه بخشی از آن به آموزش ناکافی گروه‌های ارائه‌دهنده خدمت نیز بازمی‌گردد. زمانی که کارکنان سلامت، به ویژه پرستاران و سایر اعضای تیم توانبخشی، شناخت کافی از نیازهای اختصاصی سالمندان نداشته باشند، احتمال ارزیابی ناکامل، ارجاع دیر هنگام و طراحی برنامه‌های مراقبتی غیرمتناسب افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، پایین بودن سواد سلامت سالمندان و مراقبان خانوادگی موجب می‌شود توصیه‌های درمانی، تمرین‌های توانبخشی و مراقبت‌های پس از ترخیص به درستی اجرا نشود و اثربخشی مداخلات کاهش یابد [۱۸، ۳۲]. بنابراین، آموزش باید به عنوان یکی از ارکان

را تشدید می‌کند. به همین دلیل، انتقال مستقیم الگوهای موفق سایر کشورها بدون توجه به شرایط اقتصادی، ظرفیت نظام سلامت و ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایران، احتمال موفقیت محدودی خواهد داشت. راهکارهای پیشنهادی زمانی اثربخش خواهند بود که علاوه بر بهره‌گیری از تجربیات بین‌المللی، متناسب با امکانات موجود، ساختار ارائه خدمات و نیازهای واقعی سالمندان ایرانی طراحی و اجرا شوند.

نکته قابل توجه دیگر آن است که یافته‌های این مرور نشان داد بسیاری از چالش‌های شناسایی شده به صورت مستقل عمل نمی‌کنند، بلکه ارتباط متقابل و تقویت‌کننده با یکدیگر دارند؛ برای مثال، ضعف پوشش بیمه‌ای می‌تواند استفاده از خدمات توانبخشی را کاهش دهد، کاهش استفاده از خدمات نیز موجب افت عملکرد جسمی و افزایش وابستگی سالمند می‌شود و در ادامه، بار مراقبتی بیشتری بر خانواده تحمیل می‌کند. این وضعیت ممکن است به فرسودگی مراقبان، کاهش کیفیت مراقبت و در نهایت افت بیشتر عملکرد سالمند منجر شود. به همین ترتیب، کمبود آموزش نیز تنها یک مشکل آموزشی نیست، بلکه می‌تواند بر کیفیت تصمیم‌گیری بالینی، مشارکت سالمند در برنامه‌های درمانی، پایبندی به خودمراقبتی و حتی بهره‌وری منابع نظام سلامت تأثیر بگذارد. بنابراین، بررسی هریک از این چالش‌ها به صورت مجزا، تصویر کاملی از وضعیت موجود ارائه نمی‌دهد و برنامه‌ریزی برای بهبود خدمات توانبخشی باید مبتنی بر رویکردی جامع و بین‌بخشی باشد.

پیشنهادهای کاربردی و راهبردی

باتوجه به الگوی چالش‌های شناسایی شده در این مرور، به نظر می‌رسد ارتقای کیفیت مراقبت‌های توانبخشی سالمندان در ایران بیش از آنکه به توسعه مداخلات منفرد وابسته باشد، نیازمند اصلاح هم‌زمان سیاست‌گذاری، سازماندهی خدمات و شیوه ارائه مراقبت است. یافته‌های این مطالعه نشان داد بسیاری از موانع موجود، ریشه در ساختار نظام سلامت دارند و در صورت برطرف نشدن این مشکلات، اجرای مداخلات بالینی نیز اثربخشی محدودی خواهد داشت. از این رو، نخستین گام باید تغییر نگاه نظام سلامت از رویکرد درمان‌محور به رویکرد حفظ عملکرد، استقلال و مشارکت اجتماعی سالمندان باشد. در چنین رویکردی، توانبخشی دیگر به عنوان خدمتی که تنها پس از بروز ناتوانی ارائه می‌شود تلقی نخواهد شد، بلکه به بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت مستمر سالمندان تبدیل می‌شود که از مراحل اولیه بیماری آغاز شده و تا حفظ استقلال عملکردی فرد ادامه می‌یابد [۴۰، ۱۴].

تحقق این رویکرد مستلزم تقویت ساختار حکمرانی خدمات سالمندی است. مرور مطالعات نشان داد پراکندگی مسئولیت‌ها میان سازمان‌های مختلف، نبود متولی مشخص و ضعف هماهنگی بین‌بخشی، از عوامل اصلی کاهش کارایی

اصلی نظام توانبخشی در نظر گرفته شود؛ به گونه‌ای که هم ارتقای شایستگی حرفه‌ای کارکنان سلامت و هم توانمندسازی سالمندان و مراقبان آنان را به طور هم‌زمان دنبال کند.

