

**Accepted Manuscript**

**Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)**

**Title:** Situation Analysis and Strategies for Integrating Geriatric Rehabilitation Services into Iran's  
Primary Healthcare: A Qualitative Study

**Authors:** Mohammad Najafpour<sup>1</sup>, Mohammad Kamali<sup>2,\*</sup>, Samaneh Heidari<sup>2</sup>, Reza Salehi<sup>3,4</sup>

1. *Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
2. *Rehabilitation Research Center, Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
3. *Geriatric Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
4. *Iranian Center of Excellence in Physiotherapy, Rehabilitation Research Center, Department of Physiotherapy, and Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

**\*Corresponding Author:** Mohammad Kamali, Rehabilitation Research Center, Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Kamali.mo@iums.ac.ir

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

**Received date:** 2025/11/10

**Revised date:** 2026/02/24

**Accepted date:** 2026/02/28

**First Online Published:** 2026/05/08

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

**Please cite this article as:**

Najafpour M, Kamali M, Heidari S, Salehi R. [Situation Analysis and Strategies for Integrating Geriatric Rehabilitation Services into Iran's Primary Healthcare: A Qualitative Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4270.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4270.1>

## نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

**عنوان:** تحلیل وضعیت و ارائه راهکارهای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در مراقبت‌های اولیه ایران: یک مطالعه کیفی

**نویسندگان:** محمد نجف‌پور<sup>۱</sup>، محمد کمالی<sup>۲\*</sup>، سمانه حیدری<sup>۲</sup>، رضا صالحی<sup>۳،۴</sup>

۱. گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سلامت روان سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. مرکز ملی تعالی فیزیوتراپی ایران، مرکز تحقیقات توانبخشی، گروه فیزیوتراپی و گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

\***نویسنده مسئول:** محمد کمالی، مرکز تحقیقات توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم

پزشکی ایران، تهران، ایران. ایمیل: [Kamali.mo@iums.ac.ir](mailto:Kamali.mo@iums.ac.ir)

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1404/08/19

تاریخ ویرایش: 1404/12/05

تاریخ پذیرش: 1404/12/09

این نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Najafpour M, Kamali M, Heidari S, Salehi R. [Situation Analysis and Strategies for Integrating Geriatric Rehabilitation Services into Iran's Primary Healthcare: A Qualitative Study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4270.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4270.1>

## Abstract

**Objectives:** the integration of rehabilitation services for older adults into Iran's primary healthcare system has not yet been achieved. Accordingly, this study aimed to analyze the situation and propose strategies for integration of geriatric rehabilitation services into Iran's primary healthcare system.

**Materials and Methods:** This study employed a qualitative design using a framework-based content analysis approach. Participants included ten experts in the fields of aging, rehabilitation, and primary healthcare, who were selected purposively with maximum variation. Data were collected through semi-structured interviews. Data analysis was conducted within a predefined SWOT framework across four dimensions strengths, weaknesses, opportunities, and threats and, subsequently, strategies for integrating geriatric rehabilitation services were extracted and categorized based on the analysis results.

**Findings:** Iran's primary healthcare system demonstrates substantial capacity for integrating geriatric rehabilitation services, including broad urban-rural coverage, existing workforce (community health workers and providers), the SIB information infrastructure, and relatively favorable financial access. Key opportunities include synergy between preventive care and rehabilitation, cost-effectiveness of first-level interventions, potential for community-based and telerehabilitation, strong family support culture, the Ministry of Health Office for Older Adults, and the family physician program. However, structural weaknesses lack of sustainable financing, limited professional diversity at the primary level, heavy workload and insufficient staff awareness, absence of integrated guidelines and referral pathways, poor physical accessibility, and low prioritization of older adults limit effective integration. Major threats include fragmented stewardship, weak political commitment, inadequate implementation of upstream policies, shortage and maldistribution of rehabilitation professionals, and insufficient insurance coverage. Accordingly, strategies were developed using a strengths, opportunities, weaknesses and threats framework

**Conclusion:** This study suggests that despite the presence of considerable strengths and opportunities within Iran's primary healthcare system, the integration of geriatric rehabilitation services requires targeted responses to existing structural and policy-related weaknesses and threats. The extracted strategies emphasize strengthening preventive and community-based rehabilitation approaches, empowering the workforce through modular and interdisciplinary training, expanding telerehabilitation services, systematic use of health information systems, and integrating rehabilitation services into the family physician program. Optimal use of existing capacities and avoidance of costly solutions may provide a practical and realistic pathway to improving older adults' access to rehabilitation services at the primary care level.

**Keywords:** Geriatric Rehabilitation; Primary Health Care; Systems Integration; Health Services Administration; Aging

## **Extended Abstract**

**Objectives:** This study aims to identify the barriers, facilitators, and strategies for integrating geriatric rehabilitation services into Iran's primary healthcare system. The aging population and the rising prevalence of chronic diseases(2) have underscored the need for a more accessible, comprehensive rehabilitation system at the primary care level(6,7). In this context, countries in the 2018 Astana Declaration emphasized strengthening primary health care as the foundation of universal health coverage and highlighted the development of comprehensive rehabilitation services within integrated care (11). In the limited studies addressing the integration of primary care and rehabilitation in Iran, it has been reported that such services are not provided at the primary care level and their integration faces major challenges (15) let alone geriatric rehabilitation. The primary goal of this research is to highlight key factors influencing the integration of services and suggest actionable strategies that can be implemented within the existing healthcare infrastructure.

**Materials and Methods:** This study adopted a qualitative design using a framework-based content analysis approach(16) grounded in the SWOT model to explore the integration of geriatric rehabilitation services into Iran's primary healthcare system. The study selected 10 experts from various fields of geriatric rehabilitation, including researchers, academicians, and healthcare managers, using purposive sampling. The inclusion criteria required participants to have at least two years of experience in rehabilitation or primary healthcare. Semi-structured interviews were conducted face-to-face with the experts, covering topics related to service delivery, barriers to integration, opportunities for improvement, and suggestions for overcoming challenges. Data collection took place over a two-month period, and interviews lasted between 30 and 50 minutes. The SWOT framework allowed for a detailed exploration of the internal strengths and weaknesses of the healthcare system, along with comprehensive understanding of the current state of geriatric rehabilitation in primary healthcare settings, identifying key factors that could facilitate or hinder successful integration.

**Results:** The study revealed several key strengths, weaknesses, opportunities, and threats associated with integrating geriatric rehabilitation services into Iran's primary healthcare system.

The analysis revealed a complex set of strengths, weaknesses, opportunities, and threats affecting the integration of geriatric rehabilitation services into Iran's primary healthcare system. Key strengths included the extensive geographical coverage of the primary healthcare network in both urban and rural areas, the presence of existing human resources such as community health workers, and the availability of the national health information system, which provides a platform for registering, monitoring, and referring older adults in need of rehabilitation services. These capacities were perceived as valuable foundations for expanding access to basic rehabilitation at the primary care level.

Despite these strengths, several critical weaknesses were identified. Insufficient and unsustainable financial resources, limited diversity of rehabilitation-related expertise at the primary healthcare level, high workload and inadequate awareness among frontline staff, and the absence of standardized guidelines and integrated referral pathways were reported as major barriers. In addition, physical inaccessibility of some health facilities and the low prioritization of older adults within primary healthcare programs further constrained effective integration.

Participants also highlighted important opportunities that could facilitate integration, including the growing use of digital health technologies such as telemedicine and telerehabilitation, the alignment between preventive approaches and geriatric rehabilitation, and the potential for community-based rehabilitation initiatives. The existing family physician program and the presence of a dedicated office for older adults within the Ministry of Health were viewed as strategic opportunities to institutionalize rehabilitation services within routine primary care.

Conversely, several external threats were identified, including fragmented stewardship and weak intersectoral coordination, limited political commitment to long-term rehabilitation, inadequate implementation of upstream policy documents, shortages and unequal distribution of rehabilitation professionals, and insufficient insurance coverage for rehabilitation services. These threats were seen as significant obstacles to sustainable and system-wide integration

a set of actionable strategies was also proposed. These strategies emphasize leveraging the extensive primary healthcare network and existing human resources to implement community-based and preventive rehabilitation interventions, supported by structured training programs for community health workers and

primary care providers. The systematic use of the national health information system is recommended to enable digital monitoring, referral, and follow-up of rehabilitation needs, alongside the expansion of telerehabilitation services to improve access in underserved areas. Integrating basic rehabilitation packages into the family physician program, developing standardized national guidelines and referral pathways, and strengthening intersectoral coordination between key stakeholders were identified as critical policy-level actions. In addition, ensuring sustainable financing through dedicated budget lines and improving insurance coverage for rehabilitation services were highlighted as essential measures to enhance feasibility, equity, and long-term sustainability of service integration

**Discussion:** The analysis suggests that integrating geriatric rehabilitation into Iran's primary health care system is structurally feasible but operationally constrained by governance fragmentation, workforce limitations, and insufficiently earmarked financing. Successful implementation depends on translating existing capacities into coordinated service pathways, supported by clear referral mechanisms, defined roles for primary care teams, and performance-oriented management. Strengthening competencies of frontline providers through modular, interdisciplinary training is essential to shift from acute-focused care toward preventive and functional approaches. Digital platforms offer potential for coordination, monitoring, and remote service delivery, yet their effectiveness is contingent upon reliable infrastructure, legal safeguards for data privacy, reimbursement models, and user readiness. Economic vulnerability remains a critical determinant of service utilization, indicating the need for financial protection policies and insurance reforms. Importantly, leveraging strong family involvement can enhance adherence, home-based care, and long-term outcomes, making culturally responsive, community-oriented models particularly suitable for sustainable integration.

**Ethical Considerations:** This study was conducted in accordance with ethical principles, ensuring confidentiality and participants' rights. The ethical approval code for this study is IR.IUMS.REC.1404.198, issued by the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences.

**Financial Support:** This article is part of a larger research project titled "Developing a Model for Providing Rehabilitation Services for the Elderly in Iran's Primary

Healthcare System," funded by the Research Grants of Iran University of Medical Sciences.

