

The Role of Organizational Spirituality and Mindfulness in Predicting the Quality of Nursing Care in Critical Care Units

Jamileh Morovati Lalehlo¹,
 Mohammad Ali Heidari Gorji²,
 Naierreh Aghaei³,
 Yadollah Jannati⁴,
 Abolfazl Hosseinnataj⁵

¹ MSc Student in Intensive Care Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 31, 2024; Accepted September 28, 2025)

Abstract

Background and purpose: Providing high-quality nursing care is considered one of the fundamental priorities of healthcare systems. Mindfulness has been recognized as an important factor in enhancing nurses' performance and the quality of care they deliver. Nursing care, by its very nature, is closely intertwined with spirituality. Workplace spirituality can foster a sense of humanity within organizations, promote effective engagement with the community, and encourage environmental responsibility. Accordingly, the present study was conducted to examine the role of organizational spirituality and mindfulness in predicting the quality of nursing care in intensive care units (ICUs).

Materials and methods: This cross-sectional study, conducted between 2023 and 2024, included 227 nurses from intensive care units (ICUs), selected using stratified sampling from the educational and medical centers affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences. Data were collected using the Mindfulness Questionnaire by Brown and Ryan (2003), the Organizational Spirituality Questionnaire by Ashmos and Duchon (2000), and the Nursing Care Quality Questionnaire by Zeraati and Masoudi Alavi (2014). The collected data were analyzed using SPSS software version 22, employing descriptive statistics, independent t-tests, one-way ANOVA, and linear regression analyses.

Results: Based on multiple linear regression analysis, the nursing care quality score showed no statistically significant relationship with organizational spirituality ($b = 0.08$, $P = 0.578$) or mindfulness ($b = -0.17$, $P = 0.375$). However, among the demographic variables, project recruitment status was significantly associated with the nursing care quality score ($b = 8.85$, $P = 0.036$).

Conclusion: Based on the results of this study, organizational spirituality and mindfulness did not predict the quality of nursing care. However, among the demographic variables, the nursing care quality score was significantly associated with employment status, with project-based nurses demonstrating higher average nursing care quality scores compared to permanent staff.

Keywords: Organizational spirituality, mindfulness, nursing care quality, intensive care unit

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (250): 119-129 (Persian).

First Corresponding Author: Mohammad Ali Heidari Gorji - Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: heydariigorji@gmail.com) & Naierreh Aghaei- Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: naierreh.aghaei@gmail.com)

نقش معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری در بخش های مراقبت ویژه

جمیله مروتی الله لو^۱

محمدعلی حیدری گرجی^۲

نیره آقائی^۳

یدالله جنتی^۴

ابوالفضل حسین نتاج^۵

چکیده

سابقه و هدف: ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت مطلوب، یکی از اولویت های اساسی نظام های بهداشتی درمانی محسوب می شود. ذهن آگاهی به عنوان یکی از عوامل موثر در ارتقای کیفیت عملکرد پرستاران مطرح است و مراقبت پرستاری، به دلیل ماهیت خود و به طور ذاتی، با معنویت آمیخته شده است. معنویت در محیط کار می تواند برای سازمان ها حس انسان دوستی، برای اجتماع فعالیت موثر و برای محیط مسئولیت پذیری به ارمغان آورد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تبیین نقش معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری در بخش های مراقبت ویژه، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در طی سال های ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ انجام شده است. تعداد ۲۲۷ نفر از پرستاران بخش مراقبت ویژه به روش نمونه گیری طبقه ای از مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳)، پرسشنامه معنویت سازمانی اشموس و دوچن (۲۰۰۰) و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری زراعتی و مسعودی علوی (۲۰۱۴) بود. داده ها جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آزمون های توصیفی و تحلیلی تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: براساس آزمون رگرسیون خطی چندگانه، نمره کیفیت مراقبت پرستاری با معنویت سازمانی ($b=0/08$ ، $P=0/578$) و ذهن آگاهی ($b=0/17$ ، $P=0/375$) ارتباط آماری معنی داری نداشت، اما از بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت استخدامی طرحی ارتباط معنی داری با نمره کیفیت مراقبت پرستاری داشت ($b=8/85$ ، $P=0/036$).

استنتناج: معنویت سازمانی و ذهن آگاهی قادر به پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری نیست. اما از بین متغیرهای جمعیت شناختی، میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری در افراد با وضعیت استخدامی طرحی بیش تر از پرستاران رسمی بود.

واژه های کلیدی: معنویت سازمانی، ذهن آگاهی، کیفیت مراقبت پرستاری، بخش های مراقبت ویژه

E-mail: heydarigorji@gmail.com

مؤلف مسئول: محمدعلی حیدری - ساری: بلوار امیر مازندرانی، خ وصال شیرازی، دانشکده پرستاری و مامائی نسیه ساری

Email: naiereh.aghaei@gmail.com

نیره آقائی - ساری: بلوار امیر مازندرانی، خ وصال شیرازی، دانشکده پرستاری و مامائی نسیه ساری

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده، پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استاد، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۶/۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۷/۶

مقدمه

بخش مراقبت ویژه یکی از پرتنش ترین و پراسترس ترین محیط های کاری در نظام سلامت است و پرستاری در این بخش، به عنوان یکی از تخصصی ترین شاخه های پرستاری شناخته می شود (۱، ۲). پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه، نسبت به سایر پرستاران، میزان بالاتری از فشارهای روانی و سطح پایین تری از سلامت روانی را تجربه می کنند که این موضوع می تواند تاثیر منفی بر کیفیت مراقبت های بهداشتی و ایمنی بیمار، داشته باشد (۳).

ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت مطلوب، یکی از اولویت های اصلی نظام های بهداشتی درمانی است (۴). از طرفی مراقبت پرستاری، ذاتا، با معنویت در هم تنیده شده است (۵، ۶). حضور معنویت در محیط های کاری، نقش موثری در بهبود عملکرد، افزایش صلاحیت کارکنان و ارتقاء سازمان ها ایفا می کند (۷). اهمیت معنویت در محیط کار به حدی است که می تواند برای سازمان ها، انسانیت و برای اجتماع فعالیت های مثبت و برای محیط مسئولیت پذیری را به همراه آورد (۸).

معنویت سازمانی به هویت سازمانی اشاره دارد که از ارزش ها، روش ها و تعاملات موجود در محیط کار شکل می گیرد (۹). این مفهوم شامل معنویت در سازمان و محل کار است و ممکن است ابعادی از معنویت فردی و سازمانی را در بر گیرد (۱۰). براساس نتایج مطالعه تئوفیلو و زیگا (Theofilou P. Zyga S)، بین معنویت و کیفیت در مراقبت های پرستاری (فنی، اطلاعاتی، غذایی، نظافت، سر و صدا، پرستاری و مجتمع هتل داری) ارتباط مثبت و معنی دار آماری وجود داشت (۱۱). از سوی دیگر، ذهن آگاهی به عنوان یکی از عوامل موثر در بهبود کیفیت کاری پرستاران مطرح است (۱۲). این مهارت می تواند به عنوان راهکاری برای کاهش استرس شغلی و حفظ سلامت روانی پرستاران در مدیریت کار بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۱۳). ذهن آگاهی به معنای آگاهی لحظه به لحظه و بدون قضاوت از

افکار و اعمال است که به فرد کمک می کند تا واقعیت ها را بهتر درک کند (۱۴). این مفهوم به عنوان روشی موثر در مدیریت هیجانات شناخته شده است و افراد را قادر می سازد تا با شرایط دشوار با پذیرش و آگاهی بیش تر مواجه شوند (۱۵، ۱۶). مطالعات نشان داده اند که تمرین ذهن آگاهی می تواند وضعیت روانی پرستاران را بهبود بخشیده، استرس شغلی را کاهش و کیفیت زندگی کاری پرستاران، رفاه مراقبین بهداشتی و نیز کیفیت مراقبت ارائه شده را افزایش دهد (۱۲، ۱۹-۱۷).

با توجه به فشارهای روانی بالا، حساسیت وضعیت بیماران و ضرورت ارائه مراقبت های دقیق و با کیفیت در بخش های مراقبت ویژه، توجه به عوامل موثر بر کیفیت مراقبت پرستاری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. معنویت سازمانی و ذهن آگاهی دو متغیر کلیدی هستند که بر عملکرد فردی پرستاران تاثیر می گذارند. اما مطالعه ای که به بررسی همزمان نقش این دو عامل در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری پرداخته باشد، در دسترس نبود. بنابراین پژوهش حاضر، با هدف تبیین نقش معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری در بخش های مراقبت ویژه (ICU) طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی، به بررسی نقش معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری در بخش های مراقبت های ویژه پرداخته است. جامعه آماری در این مطالعه، پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه (ICU) مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران از جمله مراکز بوعلی سینا، امام خمینی، فاطمه زهرا، زارع در ساری و رازی در قائم شهر می باشد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش های مراقبت های ویژه (ICU)، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، عدم

مصرف مواد مخدر، عدم مصرف قرص های آرامبخش و نداشتن سابقه بیماری روانی از طریق خود اظهاری بود. همچنین پرستارانی که بعد از موافقت برای شرکت در مطالعه، از ادامه همکاری و تکمیل پرسشنامه انصراف دادند و یا بیش از ۲۰ درصد سوالات پرسشنامه را پاسخ ندادند، از مطالعه خارج شدند.

با توجه به این که مطالعه ای در زمینه نقش معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری در بخش های مراقبت ویژه در دسترس نبود، پس از انجام مطالعه بر روی ۵۰ نمونه اولیه، همبستگی بین معنویت سازمانی و کیفیت مراقبت پرستاران (r) ۰/۲۸ حاصل گردید. با استفاده از فرمول زیر و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصدی و توان آزمون ۹۵ درصدی، تعداد ۱۶۰ نمونه مورد محاسبه قرار گرفت، اما با توجه به مطالعه همبستگی بین سه پرسشنامه در این مطالعه، تعداد ۲۲۷ نمونه جمع آوری شد.

$$n = \left[\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{0.5 * \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right]^2 + 3$$

روش نمونه گیری، به صورت طبقه ای و با تخصیص متناسب براساس جمعیت پرستاران هر بیمارستان انجام شد. بدین منظور مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند و تعداد نمونه در هر بیمارستان محاسبه شد. تعداد کل جامعه پژوهش ۳۴۰ نفر (۱۰۲ نفر از بیمارستان امام خمینی (ره)، ۷۳ نفر از بیمارستان بوعلی سینا، ۷۳ نفر از بیمارستان رازی قائمشهر، ۶۱ نفر از بیمارستان فاطمه زهرا (س) و ۳۲ نفر از بیمارستان زارع) بود. در نهایت بعد از در نظر گرفتن پرستاران واجد شرایط در هر بیمارستان بر اساس روش تصادفی و از طریق لیست تهیه شده از نرم افزار تصادفی سازی، ۷۵ نفر از بیمارستان امام خمینی، ۶۷ نفر از بیمارستان بوعلی سینا، ۵۸ نفر از بیمارستان رازی قائمشهر، ۱۷ نفر از بیمارستان فاطمه

زهرا و ۱۰ نفر از بیمارستان زارع در این مطالعه شرکت کردند.