در کنار چالش‌های آموزشی، یافته‌های این مرور نشان داد مشکلات مدیریتی و ضعف در ساختار حکمرانی نظام سلامت، بسیاری از موانع موجود در ارائه خدمات توانبخشی را تشدید می‌کند. در اغلب مطالعات، نبود یک ساختار هماهنگ‌کننده، پراکندگی مسئولیت‌ها میان سازمان‌های مختلف، فقدان برنامه‌های ملی منسجم و ضعف نظام‌های پایش و ارزیابی، از مهم‌ترین موانع توسعه خدمات توانبخشی سالمندان گزارش شده بود [۴۰، ۲۴]. در چنین شرایطی، حتی در صورت وجود منابع انسانی و امکانات مناسب، نبود هماهنگی میان بخش‌های مختلف می‌تواند به تکرار خدمات، اتلاف منابع و نابرابری در دسترسی منجر شود. این یافته نشان می‌دهد بهبود وضعیت توانبخشی سالمندان صرفاً از طریق افزایش تعداد مراکز یا جذب نیروی انسانی محقق نخواهد شد، بلکه مستلزم اصلاح سازوکارهای مدیریتی، تعیین مسئولیت‌های روشن و استقرار نظامی یکپارچه برای برنامه‌ریزی، نظارت و ارزیابی خدمات است.

مقایسه یافته‌های این مرور با مطالعات انجام‌شده در سایر کشورها نشان می‌دهد بسیاری از چالش‌های شناسایی شده، محدود به یک نظام سلامت یا یک منطقه جغرافیایی خاص نیست. مرور نظام‌مند انجام‌شده در چین نشان داد محدودیت پوشش بیمه‌ای، کمبود خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه و افزایش نیازهای ناشی از سالمندی جمعیت، از مهم‌ترین عوامل محدودکننده دسترسی سالمندان به خدمات توانبخشی محسوب می‌شوند [۲۵].

همچنین، مطالعه کیفی انجام‌شده در کانادا بر روی سالمندان مبتلا به شکستگی لگن نشان داد تأخیر در شناسایی بیماران واجد شرایط، نبود مسیرهای ارجاع مشخص و ناهماهنگی میان سطوح مختلف ارائه خدمات، موجب اختلال در تداوم مراقبت و کاهش اثربخشی برنامه‌های توانبخشی می‌شود [۳۱]. شباهت این یافته‌ها با مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد اگرچه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و ساختاری نظام‌های سلامت با یکدیگر متفاوت است، اما بسیاری از چالش‌های مرتبط با توانبخشی سالمندان ماهیتی مشترک دارند و در کشورهای مختلف با شدت‌های متفاوت مشاهده می‌شوند.

در مطالعات ایرانی نیز ضعف در ساختار حکمرانی، نبود متولی مشخص برای خدمات سالمندی و پراکندگی سیاست‌ها به عنوان یکی از مسائل اساسی مطرح شده است [۲۴، ۱۶]. با این حال، تفاوت مهم میان ایران و بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته در آن است که محدودیت منابع مالی، پوشش ناکافی بیمه و نابرابری جغرافیایی در دسترسی به خدمات، آثار این مشکلات مدیریتی

به همین دلیل، گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی، بازنگری در تعرفه‌های خدمات، حمایت مالی از ارائه خدمات در منزل و توسعه بسته‌های حمایتی برای سالمندان کم‌برخوردار، می‌تواند نقش مهمی در کاهش نابرابری و افزایش دسترسی به خدمات ایفا کند. چنین اصلاحاتی نه تنها موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان خواهد شد، بلکه با کاهش ناتوانی، بستری‌های مکرر و وابستگی طولانی مدت، هزینه‌های آتی نظام سلامت را نیز کاهش خواهد داد.

اولویت‌های مداخله

بر اساس شواهد گردآوری شده در این مرور، به نظر می‌رسد همه چالش‌های شناسایی شده از اهمیت یکسانی برخوردار نیستند و برخی از آن‌ها ظرفیت بیشتری برای مداخله و ایجاد تغییر در نظام مراقبت دارند. یافته‌ها نشان داد اصلاح سازوکارهای تأمین مالی و کاهش پرداخت از جیب سالمندان، نخستین گام برای افزایش دسترسی عادلانه به خدمات توانبخشی است، زیرا حتی در صورت وجود زیرساخت‌های مناسب، هزینه‌های بالا می‌تواند مانع بهره‌مندی سالمندان از خدمات شود [۱۷، ۵۶]. در کنار این موضوع، توسعه خدمات جامعه‌محور، افزایش ظرفیت مراکز توانبخشی و بهبود توزیع جغرافیایی امکانات، از مهم‌ترین اقدامات برای کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات محسوب می‌شود [۳۸، ۴۰]. همچنین، سرمایه‌گذاری در آموزش کارکنان سلامت، سالمندان و مراقبان خانوادگی می‌تواند اثربخشی مداخلات موجود را بدون نیاز به تغییرات پرهزینه در ساختار نظام سلامت افزایش دهد [۱۸، ۳۲].