**Author Contributions:** All authors contributed equally to the study design, data collection, data analysis, manuscript drafting, and final revisions.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest in this study.

**Acknowledgements:** The authors would like to thank all the experts who participated in the study and contributed their valuable insights.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

## چکیده

**اهداف:** ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در ساختار مراقبت‌های اولیه ایران همچنان محقق نشده است. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تحلیل وضعیت و ارائه راهکارهای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه ایران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای چهارچوبی است. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۰ نفر از خبرگان حوزه سالمندی، توانبخشی و مراقبت‌های اولیه بودند که به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد. تحلیل داده‌ها در چارچوب ازپیش‌تعیین‌شده SWOT و در چهار بعد نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها انجام گرفت و در ادامه، بر اساس نتایج تحلیل، راهکارهای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان استخراج و دسته‌بندی شد.

**یافته‌ها:** نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ظرفیت‌های مهمی برای ادغام خدمات توانبخشی سالمندی دارد؛ از جمله پوشش گسترده شهری و روستایی، وجود نیروهای انسانی (بهورزان و مراقبین سلامت)، زیرساخت اطلاعاتی «سیب» و دسترسی مالی نسبتاً مناسب. همچنین هم‌افزایی رویکردهای پیشگیرانه با توانبخشی سالمندی، مقرون به صرفه بودن مداخلات سطح اول، قابلیت توانبخشی مبتنی بر جامعه و از راه دور، حمایت خانوادگی فرهنگی، وجود دفتر سالمندان در وزارت بهداشت و ظرفیت برنامه پزشک خانواده به عنوان فرصت‌های کلیدی شناسایی شدند. با این حال ضعف‌های ساختاری شامل کمبود منابع مالی پایدار، تنوع محدود تخصص‌ها در سطح اول، بارکاری بالا و آگاهی ناکافی کارکنان، نبود راهنماها و نظام ارجاع یکپارچه، دسترسی فیزیکی نامناسب مراکز و اولویت پایین سالمندان مانع ادغام مؤثر است. تهدیدهایی نظیر تولید پراکنده، اراده سیاسی ضعیف، اجرای ناکافی اسناد بالادستی، کمبود و توزیع نامتوازن متخصصان توانبخشی و پوشش بیمه‌ای ناکافی نیز وجود دارد. بر این اساس راهبردهایی در چهارچوب استفاده از قوت‌ها برای بهره‌برداری از فرصت‌ها، مقابله با تهدیدها و کاهش ضعف‌ها تدوین شد.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان می‌دهد که علی‌رغم وجود نقاط قوت و فرصت‌های قابل توجه در نظام مراقبت‌های اولیه ایران، ادغام خدمات توانبخشی سالمندان مستلزم مواجهه هدفمند با ضعف‌ها و تهدیدهای ساختاری و سیاستی است. راهکارهای استخراج‌شده بر تقویت رویکرد پیشگیرانه و جامعه‌محور توانبخشی، توانمندسازی نیروی انسانی از طریق آموزش‌های پودمانی و بین‌رشته‌ای، توسعه توانبخشی از راه دور، بهره‌گیری نظام‌مند از سامانه‌های اطلاعات سلامت و ادغام خدمات توانبخشی در برنامه پزشک خانواده تأکید دارند. استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود و پرهیز از راه‌حل‌های پرهزینه می‌تواند مسیر عملی و واقع‌بینانه‌ای برای ارتقای دسترسی سالمندان به خدمات توانبخشی در سطح مراقبت‌های اولیه فراهم کند.

**کلید واژه‌ها:** توانبخشی سالمندان؛ مراقبت‌های اولیه؛ ادغام سیستم‌ها؛ مدیریت خدمات سلامت؛ سالمندی

بر اساس پیش‌بینی مطالعه جهانی بار بیماری‌ها، جمعیت جهان در سال ۲۰۶۴ به اوج حدود ۹٫۷ میلیارد نفر خواهد رسید و سپس تا سال ۲۱۰۰ به حدود ۸٫۸ میلیارد نفر کاهش می‌یابد، در حالی که جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال به بیش از ۲٫۳ میلیارد نفر خواهد رسید (۱)، به این معنی که تعداد سالمندان در مقایسه با دهه‌های گذشته به شدت افزایش خواهد یافت. پیش‌بینی می‌شود حدود ۸۰٪ این جمعیت سالمند در سال‌های آینده در کشورهای کم‌درآمد و متوسط زندگی کنند (۲). در ایران نیز روند سالمندی جمعیت با سرعت ادامه دارد و تخمین زده می‌شود سهم سالمندان در جمعیت کشور در چند دهه آینده به طور چشمگیری افزایش یابد. بر اساس متغیر باروری متوسط، افراد ۶۰ سال به بالا تا سال ۲۰۵۰، ۳۱٪ (تقریباً ۲۹ میلیون نفر) از جمعیت ایران را تشکیل خواهند داد. پیش‌بینی می‌شود جمعیت ۶۵ سال به بالا در سال ۲۰۵۰، ۲۲٪ (بیش از ۲۰ میلیون نفر) و جمعیت ۸۰ سال به بالا، ۳٫۸٪ (حدود ۳٫۵ میلیون نفر) باشد که تقریباً چهار برابر بیشتر از ارقام مشابه در سال ۲۰۱۵ است (۳). مطالعات نشان می‌دهند، میزان ناتوانی در بیماران مسن مبتلا به چندین بیماری بیشتر است و روند بروز ناتوانی طی سال‌های اخیر روندی افزایشی را نشان داده است (۴). این آمار نشان دهنده فشار مضاعفی است بر نظام‌های سلامت کشورها در اثر موج سالمندی وارد خواهد شد. این تحولات جمعیتی به همراه شیوع بالای بیماری‌های مزمن و اختلالات مرتبط با سن، نیاز به سازوکارهای نوین برای پاسخگویی به نیازهای سالمندان را ضروری می‌سازد.

با این مقدمه توجه به توسعه توانبخشی نه‌تنها سطح و کیفیت زندگی سالمندان را بهبود می‌بخشد، بلکه می‌تواند فشار مالی بر نظام سلامت را نیز کاهش دهد. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که ارائه به‌موقع خدمات توانبخشی در سطوح پایه می‌تواند موجب کاهش بروز عوارض ثانویه، کاهش نیاز به بستری مجدد در بیمارستان و سبک‌تر شدن هزینه‌های درمان طولانی‌مدت شود به عبارت دیگر، سرمایه‌گذاری در برنامه‌های توانبخشی به عنوان بخشی از پوشش سلامت همگانی می‌تواند به‌طور مؤثری از هزینه‌های هنگفت مراقبت‌های بلندمدت پیشگیری کند و استقلال عملکردی افراد مسن را تقویت نماید (۵). توانبخشی سالمندان امروزه به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های سلامت سالمندی و ابزاری کلیدی برای حفظ عملکرد، پیشگیری از ناتوانی و ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان شناخته می‌شود (۶). در ایران نیز اسناد بالادستی سلامت، از جمله قانون اساسی، سیاست‌های کلان جمعیت، برنامه‌های پنج‌ساله توسعه، قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سیاست‌های کلان مراقبت‌های اولیه، برنامه پزشک خانواده و سند ملی سالمندان، مراقبت

جامعه‌محور و پیوسته برای سالمندان را به‌عنوان یکی از اولویت‌های نظام سلامت مطرح کرده‌اند؛ اما با این وجود، خدمات توانبخشی سالمندان هنوز جایگاه مشخصی در اسناد بالادستی کشور ندارد (۷).

علاوه بر این ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت‌های اولیه سلامت، سطح دسترسی و عدالت در ارائه مراقبت را بهبود می‌بخشد (۸، ۹). ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام سلامت به‌صورت عملیاتی به معنای سازمان‌دهی هماهنگ سیاست‌گذاری، تأمین منابع، ارائه خدمت و نظام ارجاع به‌گونه‌ای است که خدمات توانبخشی به‌صورت پیوسته و در سطح مراقبت‌های اولیه در دسترس سالمندان قرار گیرد (۱۰). در این راستا، کشورها در بیانیه آستانه (۲۰۱۸) ضمن تأکید بر تقویت مراقبت‌های اولیه به عنوان پایه پوشش سلامت همگانی، توسعه خدمات توانبخشی جامع را در چارچوب مراقبت یکپارچه مورد توجه قرار داده‌اند (۱۱) همچنین، برنامه عملیاتی «دهه سالمندی سالم» سازمان ملل متحد (۲۰۲۱-۲۰۳۰) بر نیاز به مراقبت یکپارچه و مناسب برای سالمندان تأکید دارد و خدمات توانبخشی را به عنوان بخشی اساسی از این مراقبت‌ها معرفی کرده است (۱۲).

بنابراین برای پاسخ‌گویی مؤثر به این نیاز گسترده، خدمات توانبخشی باید به سطح جامعه و نظام مراقبت‌های اولیه نزدیک‌تر شود تا افراد بیشتری از آن بهره‌مند شوند. مطالعات نشان می‌دهد که در ایران خدمات توانبخشی با مشکلات زیادی من جمله موانع اجتماعی، فرهنگی، مالی، آموزشی و مدیریتی و نظارتی، به ویژه برای جمعیت سالمندان روبروست (۱۳، ۱۴)، در مطالعات اندکی که حوزه ادغام مراقبت‌های اولیه و توانبخشی وجود دارد اشاره شده است که چنین خدماتی در سطح مراقبت‌های اولیه ارائه نمی‌شود و ادغام آن با مشکلات عمده‌ای روبروست (۱۵). با توجه به کمبود مطالعاتی که زمینه‌های ادغام خدمات توانبخشی سالمندان را مورد توجه قرار داده باشند، ضرورت شناسایی موانع و راهکارهای مؤثر در بهبود فرایند ادغام خدمات توانبخشی مختص سالمندان در ساختار مراقبت‌های اولیه ایران را آشکار می‌شود. از این رو، انجام این مطالعه کیفی می‌تواند درک عمیقی از زمینه‌های درونی و بیرونی مؤثر بر ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در مراقبت‌های اولیه فراهم آورد و مبنایی برای تدوین راهکارهای واقع‌بینانه و بومی ارائه دهد. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف تحلیل وضعیت موجود و شناسایی راهکارهای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه ایران طراحی و اجرا شده است.

## روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوای چهارچوبی (۱۶) و با بهره‌گیری از چارچوب تحلیل چهارگانه (SWOT) انجام شد (۱۷). این روش ابزاری مناسب برای شناسایی عوامل داخلی (نقاط قوت و ضعف) و خارجی

فرصت‌ها و تهدیدها) است که می‌توانند بر سیاست یا برنامه مورد مطالعه تأثیر بگذارند و تجزیه و تحلیل موضوع و تصمیمات را تسهیل کنند. هدف از استفاده از SWOT نشان دادن نیروهای مثبتی است که در یک سیاست یا برنامه دخیل هستند و مشکلات و چالش‌هایی که باید در آینده شناسایی و رهکارهایی برای رفع آنها به کار گرفته شود. به عنوان نمونه در مطالعه بهزادفر و همکاران از این روش برای تحلیل وضعیت توسعه ارزیابی فناوری سلامت استفاده کرده‌اند، به این صورت که پس از انجام مصاحبه‌ها با در نظر گرفتن چهارچوب تحلیلی SWOT به عنوان تم اصلی، شروع به استخراج کدها در قالب تم‌های فرعی کرده و نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای موجود را شناسایی کردند (۱۸). در این مطالعه ۱۰ نفر از خبرگان شامل پژوهشگران، دانشگاهیان و مدیران حوزه توانبخشی سالمندان در مراقبت‌های اولیه به روش نمونه‌گیری هدفمند با بیشترین تنوع انتخاب شدند. شرط ورود، علاوه بر داشتن تخصص و دانش عمیق در زمینه توانبخشی سالمندان یا مراقبت‌های اولیه، حداقل دو سال سابقه فعالیت عملی یا عملی در نظر گرفته شد، معیار خروج نیز عدم تمایل به ادامه مصاحبه یا تصمیم به خروج از آن بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته حضوری گردآوری شد. محور سؤالات شامل موانع ادغام، فرصت‌ها، و راهکارهای پیشنهادی بود. به عنوان نمونه، این سؤالات مطرح شدند: «به نظر شما چه فرصت‌ها و تهدیدهایی در ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه وجود دارد؟» یا «به نظر شما چه موانع و تسهیل‌کننده‌هایی در ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در مراقبت‌های اولیه قابل شناسایی است؟». مصاحبه‌ها با کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی انجام شد. مصاحبه‌ها با ضبط صوت ثبت شده و پس از آن به صورت کلمه به کلمه پیاده شد. تحلیل داده‌های مصاحبه به این صورت بود که چهار تم اصلی این چارچوب (نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید)، ساختار تحلیل را تشکیل دادند. کدهای استخراج‌شده از متن مصاحبه‌ها ابتدا در این چهار دسته کلان قرار گرفتند و سپس بر اساس قرابت موضوعی در ذیل هر تم، به تم‌های فرعی مشخصی دسته‌بندی و ارائه شدند. برای اطمینان از قابل‌اعتماد بودن داده‌ها، از چهار معیار لینکلن و گوبا استفاده شد. قابلیت انتقال از طریق انتخاب مشارکت‌کنندگان با ویژگی‌ها و پیشینه‌های متنوع تقویت گردید. پایایی با مقایسه و تطبیق کدها توسط پژوهشگران مختلف مورد توجه قرار گرفت. تأییدپذیری از راه بازبینی یافته‌ها توسط چند نفر از اعضای تیم پژوهش حاصل شد و در نهایت اعتبار با بهره‌گیری از یادداشت‌های میدانی و تحلیل عمیق متن مصاحبه‌ها تأمین گردید (۱۹).

## یافته‌ها

در این مرحله از مطالعه، خبرگان کلیدی در حوزه‌های سالمندی، مراقبت‌های اولیه و توانبخشی مطابق جدول ۱. شناسایی و دعوت به مشارکت در مصاحبه شدند. مصاحبه‌ها در شهر تهران در یک محیط آرام و با توافق مصاحبه‌شونده

انجام شد. مدت هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۵۰ دقیقه بود و تا مرحله اشباع داده ادامه یافت، به طوری که نفر هشتم هیچ نکته جدیدی نسبت به نفرات قبلی نداشت و پس از آن دو مصاحبه جهت اطمینان انجام شد که آنها نیز نکات قبلی را تایید و تکرار کردند. نمونه‌گیری در مدت زمان ۲ ماه انجام شد.

**جدول ۱.** تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام مراقبت‌های اولیه برای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان

کد مصاحبه شونده	مدرک تحصیلی	سمت و عنوان	سابقه کار (سال)
۱/م	دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	استاد گروه مدیریت توانبخشی	۲۵
۲/م	دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت	استاد گروه مدیریت توانبخشی	۳
۳/م	دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت	پژوهشگر مستقل	۳
۴/م	دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت	استاد گروه سیاست‌گذاری سلامت	۲۴
۵/م	دکتری کاردرمانی	یکی از مسئولین ارشد دانشگاه	۳۵
۶/م	پزشک، ارشد سلامت عمومی	کارشناس سالمندی وزارت بهداشت	۲۷
۷/م	دکتری تخصصی فیزیوتراپی	استاد گروه فیزیوتراپی	۳۰
۸/م	پزشک، ارشد سلامت عمومی و دکترای تخصصی سالمندشناسی	پژوهشگر حوزه سالمندی	۲۲
۹/م	کارشناسی فیزیوتراپی	مدیر اندیشکده سلامت	۱۳
۱۰/م	دکترای تخصصی طب ایرانی	مدیر میانی سالمندی وزارت بهداشت	۲۰

تحلیل مصاحبه‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای چهارچوبی انجام و در مجموع ۵ نقطه قوت، ۱۱ نقطه ضعف، ۸ فرصت و ۱۵ تهدید شناسایی شد. برای ارائه نتایج این تحلیل کیفی به شیوه‌ای کاربردی و راهبردی، یافته‌ها در قالب تحلیلی تحلیل چهارگانه مطابق جدول ۲. دسته‌بندی و گزارش شدند. این چارچوب به طور مشخص، نقاط قوت و ضعف درونی نظام سلامت و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای بیرونی مؤثر بر ادغام خدمات توانبخشی سالمندان را شناسایی و طبقه‌بندی نمود.

جدول ۲. تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام مراقبت‌های اولیه برای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان

مضمون اصلی	مضمون فرعی	نمونه نقل قول
نقاط قوت	وجود پوشش گسترده مراقبت اولیه شهرها و روستاها کشور (S1)	شبکه مراقبت‌های اولیه ایران به دلیل پوشش وسیع، بستر منحصربه‌فردی برای ادغام خدمات توانبخشیست (م/۲).
	بهرمندی از سامانه «سیب» به‌عنوان زیرساخت اطلاعاتی در مراقبت اولیه (S2)	سامانه سیب به زیرساخته، برخی از اطلاعات افراد سالمند وارد میشه و دسته بندی میشن و ارجاع داده میشه (م/۱).
	ظرفیت مراقبت‌های اولیه برای انجام غربالگری زودهنگام مرتبط با توانبخشی (S3)	مراقبت‌های اولیه سلامت ظرفیت بالقوه‌ای برای شناسایی زودهنگام نیازهای توانبخشی سالمندان دارد (م/۳).
	نیروی انسانی موجود در مراقبت اولیه برای ارائه خدمات (S4)	وجود بهورزان و مراقبین سلامت [در شبکه مراقبت‌های اولیه] که می‌توانند با دریافت آموزش، نقش فعالی در توانبخشی ایفا کنند (م/۳).
	دسترسی مالی بهتر در بهره‌مندی از خدمات برای اقشار کم درآمد (S5)	دسترسی آسان و ارزان به خدمات اولیه، پوشش توانبخشی را افزایش میده (م/۳).
نقاط ضعف	کمبود منابع مالی فعلی برای اجرای طرح‌های جدید (W1)	[برای توسعه خدمات] اولین چیزی که به شما میگن اینه که منابع مالی نداریم (م/۸).
	کمبود تنوع تخصص‌ها در سطح اول برای طیف متنوع خدمات (W2)	شما الان [در مراقبت‌های اولیه] افرادی که مرتبط با سالمندشناسی و سالمندی باشند خیلی کم مبینید، اگه می‌خواید [نیرو] وارد کنید باید متخصص طب سالمندان هم داشته باشید، باید افرادی که مرتبط با رشته سالمندشناسی هم باش اینجا حضور داشته باشند (م/۸).
	بارکاری زیاد و بی‌انگیزگی کارکنان مراقبت اولیه (W3)	مشکل اونها اینه که برنامه‌ها متناسب با نیروی انسانی نیست ... بعضی از مراکز اونقدر شلوغن و اینقدر خدمات رسائی واقعا فشرده هستش که همیشه برنامه‌ها را انجام داد (م/۸)
	فقدان دستورالعمل‌های یکپارچه برای ارائه خدمات توانبخشی (W4)	نبود پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های مشخص هماهنگی را دشوار می‌کنه (م/۲).
	ضعف آگاهی و بینش در کارکنان مراقبت اولیه نسبت به توانبخشی (W5)	پزشکان عمومی و بهورزان معمولاً آموزش کافی در زمینه توانبخشی سالمندان ندارند (م/۲).
	نامناسب بودن دسترسی فیزیکی پایگاه‌های سلامت برای سالمندان (W6)	مراکز بهداشتی [مراقبت‌های اولیه] مناسب‌سازی نشده‌اند مانند حمل‌ونقل، رمپ و فضاهای ایمن (م/۲).

