

Design and Psychometric Properties of Clinical Nurses Time Management Competency Questionnaire

Mehdi Talebi¹, Fazlollah Ahmadi*², Anoshirvan Kazemnejad³

1. PhD Student, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Professors, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Article Info

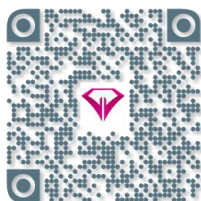
Received: 2018/11/05;
Accepted: 2018/12/11;
Published Online: 2019/03/27



[10.30699/sjhnmf.27.4.231](https://doi.org/10.30699/sjhnmf.27.4.231)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Due to the time constraints in the nursing system, it seems necessary to assess the time management competency of clinical nurses. Time management has sociocultural nature. Existing time management tools have not considered social aspects of time management. The purpose of this study was to design a questionnaire for assessing the social component of time management competency in clinical nurses population.

Methods: This research was carried out with a explanatory sequential mixed methods design. First, qualitative study and using the grounded theory method, the concept of social components of time management competency of clinical nurses was explained. Based on quotations, the items of the initial questionnaire was generated and then the face and content validity was determined by using the quantitative and qualitative methods. The construct validity was determined with the exploratory factor analysis. The reliability was approved with the measurement of internal consistency using Cronbach's alpha coefficient and the stability assessed using a test-retest (Interclass correlation coefficient) method..

Results: Of the first 41 items, 36 items entered into the exploratory factor analysis after calculating the impact score of items with values higher than 1.5, content validity ratio higher than 0.53, content validity index higher than 0.79, and item analysis. In construct validity step, 29 items was grouped into 6 factors. The internal consistency of the questionnaire was 0.858 and the stability (ICC) of the questionnaire was 0.906. These 6 factors explained 46.714 % of the variance of the Questionnaire

Conclusion: The questionnaire, according to its designation, can be used to assess the social components of time management competency of clinical nurses.

Keywords: Questionnaire design, Time management, Clinical nurse

Corresponding Information:

Fazlollah Ahmadi, Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: ahmadif@modares.ac.ir

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

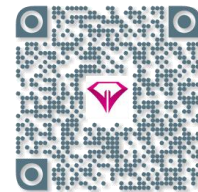
Talebi M, Ahmadi F, Kazemnejad A. Design and Psychometric Properties of a Tool for Assessing the Clinical Nurses' Time Management Competency. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (4):231-241

طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی شایستگی مدیریت زمان پرستاران بالینی

مهدی طالبی^۱، فضل‌الله احمدی^۲، انوشیروان کاظم‌نژاد^۳

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
 ۲. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
 ۳. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۸/۱۴	مقدمه: باتوجه به محدودیت زمان در سیستم پرستاری، ارزیابی شایستگی مدیریت زمان پرستاران بالینی ضروری به نظر می‌رسد. مدیریت زمان ماهیت فرهنگی و اجتماعی دارد. ابزارهای موجود توجهی به ویژگی‌های اجتماعی مدیریت زمان نکرده‌اند. هدف مطالعه حاضر طراحی یک پرسشنامه برای ارزیابی شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی در پرستاران بالینی بود.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۰	روش کار: این پژوهش به روش ترکیبی با رویکرد متوالی اکتشافی انجام گرفت. ابتدا با یک مطالعه از نوع کیفی و به روش گراندد ثنوری، مفهوم شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی در پرستاران بالینی تبیین شد. براساس نقل قول‌ها، گویه‌های پرسشنامه اولیه تدوین شد تعیین روایی با اندازه گیری روایی صوری و محتوی به دو روش کمی و کیفی و تعیین روایی سازه با روش تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. تعیین پایایی با اندازه گیری همسانی درونی به روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ و تعیین ثبات با روش آزمون - بازآزمون (ضریب هم بستگی درون خوشه ای) انجام شد.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۷	یافته‌ها: از ۴۱ گویه اولیه، ۳۶ گویه پس از محاسبه شاخص تأثیر آیتم با مقادیر بالاتر از ۰/۱۵، نسبت روایی بالاتر از ۰/۵۳، محتوای شاخص روایی محتوای بالاتر از ۰/۷۹ و تحلیل گویه، وارد تحلیل عامل اکتشافی شدند. در گام تعیین روایی سازه، ۲۹ گویه با استفاده از روش نمودار سنگ‌ریزه در ۶ عامل گروه‌بندی شدند. هم‌سانی درونی پرسشنامه ۰/۸۵۸ و ثبات پرسشنامه ۰/۹۰۶ بود. این ۶ عامل در مجموع ۷۱۴/۴۶ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین نمود.
نویسنده مسئول: فضل‌الله احمدی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران پست الکترونیک: ahmadif@modares.ac.ir	نتیجه‌گیری: پرسشنامه با توجه به ویژگی‌هایی که دارد، می‌تواند به منظور ارزیابی شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی پرستاران بالینی، مورد استفاده قرار گیرد.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	کلیدواژه‌ها: طراحی پرسشنامه، مدیریت زمان، پرستاران بالینی



