

The role of spiritual beliefs in reducing anxiety in patients undergoing rehabilitation after stroke: a narrative review

Hakimeh Adigozali¹, Zeinab Fathipour-Azar², Fatemeh Fekar Gharamaleki^{3*}

¹Department of Physiotherapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 27 Sep 2025

Accepted: 31 Jan 2026

ePublished: 14 Mar 2026

Keywords:

- Stroke
- Anxiety
- Spirituality
- Rehabilitation
- Mental Health

Abstract

Background. Stroke is the leading cause of disability worldwide, with 50% of patients experiencing clinical anxiety post-stroke, which significantly hampers rehabilitation. This narrative review examines the role of spiritual beliefs in reducing anxiety among these patients.

Methods. A literature search was conducted in SID, PubMed, Scopus, Web of Science, MagIran, and Google Scholar from 2011 to 2025 using relevant Persian and English keywords.

Results. Based on 18 included studies, the review indicates that spirituality positively influences psychological calmness and reduces post-stroke stress. Chronic anxiety increases cortisol by 30%, suppresses immunity, and elevates inflammation, worsening prognosis. Spiritual beliefs reduce stress (up to 30%) and help control blood pressure (up to 15%), thereby improving rehabilitation outcomes. Findings suggest that spiritual beliefs mainly contribute to anxiety reduction through meaning-making, hope, perceived support, and emotional regulation, leading to improved rehabilitation results. In recent years, attention to spiritual dimensions of health alongside physical, psychological, and social aspects has increased.

Conclusion. Spirituality serves as a source of meaning, hope, tranquility, and resilience, and plays a significant role in patients' adaptation to chronic illness. However, research on spirituality in stroke rehabilitation remains limited.

How to cite this article: Adigozali H, Fathipour-Azar Z, Fekar Gharamaleki F. The role of spiritual beliefs in reducing anxiety in patients undergoing rehabilitation after stroke: a narrative review. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2025;3(2):115-125. doi: 10.34172/srhs.2025.011 (Persian)

Extended Abstract

Background

Stroke represents a primary global health burden, being the foremost cause of long-term adult disability. Beyond the profound physical and cognitive impairments, survivors frequently contend with significant psychological distress, with anxiety disorders being among the most prevalent complications. This anxiety, often stemming from fears of permanent disability, loss of independence,

and an uncertain future, actively disrupts engagement in and the efficacy of multidisciplinary rehabilitation programs. In parallel, there is a growing recognition within holistic healthcare models of spirituality as a fundamental dimension of human well-being and a potent resource for coping with trauma and chronic illness. However, the specific mechanisms and empirical evidence regarding the role of spiritual beliefs in mitigating post-stroke anxiety within

* Corresponding author; Email: slp.fekar@yahoo.com

2025 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

rehabilitation settings remain underexplored, particularly in certain cultural contexts. This narrative review, therefore, aimed to synthesize existing literature to elucidate the role and mechanisms of spiritual beliefs in reducing anxiety among patients undergoing rehabilitation after a stroke.

Methods

A comprehensive narrative review of the literature was conducted. Electronic databases, including SID, PubMed, Scopus, Web of Science, MagIran, and Google Scholar, were searched for relevant studies published between ۲۰۱۱ and ۲۰۲۰. The search strategy employed a combination of Persian and English keywords and their equivalents: "spirituality" AND "religious beliefs" AND "anxiety" AND "stroke" AND "rehabilitation". Inclusion criteria encompassed qualitative and quantitative primary studies and reviews focusing on anxiety and spirituality in adult stroke survivors undergoing rehabilitation. Studies not specific to stroke, non-research articles, and reviews without primary data were excluded. The initial search yielded 458 records. After a two-stage screening process (title/abstract and full-text) conducted independently by two researchers, with a third resolving discrepancies, 25 studies were selected for detailed review, of which 18 formed the core analytical base for this synthesis. Data on study design, population, spiritual constructs/interventions, anxiety measures, and key findings were extracted and qualitatively analyzed.

Results

The synthesized evidence from the reviewed studies indicates that spiritual beliefs contribute to anxiety reduction in post-stroke rehabilitation through several interconnected psychological, social, and physiological pathways. Primarily, spirituality facilitates meaning-making and cognitive reappraisal, allowing patients to reframe the stroke experience from a catastrophic event to a challenge with potential purpose or spiritual significance, thereby reducing existential dread and enhancing a sense of control. Concurrently, it acts as a foundational source

of hope and future-oriented optimism, enabling patients to maintain a positive outlook and motivation for recovery despite current limitations. A key mechanism is the enhancement of perceived support and reduction of loneliness; the belief in a compassionate higher power, often supplemented by shared family or community spiritual practices, mitigates feelings of isolation and abandonment, which are significant anxiety triggers. Furthermore, spiritual practices such as prayer, meditation, and mindfulness facilitate emotional regulation by promoting calm and gratitude, while also eliciting a beneficial physiological response by activating the parasympathetic nervous system, which lowers stress biomarkers like cortisol, heart rate, and blood pressure. Collectively, these processes promote adaptive, resilience-building coping strategies over maladaptive ones. Empirical data from the studies underscore these effects, showing that higher spiritual well-being is associated with up to a 40% lower incidence of severe anxiety, and structured spiritual interventions within rehabilitation have demonstrated anxiety reduction rates of 40-50%. These spiritual interventions, particularly within multidisciplinary ICF-based rehabilitation frameworks, enhance motivation and adherence to physical exercises, occupational therapy (functional independence), and speech therapy (swallowing and communication recovery), improving functional outcomes. Studies indicate spirituality facilitates neuroplasticity and reduces dropout rates from rehabilitation programs.