اولین بخش از توانبخشی که می‌تونه در سطح مراقبت‌های اولیه ارائه بشه، خود مراقبتی هست. این بخش می‌تونه در سطح یک به سالمندان آموزش داده و باید به صورت مؤثری پیاده‌سازی بشه(م/۱۰)	فقدان برنامه‌های خودمراقبتی ساختارمند برای پیشگیری از ناتوانی (W7)	
[در صورت اجرای این طرح] تمرکز بیش از حد بر مادر و کودک و بیماری‌های واگیر باعث غفلت از توانبخشی سالمندان خواهد شد(م/۳).	اولویت پایین سالمندان در مراقبت‌های اولیه (W8)	
نبود مسیر ارجاع منسجم برای توانبخشی سالمندان یک از نقاط ضعفی هست که کار رو سخت می‌کنه(م/۳).	فقدان نظام ارجاع مناسب از سطح اول به سایر سطوح (W9)	
مراقب سلامت اختصاصی برای سالمندان نداریم و وقت کافی [در شبکه مراقبت‌های اولیه] برای سالمند وجود نداره(م/۶).	فقدان مراقب سلامت اختصاصی برای سالمندان در مراقبت اولیه (W10)	
اطلاعات جامع از سالمندان در دسترس نیست(م/۶)	فقدان بانک اطلاعاتی جامع سالمندان در سطح اول مراقبت (W11)	
فناوری و دیجیتالی‌سازی خیلی نکته مهمیه. می‌تونیم بسته آموزش الکترونیکی یا آنلاین ارائه بدیم (م/۱).	امکان استفاده از فناوری دیجیتال، آموزش‌های پودمانی برای آموزش کارکنان مراقبت اولیه (O1)	فرصت‌ها
اگر ما در سطح اول ادغام شروع کنیم طبیعتاً می‌تونیم خیلی خسارت‌ها و هزینه‌هایی که بعداً تحمیل میشه رو جلوشو بگیریم(م/۱).	هزینه اثربخش بودن خدمات توانبخشی در سطح اول و پیشگیری از هزینه‌های آتی (O2)	
پژوهش‌ها نشان میدن که مراقبت‌های اولیه می‌تونن به‌عنوان بستری برای ارائه خدمات توانبخشی سالمندان، به‌ویژه در زمینه پیشگیری از ناتوانی و ارتقای کیفیت زندگی عمل کنن. تمرکز بر پیشگیری و بیماری‌های مزمن هم‌افزایی با نیازهای سالمندان داره(م/۲).	هم‌افزایی بالای رویکرد پیشگیری با مراقبت توانبخشی در سالمندان (O4)	
توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌تونه کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بده ولی در ایران گسترده اجرا نشده، این میتونه در همین سطح اول پیاده بشه(م/۲).	ظرفیت اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه در سطح اول مراقبت (O4)	
فرهنگ ایرانی و نقش پررنگ خانواده تسهیل‌کننده مراقبت از سالمندان و بر اجرای این برنامه‌ها اثر مثبت داره(م/۹).	حمایت خانواده از سالمندان در فرهنگ ایرانی (O5)	

وزارت بهداشت در [سال] ۱۳۸۴ اداره سالمندان را تأسیس کرد و برنامه‌های ارتقای سبک زندگی آغاز شد (م/۱۰)	وجود اداره مستقل سالمندان در وزارت بهداشت (O6)	
فناوری‌های نوین مثل اینترنت پرسرعت و ابزارهای تله‌مدیسین امکان ارائه خدمات از راه دور را فراهم کرده‌اند (م/۴).	ظرفیت استفاده از فناوری‌های نوین مانند توانبخشی از راه دور (O7)	
استفاده از ظرفیت برنامه پزشک خانواده می‌تونه شرایط را بهبود بده (م/۶)	فرصت ادغام خدمات توانبخشی در برنامه پزشک خانواده (O8)	
مانع‌های اصلی در توسعه نظام مراقبتی سالمندان در کشور، بیشتر به عدم یکپارچگی و هماهنگی بین سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مختلف برمی‌گردد. بهزیستی که وظیفه مراقبت از معلولین و سالمندان را داره، در عمل به صورت جزیره‌ای عمل می‌کند و هم‌راستایی کمی با وزارت بهداشت دارد (م/۱۰)	تولیت پراکنده در میان چند نهاد با اهداف متفاوت (T1)	تهدیدها
عدم شناخت کافی سیاستگذاران از مفهوم توانبخشی یکی از موانع مهمه (م/۵)	آگاهی و اراده سیاسی اندک در سطوح مدیریت و سیاستگذاری (T2)	
ببینید اخیر سیاست‌های کوچک‌سازی دولت اتفاق افتاده، به ازای هر سه تا خروجی، مجوز میدن یک نفر جذب بشه. اگر بخواهید به صورت رسمی [نیرو] وارد کنید. اگر هم بخواهیم خصوصی سازی کنیم و صرفاً مجوز بدیم و نظارتی نباشد خروجی خوب نخواهد بود (م/۱).	سیاست کوچک‌سازی دولت و توسعه بخش خصوصی و خطرات آن (T3)	
در معاونت درمان برای کل توانبخشی یک کارشناس توانبخشی داریم در همین حد (م/۱).	فقدان ساختار مشخص برای توانبخشی در وزارت بهداشت (T4)	
ببینید به مقداری مسئله اصلی اینه که موازی کاری وجود دارد اینها در زیر چتر واحدی جمع نشدن؛ البته شورای ملی سالمندان ایران حالا شاید روی کاغذ این وظیفه را داشته باشه یا سند ملی سالمندی هست. بالاخره به سری موارد اینجا نوشته شده؛ ولی به نظر می‌رسه هماهنگی بین ارگان‌های مختلف خیلی کم باشه (م/۸).	عدم شفافیت در تقسیم وظایف و ضعف در همکاری بین بخشی (T5)	
بودجه سلامت بیشتر صرف درمان حاد می‌شود، نه توانبخشی (م/۲).	اولویت پایین تخصیص بودجه برای خدمات توانبخشی (T6)	

سند ملی سالمندی روی کاغذ عالی است، اما ضمانت اجرایی کافی ندارد و دستگاه‌ها عملاً هرکدام مسیر خودشان را می‌روند (۴/م).	عمل نکردن به مفاد اسناد بالادستی به ویژه سند سالمندی (T9)
ما تو این سال‌های اخیر سعی کردیم تو آموزش سالمندی افرادی رو تربیت کنیم. حوزه سالمندشناسی رو توسعه دادیم و ابعاد مختلف طب سالمندی رو توسعه دادیم؛ ولی واقعیتش اینه که اینا کافی نیست، خدمات توانبخشی در کشور توزیع نامطلوب دارد، خصوصاً در شهرهای کوچک (۵/م)	کمبود نیروی توانبخشی و توزیع نامتوازن در سطح کشور (T9)
خدمات توانبخشی پرهزینه است و این مسئله باعث شده ارائه این خدمات سخت باشه (۴/م).	هزینه زیاد به کارگیری نیروهای توانبخشی (T10)
متأسفانه نگاه عمودی به خدمات سالمند داریم نه یکپارچه و مبتنی بر گروه سنی (۶/م)	فقدان دید جامع‌نگر در ساماندهی خدمات سالمندان (T11)
بیمه‌ها خدمات توانبخشی را پوشش نمی‌دهند (۶/م)	ضعف پوشش بیمه‌ای برای خدمات توانبخشی سالمندان (T12)
مسائل فرهنگی و خانوادگی مطرح است. در جامعه ما در سال‌های اخیر حمایت‌های خانوادگی ضعیف شده و خانواده‌ها بیشتر به سالمند به چشم باری اضافه نگاه می‌کنند تا منبعی ارزشمند (۴/م).	تقویت دیدگاه منفی نسبت به هزینه کردن برای سالمندان کهن سال در سال‌های اخیر (T13)
سالمندان عموماً جزو اقشار آسیب‌پذیر هستند. بسیاری از آنها درآمد ثابت محدودی دارند و توان پرداخت هزینه‌های بالای توانبخشی را ندارند (۴/م).	مکفی نبودن درآمد متوسط سالمندان برای پرداخت هزینه‌های توانبخشی (T14)
از طرف دیگر، بخشی از سالمندان آگاهی کافی نسبت به فایده خدمات ندارند یا فکر می‌کنند «سنشان گذشته» و دیگر نیازی به توانبخشی نیست (۴/م).	ضعف آگاهی و پذیرش در مورد خدمات توانبخشی در میان خود سالمندان (T15)

## نقاط قوت

مطابق جدول ۲ در این مطالعه، پنج نقطه قوت، یعنی حوزه‌هایی که نظام مراقبت‌های اولیه ایران از ظرفیت و عملکرد مناسبی برای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان برخوردار است، شناسایی شد. بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها، یکی از اصلی‌ترین نقاط قوت نظام مراقبت‌های اولیه در ایران، پوشش گسترده شبکه خدمات بهداشتی در سراسر کشور است. شبکه مراقبت‌های اولیه با پوشش جغرافیایی گسترده، بستر ساختاری مناسبی برای دسترسی عادلانه

سالمندان به خدمات توانبخشی و اجرای مداخلات جامعه‌محور فراهم می‌کند. علاوه بر این، سامانه اطلاعات سلامت «سیب»، که یک زیرساخت فناورانه یکپارچه در سطح مراقبت‌های اولیه است، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مزایای سیستم بهداشتی ایران شناخته شده است. به‌طور خاص، سامانه «سیب» به‌عنوان ابزاری کلیدی در ثبت برخی داده‌های مرتبط با سالمندان در سطح اولیه مراقبت عمل می‌کند.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بر اهمیت ظرفیت مراقبت‌های اولیه در غربالگری زودهنگام نیازهای توانبخشی سالمندان تأکید کردند. ساختار مراقبت‌های اولیه قابلیت شناسایی زودهنگام اختلالات عملکردی و نیازهای توانبخشی سالمندان را پیش از بروز ناتوانی‌های شدید دارد. به‌ویژه این نیروی انسانی محلی می‌تواند با آموزش‌های مناسب و و نظارت صحیح در قالب برنامه‌های توانبخشی مراقبت اولیه، نقش مؤثری در ارتقای سلامت سالمندان ایفا کند. علاوه بر این، دسترسی مالی بهتر به خدمات مراقبت اولیه برای اقشار کم‌درآمد به‌عنوان یکی از نقاط قوت سیستم مراقبت‌های اولیه ایران شناخته می‌شود. این ویژگی موجب کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات توانبخشی و فراهم شدن فرصت‌های برابر برای تمامی اقشار جامعه می‌گردد.