ابزار گردآوری داده ها، شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳) شامل ۱۵ سوال، پرسشنامه معنویت سازمانی اشموس و دوچن (۲۰۰۰) شامل ۵۶ سوال و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری زراعتی و مسعودی علوی (۲۰۱۴) شامل ۵۰ سوال بود.

فرم اطلاعات جمعیت شناسی شامل متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت استخدامی، محل زندگی، وضعیت شیف کاری، نام بخش فعلی، میزان سابقه کاری در بخش فعلی، میزان سابقه کار در بخش های ویژه، میزان کل سابقه کاری و محل سکونت بودند.

جهت سنجش ذهن آگاهی از شاخص ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳) که یک مقیاس ۱۵ سوالی خود گزارش دهی است استفاده شد که میزان ذهن آگاهی مثبت را بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) اندازه می گیرد. از این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می آید که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیش تر است. همچنین نمره بین ۳۰-۱۵ نشان دهنده ذهن آگاهی ضعیف، نمره بین ۴۵-۳۰ نشان دهنده ذهن آگاهی متوسط و نمره بالاتر از ۴۵ نشان دهنده ذهن آگاهی بالا است. همسانی درونی سؤال های آزمون بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ درصد تا ۰/۸۷ درصد گزارش شده است. روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی، اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است (۲۰). در ایران سعیدی و همکاران (۱۴۰۰)، روایی پرسشنامه را به روش محتوایی تعیین کرده و پایایی را ۰/۸۲ گزارش نمودند (۱۹). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸ تعیین شده است.

به منظور سنجش معنویت سازمانی از پرسشنامه ۵۶ گویه ای اشموس و دوچن (۲۰۰۰) استفاده شد که دارای سه بعد فرد، واحد کاری و سازمان است و با طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم ۵ و کاملاً مخالفم ۱) به سنجش این ابعاد می پردازد. بعد معنویت در سطح فرد دارای ۱۹ گویه (سوالات ۱ تا ۱۹)، معنویت در سطح واحد کاری دارای ۱۶ گویه (سوالات ۱۹ تا ۳۵) و بعد معنویت در سطح سازمان دارای ۲۱ گویه (سوالات ۳۶ تا ۵۶) است. در این پرسشنامه سوالات ۱۴ تا ۱۹، ۲۸، ۵۳ و ۵۶ به صورت معکوس نمره گذاری شدند (۲۱). در پژوهش هادوی نژاد و همکار (۱۳۹۰) روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه در سطح فرد، واحد کاری و سازمان به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۲). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب α کرونباخ ۰/۹۲ تعیین شده است.

برای سنجش کیفیت مراقبت پرستاری از پرسشنامه زراعتی و مسعودی علوی (۲۰۱۴) استفاده شد که شامل ۵۰ گویه می باشد. گویه ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه ای ناکاربرد (۰)، نامطلوب (۱)، نسبتاً مطلوب است (۲)، مطلوب (۳) نمره گذاری شدند. در این ابزار، به مواردی که امکان اجرای آنها وجود نداشت (مانند زمانی که بیمار از ونتیلاتور جدا شده بود) نمره صفر اختصاص داده شد و این موارد در محاسبه امتیازات لحاظ نمی شدند. بنابراین نقطه برش ابزار قابل تعیین نبود. زراعتی و علوی (۱۳۹۳) روایی محتوا را گزارش کردند. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و نسبت اعتبار محتوا (CVR) این مقیاس به ترتیب ۰/۸۹۸ و ۰/۷۲۵ است. پایایی آن نیز با ضریب α کرونباخ ۰/۷۲۶ تعیین شد (۲۳). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب α کرونباخ ۰/۹ تعیین شده است.

پس از کسب مجوز اخلاق از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دریافت کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.662، پژوهشگر به بیمارستان های آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی مازندران شامل مرکز بوعلی سینا، امام خمینی، فاطمه زهرا و زارع در شهر ساری و نیز رازی قائم شهر مراجعه نمود. پس از اخذ مجوزهای لازم از مسئولین این مراکز، پژوهشگر به بخش های مراقبت های ویژه (ICU) معرفی شد. در ادامه پرستارانی که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند وارد مطالعه شدند. اهداف پژوهش توسط پژوهشگر، به صورت انفرادی برای آنها توضیح داده شد و پس از ایجاد اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، پرسشنامه ها، در بین شیفت های صبح، عصر و شب در اختیار آنها قرار داده شد. زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه ها حدود ۶۰ دقیقه بود و بعد از تکمیل، پرسشنامه ها توسط پژوهشگر جمع آوری شد. در مدت زمان ۴ ماه تمامی داده ها گردآوری شدند. حضور پژوهشگر در بیمارستان ها و تاکید مکرر به پرستاران باعث شد که نمونه ها به سوالات پرسشنامه به صورت کامل پاسخ دهند.

پرسشنامه های معنویت سازمانی و ذهن آگاهی توسط پرستاران بخش های مراقبت ویژه (ICU) و پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری توسط پژوهشگر تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS.22 استفاده شد و سطح معنی داری کم تر از ۵ درصد در نظر گرفته شد. داده های توصیفی با استفاده از شاخص های میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی گزارش گردید.

فرضیه نرمالیتی با آزمون کولموگروف اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، از آزمون های تی مستقل (مقایسه میانگین در دو گروه)، تحلیل واریانس یک راه (مقایسه میانگین در بیش از دو گروه) و رگرسیون خطی (جهت بررسی همزمان همه عوامل بر روی نمرات پرسشنامه ها) استفاده شد.