بالین حال، باید توجه داشت این اولویت‌بندی صرفاً براساس فراوانی گزارش چالش‌ها در مطالعات وارد شده انجام شده است و به معنای کم‌اهمیت بودن سایر ابعاد نیست. در عمل، چالش‌های ساختاری، اقتصادی، آموزشی و مدیریتی ارتباطی متقابل با یکدیگر دارند و هرگونه برنامه اصلاحی زمانی بیشترین اثربخشی را خواهد داشت که این ابعاد به صورت هم‌زمان و در قالب یک برنامه جامع مورد توجه قرار گیرند. چنین رویکردی می‌تواند زمینه را برای توسعه نظامی فراهم سازد که علاوه بر پاسخگویی به نیازهای درمانی سالمندان، حفظ استقلال عملکردی، مشارکت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی آنان را نیز به عنوان اهداف اصلی مراقبت توانبخشی دنبال کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مرور روایتی با جست‌وجوی نظام‌مند نشان داد چالش‌های مراقبت توانبخشی سالمندان پدیده‌ای چندبعدی هستند و در هفت حوزه اصلی شامل چالش‌های ساختاری، رفتاری، آموزشی، اقتصادی - اجتماعی، عملکردی، حاکمیتی و خودمراقبتی قابل طبقه‌بندی‌اند. ارتباط متقابل این حوزه‌ها بیانگر

خدمات توانبخشی محسوب می‌شوند [۱۴، ۲۴]. در چنین شرایطی، ایجاد یک ساختار ملی هماهنگ‌کننده با مشارکت وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، شهرداری‌ها و سایر نهادهای مرتبط می‌تواند زمینه لازم برای یکپارچه‌سازی سیاست‌ها، جلوگیری از موازی‌کاری و استفاده بهینه از منابع را فراهم کند. همچنین تدوین برنامه ملی توانبخشی سالمندان همراه با شاخص‌های مشخص برای پایش کیفیت خدمات، می‌تواند ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها را در سطوح مختلف نظام سلامت امکان‌پذیر سازد.

ازسوی دیگر، یافته‌های این مرور نشان داد دسترسی محدود سالمندان به خدمات، صرفاً ناشی از کمبود مراکز تخصصی نیست، بلکه مدل فعلی ارائه خدمت نیز پاسخگوی نیازهای این گروه سنی نیست. بسیاری از سالمندان به دلیل محدودیت‌های حرکتی، بیماری‌های مزمن یا فاصله جغرافیایی، امکان مراجعه مستمر به مراکز توانبخشی را ندارند. بنابراین، توسعه خدمات جامعه‌محور، گسترش برنامه‌های توانبخشی در منزل و استفاده هدفمند از فناوری‌های سلامت دیجیتال و توانبخشی از راه دور می‌تواند تداوم مراقبت را بهبود بخشد و نابرابری در دسترسی به خدمات را کاهش دهد [۱۱، ۱۳، ۱۹]. البته اجرای موفق این رویکرد مستلزم فراهم شدن زیرساخت‌های فنی، آموزش سالمندان و مراقبان خانوادگی و همچنین پذیرش این خدمات از سوی نظام بیمه‌ای کشور است.

یکی دیگر از محورهای اساسی که در مطالعات مرور شده بارها مورد تأکید قرار گرفته، توانمندسازی نیروی انسانی است. اگرچه طی سال‌های اخیر آموزش سالمندی در برنامه‌های دانشگاهی توسعه یافته است، اما شواهد موجود نشان می‌دهد بسیاری از اعضای تیم سلامت همچنان آمادگی کافی برای مدیریت نیازهای پیچیده سالمندان را ندارند. ازاین‌رو، بازنگری در برنامه‌های آموزشی دانشگاهی، تقویت آموزش‌های مداوم حرفه‌ای و توسعه مهارت‌های مرتبط با ارزیابی جامع سالمندی، ارتباط درمانی، مدیریت بیماری‌های مزمن و توانبخشی شناختی می‌تواند کیفیت مراقبت را ارتقا دهد [۷، ۳۲]. در کنار آموزش کارکنان، مراقبان خانوادگی نیز باید به عنوان یکی از ارکان اصلی مراقبت شناخته شوند. آموزش نظام‌مند، حمایت روانی و ارائه خدمات مشاوره‌ای به این گروه، علاوه بر کاهش فشار مراقبتی، می‌تواند مشارکت سالمندان در برنامه‌های توانبخشی و استمرار مراقبت را نیز افزایش دهد [۱۸، ۳۷].

در نهایت، هیچ‌یک از راهکارهای پیشنهادی بدون اصلاح سازوکارهای تأمین مالی، اثربخشی مطلوبی نخواهند داشت. پرداخت مستقیم هزینه‌های توانبخشی همچنان یکی از مهم‌ترین موانع استفاده سالمندان از این خدمات است و بسیاری از خانواده‌ها توانایی تأمین هزینه‌های مداوم درمان، تجهیزات کمک‌توانبخشی و اصلاح محیط زندگی را ندارند [۴۰، ۵۶].