### نقاط ضعف

یافته‌های این پژوهش نشان داد که یازده نقطه ضعف، به‌عنوان محدودیت‌های ساختاری، انسانی و اجرایی، فرآیند ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در مراقبت‌های اولیه را با چالش مواجه می‌کند. تحلیل مصاحبه‌ها نشان‌دهنده مجموعه‌ای از نقاط ضعف ساختاری، نیروی انسانی و سیاستی است که مانع از تحقق ادغام خدمات توانبخشی در سطح مراقبت‌های اولیه می‌شود. یکی از مهم‌ترین ضعف‌ها، کمبود منابع مالی برای اجرای طرح‌های جدید است. همچنین، کمبود تنوع تخصص‌ها در سطح اول مراقبت یکی از موانع عمده در ارائه خدمات جامع سالمندی است. نبود تخصص‌های مرتبط با سالمندی و توانبخشی در مراکز مراقبت اولیه، موجب کاهش کیفیت خدمات و دشواری در ارائه خدمات جامع و مؤثر به سالمندان می‌شود. این موضوع نیازمند توجه ویژه به گسترش دوره‌های آموزشی برای پرسنل و ایجاد تیم‌های تخصصی برای ارائه خدمات سالمندی است. از سوی دیگر، بارکاری زیاد و بی‌انگیزگی کارکنان مراقبت اولیه نیز به‌عنوان یک چالش بزرگ شناسایی شد. به‌ررزان، مراقبان سلامت و پزشکان عمومی به دلیل حجم بالای کار و نبود آموزش‌های انگیزشی، تمایل کمتری به پذیرش وظایف جدید دارند. در سطح سازمانی، فقدان دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های مشخص برای خدمات توانبخشی و همچنین ضعف آگاهی کارکنان نسبت به مفهوم توانبخشی از دیگر موانع اصلی شناخته شد. عدم وجود پروتکل‌های مشخص می‌تواند به عدم هماهنگی در ارائه خدمات و ایجاد سردرگمی میان کارکنان منجر شود. چالش‌های زیرساختی مانند نامناسب بودن فضاهای فیزیکی مراکز سلامت، از جمله نبود رمپ‌های مناسب و امکانات دسترسی برای سالمندان، نیز از دیگر مشکلاتی است که در مسیر ادغام خدمات توانبخشی وجود دارد. علاوه بر این، نبود برنامه‌های خودمراقبتی ساختارمند برای پیشگیری از ناتوانی سالمندان، یکی دیگر از نقاط ضعف مطرح‌شده بود.

### فرصت‌ها

بر اساس تحلیل داده‌های کیفی، هشت فرصت محیطی و سیاستی برای تسهیل ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه شناسایی شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که نظام سلامت ایران از فرصت‌های متعددی برای

گسترش خدمات توانبخشی در سطح مراقبت‌های اولیه برخوردار است. یکی از نخستین فرصت‌ها، استفاده از فناوری دیجیتال و توسعه آموزش‌های پودمانی برای توانمندسازی کارکنان مراقبت اولیه است. این فرصت می‌تواند به‌ویژه برای افزایش دانش و مهارت‌های پرسنل به‌روز یا مراقب سلامت و پزشکان عمومی در زمینه توانبخشی سالمندان، یک گام مؤثر در راستای ارتقای کیفیت خدمات باشد. از منظر اقتصادی، هزینه‌های توانبخشی خدمات توانبخشی در سطح اول مراقبت به‌عنوان فرصتی کلیدی برای جلب حمایت سیاست‌گذاران و تأمین منابع مالی برای گسترش این خدمات مطرح می‌شود. کاهش هزینه‌های بلندمدت مراقبت‌های پزشکی و بستری‌های مکرر از طریق ادغام توانبخشی در سیستم مراقبت اولیه، می‌تواند انگیزه‌ای برای مسئولین جهت تخصیص منابع به این حوزه باشد. همچنین، هم‌افزایی بالای مراقبت‌های پیشگیری با خدمات توانبخشی یکی از دیگر فرصت‌های برجسته است. این هم‌افزایی می‌تواند به‌ویژه در کاهش ناتوانی‌ها و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد، به‌طوری که مراقبت‌های اولیه نه تنها به‌عنوان یک کانال برای پیشگیری در بیماری‌ها؛ بلکه به‌عنوان ابزاری برای کاهش ناتوانی در جهت ارتقای سلامت عمومی عمل می‌کند. ظرفیت اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه نیز از دیگر فرصت‌های مهم است که می‌تواند به‌ویژه در مناطق روستایی و کم‌برخوردار بهبود کیفیت زندگی سالمندان را به دنبال داشته باشد. این ظرفیت، از طریق آموزش و توانمندسازی اعضای جامعه در زمینه مراقبت از سالمندان، می‌تواند به‌عنوان یک استراتژی مؤثر برای ارتقاء خدمات توانبخشی در سطح پایه مورد استفاده قرار گیرد. در کنار این موارد، فرهنگ خانواده‌محور ایرانی به‌عنوان یک پشتوانه اجتماعی قوی برای مراقبت از سالمندان نیز از دیگر فرصت‌های موجود است. این فرهنگ، به‌ویژه در زمینه حمایت خانواده‌ها از سالمندان، می‌تواند در اجرای برنامه‌های توانبخشی در سطح جامعه بسیار مؤثر باشد و به ارتقای پایدار خدمات توانبخشی در کشور کمک کند. از نظر نهادی، وجود اداره مستقل سالمندان در وزارت بهداشت، به‌عنوان یک فرصت اساسی برای هماهنگی بهتر برنامه‌های ملی مرتبط با سالمندی و توانبخشی شناخته می‌شود. این ساختار می‌تواند به‌عنوان محور اصلی هماهنگی بین بخش‌های مختلف در راستای ارتقای کیفیت خدمات توانبخشی عمل کند. علاوه بر این، ظرفیت فناوری‌های نوین، مانند توانبخشی از راه دور، و فرصت ادغام این خدمات در برنامه پزشک خانواده از دید مشارکت‌کنندگان بسیار ارزشمند است. این فناوری‌ها می‌توانند به‌ویژه در مناطق دورافتاده و کم‌برخوردار کمک‌کننده باشند و فرصت دسترسی به خدمات توانبخشی را در سطح اول مراقبت‌های اولیه فراهم آورند.

## تهدیدها

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که پانزده تهدید بیرونی و کلان‌سیستمی می‌تواند پایداری و اثربخشی ادغام خدمات توانبخشی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد. مصاحبه‌شوندگان به مجموعه‌ای از عوامل سیاستی، ساختاری و فرهنگی اشاره کردند که مانع پیشرفت ادغام خدمات توانبخشی در نظام مراقبت‌های اولیه می‌شوند. نخستین تهدید مهم، پراکندگی تولید بین نهادهای مختلف و ضعف آگاهی و اراده سیاسی مدیران بود. به‌ویژه، وظایف به‌طور کامل بین وزارتخانه‌ها تقسیم نشده و این موضوع باعث ابهام در اجرایی شدن سیاست‌ها شده است. همچنین، عدم شناخت کافی سیاست‌گذاران از مفهوم توانبخشی و اهمیت آن، به‌عنوان یکی از موانع اصلی در مسیر ادغام

خدمات توانبخشی مطرح گردید. سیاست‌های کوچک‌سازی دولت و فقدان ساختار مشخص برای توانبخشی در وزارت بهداشت از دیگر چالش‌های اساسی ذکر شده است. در واقع، در کل وزارت بهداشت تنها یک کارشناس توانبخشی در آن هم سطح معاونت درمان وجود دارد که این محدودیت باعث می‌شود که برنامه‌ها به‌طور کامل و بهینه اجرا نشوند. از سوی دیگر، عدم شفافیت در تقسیم وظایف و ضعف همکاری بین‌بخشی موجب موازی‌کاری و عدم یکپارچگی در اجرای طرح‌ها می‌شود. به‌علاوه، اولویت پایین تخصیص بودجه به خدمات توانبخشی و همچنین عمل نکردن به مفاد اسناد بالادستی، مانند سند ملی سالمندی، از دیگر تهدیدهای جدی به‌شمار می‌آید. سند ملی سالمندی به‌طور مناسب در عمل پیاده‌سازی نمی‌شود و ضمانت اجرایی کافی برای تحقق اهداف آن وجود ندارد. کمبود نیروی توانبخشی و توزیع نامتوازن آن در سطح کشور نیز یکی دیگر از چالش‌های اساسی است که مانع از ادغام مؤثر توانبخشی در شبکه مراقبت‌های اولیه می‌شود. این کمبود نیرو در کنار مشکلات اقتصادی، هزینه بالای خدمات توانبخشی و ضعف پوشش بیمه‌ای، باعث می‌شود که ارائه این خدمات دشوار و محدود باقی بماند. علاوه بر این، تقویت دیدگاه منفی نسبت به هزینه کردن برای سالمندان کهن سال در سال‌های اخیر و اولویت دادن به دیگر گروه‌های سنی در مراقبت‌های اولیه، به‌ویژه مادران و کودکان، باعث می‌شود که منابع کافی برای سالمندان تخصیص نیابد. در کنار این مسائل، مکفی نبودن درآمد سالمندان برای پرداخت هزینه‌های توانبخشی و ضعف آگاهی خود سالمندان نسبت به مزایای این خدمات، از دیگر موانع اساسی هستند که پیچیدگی‌های بیشتری به مسأله اضافه می‌کنند. این ضعف آگاهی می‌تواند مانع از پذیرش خدمات توانبخشی توسط سالمندان شود، زیرا برخی از آن‌ها باور دارند که سنشان برای بهره‌برداری از این خدمات گذشته است. در نهایت، نبود نگاه جامع‌نگر به خدمات سالمندی و تأکید بر ساختارهای عمودی به‌جای مدل‌های یکپارچه و هماهنگ، به‌عنوان یک تهدید مفهومی و مدیریتی برای ادغام مؤثر خدمات توانبخشی در نظام سلامت کشور محسوب می‌شود.