Conclusion

In conclusion, this narrative review affirms that spiritual beliefs constitute a significant and multifaceted resource for alleviating anxiety in stroke survivors undergoing rehabilitation. By addressing core psychological needs for meaning, hope, connection, and emotional mastery, spirituality effectively complements standard biomedical and psychological interventions, advocating for a holistic bio-psycho-socio-spiritual model of care. In stroke rehabilitation centers, brief spiritual screening by physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy teams enables targeted interventions like

guided meditation, enhancing adherence to 8-12-week protocols, and reducing persistent disability. To translate this evidence into practice and advance the field, several targeted actions are recommended. In clinical practice, rehabilitation teams should adopt brief, respectful spiritual assessments to identify patient resources and integrate simple, culturally sensitive supports, such as providing quiet spaces for reflection or facilitating access to spiritual counseling. Regarding professional education, training curricula for all rehabilitation specialists should incorporate core competencies in spiritually sensitive, patient-centered communication and care. A critical priority for future research is the design and execution of rigorous, longitudinal Randomized Controlled Trials (RCTs) to establish the efficacy, optimal protocols, and long-term outcomes of structured spiritual interventions. Finally, at the health policy level, national stroke rehabilitation guidelines should formally recognize spiritual well-being as a vital component of comprehensive care,

encouraging its ethical and individualized integration into standard treatment pathways to improve overall patient outcomes and quality of life.

Practical implications

This review suggests spirituality can meaningfully reduce post-stroke anxiety. Clinically, rehabilitation teams should briefly screen for spiritual needs and incorporate simple supports, such as quiet spaces for prayer or short meditation sessions. Family involvement can enhance this support. Education for healthcare professionals should include spiritually sensitive care. Rehabilitation centers are encouraged to develop short, culturally adapted protocols and facilitate access to spiritual counseling. Health policies should formally recognize spiritual care in national guidelines and fund rigorous trials to build evidence. All interventions must be voluntary, patient-centered, and complementary to standard rehabilitation.

نقش باورهای معنوی در کاهش اضطراب بیماران تحت توانبخشی پس از سکنه مغزی: مرور روایتی

حکیمه آدی گوزلی^۱، زینب فتحی پور آذر^۲، فاطمه فکار قراملکی^{۳*}

^۱گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. سکنه مغزی شایع‌ترین علت ناتوانی در جهان است و حدود نیمی از بیماران پس از آن دچار اضطراب بالینی می‌شوند. اضطراب یکی از شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی پس از سکنه مغزی است که می‌تواند روند توانبخشی و میزان مشارکت بیمار در درمان را به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر قرار دهد. در سال‌های اخیر، توجه به ابعاد معنوی سلامت در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی افزایش یافته است و معنویت به‌عنوان منبعی برای امید، آرامش و تاب‌آوری مطرح شده است. این مرور روایتی با هدف بررسی نقش باورهای معنوی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکنه مغزی و تبیین تأثیر آن بر پیامدهای توانبخشی انجام شد.

روش کار. این مرور با جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی SID، PubMed، Scopus، Web of Science، MagIran و Google Scholar و با استفاده از کلیدواژه‌های «باورهای معنوی»، «اضطراب»، «سکنه مغزی» و «توانبخشی» در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۴ انجام شد. در نهایت، ۱۸ مطالعه واجد شرایط برای تحلیل و بررسی نقش اضطراب و باورهای معنوی در مداخلات توانبخشی بیماران مبتلا به سکنه مغزی انتخاب گردید.

یافته‌ها. مطالعات نشان دادند که اضطراب می‌تواند با کاهش انگیزه، اختلال در مشارکت درمانی و تضعیف پیامدهای عملکردی، روند توانبخشی بیماران سکنه مغزی را مختل کند. از دیدگاه فیزیولوژیکی، اضطراب مزمن با افزایش سطح کورتیزول، سرکوب سیستم ایمنی و افزایش التهاب همراه است که پیش‌آگهی درمان را کاهش می‌دهد. یافته‌ها همچنین بیانگر آن بودند که باورهای معنوی از طریق ایجاد معنا، امید، حمایت ادراک‌شده و تنظیم هیجانی، به کاهش اضطراب، افزایش آرامش روانی و کاهش استرس کمک می‌کنند. این باورها با کنترل استرس و فشار خون، می‌توانند اثربخشی مداخلات توانبخشی را بهبود بخشند.

نتیجه‌گیری. به نظر می‌رسد توجه به ابعاد معنوی بیماران می‌تواند به‌عنوان رویکردی مکمل در برنامه‌های توانبخشی پس از سکنه مغزی مورد استفاده قرار گیرد و از طریق کاهش اضطراب، نقش مؤثری در بهبود نتایج درمانی ایفا کند. با این حال، انجام پژوهش‌های بیشتر با روش‌شناسی دقیق برای تعیین میزان اثربخشی و سازوکارهای اثرگذاری مداخلات معنوی ضروری است.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۷/۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۱

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

کلیدواژه‌ها:

- سکنه مغزی
- اضطراب
- معنویت
- توانبخشی
- سلامت روان

مقدمه

استقلال در فعالیت‌های روزانه و گفتاردرمانی برای اختلالات بلع، گفتار و زبان می‌باشد. این رویکردها بر اساس مدل‌های طبقه بندی بین المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت طراحی شده‌اند و هدفشان حداکترسازی کیفیت زندگی از طریق تمرین‌های تکراری، آموزش جبرانی و حمایت خانواده است، اما اضطراب مزمن با افزایش کورتیزول، کاهش پایبندی به درمان و اختلال در پلاستیسیته عصبی، اثربخشی آن‌ها را به شدت کاهش می‌دهد^{۱-۳}.