یافته ها

از بین ۲۲۷ پرستار مشارکت کننده در این مطالعه، ۶۹/۲ درصد (۱۵۷ نفر) زن، ۹۲/۵ درصد (۲۱۰ نفر) دارای سطح تحصیلات کارشناسی، ۶۲/۱ درصد (۱۴۱ نفر) متأهل

بودند. ۴۶/۷ درصد (۱۰۶ نفر) وضعیت استخدامی رسمی، ۹۴/۷ درصد (۲۱۵ نفر) دارای وضعیت شیفت در گردش و ۹۲/۱ درصد (۲۰۹ نفر) ساکن شهر بودند. میانگین سن پرستاران $31/72 \pm 6/22$ سال بود. میانگین کل سابقه کاری $7/66 \pm 5/75$ سال و میانگین سابقه کار در بخش آی سی یو $5/89 \pm 5/11$ سال و میانگین ساعات اضافه کار ماهیانه $64/12 \pm 24/94$ ساعت بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی و شغلی

تعداد (درصد)		
جنسیت	زن	۱۵۷ (۶۹/۲)
	مرد	۷۰ (۳۰/۸)
تحصیلات	کارشناسی	۲۱۰ (۹۲/۵)
	کارشناسی ارشد	۱۷ (۷/۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۸۶ (۳۷/۹)
	متاهل	۱۴۱ (۶۲/۱)
وضعیت شیفت کاری	صبح	۱۷ (۳/۱)
	شب	۱۵ (۲/۳)
	در گردش	۱۵ (۹۴/۷)
	طرحی و شرکی	۷۵ (۳۳/۷)
وضعیت استخدامی	قراردادی	۱۵ (۲/۳)
	پیمانی	۴۱ (۱۸/۱)
	رسمی	۱۰۶ (۴۶/۷)
محل سکونت	شهر	۲۰۹ (۹۲/۱)
	روستا	۱۸ (۷/۹)

معنویت سازمانی و کیفیت مراقبت پرستاری نمره بالاتری کسب کردند (به ترتیب $28/93 \pm 154/81$ در برابر $27/31 \pm 153/98$ و $19/94 \pm 115/30$ در برابر $21/35 \pm 113/39$) و میانگین نمره ذهن آگاهی در پرستاران متاهل و مجرد تقریباً مشابه بود.

با استفاده از آزمون تحلیل واریانس، بین میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری با نوع وضعیت استخدامی، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/036$) و افراد طرحی بالاترین نمره کیفیت مراقبت پرستاری را کسب کرده بودند (جدول شماره ۲). اما بین میانگین نمرات معنویت سازمانی و ذهن آگاهی با وضعیت استخدامی، رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول شماره ۳ و جدول شماره ۴).

جدول شماره ۲: تحلیل عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت پرستاری با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	ضریب	انحراف	فاصله اطمینان	سطح
	رگرسیونی	استاندارد	۹۵ درصد	معنی داری
جنسیت	۲/۰۹	۲/۹۴	-۳/۶۷، ۷/۸۵	۰/۴۷۷
تحصیلات	-۳/۹۴	۵/۲۸	-۱۴/۲۹، ۶/۴۲	۰/۴۵۶
وضعیت	۲/۷۳	۳/۱۷	-۳/۴۸، ۸/۹۴	۰/۳۸۹
تاهل	۸/۸۵	۴/۲۲	-۵/۸۱، ۱۷/۱۱	۰/۰۳۶
وضعیت	۰/۲۴	۶/۲۴	-۱۲/۱۹، ۱۲/۶۸	۰/۹۶۹
استخدامی	-۱/۸۸	۹/۲۱	-۱۹/۳۹، ۱۶/۱۷	۰/۸۳۸
قراردادی	-۷/۲۳	۳/۹۲	-۱۴/۹۲، ۰/۴۶	۰/۰۶۵
پیمانی	۴/۲۸	۷/۶۸	-۱۹/۳۳، ۱۱/۱۳	۰/۵۸۶
رسمی	-۱۳/۹۸	۹/۲۸	-۳۲/۱۸، ۵/۲۲	۰/۱۳۲
وضعیت	۲/۱۵	۴/۸۹	-۱۱/۷۵، ۷/۴۴	۰/۶۶۰
شیفت	۰/۳۹	۰/۴۱	-۰/۴۲، ۱/۲۰	۰/۳۴۶
در گردش	۰/۵۵	۰/۴۶	-۰/۳۶، ۱/۴۶	۰/۲۳۴
محل سکونت	۰/۰۵	۰/۰۶	-۰/۰۶، ۰/۱۷	۰/۳۶۴
روستا	-۰/۱۷	۰/۲۰	-۰/۵۶، ۰/۲۱	۰/۳۷۵
سن	۰/۲۴	۰/۲۰	-۰/۱۴، ۰/۶۳	۰/۲۰۹
سابقه در بخش (سال)	۰/۱۵	۰/۱۱	-۰/۰۶، ۰/۳۶	۰/۱۷۳
اضافه کار در ماه (ساعت)	۰/۰۸	۰/۱۴	-۰/۲۰، ۰/۳۶	۰/۵۷۸
ذهن آگاهی				
معنویت فردی				
معنویت واحد کاری				
معنویت سازمانی				

براساس آزمون تحلیل واریانس، بین میانگین نمرات معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت مراقبت پرستاری با وضعیت شیفت کاری، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). با استفاده از آزمون تی مستقل بین میانگین نمرات معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت

براساس نتایج آزمون آماری تی مستقل، تفاوت معنی‌داری آماری در میانگین نمرات پرسشنامه های معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت مراقبت پرستاری بین پرستاران زن و مرد مشاهده نشد. (به ترتیب $P = 0/086$ ، $P = 0/971$ ، $P = 0/341$). از نظر معنویت سازمانی، بیشترین نمره مربوط به مردان بود ($159/06 \pm 33/12$) در برابر $152/18 \pm 25/02$) و از نظر کیفیت مراقبت پرستاری، پرستاران زن، نمره بالاتری کسب کردند ($114/99 \pm 20/54$) در برابر $112/14 \pm 21/39$) و میانگین نمره ذهن آگاهی در پرستاران مرد و زن تقریباً مشابه (نزدیک به هم) بود (به ترتیب $62/43 \pm 10/70$ و $62/48 \pm 8/81$).