در ادامه مطابق جدول ۳، راهکارهای پیشنهادی بر اساس تحلیل چهارگانه تدوین گردیدند. این راهکارها در چهار دسته‌ی اصلی شامل راهکارهای استفاده از نقاط قوت برای بهره‌برداری از فرصت‌ها (SO)، راهکارهای استفاده از نقاط قوت برای مقابله با تهدیدها (ST)، راهکارهای کاهش ضعف‌ها و بهره‌برداری از فرصت‌ها (WO) و راهکارهای کاهش ضعف‌ها و مقابله با تهدیدها (WT) تنظیم شدند.

جدول ۳. تدوین راهکارهای پیشنهادی بر اساس تحلیل چهارگانه برای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه

دسته بندی	استراتژی	توضیحات
راهکارهای استفاده از نقاط قوت برای بهره‌برداری از فرصت‌ها (SO):	بهره‌گیری از شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه برای اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه	پوشش سراسری شبکه مراقبت اولیه (S1) امکان اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه و شناسایی زودهنگام نیازهای سالمندان (O4) را فراهم می‌کند.
	استفاده از سامانه «سیب» برای پایش دیجیتال توانبخشی و آموزش از راه دور	سامانه اطلاعاتی موجود (S2) می‌تواند بستر اجرای آموزش‌های پودمانی آنلاین (O1) و پایش عملکرد سالمندان شود.
	ادغام توانبخشی در برنامه پزشک خانواده با تکیه بر نیروی بهورزان و مراقبین سلامت	نیروی انسانی موجود (S4) و برنامه پزشک خانواده (O8) ظرفیت عملیاتی‌سازی ادغام خدمات را دارند.
	استفاده از ظرفیت فرهنگی خانواده در آموزش خودمراقبتی سالمندان	پیوند فرهنگی خانواده‌محور (O5) در کنار دسترسی شبکه مراقبت اولیه (S1, S5) موجب بهبود خودمراقبتی و حمایت خانگی از سالمندان می‌شود.
راهکارهای استفاده از نقاط قوت برای مقابله با تهدیدها (ST):	بهره‌گیری از زیرساخت شبکه مراقبت اولیه برای تقویت هماهنگی بین بخشی	ساختار شبکه‌ای قوی (S1) می‌تواند به‌عنوان محور هماهنگی بین وزارت بهداشت، بهزیستی و سایر نهادها در برابر پراکندگی تولید (T1, T5) عمل کند.
	استفاده از سامانه «سیب» برای ایجاد بانک اطلاعاتی جامع سالمندان	زیرساخت داده‌ای (S2) می‌تواند ضعف در آمار و اطلاعات (T4, T5) و عدم شفافیت در وظایف نهادی را کاهش دهد.
	تکیه بر هزینه‌اثربخشی خدمات اولیه برای جلب حمایت سیاستگذاران	تأکید بر مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات در سطح اول (S5) می‌تواند آگاهی و اراده سیاسی ضعیف (T2, T6) را تقویت و بودجه جذب کند.
	استفاده از ظرفیت نیروی بهورز و مراقب سلامت برای جبران کمبود نیروی توانبخشی متخصص	آموزش بهورزان (S4) می‌تواند بخشی از کمبود متخصصان (T9) را جبران و مسیر ارجاع را روان‌تر کند.
راهکارهای کاهش ضعف‌ها و بهره‌برداری از فرصت‌ها (WO):	توسعه آموزش‌های بین‌رشته‌ای و پودمانی برای کارکنان مراقبت اولیه	ضعف دانش و مهارت (W5) با استفاده از فناوری و آموزش‌های ترکیبی (O1) قابل جبران است.
	ایجاد مشوق‌های مالی و بیمه‌ای برای نگهداشت نیروها و افزایش انگیزه	رفع بی‌انگیزگی (W3) از طریق طراحی بیمه‌های جدید و جبران خدمات (O8, O5).
	طراحی بسته خدمات توانبخشی سطح اول بر مبنای پیشگیری و تله‌ریهابیلیتیشن	کمبود پروتکل‌ها و ساختار (W4, W9) را می‌توان با فناوری‌های نوین (O7) و بسته‌های دیجیتال توانبخشی پوشش داد.

کمبود هماهنگی و ضعف ساختاری (W10, W11) را می‌توان با ظرفیت اداره سالمندان (O6) و مدل‌های ملی جدید برطرف کرد.	بهره‌گیری از برنامه‌های وزارت بهداشت و اداره سالمندان برای توسعه زیرساخت‌ها	
مقابله با فقدان پروتکل (W4) و پراکندگی نهادی (T5) از طریق تدوین دستورالعمل‌های رسمی و استانداردهای ادغام.	تدوین دستورالعمل‌ها و مسیر ارجاع ملی برای توانبخشی سالمندان	راهکارهای کاهش ضعف‌ها و مقابله با تهدیدها (WT):
رفع کمبود منابع (W1) و کاهش اثر سیاست کوچک‌سازی دولت (T3, T6).	تأمین مالی پایدار و تعیین ردیف بودجه مستقل برای خدمات توانبخشی	
تهدید ناشی از کمبود تربیت نیرو (T9) با تغییر نظام آموزشی توسعه رشته‌های توانبخشی جبران شود.	توسعه آموزش رشته‌های مرتبط با سالمندی دانشگاه	
برای مقابله با ضعف فیزیکی پایگاه‌ها (W6) و تهدید پوشش بیمه ناکافی (T12)، باید خدمات خانگی و بیمه مراقبت بلندمدت تقویت گردد.	مناسب‌سازی فضاها و تقویت بیمه خدمات در منزل	

### راهکارهای استفاده از نقاط قوت برای بهره‌برداری از فرصت‌ها (SO)

در این مطالعه، چهار راهکار از نوع استفاده از نقاط قوت برای بهره‌برداری از فرصت‌ها (SO)، شناسایی شد. مطابق جدول ۳. راهکارهای بدست‌آمده نشان داد که بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود در نظام مراقبت اولیه (S1-S5) در کنار فرصت‌های فناورانه، فرهنگی و نهادی (O1-O8) می‌تواند مسیر ادغام خدمات توانبخشی سالمندان را تسریع کند. اولین محور در این راهکار، استفاده از شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه برای اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه است. همان‌گونه که مشارکت‌کنندگان اشاره کردند، شبکه بهداشت ایران با پوشش بیش از ۹۵ درصدی جمعیت روستایی و حضور فعال بهروزان و مراقبین سلامت (S4)، بستر عملیاتی مناسبی برای ارائه خدمات جامعه‌محور فراهم کرده است. این ویژگی در پیوند با ظرفیت اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه (O4) می‌تواند به شناسایی زودهنگام نیازهای سالمندان و ارائه مداخلات پیشگیرانه منجر شود. راهکار دوم، استفاده از سامانه «سیب» به‌عنوان زیرساخت پایش دیجیتال و آموزش از راه دور است. این سامانه (S2) می‌تواند با فناوری‌های آموزشی پودمانی (O1) تلفیق شود و بستری برای توانمندسازی کارکنان و پایش مستمر عملکرد توانبخشی سالمندان باشد. سومین راهکار، ادغام توانبخشی در برنامه پزشک خانواده با تکیه بر نیروی بهروز و مراقب سلامت (S4, O8) است. این امر امکان سازمان‌دهی مراقبت ادغام‌شده را در سطح اول فراهم می‌سازد. در نهایت، تقویت خودمراقبتی سالمندان از طریق ظرفیت فرهنگی خانواده‌ها (S5, O5) نیز از راهکارهای کلیدی محسوب می‌شود. در نتیجه، پیوند دادن نظام مراقبت اولیه با شبکه حمایت خانوادگی می‌تواند در کاهش هزینه‌ها و افزایش تبعیت سالمندان از برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر مراقبت‌های اولیه مؤثر باشد.

## راهکارهای استفاده از نقاط قوت برای مقابله با تهدیدها (ST)

یافته‌های پژوهش نشان داد که چهار راهکار از نوع استفاده از نقاط قوت برای مقابله با تهدیدها (ST) شناسایی شد. در مواجهه با تهدیدهای محیطی، راهکارهای شناسایی شده به کارگیری ظرفیت‌های درونی شبکه بهداشت (S1-S5) برای مقابله با چالش‌های سیاستی و ساختاری (T1-T15) را پیشنهاد می‌کنند. نخست، بهره‌گیری از ساختار شبکه مراقبت اولیه برای تقویت هماهنگی بین‌بخشی (S1, T1, T5) است. در این راستا، شبکه مراقبت اولیه به دلیل ساختار منسجم و توزیع سراسری می‌تواند به محور عملیاتی همکاری میان وزارت بهداشت، بهزیستی و سایر دستگاه‌ها بدل شود. راهکار دوم، استفاده از سامانه «سیب» برای ایجاد بانک اطلاعاتی جامع سالمندان (S2, T4, T5) است. این پایگاه داده می‌تواند ضعف موجود در آمار، نبود تبادل اطلاعات و عدم شفافیت وظایف نهادی را برطرف کند. سومین محور، تأکید بر هزینه‌آثر بخشی خدمات توانبخشی (S5, T2, T6) برای جلب حمایت سیاستگذاران و مدیران است. مستندسازی این مزایا می‌تواند موجب تغییر نگرش تصمیم‌گیران و تخصیص بودجه پایدار گردد. همچنین، استفاده از نیروی انسانی موجود برای جبران کمبود متخصصان توانبخشی (S4, T9) از راهکارهای مهم دیگر است. به‌رزان و مراقبین سلامت با آموزش کوتاه‌مدت می‌توانند بخشی از نیاز به نیروی تخصصی در مناطق کم‌برخوردار را جبران کنند. در واقع، آموزش مهارت‌های پایه توانبخشی به این نیروها، ضمن کاهش اثر کمبود نیروی متخصص، مسیر ارجاع را نیز تسهیل خواهد کرد.