همچنین این اضطراب اغلب از ترس ناتوانی دائمی، نگرانی نسبت به آینده، وابستگی به دیگران، تفسیر واکنش نزدیکان و اطرافیان، اختلال در عملکرد شناختی و تجربه مجدد حادثه ناشی

سکنه مغزی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین علل بروز ناتوانی محسوب می‌شود که سالانه حدود ۱۲/۲ میلیون مورد جدید آن گزارش می‌شود و منجر به ایجاد تقریباً ۵ میلیون مورد ناتوانی پایدار می‌گردد^۱. این بیماران معمولاً با اختلالات جسمانی، شناختی و روانی مواجه می‌شوند که نیازمند مراقبت‌های جامع و برنامه‌های توانبخشی هدفمند است^۱. مطالعات نشان می‌دهند اضطراب یکی از شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در این بیماران است که درصد آن از ۲۵ تا ۴۳ متغیر می‌باشد و پیروسه‌های توانبخشی جسمی، ذهنی و گفتار را مختل می‌کند^۲. برنامه‌های توانبخشی چندرشته‌ای شامل مداخلات فیزیوتراپی برای بازسازی تعادل و حرکت، کاردرمانی برای

* نویسنده مسؤول: ایمیل: slp.fekar@yahoo.com

مطالعات کیفی و کمی مرتبط با اضطراب و معنویت پس از سکنه بودند. از ۴۵۸ مقاله اولیه، ۲۵ مطالعه استخراج و ۱۸ مورد تحلیل گردید. معیارهای خروج شامل مطالعات نامربوط به سکنه مغزی، مقالات مروری بدون داده اولیه، و متون غیرتحقیقاتی مانند سرمقاله‌ها بودند. فرآیند غربالگری توسط دو پژوهشگر به طور مستقل انجام و در صورت اختلاف نظر، با بحث و مشارکت پژوهشگر سوم حل و فصل گردید. ابزار بررسی کیفیت مطالعات بصورت چک لیست محقق ساخته برای استخراج اطلاعاتی چون مشخصات مطالعه، روش، نمونه‌گیری، مداخله معنوی، ابزار سنجش اضطراب و نتایج کلیدی استفاده شد. در نهایت داده‌ها به صورت کیفی استخراج و تحلیل شدند (شکل ۱).

یافته‌ها

سازوکارهای معنوی مؤثر بر کاهش اضطراب

باورهای معنوی از طریق ایجاد احساس معنا و هدف در زندگی، به بیماران کمک می‌کنند تا تجربه سکنه را نه به‌عنوان پایان توانایی‌ها، بلکه به‌عنوان مرحله‌ای جدید در مسیر زندگی درک کنند.^۱ این نوع معناجویی، احساس کنترل درونی را افزایش داده و از شدت اضطراب می‌کاهد.^{۱۱} پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیمارانی که سطح معنویت بالاتری دارند، ۴۰ درصد کمتر دچار اضطراب شدید می‌شوند.^{۱۲} مطالعه هاکووکی و همکاران شیوع اضطراب بالینی را ۴۰-۲۵ درصد در بیماران سکنه مغزی گزارش کرد که با راهکارهای مداخله‌ای معنویت کاهش می‌یابد.^{۱۳} مراقبه معنوی سطح کورتیزول را ۳۰-۲۰ درصد پایین می‌آورد.^{۱۴} بیماران با تکیه بر باورهای معنوی، اغلب بیماری را آزمونی الهی یا فرصتی برای بازنگری در سبک زندگی تلقی می‌کنند و همین نگرش، احساس آرامش و پذیرش را در آنان تقویت می‌کند.^۱ معنویت همچنین با افزایش امید و خوش‌بینی، نقش مهمی در کاهش نگرانی‌های مرتبط با آینده دارد. امید معنوی به بیماران کمک می‌کند تا آینده را قابل‌بهبود ببینند و باور داشته باشند که توانایی بازگشت به سطحی از عملکرد و استقلال را خواهند داشت. مطالعات نشان می‌دهد که امید معنوی می‌تواند سطح اضطراب را تا ۳۵ درصد کاهش دهد.^{۱۵}

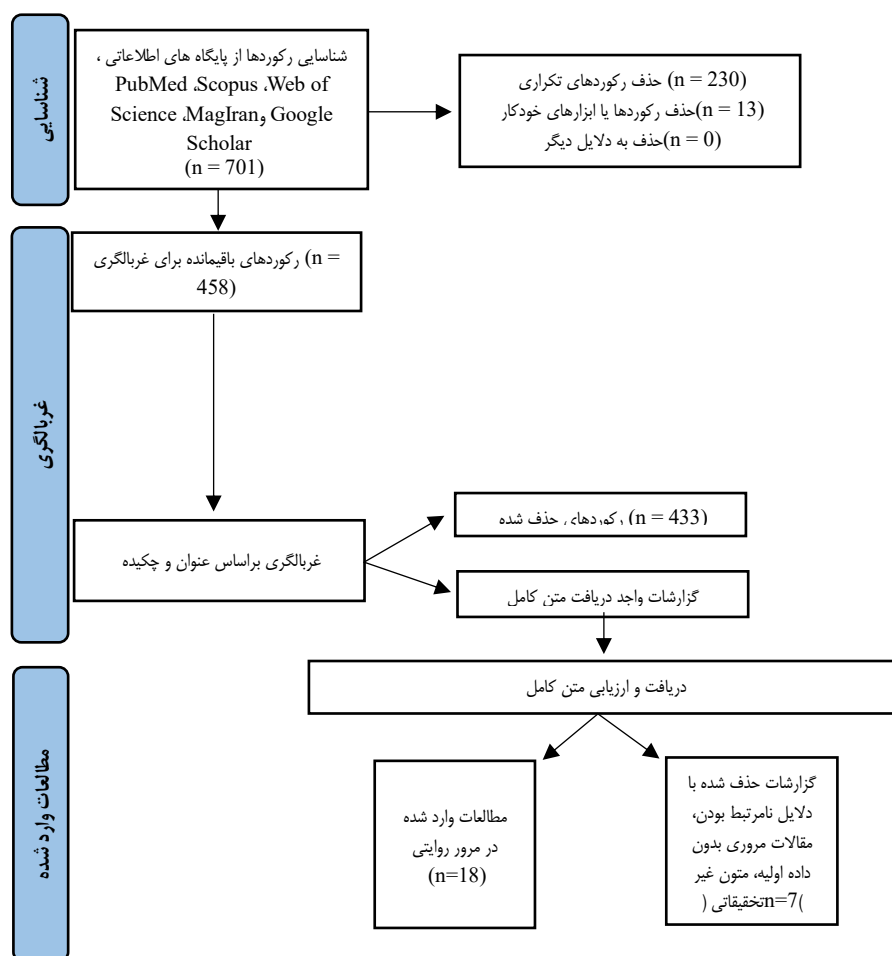
یکی دیگر از سازوکارهای مهم معنویت در کاهش اضطراب، کاهش احساس تنهایی و افزایش احساس حمایت است.^{۱۶} بیماران پس از سکنه مغزی اغلب احساس می‌کنند که از جامعه و حتی خانواده فاصله گرفته‌اند و توانایی‌های گذشته خود را از دست داده‌اند.^{۱۷} باور به حضور یک قدرت برتر الهی، احساس همراهی و حمایت را در آنان تقویت می‌کند و این احساس، به‌طور مستقیم از شدت اضطراب می‌کاهد.^{۱۴، ۱۶}