طولی، پژوهش‌های مداخله‌ای و ارزیابی مدل‌های جامعه‌محور و مبتنی بر فناوری می‌تواند شواهد قوی‌تری برای تصمیم‌گیری در این حوزه فراهم آورد و مسیر توسعه خدمات توانبخشی سالمندان را در سال‌های آینده روشن‌تر سازد.

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه به‌صورت یک مرور روایتی با جست‌وجوی نظام‌مند انجام شد و با وجود تلاش برای گردآوری جامع شواهد، دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، برخلاف مرورهای نظام‌مند مبتنی بر پروتکل‌های ازپیش ثبت‌شده (مانند پروتکل‌های کارکین یا PROSPERO) این مطالعه فاقد پروتکل ثبت‌شده و ارزیابی نظام‌مند کیفیت روش‌شناختی مطالعات اولیه بود؛ از این رو، احتمال بروز سوگیری در انتخاب و تفسیر شواهد به‌طور کامل قابل‌رد نیست.

دوم، مطالعات واردشده از نظر طراحی پژوهش، جامعه مورد مطالعه، محیط اجرا و نوع پیامدهای گزارش‌شده ناهمگون بودند و شامل مطالعات کیفی، کمی، نیمه‌آزمایشی و مروری می‌شدند. این ناهمگونی امکان انجام فراتحلیل و برآورد کمی اثر را فراهم نکرد و در نتیجه، یافته‌ها صرفاً از طریق سنتز کیفی تلفیق شدند.

سوم، اگرچه جست‌وجوی منابع به‌صورت جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی انجام شد، اما بازه زمانی جست‌وجو از پیش تا پایان دسامبر ۲۰۲۴ تعیین شده بود. این تاریخ، نقطه پایان مرحله جست‌وجو و آغاز فرآیند غربالگری، ارزیابی و واجد شرایط بودن مطالعات، استخراج داده‌ها و سنتز شواهد بود. براساس اصول روش‌شناختی مطالعات مروری، گسترش بازه جست‌وجو پس از تکمیل این مراحل مستلزم انجام مجدد کل فرآیند انتخاب مطالعات، استخراج داده‌ها و بازنگری در نتایج است؛ بنابراین، مطالعات منتشرشده پس از دسامبر ۲۰۲۴ در این مرور وارد نشده‌اند. هرچند این موضوع ممکن است سبب شود برخی شواهد جدیدتر در نتایج منعکس نشده باشند، اما انتظار نمی‌رود چارچوب کلی چالش‌های شناسایی‌شده را به‌طور اساسی تغییر دهد، زیرا اغلب این چالش‌ها ماهیتی ساختاری و پایدار دارند. باوجوداین، به‌روزرسانی این مرور در سال‌های آینده با ورود شواهد جدید می‌تواند تصویر کامل‌تری از تحولات این حوزه ارائه دهد.

در نهایت، سهم نسبتاً بالای مطالعات انجام‌شده در ایران (۱۵ مطالعه از ۲۳ مطالعه) و محدودیت دسترسی به متن کامل برخی مقالات بین‌المللی، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر نظام‌های سلامت را با احتیاط همراه می‌سازد. از این رو، تفسیر و به‌کارگیری نتایج این مطالعه در سایر کشورها باید با توجه به تفاوت‌های ساختاری، اقتصادی، فرهنگی و سازمانی نظام‌های سلامت انجام شود.

آن است که ضعف در هریک از آن‌ها می‌تواند بر سایر ابعاد مراقبت نیز اثر بگذارد و درنهایت دسترسی سالمندان به خدمات، تداوم مراقبت و پیامدهای توانبخشی را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو، برنامه‌ریزی برای ارتقای خدمات توانبخشی نباید بر یک بعد خاص متمرکز باشد، بلکه مستلزم رویکردی جامع، هماهنگ و مبتنی بر نیازهای واقعی سالمندان است.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد چالش‌های مالی و محدودیت‌های ساختاری بیش از سایر موانع در مطالعات واردشده مورد تأکید قرار گرفته‌اند. این یافته بیانگر آن است که توسعه برنامه‌های آموزشی یا مداخلات رفتاری، هرچند ضروری، بدون فراهم شدن زیرساخت‌های مناسب، گسترش پوشش بیمه‌ای و بهبود دسترسی عادلانه به خدمات توانبخشی، نمی‌تواند به تنهایی موجب ارتقای کیفیت مراقبت شود. درمقابل، اصلاح هم‌زمان سازوکارهای تأمین مالی، سازماندهی خدمات و توسعه مراقبت‌های جامعه‌محور، می‌تواند زمینه لازم را برای افزایش مشارکت سالمندان در برنامه‌های توانبخشی و حفظ استقلال عملکردی آنان فراهم سازد.