مقدمه

بیمار است؛ بنابراین زمان نیز ضروری‌ترین فاکتور در مدیریت بهتر بیمار است [۷]. به اعتقاد پرستاران، به‌منظور بهره‌وری باید از زمان به شکل مناسب استفاده کرد [۸]؛ درحالی‌که پرستاران از مدیریت زمان نامناسب خود شکایت دارند [۹]. مدیریت زمان به مدیریت فعالیت‌های فرد با هدف اطمینان از اینکه فعالیت مدنظر در بازه زمانی در دسترس، یا اختصاص داده شده به پایان برسد اشاره می‌کند [۱۰]. در ابزارهای ارزیابی پرستاران، شایستگی مدیریت زمان یکی از سازه‌های مورد استفاده برای بررسی شایستگی پرستاران بالینی است [۱۱، ۱۲]. چالشی که در تعریف و سازه‌های ابزارهای مدیریت زمان موجود وجود دارد، بی‌توجهی به زمینه‌های اجتماعی در سازمان‌هاست. در این ابزارها زمینه‌های اجتماعی مانند

در مقوله پرستاری، افزون بر متاپارادایم‌های شخص، سلامت، محیط و پرستاری، متاپارادایم دیگری به نام «زمان» افزوده شده است؛ زیرا امروزه زمان عنصری مهم در مداخلات درمانی به حساب می‌آید [۱، ۲]. پرستاران در کنار وظیفه مراقبت، مدیریت انواع منابع را نیز بر عهده دارند [۳]. در مدیریت، زمان یکی از منابع ناملموس است که نقشی مهم در به‌کارگیری سایر منابع سازمان دارد [۴]. امروزه سیستم‌های مراقبت از سلامت به‌واسطه مدرن‌شدن و تغییرات نقش پرستاران متعاقب آن، متهم به تأثیرات منفی در دسترسی به زمان و استفاده از آن در پرستاری شده‌اند؛ از این‌رو پرستاری معمولاً با کمبود زمان برای مراقبت از بیماری توصیف می‌شود [۵]. در سیستم پرستاری، زمان همان مراقبت است [۶]. مدیریت زمان مهم‌ترین قسمت مراقبت از

بر اساس این الگو، چهار گام اساسی طراحی ابزار به ترتیب ذیل می باشد:

۱. انتخاب مدلی مفهومی به منظور تعیین ابعاد موضوع مورد مطالعه: مفهومی که ابزار مدنظر قرار است آن را بسنجد باید به روشنی تعریف شود.
۲. تعیین اهداف سنجش: واضح سازی اهداف یا همان مشخص کردن حیطه های مفهوم.
۳. تدوین طرح اولیه: تعیین حیطه های اختصاصی تر قابل اندازه گیری مفهوم و تعیین تعداد مناسب آنها.
۴. ساخت ابزار اندازه گیری: روند اجرایی مراحل پیشگفت، تنظیم گویه و قوانین و روند نمره دهی [۲۲].