می‌شود و پیامدها را ۳۵ درصد تضعیف می‌نماید.^۱ اضطراب درمان‌نشده می‌تواند روند مداخلات توانبخشی را مختل کرده، انگیزه بیمار را کاهش دهد و پیامدهای عملکردی را تضعیف کند.^۲ در چنین شرایطی، توجه به ابعاد معنوی سلامت به‌عنوان یکی از منابع مهم آرامش، امید و سازگاری، اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. معنویت در بسیاری از فرهنگ‌ها و نظام‌های درمانی، به‌عنوان نیرویی درونی برای معناجویی، تاب‌آوری و پذیرش شرایط دشوار شناخته می‌شود و می‌تواند نقش مهمی در کاهش اضطراب بیماران پس از سکنه مغزی ایفا کند.^۸ باورهای معنوی به‌عنوان عامل فرهنگی در کشورهای با ادیان آسمانی مثل ایران، می‌توانند احساس امنیت و امید ایجاد کرده و کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهند. بر اساس مدل سلامت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲، معنویت بعد چهارم سلامت می‌باشد.^۹ مطالعات بین‌المللی ادغام معنویت را در توانبخشی سکنه مغزی تأیید می‌کنند، اما در ایران شکاف پژوهشی در این زمینه وجود دارد.^{۱۰} مطالعه ی حاضر، بر شکاف پژوهشی در زمینه ادغام معنویت با توانبخشی تمرکز دارد و شواهد را جمع‌بندی می‌کند. بررسی منسجم و روایتی این شواهد می‌تواند به درک روشن‌تری از کارکرد معنویت در کاهش اضطراب، سازوکارهای اثرگذاری آن، و ظرفیت ادغام این مؤلفه‌ها در برنامه‌های توانبخشی کمک کند. این مسئله به‌ویژه در شرایطی اهمیت می‌یابد که ارائه مداخلات کم‌هزینه و مکمل می‌تواند کیفیت مراقبت را بهبود بخشد و مسیر بهبود بیماران را تسهیل نماید.

با توجه به شیوع بالای اضطراب پس از سکنه مغزی و تأثیر مخرب آن بر پیامدهای توانبخشی، و از سوی دیگر، نقش بالقوه باورهای معنوی به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای درون‌زا و سازگار با بافت فرهنگی کشورهایی مانند ایران، انجام یک مرور روایتی برای گردآوری، تحلیل و تلفیق شواهد موجود در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد. این مرور می‌تواند تصویری روشن از سازوکارها، اثربخشی و چالش‌های ادغام معنویت در فرآیند توانبخشی ارائه دهد و راهنمایی برای پژوهش‌های آتی و تدوین مداخلات جامع باشد.

روش‌شناسی

جستجوی روایتی در Web of Science، Scopus، PubMed، SID، MagIran و Google Scholar با کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی (باورهای معنوی AND (spirituality OR اضطراب) AND (توانبخشی OR (سکنه مغزی AND (stroke OR (rehabilitation از ۱۳۹۰-۱۴۰۴ انجام شد. معیارهای ورود نیز



شکل ۱. فلوجارت فرآیند شناسایی و انتخاب مطالعات

سوق می‌دهند^{۱۸}. به عنوان مثال، تفسیر رخداد سکت به عنوان "قضای الهی" یا "امتحان" می‌تواند به جای انکار یا خشم، به پذیرش فعال شرایط منجر شود^{۱۹}. این پذیرش، انرژی روانی بیمار را از جنگیدن با واقعیت بیماری، به سمت مشارکت در فرآیند توانبخشی هدایت می‌کند^{۱۹}. همچنین، مفاهیمی مانند "شکرگزاری" برای توانایی‌های باقی‌مانده، می‌تواند توجه فرد را از ناتوانی‌ها (منبع اضطراب) به سوی منابع درونی و بیرونی موجود (منبع تاب‌آوری) معطوف سازد^{۲۰}.

نقش حمایت معنوی خانواده

در کنار سازوکارهای فردی، حمایت معنوی خانواده نقش مهمی در کاهش اضطراب بیماران دارد. خانواده‌هایی که باورهای معنوی مشترک دارند، معمولاً حمایت هیجانی بیشتری ارائه می‌دهند و این حمایت، احساس امنیت و آرامش را در بیمار تقویت می‌کند^{۲۱}. در بسیاری از موارد، حضور اعضای خانواده در کنار بیمار هنگام دعا یا خواندن متون معنوی، احساس پیوند و همبستگی را افزایش داده و اضطراب بیمار را کاهش می‌دهد^{۱۹}.