براساس آزمون آماری تی مستقل، در میانگین نمرات سه پرسشنامه معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت مراقبت پرستاری، اختلاف آماری معنی‌داری بین پرستاران متاهل و مجرد وجود نداشت (به ترتیب $P = 0/829$ ، $P = 0/570$ ، $P = 0/503$). اما مجردها در میانگین نمره

مراقبت پرستاری با وضعیت سکونت، اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

جدول شماره ۳: شناسایی عوامل موثر بر معنویت سازمانی با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	ضریب رگرسیونی	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معنی داری
جنسیت	-۸/۱۵	۳/۹۹	-۱۵/۹۷، ۰/۳۳	۰/۰۴۱
زن	پایه			
مرد	۸/۸۸	۷/۲۶	-۵/۴۶، ۲۲/۰۲	۰/۲۲۷
تحصیلات	پایه			
کارشناسی	۰/۰۴۳	۴/۳۸	-۸/۵۵، ۸/۶۱	۰/۹۹۴
کارشناسی ارشد	پایه			
وضعیت تاهل	پایه			
مجرد	۸/۲۸	۵/۷۷	-۳/۰۲، ۱۹/۵۸	۰/۱۵۱
متاهل	۵/۲۰	۸/۷۰	-۱۱/۸۵، ۲۲/۲۴	۰/۵۵۰
وضعیت	۷/۵۸	۱۲/۷۱	-۱۷/۳۳، ۳۲/۴۹	۰/۵۵۱
طرحی	۱۰/۲۱	۵/۳۷	-۰/۳۲، ۲۰/۷۴	۰/۰۵۷
استخدامی	پایه			
شرکی	۰/۰۷	۱۰/۸۹	-۲۱/۰۸، ۲۱/۲۳	۰/۹۹۵
قراردادی	۱۰/۹۰	۱۲/۷۸	-۱۴/۱۴، ۳۵/۹۵	۰/۳۹۴
پیمانی	پایه			
رسمی	-۱/۳۱	۶/۷۶	-۱۴/۵۶، ۰/۰۴	۰/۸۴۷
وضعیت	پایه			
صبح	۱/۰۴	۰/۵۷	-۰/۰۶، ۲/۱۵	۰/۰۶۵
شب	-۰/۸۶	۰/۶۴	-۲/۱۱، ۰/۳۹	۰/۱۷۷
در گردش	-۰/۰۱	۰/۰۸	-۰/۱۶، ۰/۱۶	۰/۹۸۶
محل سکونت				
شهر				
روستا				
سن				
سابقه در بخش (سال)				
اضافه کار در ماه (ساعت)				

جدول شماره ۴: تحلیل عوامل موثر بر ذهن آگاهی پرستاران با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	ضریب رگرسیونی	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معنی داری
جنسیت	۰/۶۳	۱/۳۵	-۲/۰۱، ۳/۲۶	۰/۶۴۲
زن	پایه			
مرد	-۲/۶۲	۲/۴۵	-۷/۴۳، ۲/۱۸	۰/۲۸۵
تحصیلات	پایه			
کارشناسی	۰/۱۳	۱/۴۸	-۲/۷۶، ۳/۰۳	۰/۸۲۹
کارشناسی ارشد	پایه			
وضعیت تاهل	پایه			
مجرد	-۱/۸۶	۱/۹۵	-۵/۶۷، ۱/۹۶	۰/۳۴۰
متاهل	-۳/۶۸	۲/۹۳	-۹/۴۳، ۲/۰۷	۰/۲۰۹
وضعیت	۳/۳۵	۴/۲۸	-۱۱/۷۵، ۵/۰۶	۰/۴۳۵
طرحی	۱/۳۱	۱/۸۱	-۲/۲۴، ۴/۸۷	۰/۴۶۸
استخدامی	پایه			
شرکی	۶/۹۲	۳/۶۴	-۱۴/۰۶، ۰/۲۲	۰/۰۵۷
قراردادی	۱/۹۲	۴/۳۱	-۱۰/۳۷، ۶/۵۴	۰/۶۵۷
پیمانی	پایه			
رسمی	-۰/۵۶	۲/۲۸	-۵/۰۳، ۳/۹۲	۰/۸۰۷
وضعیت	پایه			
صبح	۰/۰۱	۰/۱۹	-۰/۳۷، ۰/۳۸	۰/۹۷۶
شب	-۰/۲۰	۰/۲۱	-۰/۶۲، ۰/۲۲	۰/۳۵۸
در گردش	۰/۰۶	۰/۰۳	-۰/۰۱، ۰/۱۱	۰/۰۲۹
محل سکونت				
شهر				
روستا				
سن				
سابقه در بخش (سال)				
اضافه کار در ماه (ساعت)				

به منظور کنترل همزمان همه متغیرها و شناسایی عوامل موثر بر نمره کیفیت مراقبت پرستاری از تحلیل رگرسیون

خطی چندگانه استفاده گردید و ضریب تعیین (R^2) در این مدل ۰/۳۳ برآورد گردید. نمره کیفیت مراقبت پرستاری با وضعیت استخدامی ارتباط معنی داری داشت ($P = 0/036$). میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری در افراد با وضعیت استخدامی طرحی ۸/۸۵ واحد بیش تر از پرستاران رسمی بود (جدول شماره ۲).