در گام قضاوت، ابتدا روایی صوری کمی با بررسی ضریب تأثیر گویه با استفاده از ۱۰ نفر از آزمودنی ها و سپس روایی صوری کیفی با استفاده از ۵ نفر از آزمودنی ها انجام شد. در روایی صوری کیفی، ابهام ها و اشکال در درک کلمات، سوء تعبیرها، دشواری، تناسب آیتم با هدف ابزار و در روایی صوری کمی، اهمیت هر آیتم بررسی شد [۲۳]. تعیین ضریب تأثیر (Impact Score) به این شکل بود که گروه هدف اهمیت هر عبارت را در طیف لیکرت ۵ قسمتی شامل کاملاً مهم است (۵)، تا اندازه های مهم است (۴)، به طور متوسط مهم است (۳)، اندکی مهم است (۲) و اصلاً مهم نیست (۱) مشخص کردند [۲۴]. در گام بعد، به منظور بررسی روایی محتوا، طبق معیارهای Hynes، ابتدا روایی کیفی محتوا با استفاده از ۵ متخصص انجام شد [۲۵]. سپس روایی محتوا کمی با استفاده از دو روش نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) و با استفاده از نظرات ۱۳ متخصص ابزارسازی و مدیریت پرستاری بررسی شد و در نهایت به منظور روایی سازه، تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. شاخص ضریب تأثیر آیتم با مقادیر بالاتر از ۱/۵، نسبت روایی بالاتر از ۰/۵۳۱ و محتوای شاخص روایی محتوای بالاتر از ۰/۷۹، معیارهای استفاده شده در این مطالعه بودند [۲۶]. به منظور بررسی پایایی ابزار از آزمون های همسانی درونی و ثبات (با استفاده از ۵۰ نفر آزمودنی) استفاده شد. پیش از ورود به گام روایی سازه، تحلیل گویه ها به منظور بررسی اعتبار آنها صورت گرفت. مبنای حذف گویه، همبستگی میان متغیرها (Corrected Item-Total Correlation) منفی یا کمتر از ۰/۱ بود. در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی، نمونه گیری به صورت دردسترس انجام شد. در برخی منابع، تعداد نمونه ۱۰۰ ضعیف، ۲۰۰ نسبتاً خوب، ۳۰۰ خوب، ۵۰۰ خیلی خوب و ۱۰۰۰ عالی شمرده می شود [۲۷]. براساس برخی منابع، تعداد نمونه ۳ تا ۱۰ برابر گویه ها یا ۱۰۰ تا ۲۰۰ نفر مناسب

ارتباطات کاری بین همکاران، مدیران و مشتریان مدنظر قرار نگرفته است [۱۳]. در تئوری های مربوط به زمان در سیستم پرستاری به زمینه های اجتماعی اشاره شده است. پرستاران طی فرآیند اجتماعی تصمیم می گیرند که چطور فعالیت های خود را سازمان دهی کنند [۱۴]. در سیستم پرستاری، مدیریت زمان مفهومی پیچیده است که چشم پوشی از دیگران، تیم و سازمان و بی توجهی به آنها سبب استمرار فردیت گرایی و دیدگاه مدیریت زمان فردی می شود [۱۵]. براساس نتایج پژوهش ها رفتارهای مدیریت زمان به متغیرهای فردی و فرهنگ بستگی دارد [۱۶، ۱۷]. در سیستم پرستاری، فرهنگ سازمانی نیز در مدیریت زمان پرستاران تأثیرگذار است [۱۸]؛ بنابراین با توجه به نبود ابزار اختصاصی برای بررسی شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه های اجتماعی پرستاران بالینی، جای خالی ابزار اختصاصی، متناسب با ویژگی های شغلی جامعه پرستاران بالینی، فرآیندهای اجتماعی و فرهنگ متأثر از زمینه پرستاری احساس شد.

روش بررسی

نظر به بی توجهی به فرآیندهای اجتماعی در ابزارهای مدیریت زمان عمومی موجود و وابسته به زمینه بودن شایستگی مدیریت زمان، ابتدا یک مطالعه از نوع کیفی و به روش گراند تئوری انجام شد. شناخت چارچوب مفهومی جدید از طریق پژوهش های کیفی امکان پذیر و میسر می باشد [۱۹]. پس از این مرحله، با استفاده از فرآیندهای سایکومتریکی لازم بود تا شایستگی مدیریت زمان به شکل کمی و صحیح اندازه گیری شود. با توجه به مطالب پیشگفت، ابتدا پژوهشگر به دنبال جمع آوری اطلاعات کیفی بود تا از آن برای ایجاد ابعاد و گویه های اولیه ابزار استفاده کند و سپس برای تأیید آنها روش های کمی به منظور تبیین روابط به دست آمده از یافته های اطلاعات کیفی نیازمند بود؛ از این رو در این مطالعه، از روش ترکیبی با رویکرد متوالی اکتشافی استفاده شد [۲۰]. در بخش کیفی، از روش گراند تئوری استفاده شد. بدین منظور با ۲۱ مشارکت کننده پرستار بالینی، سرپرستار، سوپروایزر بالینی و مدیر پرستاری مصاحبه چهره به چهره انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده های کیفی از نسخه ۲۰۰۸ Strauss و Corbin استفاده شد [۲۱]. سپس به منظور انجام دادن گام دوم مطالعه (طراحی ابزار و روان سنجی آن)، دو گام «توسعه» ابزار و «قضاوت» به کار گرفته شد. در فاز توسعه، از الگوی چهار مرحله ای ساخت ابزار Waltz و همکاران (۲۰۱۰) استفاده شد [۲۲].