اگرچه مطالعات واردشده از نظر طراحی پژوهش، جامعه مورد مطالعه و محیط اجرای پژوهش ناهمگون بودند و سهم مطالعات انجام‌شده در ایران نسبت به سایر کشورها بیشتر بود، اما همگرایی قابل توجه یافته‌ها با شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که بسیاری از چالش‌های توانبخشی سالمندان، صرف‌نظر از تفاوت نظام‌های سلامت، ماهیتی مشترک دارند. با این حال، نحوه بروز این چالش‌ها و راهکارهای مناسب برای مدیریت آن‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر ساختار نظام سلامت، شرایط اقتصادی، منابع موجود و ویژگی‌های فرهنگی هر کشور قرار می‌گیرد؛ بنابراین، سیاست‌ها و مداخلات پیشنهادی باید متناسب با بافت اجرایی هر جامعه طراحی و بومی‌سازی شوند.

یافته‌های این مرور می‌تواند مبنایی برای سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت و برنامه‌ریزان خدمات سالمندی در تعیین اولویت‌های توسعه مراقبت‌های توانبخشی باشد. تقویت نظام ارجاع، توسعه خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه و در منزل، گسترش پوشش بیمه‌ای، سرمایه‌گذاری در آموزش نیروی انسانی و مراقبان خانوادگی و استقرار نظام‌های منسجم پایش و ارزشیابی، از جمله اقداماتی هستند که می‌توانند به بهبود دسترسی، افزایش کیفیت خدمات و کاهش ناتوانی قابل‌پیشگیری در سالمندان کمک کنند.

ازسوی دیگر، این مرور برخی خلاهای پژوهشی را نیز آشکار ساخت. موضوعاتی مانند چالش‌های حاکمیتی، سازوکارهای هماهنگی بین‌بخشی، نقش عوامل رفتاری در موفقیت برنامه‌های توانبخشی و اثربخشی مدل‌های نوین ارائه خدمت، در مقایسه با سایر حوزه‌ها کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. انجام مطالعات

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مرور روایتی می‌باشد که بر روی نمونه‌های انسانی و حیوانی انجام نشده است. براین اساس نیاز به کد اخلاق نبود و تمام قوانین اخلاق در پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ گونه کمک مالی از سازمان های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحلیل رسمی و اعتبارسنجی: علی اکبری و مهدیه مطیعی؛ جست‌وجوی متون، بررسی، غربالگری و گردآوری داده‌ها: علی اکبری، فاطمه رحمانی و بهنام مرادی؛ نگارش و مصورسازی: علی اکبری؛ بررسی و ویرایش: مهدیه مطیعی، فاطمه رحمانی و بهنام مرادی؛ نظارت، مدیریت پروژه و منابع: مهدیه مطیعی؛ همه نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تأیید کرده‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

بیانیه استفاده از هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌کنند که در تمامی مراحل انجام این پژوهش، از جمله طراحی مطالعه، تدوین سؤال پژوهش، جست‌وجوی منابع، گردآوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر یافته‌ها، نگارش، بازنگری و آماده‌سازی نسخه نهایی مقاله، از هیچ‌گونه ابزار هوش مصنوعی مولد یا فناوری‌های مبتنی بر هوش مصنوعی استفاده نشده است. تمامی فعالیت‌های علمی، پژوهشی و نگارشی این مقاله به‌طور کامل توسط نویسندگان انجام شده و مسئولیت کامل صحت، اصالت، یکپارچگی علمی، تفسیر نتایج و محتوای ارائه‌شده بر عهده نویسندگان است.