جهت کنترل همزمان همه متغیرها و شناسایی عوامل موثر بر نمره معنویت سازمانی از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد و ضریب تعیین (R^2) در این مدل ۰/۲۵ برآورد گردید. نمره معنویت با جنسیت دارای ارتباط معنادار بود ($P = 0/041$). میانگین نمره معنویت پرستاران زن ۸/۱۵ واحد کم تر از پرستاران مرد بود (جدول شماره ۳). جهت کنترل همزمان همه متغیرها و شناسایی عوامل موثر بر نمره ذهن آگاهی پرستاران از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد و ضریب تعیین (R^2) در این مدل ۰/۳۷ برآورد گردید. نمره ذهن آگاهی پرستاران با تعداد ساعت اضافه کاری پرستاران ارتباط معنادار داشت ($P = 0/029$). به ازای افزایش هر ساعت اضافه کاری پرستاران، نمره ذهن آگاهی ۰/۰۱ واحد افزایش می یابد (جدول شماره ۴).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین بررسی نقش معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری در بخش های مراقبت های ویژه (ICU) در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

براساس یافته های مطالعه حاضر، معنویت سازمانی نقشی در پیش بینی نمره کیفیت مراقبت پرستاری نداشت. مغایر با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۸) نشانگر نقش مهم معنویت در سلامت، خوب بودن و کیفیت زندگی بیماران و کیفیت خدمات ارائه شده توسط پرستاران بود (۷). نتایج مطالعه امیری (۱۳۹۸) در شهر کرمانشاه نشان داد که بین کیفیت مراقبت پرستاری با

مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله معناسازی شخصی و آگاهی متعالی و مؤلفه‌های هوش هیجانی از جمله درک عواطف و احساس‌های خود و دیگران و خوش‌بینی و نگرش مثبت، رابطه معکوس و معنی‌داری جود دارد (۲۴). در مطالعه مروری یکپارچه داس سانتوس و همکاران (۲۰۲۱)، در کشور برزیل، نشان داد که معنویت بر کیفیت مراقبت پرستاری موثر بوده و درمان‌های معنوی در مراقبت‌های جامع پرستاری، در بیماری‌های مزمن، در موقعیت‌های بحرانی مانند همه‌گیری بیماری کرونا ۲۰۱۹ و ارتقای خوب بودن (بهزیستی) موثر بوده است (۲۵). تفاوت در جامعه مورد پژوهش و محدود بودن مطالعه حاضر به بخش‌های آی سی یو می‌تواند یکی از دلایل تفاوت نتایج باشد. هم‌چنین با توجه به شرایط ناپایدار بیماران بخش آی سی یو و مبتنی بر نیاز بودن انجام برخی مراقبت‌ها، نیاز به انجام مستمر مراقبت‌ها، نقش رده‌های مختلف کادر درمانی و مشارکت آن‌ها در ارائه مراقبت‌ها و قابل تفکیک نبودن کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط هر رده درمانی برای این بیماران، ممکن است مراقبت ارائه شده بیانگر کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پرستاران جامعه پژوهش نباشد. براساس نتایج مطالعه حاضر، ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت مراقبت پرستاری نقشی نداشت. مغایر با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه سعیدی و همکاران (۱۴۰۱)، نشان داد بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی کاری پرستاران، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۹). در مطالعه بادل شموشکی و همکاران (۱۴۰۰)، بین دو متغیر ذهن آگاهی و استرس شغلی همبستگی منفی وجود داشت (۲۶). در مطالعه کارخواه و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان ارزیابی ذهن آگاهی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پرستاری، بین سن و بعد "توصیف" ذهن آگاهی و نیز بین بعد "مشاهده" ذهن آگاهی و تجربه رویدادهای استرس‌زا طی شش ماه گذشته رابطه معناداری وجود داشت (۲۷). نتایج مطالعه Zhao و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که به وضوح بین ذهن آگاهی به عنوان یک ویژگی شخصی و فرسودگی

شغلی در میان پرستاران چینی همبستگی وجود دارد (۲۸). در مطالعات فوق‌الذکر همه متغیرها در پرستاران قابل ارزیابی بود، اما در مطالعه حاضر متغیر کیفیت مراقبت پرستاری براساس شرایط بیمار ارزیابی می‌شد که می‌تواند دلیلی بر تفاوت مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده باشد.

براساس نتایج مطالعه حاضر، از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، نمره کیفیت مراقبت پرستاری با وضعیت استخدامی ارتباط معنی‌داری داشت و میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری در افراد با وضعیت استخدامی طرحی ۸/۸۵ واحد بیش‌تر از پرستاران رسمی بود. اما بین نمرات معنویت سازمانی و ذهن آگاهی با وضعیت استخدامی رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. احتمال می‌رود پرستاران طرحی که فاصله زمانی اندکی از دوران تحصیل آن‌ها گذشته است، سعی می‌کنند اصولی‌تر و با دقت بیش‌تر کار کنند، حساسیت بیش‌تری در انجام کیفیت مراقبت‌های پرستاری داشته باشند و در انجام اقدامات مراقبتی، محتاط‌تر باشند. ولی بعد چند سال کار کردن، ممکن است روتین محور شوند و دقت و کیفیت قبل را در انجام مراقبت‌ها نداشته باشند. در مطالعه حاضر، نمره معنویت سازمانی با جنسیت، دارای ارتباط معنی‌دار بود. میانگین نمره معنویت پرستاران زن ۸/۱۵ واحد کم‌تر از پرستاران مرد بود. اما بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی با نمره معنویت سازمانی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. در این مطالعه، تعداد پرستاران زن بیش‌تر از دو برابر پرستاران مرد مشارکت‌کننده بود که می‌تواند بر نتایج مطالعه، تاثیرگذار باشد.