یافته‌ها

در بخش روان‌سنجی مطالعه، ۶۶/۷ درصد مشارکت‌کنندگان مذکر بودند. بیشتر آنها (۴۰/۸ درصد) در گروه سنی ۲۵-۳۰ سال و ۱/۵ درصد در گروه بالای ۵۰ سال بودند و به عبارت دیگر کمترین مشارکت را در مطالعه داشتند. همچنین تحصیلات بیشتر مشارکت‌کنندگان (۷۸ درصد) در سطح کارشناسی بود. افزون بر این، ۳۳/۴ درصد آنها بین ۵-۱۰ سال، ۲۵/۵ درصد بین ۱۰-۱۵ سال، ۲۳/۹ درصد کمتر از ۵ سال، ۱۲/۲ درصد بین ۱۵-۲۰ سال و ۵ درصد بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند. ۷۲/۸ درصد مشارکت‌کنندگان در بیمارستان‌های دانشگاهی آموزشی، ۱۲/۳ درصد در بیمارستان‌های متعلق به سازمان تأمین اجتماعی، ۸/۹ درصد در بیمارستان‌های غیرآموزشی و ۶ درصد آنها در دیگر بیمارستان‌ها (خصوصی، خیریه و...) مشغول به کار بودند. همچنین ۳۰/۳ درصد مشارکت‌کنندگان در بخش‌های داخلی، ۲۱/۲ درصد در بخش‌های جراحی، ۱۷ درصد در بخش اورژانس، ۱۰/۲ درصد در بخش‌های ویژه، ۸/۵ درصد در بخش اطفال و نوزادان و ۱۲ درصد بقیه مشارکت‌کنندگان در سایر بخش‌ها فعالیت داشتند. ۸/۵۷ درصد مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که روش تقسیم کار در بخش آنها به صورت موردی، ۲۱ درصد به صورت وظیفه‌ای و در بقیه موارد بر اساس شرایط بخش، تقسیم کار صورت می‌گیرد. ۷۷ درصد مشارکت‌کنندگان به صورت شیفت در گردش فعالیت میکردند.

از ۴۱ گویه اولیه احصاشده از نقل قول‌های گام کیفی مطالعه، ۳۷ گویه پس از محاسبه شاخص‌های روایی صوری و محتوا (۰/۹۶۹) $S-CVI =$ وارد تحلیل گویه شدند. در نهایت، ۳۶ گویه وارد فرآیند تحلیل عامل اکتشافی شدند. شاخص نمونه‌گیری کیسر-مایر-الکین نیز ۰/۸۸۶ بود. بر این اساس، نمونه‌گیری مناسبی از متغیرها براساس هم‌بستگی دو به دو معرفی‌ها و هم‌بستگی جزئی آنها صورت گرفته بود. همچنین فرض صفر کرویت داده‌ها رد شد ($P < 0/05$)؛ بنابراین نتیجه گرفته شد که در تحلیل عاملی اکتشافی برای داده‌ها مدل مناسبی ارائه خواهد شد و عامل‌یابی میسر و گویه‌ها به حد کافی برای پیشگویی عامل‌ها مناسب می‌باشند. در این مرحله با شروع فرآیند تحلیل عاملی، گویه‌ها از ۳۶ به ۲۹ مورد رسیدند. گویه‌های مذکور با استفاده از نمودار سنگ‌ریزه (تصویر ۱) و معیار واریانس حداقل ۵ درصد، در ۶ عامل گروه‌بندی شدند. به کمک پرسشنامه فوق می‌توان به پیش‌بینی ۴۶/۷۱۴ صدم از تغییرات کل شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی پرستاران بالینی پرداخت. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب هم‌بستگی درون خوشه‌ای پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۵۸ و ۰/۹۰۶ بود (جدول شماره