علاوه بر این، معنویت با بهبود تنظیم هیجانی نقش مهمی در کاهش اضطراب دارد^۱. تمرین‌هایی مانند دعا، نیایش، ذکر، مراقبه معنوی و حضور ذهن، سیستم عصبی پاراسمپاتیک را فعال کرده و پاسخ‌های فیزیولوژیک مرتبط با استرس را کاهش می‌دهد^۲. پژوهش‌های فیزیولوژیک نشان داده‌اند که مراقبه معنوی می‌تواند تنهایی را کاهش و احساس حمایت الهی را افزایش دهد^۳. تمریناتی مانند دعا و مراقبه با فعال‌سازی سیستم عصبی پاراسمپاتیک (تا ۲۸ درصد)، سطح کورتیزول را کاهش داده (تا ۲۵ درصد) و ضربان قلب و فشار خون را پایین می‌آورد^۴. لذا در مراحل مداخلات توانبخشی نیز فعال‌سازی پاراسمپاتیک به وسیله مداخلات معنوی می‌تواند مشارکت بیمار در تمرینات را بهبود دهد، میزان خستگی روانی و جسمانی را کاهش دهد، مقاومت بیمار در برابر درمان را کم کند و اضطراب مرتبط با جلسات توانبخشی یا فرایندها را کاهش دهد^۱.

یافته‌ها نشان می‌دهند باورهای معنوی، الگوهای مقابله‌ای بیماران را به سمت راهبردهای مسئله‌محور و هیجان‌محور سازنده

شاخص اضطراب را ۴۰-۵۰ درصد کم کردند^{۲۲}. همچنین مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۳ نشان داد معنویت فرد تاب‌آوری را ۳۵ درصد افزایش می‌دهد^{۲۴}. این مداخلات نه تنها کم‌هزینه و قابل اجرا هستند، بلکه با فرهنگ و باورهای بسیاری از بیماران نیز سازگارند و همین امر، پذیرش و اثربخشی آن‌ها را افزایش می‌دهند^{۲۳}.

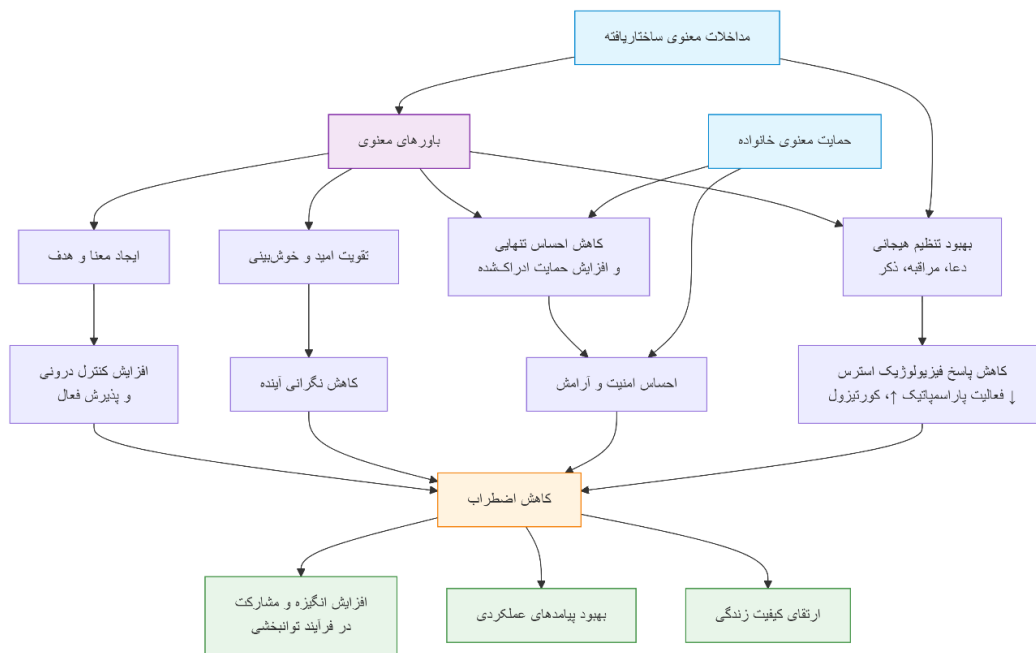
بحث

با توجه به یافته‌های مرور روایتی حاضر، می‌توان ادعا کرد که باورهای معنوی نقش قابل‌توجهی در کاهش اضطراب بیماران تحت توانبخشی پس از سکنه مغزی ایفا می‌کنند. این نقش از طریق مکانیسم‌های چندگانه روانشناختی، فیزیولوژیکی و اجتماعی-فرهنگی اعمال می‌شود. در این بخش، یافته‌های مرور در بافت وسیع‌تری از ادبیات علمی قرار گرفته، پیامدهای عملی آن بررسی شده و محدودیت‌های موجود تحلیل می‌گردد (شکل ۲).

مطالعات نشان داده‌اند بیمارانی که حمایت معنوی خانوادگی دریافت می‌کنند، ۲۰ تا ۳۰ درصد کمتر دچار اضطراب پایدار می‌شوند^{۲۱، ۲۰}. در مطالعات ایرانی، خانواده‌های با باور مشترک اضطراب پایدار را ۲۵ درصد کاهش دادند^{۲۲}.

نقش مداخلات معنوی در توانبخشی

مداخلات معنوی در محیط‌های توانبخشی نیز می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر کاهش اضطراب داشته باشند^{۱۸}. حضور متخصصان معنویت‌درمانی در تیم توانبخشی، استفاده از متون معنوی آرام‌بخش، آموزش تکنیک‌های مراقبه معنوی و فراهم کردن فضاهای آرام برای نیایش یا خلوت معنوی در کلینیک‌های توانبخشی، همگی می‌توانند به بیماران کمک کنند تا تجربه سکنه را بهتر پردازش کرده و با احساس آرامش بیشتری مسیر درمان را طی کنند^{۲۳}. در یک مطالعه بالینی، بیمارانی که طی ۸ هفته در جلسات معنویت‌درمانی شرکت کردند، کاهش ۴۵ درصدی در نمرات اضطراب گزارش کردند^{۲۳، ۲۴}. برنامه‌های ۸ هفته‌ای در مطالعات،



شکل ۲. مدل مفهومی در خصوص تأثیر اضطراب بر فرآیند مداخلات توانبخشی در بیماران مبتلا به سکنه مغزی