براساس نتایج مطالعه حاضر، بین نمره ذهن آگاهی و تعداد ساعات اضافه کاری پرستاران، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. به طوری که با افزایش هر ساعت اضافه کاری، نمره ذهن آگاهی ۰/۰۱ واحد افزایش یافت. اما بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمره ذهن آگاهی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود

نداشت. براساس نتایج مطالعه حاضر، با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره معنویت سازمانی کاهش و میانگین نمره‌های کیفیت مراقبت پرستاری و ذهن آگاهی افزایش یافت. اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. به نظر می‌رسد افزایش سطح تحصیلات، می‌تواند آگاهی پرسنل را نسبت به ارائه مراقبت به بیماران افزایش داده و همچنین سبب افزایش ذهن آگاهی و توجه در پرستاران شود. هم‌چنین اکثر پرستاران دارای مدرک کارشناسی (۹۲/۵ درصد) بودند. به نظر می‌رسد با توجه به حجم بالای کاری و نبود امکانات رفاهی جهت ادامه تحصیل و نیز استقبال نکردن مدیران در به‌کارگیری افراد دارای مدرک بالاتر در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی، افراد تمایلی برای ادامه تحصیل ندارند. بنابراین تعداد کم پرستاران با مدرک بالاتر از کارشناسی در این مطالعه، می‌تواند توجیهی در این زمینه باشد.

براساس نتایج مطالعه حاضر، اختلاف آماری معنی‌داری بین پرستاران مجرد و متاهل در زمینه معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت مراقبت پرستاری وجود نداشت. اما پرستاران مجرد، نمره بالاتری در زمینه معنویت سازمان و کیفیت مراقبت پرستاری کسب کردند. نمره ذهن آگاهی بین پرستاران متاهل و مجرد تقریباً مشابه هم بود. به نظر می‌رسد پرستاران متاهل به دلیل داشتن دغدغه و مشکلات بیش‌تر نمره کم‌تری در شاخص معنویت سازمانی و کیفیت مراقبت پرستاری دارند. از طرفی به دلیل این که پرستاران مجرد اغلب به تازگی فارغ التحصیل شده‌اند و اقدامات درمانی را بیش‌تر به شکل پراتیکی انجام می‌دهند، نمره بالاتری در کیفیت مراقبت پرستاری به دست آورده‌اند.

براساس نتایج مطالعه حاضر، در زمینه معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت مراقبت پرستاری، اختلاف آماری معنی‌داری بین نوع شیفت پرستاران وجود نداشت. به نظر می‌رسد چون پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه، اکثراً در گردش بودند و تعداد

کم‌تری صرفاً در شیفت ثابت صبح و شب بودند، بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد.

در زمینه معنویت سازمانی، ذهن آگاهی و کیفیت مراقبت پرستاری، اختلاف آماری معنی‌داری بین محل سکونت پرستاران وجود نداشت. چون اکثر پرستاران شرکت‌کننده ساکن شهر بودند، می‌تواند توجیهی بر این امر باشد.

میانگین سن پرستاران $31/72 \pm 6/22$ سال بود. به نظر می‌رسد با توجه به سختی کار در بخش‌های ویژه و لزوم داشتن توان جسمی بالاتر برای ارائه خدمات پرستاری به بیماران، افراد با سن بیش‌تر، کم‌تر تمایل به کار در بخش‌های ویژه دارند و اغلب نیروهای شاغل در بخش‌های ویژه جوان و کم‌سن هستند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به احساس خستگی شرکت‌کنندگان هنگام پاسخ‌گویی، به دلیل حجم کاری بالا در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اشاره کرد. به منظور کاهش اثر این عامل مدت زمان ۶۰ دقیقه جهت تکمیل پرسشنامه‌ها اختصاص داده شد.

از محدودیت دیگر این پژوهش، نحوه تکمیل پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری در بخش ویژه توسط محقق بود، که با توجه به پیوسته و مداوم فرآیند مراقبت پرستاری، تفکیک انجام مراقبت‌ها در هر شیفت به سختی قابل تفکیک بوده است و ماهیت پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری در بخش آی‌سی‌یو بود که ایجاب می‌کرد توسط فرد دیگری غیر از پرستار مشارکت‌کننده در مطالعه انجام شود.

براساس نتایج مطالعه حاضر متغیرهای معنویت سازمانی و ذهن آگاهی توانایی پیش‌بینی کیفیت مراقبت پرستاری را نداشتند. با این حال از میان متغیرهای جمعیت شناختی، نمره کیفیت مراقبت پرستاری با وضعیت استخدامی ارتباط آماری معنی‌داری داشت. به طوری که میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران با وضعیت استخدامی طرحی بالاتر از پرستاران رسمی بود.

سپاسگزاری

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و پرستاران شاغل در بخش های ویژه (آی سی یو) که در اجرای این مطالعه تیم تحقیق را همراهی نموده اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

به دلیل نحوه تکمیل پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری توسط محقق، پیشنهاد می شود محقق در طول شیف کاری در بخش به عنوان ناظر بر ارائه مراقبت پرستاری حضور داشته باشد و کیفیت مراقبت پرستاری توسط پرستاری که در مطالعه شرکت کرده را ارزیابی نماید تا بتوان ارتباط بین معنویت سازمانی و ذهن آگاهی در پرستار را با کیفیت مراقبت پرستاری دقیق تر ارزیابی کرد.