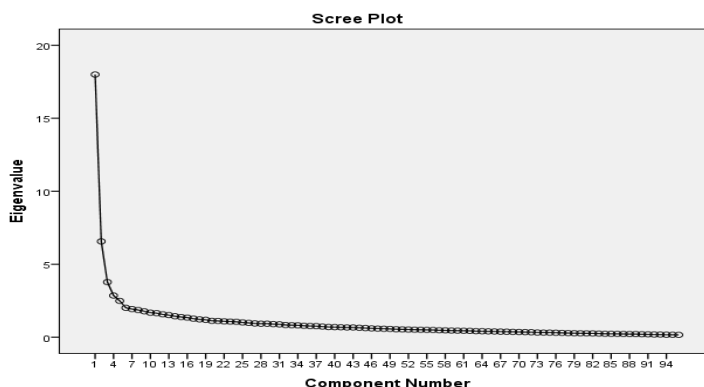
است [۲۸]. در پژوهش حاضر، ۴۷۸ پرسشنامه برای بررسی روایی تکمیل شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها در ابتدای تحلیل عاملی، آزمون شاخص کفایت مناسب اندازه‌گیری در نمونه‌ها کیسر، مایر و الکین (KMO) صورت گرفت که میزان آن بین صفر و یک متغیر است. هرچه میزان آن بیشتر باشد، تحلیل عاملی بهتر خواهد بود. مقادیر بالای ۰/۹ عالی و مقادیر ۰/۸ خوب تلقی می‌شوند [۲۹]. مقادیر ۰/۵ الی ۰/۷ متوسط و ۰/۷ الی ۰/۸ متعادل هستند [۳۰].

به‌منظور تشخیص اینکه آیا ماتریس هم‌بستگی به‌دست‌آمده تفاوت معناداری با صفر دارد و بر پایه آن تحلیل عاملی توجیه‌شدنی است (به عبارت دیگر آیا به‌اندازه کافی میان عبارات ابزار هم‌بستگی وجود دارد که بتوان آنها را ادغام کرد) از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. اگر در این آزمون، فرضیه صفر رد شود، عامل‌یابی توجیه‌شدنی است [۳۱]. پس از این مرحله استخراج عوامل صورت گرفت. در این مرحله، متغیرهایی که هم‌بستگی زیادی با یکدیگر دارند، در یک دسته یا عامل قرار می‌گیرند. بار عاملی هر پرسش در ماتریس دوران یافته حداقل نباید کمتر از ۰/۳ و ترجیحاً بالاتر باشد [۳۲]. در این مطالعه، شاخص ۰/۳ در نظر گرفته شد. به‌منظور تعیین تعداد عوامل قوانین متفاوتی وجود دارد. روش بررسی نمودار سنگ‌ریزه براساس نظریه کتل یکی از این روش‌هاست. در این روش می‌توان با مشاهده نمودار (چین آرنج)، تعداد عامل‌ها را انتخاب کرد [۳۳-۳۴]. در این مطالعه، علاوه بر تعیین تعداد عوامل براساس نمودار سنگ‌ریزه (Scree test)، واریانس بیشتر از ۵ درصد یکی از معیارهای دیگر برای تعیین تعداد عوامل ابزار مدنظر قرار داده شد [۳۵]. پس از استخراج عوامل، هریک از آنها براساس متغیرهای (عبارات) ذیل خود نام‌گذاری شدند. براساس قانون نشانگر سه‌تایی (Three indicator rule) حداقل ۳ گویه به ازای هر متغیر پنهان تعیین شد [۳۶]. از سوی دیگر، در فرآیند تعیین تعداد و نام‌گذاری عوامل، همگرایی با تئوری اولیه مطالعه (گام کیفی) نیز مدنظر بود [۳۷].

با توجه به اینکه فرض نرمال بودن در داده‌های پرسشنامه اولیه برقرار نبود، برای بررسی روایی سازه پرسشنامه اولیه، عامل‌یابی براساس محور اصلی (Principal Axis Factor) صورت گرفت و با فرض هم‌بستگی عوامل از چرخش پرومکس (Promax) استفاده شد. از شاخص آلفای کرونباخ به‌منظور بررسی هم‌سانی درونی و از آزمون-باز آزمون (ضریب هم‌بستگی درون خوشه‌ای) برای بررسی ثبات پرسشنامه استفاده شد [۲۶]. در این پژوهش، تحلیل داده‌های کمی بخش روان‌سنجی پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ صورت گرفت. گفتنی است این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه (IR.TMU.REC.1394.152) تأیید شده بود.