References

- [1] Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Eur J Ageing*. 2022; 19(3):775-87. [DOI:10.1007/s10433-021-00679-7] [PMID]
- [2] Cacchione PZ. World Health Organization leads the 2021 to 2030-decade of healthy ageing. *Clin Nurs Res*. 2022; 31(1):3-4. [DOI:10.1177/10547738211065790] [PMID]
- [3] Prince MJ, Wu F, Guo Y, Robledo LMG, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015; 385(9967):549-62. [DOI:10.1016/S0140-6736(14)61347-7] [PMID]
- [4] World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- [5] Lim SK, Lim JY. Hip fracture and cognitive impairment in older adults-integrated approaches to rehabilitation: A narrative review. *Ewha Med J*. 2025; 48(4):e59. [DOI:10.12771/emj.2025.00801] [PMID]
- [6] Koppelaar H, Kordestani-Moghadam P, Kouhkani S, Irandoust F, Segers G, de Haas L, et al. Proof of concept of novel visuo-spatial-motor fall prevention training for old people. *Geriatrics (Basel)*. 2021; 6(3):66. [DOI:10.3390/geriatrics6030066] [PMID]
- [7] Squires A, Murali KP, Greenberg SA, Herrmann LL, D'amico CO. A scoping review of the evidence about the nurses improving care for healthsystem elders (NICHE) program. *Gerontologist*. 2021; 61(3):e75-e84. [DOI:10.1093/geront/gnz150] [PMID]
- [8] Knaut FM, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, Bhadelia A, Rosa WE, Touchton M, et al. The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: An update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *Lancet Glob Health*. 2025; 13(3):e422-36. [DOI:10.1016/S2214-109X(24)00476-5] [PMID]
- [9] Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "rehabilitation 2030: A call for action". *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017; 53(2):155-68. [DOI:10.23736/S1973-9087.17.04746-3] [PMID]
- [10] Someda K. Community-Based Rehabilitation in Japan: Some Unique Characteristics of the Japanese System and Recent Developments. In: Vanstone M, Priestley P, editors. *The Palgrave Handbook of Global Rehabilitation in Criminal Justice*. Cham: Palgrave Macmillan; 2022. [DOI:10.1007/978-3-031-14375-5_18]
- [11] Ho C, Atchison K, Noonan VK, McKenzie N, Cadel L, Ganshorn H, et al. Models of care delivery from rehabilitation to community for spinal cord injury: A scoping review. *J Neurotrauma*. 2021; 38(6):677-97. [DOI:10.1089/neu.2020.7396] [PMID]
- [12] Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022; 5(5):CD012705. [DOI:10.1002/14651858.CD012705.pub2] [PMID]
- [13] McArthur C, Hirdes J, Berg K, Giangregorio L. Who receives rehabilitation in Canadian long-term care facilities? A cross-sectional study. *Physiother Can*. 2015; 67(2):113-21. [DOI:10.3138/ptc.2014-27] [PMID]
- [14] Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(11):756-63. [DOI:10.2471/BLT.16.187617] [PMID]
- [15] Tajvar M, Yaseri M, Karami B, Mohammadi M. [Pattern of outpatient health service utilization by older people in Iran (Persian)]. *Salmand*. 2021; 15(4):410-27. [DOI:10.32598/sija.15.4.2921.1]
- [16] Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. [The Status of Rehabilitation in Iran: Barriers and Facilitators (Persian)]. *Salmand*. 2023; 18(2):218-33. [DOI:10.32598/sija.2023.2535.1]
- [17] Basakha M. [Economic profile of Iranian rehabilitation services: 2002-2017 (Persian)]. *Arch Rehabil*. 2021; 22(3):278-97. [DOI:10.32598/RJ.22.3.3131.1]
- [18] Rahimi F, Shakibazadeh E, Ashoorkhani M, Foroughan M. [Facilitators of elderly care at home and the educational needs of the family caregivers of older adults in the South of Tehran, Iran: A qualitative study (Persian)]. *Salmand*. 2024; 19(2):222-41. [DOI:10.32598/sija.2023.3668.1]
- [19] Shamsabadi AR, Delbari A, Safari A, Bahador F, Mehraeen E. [Capabilities and requirements of the elderly remote health monitoring (Persian)]. *Salmand*. 2020; 15(3):286-97. [DOI:10.32598/sija.15.3.2828.1]
- [20] Ayoubi-Mahani S, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M. [Facilitators and Barriers to Active Aging in Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Salmand*. 2023; 18(3):438-59. [DOI:10.32598/sija.2023.3604.1]
- [21] Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. [The Lived Experiences of Iranian Older Adults With Empty Nest Syndrome: A Phenomenological Study (Persian)]. *Salmand*. 2024; 19(2):276-95. [DOI:10.32598/sija.2024.3694.1]
- [22] Mohebbi L, Zahednejad S, Javadi Pour S, Saki A. [Domestic elder abuse in rural area of Dezful, Iran and its relation with their quality of life (Persian)]. *Salmand*. 2016; 10(4):50-9. [Link]
- [23] Pashazadeh H, Abolfathi Momtaz Y, Delbari A. [Prevalence of Caregiver Abuse by the Elderly in Nursing Homes of Tehran and its Related Factors (Persian)]. *Salmand*. 2022; 17(2):262-75. [DOI:10.32598/sija.2022.3191.1]
- [24] Shati M, Mohamadi Bolbanabad A, Zokaei M, Mohamadi Bolbanabad S, Ghaderi E, Moradi G, et al. [Challenges in the elderly care system in Iran: A qualitative study (Persian)]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2023; 28(3):101-14. [DOI:10.61186/sjku.28.3.101]
- [25] Guo X, Huo J, Dai W, Wang Z, Du J, Zheng X, et al. Current state and challenges of rehabilitation needs among elderly-China, 1990-2019. *China CDC Wkly*. 2022; 4(39):871-4. [PMID]
- [26] Lui SK, Nguyen MH. Elderly stroke rehabilitation: Overcoming the complications and its associated challenges. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2018; 2018:9853837. [DOI:10.1155/2018/9853837] [PMID]
- [27] Gandolfi M, Dimitrova E, Nicolli F, Modenese A, Serina A, Waldner A, et al. Rehabilitation procedures in the management of gait disorders in the elderly. *Minerva Med*. 2015; 106(5):287-307. [PMID]