References

1. Alnaiem MS, Mansour AY, Nemir MJ, Fadlalmola HA, Awad HMA. Effect of Stress level and Burnout on Quality of Care and Patients Satisfaction among Critical Care Nurses. *Int Egypt J Nurs Sci Res* 2022; 2(2): 269-277.
2. López-Entrambasaguas OM, Calero-García MJ, Díaz-Meco-Niño AM, Martínez-Linares JM. Quality assurance in nursing education: A qualitative study involving students and newly graduated nurses. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(1): 240. PMID: 31905756.
3. Melnyk BM, Tan A, Hsieh AP, Gawlik K, Arslanian-Engoren C, Braun LT, et al. Critical care nurses' physical and mental health, worksite wellness support, and medical errors. *Am J Crit Care* 2021; 30(3): 176-184. PMID: 34161980.
4. Sabzianpur Z, Nuri S. Effect of spiritual intelligence on quality of nursing care of educational and treatment hospitals in Hamadan. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2019; 27(1): 18-24.
5. Ali G, Snowden M, Wattis J, Rogers M. Spirituality in nursing education: knowledge and practice gaps. *Int J Multidiscip Comp Stud* 2018; 5(1-3): 27-49.
6. Hawthorne DM, Gordon SC. The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *J Holist Nurs* 2020; 38(1): 147-155. PMID: 31777306.
7. Ahmadi YAM, Babatbar H. The Effect of Spirituality on the Quality of Nursing Care. *J Nurs Coll Islam Repub Iran Army* 2019; 19(1): 38-44.
8. Gholipour R, Samadi Miarkolaei H, Samadi Miarkolaei H. A study on impact of psychological empowerment on knowledge sharing culture case study of female employees of ministry of education in Mazandaran province. *Womens Stud Sociol Psychol* 2015; 13(4): 181-203.
9. Rocha RG, Pinheiro PG. Organizational spirituality and knowledge management supporting organizational practical wisdom. *Spirit Stud* 2021; 7(1): 68-83.
10. Goltz SM. Team spiritual power: A resource for managing toxic leadership. *J Manag Spiritual Relig* 2023; 20(5): 499-525.
11. Theofilou P, Zyga S. Quality of nursing care: the contribution of empathy, spiritual beliefs and incentives on nursing staff. *Hell J Nurs Sci* 2009; 13(1): 58-66.
12. Chmielewski J, Łoś K, Łuczyński W. Mindfulness in healthcare professionals

- and medical education. *Int J Occup Med Environ Health* 2020; 34(1): 1-14.
13. Penque S. Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nurs Manag* 2019; 50(5): 38-44.
 14. Petchsawang P, McLean GN. Workplace spirituality, mindfulness meditation, and work engagement. *J Manag Spiritual Relig* 2017; 14(3): 216-244. PMID: 33223537.
 15. Lee M, Park H. Socio-cognitive mindfulness in nursing: A scoping review. *PLoS One* 2024; 19(4): e0300459. PMID: 38683805.
 16. Bernstein S. Being present: Mindfulness and nursing practice. *Nursing* 2019; 49(6): 14-17. PMID: 31124847.
 17. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *J Adv Nurs* 2017; 73(5): 1017-1034. PMID: 27706912.
 18. Badeleh Shamooshaki MT. The relationship between Mindfulness and job stress in nurses. *Occup Med Q J* 2021; 13(1): 53-61.
 19. Saeidi S, Vakili Y, Emadi F, Goudarzvand Chegini M, Nooripour R. Role of Mindfulness and Work Engagement in Predicting the Quality of Working Life of nurses. *Career Organ Couns* 2022; 14(2): 95-112.
 20. Mazaheri M, Zabihzadeh A, Malekzadeh L. The role of the big five personality factors in mindfulness. *Res Cogn Behav Sci* 2014; 4(1): 103-114.
 21. Ashmos DP, Duchon D. Spirituality at work: A conceptualization and measure. *J Manag Inq* 2000; 9(2): 134-145.
 22. Baarz M, Hadovinajad A. The Relationship Between Perception of Organizational Politics and Organizational Citizenship Behavior in Public Universities in Tehran: Explaining the Moderating Role of Organizational Spirituality. *Manag Res Iran* 2021; 15(2): 181-204.
 23. Zeraati M, Masoudi Alavi N. Designing and validity evaluation of quality of nursing care scale in intensive care units. *J Nurs Meas* 2014; 22(3): 461-471. PMID: 25608432.
 24. Amiri Z, Amiri H. Evaluation of the Relationship between Spiritual and Emotional Intelligence with Nursing Care Quality in Nurses Working in Ayatollah Taleghani Hospital in Kermanshah, Iran in 2018. *Sci J Nurs Midwifery Paramed Fac* 2019; 5(1): 82-93.
 25. dos Santos CS, de Souza RC, Silva TN, dos Santos VTC, dos Santos JE. Spiritual therapies in nursing care: an integrative review. *J Nurs Health* 2021; 11(2): e211121.
 26. T BSM, H SY, E S. The Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurses' job Stress. *Iran J Psychiatr Nurs* 2021; 8(6): 53-61.
 27. Karkhah S, Bazzi A, Adyani SM, Ghazanfari MJ. Mindfulness and related factors among Iranian nursing students: A cross-sectional study. *J Curr Biomed Rep* 2021; 2(4): 185-191.
 28. Zhao J, Li X, Xiao H, Cui N, Sun L, Xu Y. Mindfulness and burnout among bedside registered nurses: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci* 2019; 21(1): 126-131. PMID: 30520222.