کار اقتضایی و مدیریت درخواست‌های دیگران، در کوتاه‌مدت یا بلندمدت به مدیریت زمان/وظایف خود و برحسب مورد و شرایط به مدیریت زمان/وظایف همکاران خود به‌منظور انجام وظایف محول‌شده به تیم پرستاری اقدام می‌کردند.

۱). در این پژوهش، مدیریت زمان ماهیت پویا و اقتضایی داشت. پرستاران بالینی به‌منظور ذخیره‌ی زمان، پیشگیری از اتلاف وقت، استفاده‌ی بهتر و بیشتر از زمان و منابع بالقوه‌ی حمایتی در دسترس با مدیریت کنش و واکنش‌های اجتماعی از جمله تعدیل مسئولیت و هنجارها، انضباط حرفه‌ای، مدیریت هیجانات، انتقال تجارب، تقسیم



تصویر شماره ۱. نمای سنگ‌ریزه برای استخراج عوامل شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی در پرستاران بالینی

جدول ۱. عوامل احصاشده و مقادیر مربوط به بار عاملی، درصد واریانس، مقدار ویژه، آلفای کرونباخ و ضریب درون‌خوشه‌ای پرسشنامه شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی در پرستاران بالینی

نام عوامل	گویه‌ها	بار عاملی	درصد واریانس تجمعی	مقدار ویژه	آلفای کرونباخ	ضریب درون خوشه‌ای
تعدیل مسئولیت و هنجارها	۱. در صورت زیادبودن حجم کار بخش و ناتوانی در تأمین نیازهای مراقبتی بیماران، از دفتر پرستاری درخواست نیروی کمکی می‌کنم.	۰/۸۲۴	۲۱/۶۷۹	۶/۸۱۲	۰/۸۱۸	۰/۸۹۸
	۲. در صورت افزایش غیرمنتظره تعداد بیماران بدحال و ناتوانی در تأمین نیازهای آنها، اعلام وضعیت بحرانی می‌کنم.	۰/۸۱۲				
	۳. در مواقعی که مهارت کافی برای انجام کاری را ندارم، از همکاران متبحر کمک می‌گیرم تا از اتلاف وقت پیشگیری کنم.	۰/۷۳۶				
	۴. برای بیماران سالخورده یا ناتوان که نتوانی انجام‌دادن امور فردی خود را ندارد، درخواست حضور همراه می‌کنم.	۰/۵۴۶				
	۵. در مواقعی که حجم کار زیاد است، از همکارانم برای انجام‌دادن بعضی کارها کمک می‌گیرم.	۰/۴۵۸				
انضباط حرفه‌ای	۶. در مواقع ضروری، برای انجام‌دادن بعضی امور عمومی بیمار (امور غیردرمانی)، پس از آموزش‌دادن به همراه بیمار و اطمینان از تسلط، توان و تمایلش از وی کمک می‌گیرم.	۰/۳۰۹	۳۵/۱۹۱	۴/۳۸۹	۰/۷۸۲	۰/۹۰۶
	۷. هنگام تحویل شیفت، بیماران و تجهیزات بخش را به‌صورت کامل و دقیق تحویل می‌گیرم تا نقایص مربوط به شیفت من سبب دوباره‌کاری و اتلاف وقتم نشود.	۰/۶۸۶				
	۸. زودتر از موعد مقرر محل کارم را ترک نمی‌کنم.	۰/۶۳۷				
	۹. در اولین فرصت، وظایف خود را آغاز می‌کنم.	۰/۶۲۸				
	۱۰. در شیفت کاری، مرادفات اجتماعی غیرضروری خود را با همکاران به حداقل می‌رسانم.	۰/۶۲۴				
۱۱. در شیفت کاری، تماس‌های تلفنی شخصی خود را به موارد ضروری محدود می‌کنم.	۰/۵۰۳					