معنای مثبت در رنج و حفظ امید نسبت به آینده، سازگاری روانی را تسهیل می‌کند^{۲۱}. همچنین، تأکید سازمان جهانی بهداشت بر معنویت به عنوان بعد چهارم سلامت (۲۰۰۲)، یافته‌های این مرور را در یک چارچوب سیاست‌گذاری سلامت جهانی قرار می‌دهد^۱.^{۲۳} مطالعات بین‌المللی نیز، مانند کارهای پوجالسکی (۲۰۱۹)، بر

یافته مطالعه حاضر با این عنوان که معنویت می‌تواند با ایجاد معنا، امید و حمایت ادراک شده اضطراب را کاهش دهد، کاملاً با مدل‌های روانشناختی مقابله با استرس و بیماری‌های مزمن همخوانی دارد^{۲۰}. مدل‌هایی مانند مدل «جستجوی معنا» توسط فرانکل و مدل «امید» شنایدر بر این اصل تأکید دارند که یافتن

را افزایش دهد، تاب آوری او در برابر سختی‌های درمان را بالا ببرد و در نتیجه، اثربخشی کلی بسته مراقبتی را بهبود بخشد. این نگاه یکپارچه‌نگر، همان چیزی است که در مدل بیو-سایکو-سوشیو-اسپیریتوال سلامت دنبال می‌شود^{۳۰،۳۱،۳۲}.

محدودیت‌ها و تناقضات در شواهد موجود

با وجود نتایج امیدبخش، مرور حاضر محدودیت‌های مهمی را در بدنه پژوهش موجود شناسایی کرد. نخست، ناهمگونی قابل توجهی در تعریف عملیاتی "معنویت" و "مداخله معنوی" بین مطالعات وجود دارد که مقایسه نتایج را دشوار می‌سازد. دوم، بسیاری از مطالعات از نمونه‌های کوچک و فاقد گروه کنترل استفاده کرده‌اند. سوم، اکثر پژوهش‌ها مقطعی بوده و آثار بلندمدت معنویت بر اضطراب و عملکرد را بررسی نکرده‌اند. چهارم، ابزارهای سنجش اضطراب در این مطالعات متنوع بوده و گاهی برای جمعیت بیماران سکنه مغزی هنجاریابی نشده‌اند. همچنین، در چند مطالعه، گزارش شده که در برخی افراد با تعارضات اعتقادی عمیق، مواجهه اجباری با مباحث معنوی می‌تواند باعث افزایش پریشانی شود که لزوم ارزیابی و مداخله فردی را نشان می‌دهد. همچنین، ذکر این نکته ضروری است که این مرور روایتی، اگرچه تلاش کرده جامع باشد، اما ممکن است تمامی مطالعات منتشرشده در زبان‌های غیر از فارسی و انگلیسی را پوشش نداده باشد.

چالش‌ها و ضرورت‌ها

با وجود شواهد قابل توجه درباره نقش معنویت در کاهش اضطراب بیماران پس از سکنه مغزی، هنوز چالش‌هایی در مسیر ادغام رسمی این مداخلات در برنامه‌های توانبخشی وجود دارد. نبود استانداردهای مشخص برای مداخلات معنوی، تفاوت‌های فرهنگی و فردی در تجربه معنویت، و کمبود متخصصان آموزش‌دیده در حوزه معنویت‌درمانی از جمله این چالش‌هاست. همچنین، برخی مراکز درمانی هنوز معنویت را به‌عنوان بخشی از مراقبت جامع سلامت در نظر نمی‌گیرند، در حالی که شواهد نشان می‌دهد ادغام مداخلات معنوی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تا ۵۰ درصد بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

با این حال، یافته‌های موجود نشان می‌دهد که توجه به ابعاد معنوی سلامت می‌تواند رویکردی جامع‌تر و مؤثرتر برای کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی بیماران فراهم کند. بنابراین، ادغام مداخلات معنوی در کنار درمان‌های پزشکی، روان‌شناختی و توانبخشی، می‌تواند به‌عنوان بخشی ضروری از مراقبت‌های جامع

ادغام مراقبت معنوی در درمان بیماری‌های جدی تأکید دارند^۱. بنابراین، نقش کاهنده اضطراب معنویت در بیماران سکنه مغزی، پدیده‌ای منحصربه‌فرد نبوده، بلکه بخشی از یک الگوی جهانی در رویکردهای مراقبت جامع‌نگر است^۲.

نکته حائز اهمیت در یافته‌های این مرور، توجه همزمان به سازوکارهای روانی و فیزیولوژیک است. از یک سو، معنویت با تغییر در شناخت (مانند تفسیر بیماری به عنوان «امتحان» یا «قضای الهی») و هیجان (از طریق تنظیم هیجانی و ایجاد آرامش) بر اضطراب تأثیر می‌گذارد^{۳۳}. از سوی دیگر، شواهد به‌وضوح نشان می‌دهند که تمرینات معنوی مانند مراقبه و دعا می‌توانند با فعال‌سازی سیستم عصبی پاراسمپاتیک، سطح کورتیزول را کاهش داده و فشار خون و ضربان قلب را پایین آورند. این یافته فیزیولوژیک بسیار مهم است، زیرا نه تنها اضطراب ذهنی را کاهش می‌دهد، بلکه با بهبود وضعیت جسمانی (مانند کنترل فشار خون که خود یک عامل خطر برای سکنه مجدد است)، به طور غیرمستقیم نیز به فرآیند توانبخشی کمک می‌کند^{۳۴}. این تعامل پیچیده ذهن و جسم، قدرت مداخلات معنوی را به عنوان ابزاری «کل‌نگر» نشان می‌دهد^{۳۵}.