- [28] Wattel EM, Meiland FJ, van der Wouden JC, de Groot AJ, Hertogh CM, Gerrits KH. Barriers and facilitators for physical fitness training in orthopedic geriatric rehabilitation. A qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2024; 46(24):5845-53. [DOI:10.1080/09638288.2024.2314161] [PMID]
- [29] Edris Malayeri Z, Maarefvand M. [Social Work Intervention Challenges for an Abused Elder Client (Persian)]. *Q Jo Soc Work*. 2019; 8(1):27-34. [Link]
- [30] Sangsefidi Z, Kharghani Moghadam SM, Sadri M, Rashedi V. [Social capital and voluntary activities among older adults in Tehran (Persian)]. *J Toloobehdasht*. 2023; 22(5):1-12 [DOI:10.18502/tbj.v22i5.14751]
- [31] Backman C, Harley A, Papp S, French-Merkley V, Beaulé PE, Poitras S, et al. Barriers and enablers to early identification, referral and access to geriatric rehabilitation post-hip fracture: A theory-based descriptive qualitative study. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2022; 13:21514593211047666. [DOI:10.1177/21514593211047666] [PMID]
- [32] Martínez-Velilla N, Cadore EL, Casas-Herrero Á, Idoate-Salalegui F, Izquierdo M. Physical activity and early rehabilitation in hospitalized elderly medical patients: Systematic review of randomized clinical trials. *J Nutr Health Aging*. 2016; 20(7):738-51. [DOI:10.1007/s12603-016-0683-4] [PMID]
- [33] Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC, Beyene J, Hosain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2023; 57:101860. [DOI:10.1016/j.eclim.2023.101860] [PMID]
- [34] Gheysari F, Mazaheri M. [Effect of cognitive rehabilitation on cognitive state and depression of older men with mild cognitive impairment living in nursing homes (Persian)]. *Salmand*. 2023; 17(4):522-35. [DOI:10.32598/sija.2022.3272.1]
- [35] Liljeroos T, Puthoopparambil SJ, Wallert J, Held C, Olsson EM. Self-perceived cognitive status and cognitive challenges associated with cardiac rehabilitation management: experiences of elderly myocardial infarction patients. *Disabil Rehabil*. 2022; 44(15):3834-42. [DOI:10.1080/09638288.2021.1888321] [PMID]
- [36] Yazdanbakhsh K, Azarnia A. [The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Improving the Cognitive Abilities of the Elderly (Persian)]. *Salmand*. 2023; 18(1):32-45. [DOI:10.32598/sija.2022.3258.1]
- [37] Ghezelsefloo M, Saadati N, Yousefi Z, Zamanpour M. [Study the effect of resilience training on reducing stress and communication problems in the primary caregivers of the elderly with Alzheimer disease (Persian)]. *Salmand*. 2019; 14(3):284-97. [DOI:10.32598/sija.13.10.250]
- [38] Soleimani Kebria F, Sum S, Tirgar A, Pourhadi S, Delbari A, Shati M, et al. [Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers (Persian)]. *Salmand*. 2023; 18(1):14-31. [DOI:10.32598/sija.2022.327.9]
- [39] Mohammadian B, Mohammadi-Shahboulaghi F, Hosseini M, Arsalani N, Fallahi-Khoshtknab M, Pirjani P. [Support Needs of Family Caregivers of Older Patients With Cancer in Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Salmand*. 2024; 19(3):484-505. [DOI:10.32598/sija.2023.3655.1]
- [40] Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. Comparing the rehabilitation structures in the health systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa. *Arch Rehabil*. 2023; 24(1):96-113. [DOI:10.32598/RJ.24.1.3582.1]
- [41] Soghrati A, Arsalani N, Mohamadi S, Vahedi M, Ajami H. The effect of rehabilitation nursing interventions on the quality of life in women with neurogenic bladder dysfunction. *Arch Rehabil*. 2023; 23(4):584-601. [DOI:10.32598/RJ.23.4.3513.1]
- [42] Varaei S, Malek M, Cheraghi MA, Norouzi M, Mahmoudi AH. The Experience of Living With Retinitis Pigmentosa: An In-depth Exploration of Patients' Challenges. *Arch Rehabil*. 2022; 22(4):506-23. [DOI:10.32598/RJ.22.4.3309.1]
- [43] Hosseini Moghaddam F, Nikkhab Beydokhti E, Noori R, Sajjadi M, Khajavian N, Kameli F, et al. [Prevalence of elder abuse by family members and its related factors in Gonabad, Iran (Persian)]. *Salmand*. 2022; 17(3):338-51. [DOI:10.32598/sija.2022.2850.3]
- [44] Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud*. 2006; 43(2):203-14. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005] [PMID]
- [45] Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med*. 1995; 332(7):437-43. [DOI:10.1056/NEJM199502163320706] [PMID]
- [46] Zanjari N, Kalantari Banadaki SZ, Sadeghi R, Delbari A. [A futures study of the challenges and drivers of population aging in Iran Using the Scenario Analysis Technique (Persian)]. *Salmand*. 2024; 19(2):258-75. [DOI:10.32598/sija.2023.3692.1]
- [47] World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. [Link]
- [48] Laermans J, Scheers H, Vandekerckhove P, De Buck E. Friendly visiting by a volunteer for reducing loneliness or social isolation in older adults: A systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2023; 19(4):e1359. [DOI:10.1002/cl2.1359] [PMID]
- [49] Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RR, Congdon N, Jones I, et al. The lancet global health commission on global eye health: Vision beyond 2020. *TLancet Glob Health*. 2021; 9(4):e489-e551. [PMID]
- [50] van Dijk M, Vreven J, Deschodt M, Verheyden G, Tournoy J, Flamaing J. Can in-hospital or post discharge caregiver involvement increase functional performance of older patients? A systematic review. *BMC Geriatr*. 2020; 20(1):362. [DOI:10.1186/s12877-020-01769-4] [PMID]
- [51] Lotfalinezhad E, Abolfathi Momtaz Y, Nazaripanah NS, Honarvar MR, Arab Ameri F, Azimi MS. [Effectiveness of integrated and comprehensive geriatric care program of Ministry of Health on physical and mental health of older adults in Golestan province (Persian)]. *Salmand*. 2021; 16(3):438-51. [DOI:10.32598/sija.2020.16.3.2190.2]