نام عوامل	گویه‌ها	بار عاملی	درصد واریانس تجمعی	مقدار ویژه	آلفای کرونباخ	ضریب درون خوشه‌ای
مدیریت هیجانات	۱۲. در شیفت کاری، وارد شبکه‌های اجتماعی مجازی (تلگرام، اینستاگرام و...) نمی شوم.	۰/۴۷۲	۳۸/۹۵۶	۱/۶۱۹	۰/۸۰۶	۰/۹۲۵
	۱۳. در کارهای تیمی، برای جلوگیری از افزایش بار کاری خود و دیگران، نحوه کار همکارانم را کنترل می‌کنم تا از درست و به‌موقع انجام‌دادن وظایف آنها مطمئن شوم.	۰/۳۵۷				
	۱۴. به‌منظور پیشبرد سریع‌تر امور، هنگام انتقال درخواست‌هایم به همکاران، بیماران و... از ادبیات محترمانه استفاده می‌کنم.	۰/۷۹۶				
	۱۵. در مواقع ایجاد تنش ناشی از ناآگاهی بیماران و همراهان، آنها را با توضیحاتی مختصر و مفید درمورد شرایطشان توجیه می‌کنم تا منجر به مشاجره و اتلاف وقت نشود.	۰/۷۲۳				
	۱۶. از پاسخ به رفتار نامناسب بیمار یا همراهان چشم‌پوشی می‌کنم تا به مشاجره و اتلاف وقت منجر نشود.	۰/۵۸۳				
	۱۷. به‌منظور پیشبرد سریع‌تر امور، هنگام انتقال درخواست‌هایم به مراجعان، از ادبیات مناسب یا شرایط آنها (سن، فرهنگ، موقعیت اجتماعی بیمار و...) استفاده می‌کنم.	۰/۵۰۹				
	۱۸. برای پیشگیری از تحمیل بار کاری مزاحم به تیم پرستاری، سعی می‌کنم با روش‌های گوناگون، آرامش همکارانم را فراهم کنم تا وظایفشان را بهتر و دقیق‌تر انجام دهند.	۰/۳۷۴				
	۱۹. روال‌هایی را که همکارانم از آن آگاهی ندارند، به آنها منتقل می‌کنم تا از اتلاف وقت و دوباره‌کاری آنها در آینده پیشگیری کنم.	۰/۷۴۹				
۲۰. اگر همکاران موردی را درباره وظایفشان فراموش کنند که موجب اتلاف وقت من در آینده شود، انجام‌دادن آن را به آنها یادآوری می‌کنم.	۰/۷۴۲					
۲۱. در مداخله‌ها و مراقبت‌هایی که همکارانم مهارت کافی برای اجرای آنها ندارند، آموزش کافی را به آنها می‌دهم تا از اتلاف وقت و دوباره‌کاری در آینده پیشگیری کنم.	۰/۷۲۰					
تقسیم کار اقتضایی	۲۲. پیش از هر کاری، وظایف را میان خودم و همکارانم تقسیم می‌کنم.	۰/۷۶۹	۴۴/۵۱۱	۱/۲۴۷	۰/۸۰۱	۰/۹۲۸
	۲۳. هنگام تقسیم کار، در صورت داشتن اختیار، وظیفه‌ای را به همکارم واگذار می‌کنم که مهارت و توان انجام‌دادن آن را داشته باشد تا از اتلاف وقت پیشگیری شود.	۰/۶۵۵				
	۲۴. در صورتی که بار کاری همکارانم به‌صورت نامتوازنی افزایش یابد، در صورت داشتن اختیار، بخشی از وظایفشان را به همکاران دیگر واگذار می‌کنم.	۰/۶۵۰				
	۲۵. در صورتی که وظایفم را انجام داده باشم، به همکارانی که از کارهایشان عقب هستند، کمک می‌کنم.	۰/۵۶۴				
	۲۶. وقتی محدودیت زمان دارم، اگر بیماران و همراهانشان از من درخواستی داشته باشند که در حیطه وظایفم نباشد، آنها را به مسئول مربوط ارجاع می‌دهم.	۰/۸۴۵				
۲۷. وقتی محدودیت زمان دارم، اگر همکارانم (پرستار و...) از من درخواستی داشته باشند که در حیطه وظایفم نباشد، از انجام آن درخواست امتناع می‌کنم.	۰/۶۱۰					
۲۸. از انجام درخواست‌های بی‌موقع دیگران امتناع می‌کنم، اما در اولین فرصت آن را انجام می‌دهم.	۰/۵۱۵					
۲۹. وقتی محدودیت زمان دارم، هنگام انجام درخواست‌های دیگران، از مداخله‌های اضافی و غیرضروری اجتناب می‌کنم.	۰/۳۹۹	شاخص‌های نهایی				
			۴۶/۷۱۴	۰/۸۵۸	۰/۹۰۶	