یافته‌های مرور به ویژه در مورد نقش حمایت معنوی خانواده و تأثیر مداخلات بومی (مانند جلسات دعای گروهی) برجسته است. در جامعه ایران با پیشینه فرهنگی-مذهبی قوی، باورهای معنوی عمیقاً در بافت زندگی افراد تنیده شده و می‌تواند به عنوان یک «سرمایه روانی-اجتماعی» قدرتمند در خدمت سلامت قرار گیرد^{۳۶}. خانواده‌های ایرانی با باورهای مشترک مذهبی، می‌توانند شبکه حمایتی طبیعی و قدرتمندی برای بیمار تشکیل دهند^{۳۸،۳۹}. این موضوع یک فرصت استثنایی برای نظام سلامت ایران است تا با طراحی مداخلات حساس به فرهنگ، از این بستر غنی بهره ببرد. با این حال، این فرصت با مسئولیت همراه است: بومی‌سازی علمی مداخلات، اجتناب از تحمیل باورها، و احترام به تنوع اعتقادی حتی در درون جامعه مذهبی ضروری است. مرور مطالعات نشان می‌دهد که افراد با تعارضات اعتقادی ممکن است پریشانی روانی بیشتری تجربه کنند؛ این نکته هشدار مهم برای رعایت اصل «مراقبت فردی‌شده» است. یک نکته کلیدی که از یافته‌ها استنباط می‌شود، این است که نقش معنویت به عنوان یک عامل تکمیلی در کنار مداخلات پزشکی، روانشناختی و توانبخشی استاندارد است. هیچ‌کدام از مطالعات مرور شده ادعا نکرده‌اند که معنویت می‌تواند جایگزین فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی یا دارودرمانی شود. بلکه، معنویت به عنوان یک منبع درونی، می‌تواند انگیزه بیمار برای مشارکت فعال در این مداخلات

نویسندگان وجود ندارد و محدودیت های ذاتی رویکرد مروری به وضوح اعلام شده است.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی محققین که مقالات آنها در این مطالعه استفاده گردید و به طور مستقیم یا غیرمستقیم زمینه ساز تولید دانش در این حوزه بوده اند، صمیمانه سپاسگزاری می شود. همچنین از اساتید و همکاران ارجمندی که در مراحل مختلف طراحی، اجرا و ویرایش این مطالعه راهنمایی های ارزشمندی ارائه نمودند، کمال تشکر را داریم.

مشارکت پدیدآوران

مفهوم سازی، روش شناسی، و نظارت کلی پژوهش: دکتر ح. الف.، دکتر ز. ف. و دکتر ف. ف.

جستجو، غربالگری و استخراج داده ها: دکتر ح. الف. و دکتر ز. ف.

تحلیل و تفسیر داده ها: کلیه نویسندگان.

نگارش پیش نویس اولیه: دکتر ز. ف.

بازبینی و ویرایش نهایی: دکتر دکتر ح. الف.، دکتر ز. ف. و دکتر ف. ف.

همه نویسندگان متن نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کردند.

منابع مالی

این مطالعه بدون دریافت هرگونه کمک مالی خاصی از نهادهای دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی انجام شده است. کلیه هزینه های مرتبط با این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

دسترس پذیری داده ها

داده های استخراج شده از مطالعات مورد بررسی در این مرور روایتی، از طریق منابع ذکر شده در بخش منابع قابل دسترسی هستند. داده های تحلیلی و جداول تکمیلی در صورت درخواست از نویسنده مسئول (دکتر ف. ف.) قابل ارائه می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش ندارند.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به طور کامل رعایت شده است. تمامی مطالعات مورد بررسی با ذکر دقیق منابع استناد شده اند. همچنین هیچ گونه تعارض منافع مالی یا سازمانی برای

پس از سکنه مغزی در نظر گرفته شود. مرور روایتی حاضر نشان می دهد که باورهای معنوی می توانند از طریق مکانیسم های چندسطحی، سهم ارزشمندی در کاهش اضطراب بیماران سکنه مغزی و بهبود پیامدهای توانبخشی داشته باشند. با این حال، شواهد موجود علی رغم جهت گیری مثبت، هنوز از نظر روش شناختی نیاز به تقویت دارند. نقطه قوت این حوزه، تناسب ذاتی آن با بافت فرهنگی کشورهایمانند ایران است که می تواند پذیرش و اثربخشی مداخلات را افزایش دهد. گام بعدی، حرکت از مرحله «شناسایی نقش بالقوه» به مرحله «توسعه و ارزیابی علمی مداخلات عملی» است. ادغام اصول معنوی در نظام مراقبت سلامت، نه به معنای ترویج دین خاص، بلکه به معنای به رسمیت شناختن بعد انسانی بیمار و استفاده از تمام منابع موجود برای تسکین رنج و ارتقای کیفیت زندگی است. تحقق این امر نیازمند عزم سیاستگذاران سلامت، سرمایه گذاری در آموزش نیروی انسانی و تعهد به پژوهش های دقیق و بومی است.

بر اساس یافته های این مرور، پیشنهادهایی ارائه می گردد که عبارت است از آموزش تیم توانبخشی با گنجاندن واحدهای درسی یا کارگاه هایی درباره مراقبت معنوی حساس به فرهنگ در برنامه آموزشی به متخصصین توانبخشی، گفتاردرمانگران، فیزیوتراپیست ها، کاردرمانگران، پرستاران و روانشناسان. همچنین غربالگری معنوی با استفاده از ابزارهای کوتاه و معتبر برای سنجش نیازها و ترجیحات معنوی بیمار در بدو پذیرش جهت ارائه مراقبت شخصی شده توصیه می شود. برای تدوین پروتکل های بومی، طراحی و اعتبارسنجی مداخلات معنوی کوتاه مدت مانند جلسات دعا یا مراقبه گروهی هدایت شده ویژگی مهمی است که به راحتی می تواند در برنامه مراکز توانبخشی ایران اجرا شود. از طرفی ادغام غربالگری معنوی در پروتکل های توانبخشی چندرشته ای، می تواند پایبندی درمانی را افزایش داده و نتایج عملکردی را بهبود بخشد. در نهایت انجام تحقیقات آتی نیز شامل مطالعات طولی با نمونه های بزرگ تر و طراحی کارآزمایی های تصادفی سازی شده کنترل شده برای سنجش اثربخشی مداخلات معنوی خاص در مقایسه با مراقبت معمول پیشنهاد شده است.