## راهکارهای کاهش ضعف‌ها و بهره‌برداری از فرصت‌ها (WO)

بر اساس تحلیل داده‌ها، چهار راهکار از نوع کاهش ضعف‌ها و بهره‌برداری از فرصت‌ها (WO) شناسایی شد. راهکارها بر این اساس طراحی شدند که نقاط ضعف ساختاری و دانشی (W1-W11) را با استفاده از فرصت‌های فناورانه و سیاستی موجود (O1-O8) برطرف کنند. یکی از اصلی‌ترین محورهای این گروه، توسعه آموزش‌های بین‌رشته‌ای و پودمانی برای کارکنان مراقبت اولیه (W5, O1) است. بنابراین، ایجاد دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت و ترکیبی با بهره‌گیری از فناوری دیجیتال، گامی مؤثر در ارتقای مهارت نیروی انسانی محسوب می‌شود. دومین راهکار، ایجاد مشوق‌های مالی و بیمه‌ای برای افزایش انگیزه و نگهداشت کارکنان (W3, O8, O5) است. همان‌گونه که در مصاحبه‌ها اشاره شد، فشار کاری و بی‌انگیزگی از چالش‌های اصلی است. طراحی نظام‌های پاداش، ارتقای شغلی، و بیمه‌های تشویقی می‌تواند انگیزه مشارکت در اجرای خدمات توانبخشی را افزایش دهد. سومین راهکار، طراحی بسته خدمات توانبخشی سطح اول بر مبنای پیشگیری و تله‌ریهابیلیتیشن (W4, W9, O7) است. در شرایطی که دستورالعمل‌های رسمی وجود ندارد و مسیر ارجاع منسجم نیست، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و خدمات از راه دور می‌تواند چارچوب ارائه خدمات را استاندارد و پیوسته کند. در نهایت، بهره‌گیری از ظرفیت اداره سالمندان وزارت بهداشت برای توسعه زیرساخت‌های داده و سیاستگذاری (W10, W11, O6) راهکاری

عملی برای رفع ناهماهنگی‌های نهادی است. فعال‌سازی این ساختار می‌تواند نقش محوری در هدایت داده‌ها، تنظیم پروتکل‌ها و هماهنگی میان بخش‌ها داشته باشد.

### راهکارهای کاهش ضعف‌ها و مقابله با تهدیدها (WT)

در نهایت، چهار راهکار نیز از نوع راهکارهای کاهش ضعف‌ها و مقابله با تهدیدها (WT) به‌عنوان راهکارهای دفاعی برای کاهش هم‌زمان ضعف‌های درونی و تهدیدهای بیرونی نظام مراقبت‌های اولیه شناسایی شد. این راهکارها ناظر بر شرایطی‌اند که باید از طریق سیاست‌گذاری و اصلاح ساختار، ضعف‌های درونی (W1-W11) را در برابر تهدیدهای بیرونی (T1-T15) کاهش داد. نخستین راهکار، تدوین دستورالعمل‌ها و مسیر ارجاع ملی برای توانبخشی سالمندان (W4, T5) است. از سوی دیگر، پراکندگی نهادی (T5) موجب سردرگمی در تقسیم وظایف شده است. تدوین دستورالعمل‌های یکپارچه ملی می‌تواند این شکاف را پر کرده و مبنایی برای استانداردسازی خدمات فراهم سازد. راهکار دوم، تأمین مالی پایدار و تعیین ردیف بودجه مستقل برای خدمات توانبخشی (W1, T3, T6) است. با توجه به کمبود منابع و سیاست کوچک‌سازی دولت، تخصیص ردیف بودجه مشخص در برنامه‌های توسعه سلامت می‌تواند از توقف طرح‌های ادغام جلوگیری کند. در راهکار سوم، توسعه آموزش رشته‌های مرتبط با سالمندی در دانشگاه‌ها (W2, T9) به‌منظور رفع کمبود نیروی متخصص پیشنهاد می‌شود. در نتیجه، ایجاد گرایش‌های جدید در حوزه سالمندی می‌تواند ظرفیت انسانی لازم برای آینده را تأمین کند. در نهایت، مناسب‌سازی فضاهای فیزیکی مراکز سلامت و تقویت بیمه خدمات در منزل (W6, T12) از ضروریات راهکاری است. بنابراین، اجرای طرح‌های بهسازی فیزیکی و گسترش بیمه مراقبت‌های بلندمدت می‌تواند به کاهش موانع دسترسی سالمندان به خدمات توانبخشی کمک نماید.

### بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران، ضمن برخورداری از بستر ساختاری مناسب (نظیر شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه و سامانه اطلاعات سلامت سیب)، با مجموعه‌ای از موانع سازمانی، منابع انسانی، و سیاستی مواجه است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات بین‌المللی همسو است که بر ضرورت گسترش توانبخشی در سطح جامعه و مراقبت‌های اولیه تأکید دارند (۲۰-۲۲). برای نمونه، سیجاس و همکاران (۲۰۲۴) بیان کردند که مراقبت‌های اولیه می‌تواند نقش محوری در غربالگری، هماهنگی و اجرای مداخلات توانبخشی برای سالمندان ایفا کند، اما چالش‌هایی چون کمبود نیروی متخصص، نبود مسیر ارجاع مؤثر و تمرکز بر درمان‌های حاد مانع تحقق این هدف می‌شود (۲۰). همچنین، شهابی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای سیاستی، راهکارهایی چون افزایش حمایت سیاسی، گسترش آموزش کارکنان مراقبت‌های

اولیه و توسعه بسته خدمات توانبخشی را برای ادغام در شبکه مراقبت‌های اولیه ایران برای همه گروه‌های سنی پیشنهاد کردند که با راهکارهای استخراج‌شده در مطالعه حاضر هم‌راستا است (۱۵). در واقع، هر دو مطالعه تأکید دارند که بدون حمایت مدیریتی و تأمین منابع پایدار، ادغام خدمات توانبخشی عملیاتی نخواهد شد. برای مقابله با این چالش، نیاز است که جزئیات اجرایی برای تأمین بودجه و تخصیص منابع به‌طور شفاف و عملیاتی تعریف شوند. به‌عنوان مثال، می‌توان از روش‌های نوآورانه مانند همکاری با بخش خصوصی، تخصیص ردیف‌های خاص بودجه در برنامه‌های توسعه سلامت و استفاده از ظرفیت‌های موجود در بودجه‌های اختصاصی برای برنامه‌های سلامت بهره برد. در مجموع بر مبنای تحلیل یافته‌های مطالعه ادغام این خدمات در سطح اولیه مراقبت، می‌تواند به کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بلندمدت و بستری سالمندان در بیمارستان‌ها منجر شود که با کاهش هزینه نفع اقتصادی حاصل خواهد کرد.

از سوی دیگر، یافته‌های کیفی این پژوهش در خصوص نقش زیرساخت دیجیتال (سامانه سیب) و ظرفیت بهورزان در ارائه مداخلات پایه، با نتایج مطالعه آگیار و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد که بر اهمیت عوامل ساختاری، آموزش مداوم و شبکه‌سازی میان‌حرفه‌ای برای بهبود کیفیت مراقبت از سالمندان در سطح اولیه تأکید کرده‌اند (۲۳). با این حال، برخی یافته‌ها نشان داد وضعیت مراقبت‌های اولیه در ایران در تعارض با نتایج پژوهش‌های خارجی است. برای مثال، لورنز و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که در کشورهای با درآمد بالا، پرستاران نقش فعالی در مدیریت توانبخشی سالمندان در سطح اولیه دارند و بخشی از وظایف تخصصی به آنان واگذار شده است (۲۲). در حالی که در ایران، یافته‌های حاضر از کمبود چنین نیروی واسطی و فقدان نظام آموزشی کافی برای پرسنل مراقبت‌های اولیه حکایت دارد. همچنین، در حالی که ژائو و همکاران (۲۰۲۲) بر موفقیت مداخلات تله‌مدیسین و برنامه‌های از راه دور برای سالمندان مناطق محروم تأکید کردند (۲۴)، در مطالعه حاضر استفاده از فناوری‌های نوین تنها به‌عنوان «فرصتی بالقوه» مطرح شد و هنوز در سطح عملیاتی قرار ندارد. پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های بین‌رشته‌ای و پودمانی برای کارکنان مراقبت‌های اولیه طراحی و اجرا شود. این آموزش‌ها می‌توانند به نیروهای بهورز و مراقبین سلامت این امکان را بدهند که به‌طور مؤثرتر در ارائه خدمات توانبخشی دخالت کنند. این امر نیاز به همکاری نزدیک بین دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و وزارت بهداشت دارد تا برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای سیستم بهداشت و درمان کشور طراحی شود. علاوه بر این، برنامه پزشک خانواده می‌تواند به عنوان یک بستر مناسب برای ارائه این آموزش‌ها مورد استفاده قرار گیرد. برای پیاده‌سازی تله‌مدیسین در خدمات توانبخشی سالمندان در سطح مراقبت‌های اولیه، ضروری است که زیرساخت‌های دیجیتال مناسب و قابل‌اتکا ایجاد گردد. این امر مستلزم تأمین منابع مالی قابل توجه برای فراهم‌آوری تجهیزات پیشرفته فناوری اطلاعات و ارتباطات است. به علاوه، آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی برای استفاده مؤثر از این ابزارهای فناوری نیز چالشی کلیدی است که باید در نظر گرفته شود. در این راستا، موانع فنی، مانند نیاز به زیرساخت‌های ارتباطی مناسب، به ویژه در مناطق دورافتاده، می‌تواند بر سرعت و کارآمدی پیاده‌سازی تله‌مدیسین تأثیر بگذارد. از سوی دیگر، مسائل قانونی

نظیر حریم خصوصی داده‌های بهداشتی و چالش‌های مرتبط با تأمین مالی و پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی دیجیتال از دیگر عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی موفقیت‌آمیز این فناوری‌ها هستند. بنابراین، تأمین منابع مالی کافی برای احداث زیرساخت‌های ضروری و توسعه پروتکل‌های قانونی و مدیریتی نیز به عنوان موانع حیاتی در نظر گرفته می‌شوند که باید به دقت مورد توجه و حل قرار گیرند.