- [52] Novrouzi R, Ghaffari M, Sabouri M, Marashi T, Rakhshand-erou S. [Investigating the effect of self-care on the nutritional status of the elderly by structural equation modeling analysis (Persian)]. *Salmand*. 2023; 18(1):46-59. [DOI:10.32598/sija.2022.3368.1]
- [53] Hall DK, Pearson J. Resilience—giving children the skills to bounce back. *Educ Health*. 2005; 23(1):12–15. [Link]
- [54] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2):76-82. [DOI:10.1002/da.10113] [PMID]
- [55] Noone SJ, Hastings RP. Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an acceptance-based intervention. *J Intellect Disabil*. 2009; 13(1):43-53. [DOI:10.1177/1744629509103519] [PMID]
- [56] 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] [PMID]

پیوست ۱. استراتژی جستجوی کامل برای هر پایگاه داده

نتیجه عددی (میانگین $\pm$ انحراف معیار / درصد / P)

PubMed: ("rehabilitation"[MeSH] OR "rehabilitation nursing"[MeSH] OR "rehabilitation care"[tiab] OR "rehabilitation services"[tiab] OR "rehabilitation"[tiab]) AND ("aged"[MeSH] OR "aging"[MeSH] OR "older adults"[tiab] OR "elderly"[tiab] OR "older people"[tiab] OR "geriatric"[tiab]) AND ("health services accessibility"[MeSH] OR "barriers"[tiab] OR "challenges"[tiab] : [Date - Publication]"۲۰۰۸") OR "obstacles"[tiab] OR "difficulties"[tiab] OR "limitations"[tiab] OR "access to care"[tiab]) AND .([Date - Publication]"۲۰۲۴"

Scopus: TITLE-ABS-KEY (rehabilitation OR "rehabilitation care" OR "rehabilitation nursing" OR "rehabilitation services"(AND TITLE-ABS-KEY) "older adults" OR elderly OR aged OR aging OR geriatric OR "older people" (AND TITLE-ABS-KEY) barriers OR challenges OR obstacles OR difficulties OR limitations OR "access to care" OR "health services accessibility") AND PUBYEAR > ۲۰۰۷ AND PUBYEAR < ۲۰۲۵ AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") AND (LIMIT-TO) DOCTYPE , "ar")).

ScienceDirect: ("rehabilitation" OR "rehabilitation nursing" OR "rehabilitation care" OR "rehabilitation services") AND ("older adults" OR "elderly" OR "aged" OR "aging" OR "geriatric" OR "older people") AND ("barriers" OR "challenges" OR "obstacles" OR "difficulties" OR "limitations" OR "access to care").

مگیران: (توانبخشی OR مراقبت توانبخشی OR "پرستاری توانبخشی" OR "خدمات توانبخشی") AND (سالمند OR سالمندی OR کهنسال OR "سالمندان" OR افراد مسن) AND (چالش OR مانع OR محدودیت OR موانع OR "دسترسی به خدمات" OR "مشکل"). فیلترها: سال انتشار: ۱۳۸۷ تا ۱۴۰۲، نوع مطالعه: پژوهشی اصیل، زبان: فارسی

پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID): کلیدواژه‌ها: توانبخشی، مراقبت توانبخشی، سالمندی، چالش، دسترسی به خدمات. فیلترها: بازه زمانی: ۱۳۸۷-۱۴۰۲، نوع مقاله: اصیل، زبان: فارسی

ایراندک: (توانبخشی OR بازتوانی OR "مراقبت توانبخشی") AND (سالمند OR سالمندی OR کهنسال) AND (چالش OR موانع OR محدودیت) فیلترها: سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۴۰۲

گوگل اسکالر: توانبخشی «سالمندان» (موانع یا چالش‌ها) فیلترها: سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۲۴، جستجو در عنوان مقاله

نشریه پرستاری ایران