References

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): global

stroke fact sheet 2022. International journal of stroke. 2022;17(1):18-29, DOI: 10.1177/17474930211065917 .

2. Knapp P, Burton CAC, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, et al. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(5), DOI: 10.1002/14651858.CD008860.pub3 .
3. Farmani E, Fekar Gharamaleki F, Nazari MA. Challenges and opportunities of tele-speech therapy: Before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of public health research*. 2024;13(1), DOI: 10.1177/22799036231222115 .
4. Bahrami B, Fekar-Gharamaleki F. The pragmatic assessments in children: A narrative review. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2021;17(1):1-8, DOI: 10.22122/jrrs.v17i0.3526.
5. Ahadi H, Abbasi H, Fekar Gharamaleki F. Linguistic and metalinguistic characteristics of Persian-speaking children with autistic spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Public Health Research*. 2023;12(3), DOI: 22799036231189068.
6. Jumisko E, Lexell J, Söderberg S. The meaning of feeling well in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(16):2273-81, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02738.x.
7. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*. 2013;202(1):14-21, DOI: 10.1192/bjp.bp.111.107664.
8. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*. 2014;17(6):642-56, DOI: 10.1089/jpm.2014.9427.
9. Group WS. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social science & medicine*. 2006;62(6):1486-97, DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001.
10. Puchalski CM, editor *The role of spirituality in health care*. Baylor University Medical Center Proceedings; 2001: Taylor & Francis, DOI: 10.1080/08998280.2001.11927788.
11. Park CL. The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *European Health Psychologist*. 2013;15(2):40-7.
12. Johnstone B, Yoon DP, Franklin KL, Schopp L, Hinkebein J. Re-conceptualizing the factor structure of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality. *Journal of religion and health*. 2009;48(2):146-63, DOI: 10.1007/s10943-008-9179-9.
13. Underwood M, Lamb S, Sheehan B, Ellard DR, Taylor SJ. Exercise for depression in elderly people. *Health Technol Assess*. 2013;17:18, DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62132-7.
14. Pascoe MC, Thompson DR, Jenkins ZM, Ski CF. Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2017;95:156-78, DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.004.
15. Lopez SJ, Pedrotti JT, Snyder CR. *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*: Sage publications; 2018.
16. Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and aging*. 2007;22(3):456, DOI: 10.1037/0882-7974.22.3.456.
17. Pargament KI, Raiya HA. A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke & logos*. 2007;28(2):25, DOI:10.7146/pl.v28i2.8398.
18. Oner U, Erol A, Utli H, Dinc M. Identifying Anxiety, Social Support and Spiritual Well-Being States of Patients Experiencing Cerebrovascular Event: A cross-sectional descriptive study. 2024, DOI: 10.1177/00302228231195103.
19. Li Z-Y, Cao X, Li S, Huang T-J, Liu Y-X, Qin L-H. Spiritual needs and influencing factors among people with stroke in China: a cross-sectional study. *BMC nursing*. 2024;23(1):507, DOI: 10.1186/s12912-024-02182-7.
20. Langingi ARC, Watung GIV, Pagayang ZI. the relationship between community resources and religious spiritual coping with coping strategies in caregiver adaptation for post-stroke family members in kotamobagu city, indonesia. *Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO)*. 2025;2(4):4696-707, DOI: 10.62567/micjo.v2i4.1337.
21. Alinejad N, Khosromanesh F, Bijani M, Taghinezhad A, Khiyali Z, Dehghan A. Spiritual well-being, resilience, and health-promoting lifestyle among older adult hypertensive patients: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2025;25(1):265, DOI:10.1186/s12877-025-05877-x.
22. Sajadi M, Niazi N, Khosravi S, Yaghobi A, Rezaei M, Koenig HG. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2018;30:79-84, DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.12.011.
23. Fitchett G, Jones KF. *Spirituality and Medical. Handbook of Spirituality, Health, and Well-Being: A Psychological Perspective*. 2025, doi: 10.1186/s12904-025-01809-z.
24. Laures-Gore JS, Griffey H, editors. *Religiosity, spirituality, healthcare, and aphasia rehabilitation*. *Seminars in Speech and Language*; 2024: Thieme Medical Publishers, Inc, DOI: 10.1055/s-0043-1776308.
25. Soleimanzadeh E, Adigozali H, Salehi-Pourmehr H, Ghanavati T, Ghaderi F. *Physiotherapy Interventions and Assessment Methods for Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Women: A Systematic Review Protocol*. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal (MLTJ)*. 2023;13(3), DOI:10.18502/jmr.v18i4.16909.
26. Fathipour-Azar Z, Akbarfahimi M, Rabiei F. The challenges of people with heart failure in activity of daily living performance: A qualitative study in Iranian Context. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2020;18(3):263-74, DOI: 10.32598/irj.18.3.422.3.
27. Mahmoudzadeh T, Ghaderi F, Jafarabadi MA, Sepehri B, Adigozali H. Validity and Reliability of the Persian Version of the Comprehensive Constipation Questionnaire: A Cross-

- Sectional Study. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2023, DOI:10.18502/jmr.v17i2.12416 .
28. Fekar Gharamaleki F, Fathipour-Azar Z. Cross-cultural adaptation and validation of cognitive emotion regulation questionnaire: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2025;15:1494665, DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1494665.
29. Sadri-Aghdam N, Rezaei M, Azghani M, Ghaderi F, Adigozali H. The Relationship between Nordic Hamstring Test and Isokinetic Dynamometry in Football and Track and Field Student Athletes: a Cross-Sectional Study. *Muscles, Ligaments & Tendons Journal (MLTJ)*. 2020;10(4), DOI: 10.32098/mltj.04.2020.24.
30. Fathipour-Azar Z, Akbarfahimi M, Vasaghi-Gharamaleki B, Naderi N. Evaluation of activities of daily living instruments in cardiac patients: Narrative review. *J Mod Rehabil*. 2016; 10 (3): 139-43. DOI: 10.18869/nirp.Jmr.10.30.139