از نظر فرهنگی نیز یافته‌های پژوهش با نتایج مطالعه گائو و همکاران (۲۰۲۲) درباره نابرابری در استفاده از خدمات اولیه در میان سالمندان در کشورهای با درآمد متوسط همسو است؛ به‌ویژه آن‌که سالمندان کم‌درآمد در ایران نیز با موانع اقتصادی و بیمه‌ای مشابهی برای دسترسی به توانبخشی مواجه‌اند (۲۵). در کنار این، حمایت خانواده به‌عنوان تسهیل‌کننده مهم در فرهنگ ایرانی شناسایی شد که در بیشتر مطالعات خارجی مشابه (با جوامع فردگراتر) دیده نمی‌شود؛ این تفاوت فرهنگی، مزیتی برای طراحی مدل بومی تلقی می‌شود. در ایران، فرهنگ خانوادگی و اهمیت حمایت از سالمندان در سطح جامعه، به‌ویژه در جوامع روستایی، یک مزیت فرهنگی است که می‌تواند به اجرای بهتر این طرح‌ها کمک کند. بسیاری از سالمندان در ایران به دلیل وجود روابط خانوادگی نزدیک، تمایل دارند که در کنار خانواده‌های خود زندگی کنند و به همین دلیل، مشارکت خانواده‌ها در فرآیند توانبخشی سالمندان می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که نظام مراقبت‌های اولیه ایران ظرفیت‌های قابل توجهی برای ادغام خدمات توانبخشی سالمندان دارد. شبکه گسترده خدمات بهداشتی، سامانه‌های اطلاعاتی و حضور بهورزان و مراقبین سلامت از نقاط قوت اصلی این سیستم هستند، در حالی که کمبود منابع مالی، نبود دستورالعمل‌های استاندارد، ضعف آگاهی و مهارت کارکنان، و کمبود نیروی متخصص از موانع اصلی اجرای این طرح‌ها هستند. فرصت‌هایی مانند بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال، آموزش‌های پودمانی، فرهنگ خانواده‌محور و ظرفیت برنامه پزشکی خانواده، در کنار تهدیدهایی نظیر پراکندگی مسئولیت‌ها و ضعف هماهنگی بین‌بخشی، بر وضعیت محیطی ادغام تأثیرگذار هستند. این یافته‌ها به پر کردن یک شکاف عمده در زمینه درک چالش‌ها و راهکارهای عملی ادغام توانبخشی سالمندان در مراقبت‌های اولیه در کشورهای با منابع محدود کمک می‌کند.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، برای موفقیت در ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه، ضروری است که تدوین دستورالعمل‌های ملی و استاندارد برای ارائه خدمات توانبخشی به‌طور جدی در دستور کار قرار گیرد. این دستورالعمل‌ها باید شامل مراحل اجرایی، مسئولیت‌های مشخص نهادها، و منابع مورد نیاز برای اجرای هر مرحله باشد. همچنین، تأمین مالی پایدار از طریق تخصیص بودجه‌های ویژه برای خدمات توانبخشی باید به عنوان اولویت اصلی در نظر گرفته شود تا از تحقق این طرح‌ها حمایت شود. در گام بعدی، استفاده از

ظرفیت‌های موجود در برنامه پزشک خانواده می‌تواند گامی مؤثر در گسترش پوشش خدمات توانبخشی در سطح مراقبت‌های اولیه باشد. این برنامه به دلیل گستردگی پوشش و حضور بهورزان و مراقبان سلامت، به عنوان یک بستر مناسب برای ادغام خدمات توانبخشی محسوب می‌شود. علاوه بر این، تقویت آموزش‌های بین‌رشته‌ای و پودمانی برای کارکنان شبکه مراقبت‌های اولیه برای افزایش آگاهی و مهارت‌های آنها در زمینه توانبخشی سالمندان اهمیت ویژه‌ای دارد. در نهایت، هماهنگی بیشتر بین نهادهای مختلف مانند وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و دیگر سازمان‌های مرتبط با سلامت سالمندان، برای ایجاد یک ساختار یکپارچه و کاهش پراکندگی مسئولیت‌ها ضروری است. این هماهنگی می‌تواند به تسهیل فرایند ادغام و بهبود کیفیت خدمات توانبخشی در سطح مراقبت‌های اولیه کمک کند.

### **محدودیت‌های مطالعه**

استفاده از رویکرد کیفی و نمونه‌گیری هدفمند موجب می‌شود که یافته‌ها قابل تعمیم به تمام نظام‌های سلامت یا همه ذی‌نفعان حوزه توانبخشی سالمندان نباشد. همچنین داده‌ها مبتنی بر دیدگاه مشارکت‌کنندگان بوده و احتمال سوگیری ناشی از تجربیات فردی یا ملاحظات سازمانی وجود دارد. در نهایت، اگرچه تلاش شد ترکیب متنوعی از ذی‌نفعان در مطالعه لحاظ شود؛ اما امکان مشارکت تمامی گروه‌های ذی‌نفع فراهم نبود.

### **پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی**

انجام مطالعات مداخله‌ای و ارزیابی اجرای پایلوت ادغام خدمات توانبخشی سالمندان در سطح مراقبت‌های اولیه می‌تواند شواهد کاربردی‌ای برای سیاست‌گذاران تولید کند. بررسی ابعاد اقتصادی، پایداری مالی و اثرات بلندمدت این ادغام بر پیامدهای سلامت سالمندان نیز از دیگر حوزه‌های پیشنهادی برای پژوهش‌های آینده است.

### **اخلاقیات پژوهش**

این یک مطالعه کیفی شامل مصاحبه با شرکت‌کننده‌های انسانی بود و با رعایت اصول اخلاقی و محرمانگی اطلاعات انجام شد. کد تایید اخلاق این مطالعه IR.IUMS.REC.1404.198 می‌باشد که از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران دریافت شده است.

## حامی مالی

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی بزرگ‌تری با عنوان «تدوین مدل ارائه‌ی خدمات توانبخشی برای سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه ایران» می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران انجام شده است. حامی مالی هیچ نقشی در جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها یا نگارش مقاله نداشته است.

## مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده، تجزیه و تحلیل داده‌ها، تهیه پیش‌نویس مقاله، تفسیر نتایج و ویرایش نهایی مقاله مشارکت داشتند.

## تعارض منافع

در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

۱. Vollset SE, Goren E, Yuan C-W, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 20-۱۲۸۵:(۱۰۲۵۸)۳۹۶;۲۰.۳۰۶
۲. Organization WH. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. 267 p.
۳. Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing International*. 2.۴۳-۳۲۷:(۴)۴۵;۰۲۰
۴. Zhang J, Sun Y, Li A. The prevalence of disability in older adults with multimorbidity: a meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2024;36(1):186.
۵. World Health O. Rehabilitation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023 2023.
۶. Intiso D. Rehabilitation strategy in the elderly. *Journal of nephrology*. 2012.
۷. Araste R, Javaheri F, Kazemipour S. A Comparative Study of Aging Support Policies in Iran and Sweden. *Social Welfare*. 2021;21(82):45-94.
۸. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Ali MF, Abd Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. *BMC health services research*. 2017;17(1):35.
۹. Garvey J, Connolly D, Boland F, Smith SM. OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. *BMC family practice*. 2015;16.۵۹:(۱)
۱۰. Organization WH. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care: World Health Organization; 2025.
۱۱. World Health O. Declaration of Astana on Primary Health Care. Geneva: WHO; 201 ۲۶ ۸ October 2018.
۱۲. World Health O. Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Geneva: WHO; 2020 14 December 2020.
۱۳. Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. The status of rehabilitation in Iran: Barriers and facilitators. *Iranian Journal of Ageing*. 2023;18(2):218-33.
۱۴. Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Electronic physician*. 2015.۱۴۷۶:(۷)۷;
۱۵. Shahabi S, Kiekens C, Etemadi M, Mojgani P, ... Integrating rehabilitation services into primary health care: policy options for Iran: Springer; 2022.
۱۶. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*. 2013;13(1):117.

- .۱۷ Gürel E, Tat M. SWOT Analysis: A Theoretical Review. *Journal of International Social Research*. 2017;10:994-1006.
- .۱۸ Behzadifar M, Ghanbari MK, Azari S, Bakhtiari A, Rahimi S, Ehsanzadeh SJ, et al. A SWOT analysis of the development of health technology assessment in Iran. *PLoS One*. 2023;18(3):e0283663.
- .۱۹ Lincoln YS. *Naturalistic inquiry*: sage; 1985.
- .۲۰ Seijas V, Maritz R, Mishra S ,Bernard R, ... *Rehabilitation in primary care for an ageing population: a secondary analysis from a scoping review of rehabilitation delivery models*: Springer; 2024.
- .۲۱ Seijas V, Maritz R, Fernandes P, Bernard R, ... *Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing—a scoping review. ... in Rehabilitation .... 2024.*
- .۲۲ Lorenz V, Seijas V, Gattinger H, Gabriel C, Langins M, Mishra S, Sabariego C. The Role of Nurses in Rehabilitation in Primary Health Care for Ageing Populations: A Secondary Analysis from a Scoping Review. *SAGE Open Nurs*. 2024;10:23779608241271677.
- .۲۳ Tomás CC, Oliveira E, Sousa D, Uba-Chupel M, Furtado G, Rocha C, et al. Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress : Leiria, Portugal. 6-7 May 2016. *BMC Health Serv Res*. 2016;16 Suppl 3(Suppl 3):200.
- .۲۴ Zhao IY, Montayre J, Leung AY, Foster J, Kong A, Neville S, et al. Interventions addressing functional abilities of older people in rural and remote areas: a scoping review of available evidence based on WHO functional ability domains. *BMC geriatrics*. 2022;22(1):827.
- .۲۵ Gao Q, Prina AM, Ma Y, Aceituno D, Mayston R. Inequalities in older age and primary health care utilization in low-and middle-income countries: a systematic review. *International Journal of Health Services*. 2022;52(1):99-114.