بحث

درخواست‌های دیگران استخراج شد. شواهد نشان داد پرسشنامه از روانی و پایایی قابل قبولی برخوردار بود. اولین بعد پرسشنامه، تعدیل مسئولیت‌ها و هنجارها بود. پرستاران بالینی در شرایطی که به‌تنهایی نمی‌توانند کل حجم کار خود را انجام دهند، با روش‌های گوناگون مسئولیت‌های خود

پژوهش حاضر با هدف «طراحی و روان‌سنجی ابزار ارزیابی شایستگی مدیریت زمان مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی در پرستاران بالینی» انجام شد. پرسشنامه نهایی در قالب ۲۹ گویه و ۶ بعد شامل تعدیل مسئولیت و هنجارها، انضباط حرفه‌ای، مدیریت هیجانات، انتقال تجارب، تقسیم کار اقتضایی و مدیریت

مدیریت زمان، همان مدیریت کردن خود است و مدیریت خود مستلزم خودانضباطی است [۴۳]. در مواقعی که بار کاری در گرو انجام شدن به موقع کار دیگران است، افراد را دچار تنش می کند. پرستاران سعی می کنند تا بار کاری خود را بر دوش همکاران خود نیندازند [۵]. انضباط شخصی یکی از واژه های مهم مدیریت زمان است. برای انجام دادن کار و رساندن آن تا مرحله نهایی، به انضباط و نظم نیاز است [۴۴]. در سیاهه ۴۰ آیتمی مدیریت اجرایی Distasio، ابعاد خودمدیریتی و نظارت کارکنان با این بعد از پرسشنامه هم خوانی داشت [۴۵]. در پرسشنامه خودگزارشی ۵۶ گویه ای زمان در کار (محل کار) Schriber و Gutek نیز بعد وقت شناسی با گویه پرسشنامه این مطالعه هم خوانی داشت [۴۶]. در ابزار ابعاد زمان در کار پرستاری Jones و Yoder که یک بعد آن «وقت شناسی» بود، با گویه این بعد از پرسشنامه مطالعه حاضر نزدیک بود [۱۴].

بعد سوم پرسشنامه، مدیریت هیجانات بود. براساس این مطالعه، پرستاران بالینی سعی داشتند تجربه های عاطفی ناشی از تنش، استرس، تضاد و تعاملات اجتماعی را مدیریت کنند تا بتوانند به مدیریت زمان خود و تیم پرداخته و از اتلاف وقت در کوتاه مدت و بلندمدت پیشگیری کنند. این راهبرد بیانگر توجه و مدیریت تجارب عاطفی دیگران علاوه بر خود پرستاران بالینی بود که به منظور مدیریت زمان خود و تیم پرستاری صورت می گرفت. یکی از مفاهیمی که به منظور مدیریت استرس و تنش استفاده می شود، استفاده از رفتارهای مدیریت زمان است [۴۷]. مدیریت زمان عامل تعدیل گر استرس و تنش است [۴۸]. در ابزار بررسی استرس معلمان Fimian، یکی از ابعاد و عوامل استرس، مدیریت زمان بود [۴۹]. مقیاس خودگزارشی ۱۱ گویه ای مقابله از طریق مدیریت زمان (Time-management coping scale) را Long به منظور بررسی نقش مقابله ای رفتارهای مدیریت زمان در پیشگیری یا کاهش تنش طراحی کرده بود [۵۰]. در این مطالعه، مدیریت استرس راهبردی برای مدیریت زمان بود که این خصوصیت در ابزارهای موجود وجود نداشت.

بعد چهارم به انتقال تجربه ها اشاره داشت. پرستاران بالینی به منظور مدیریت و هدایت تجربه دیگران به انتشار و تسهیم تجربه می پردازند تا زمان خود و تیم را مدیریت، و از اتلاف وقت در کوتاه مدت و بلندمدت پیشگیری کنند. این راهبرد مبین توجه و مدیریت تجارب شناختی دیگران به منظور مدیریت زمان خود و تیم پرستاری بود. براساس نتایج پژوهش Litchfield و

را بازنگری کرده و کاهش می دهند. در این رویکرد، زمینه های تعدیل هنجارهای رایج در سیستم اجتماعی سیستم درمانی مانند کمک گرفتن از دیگران با توجه به اقتضا و شرایط وجود دارد. Chung به روش قیاسی و با استفاده از مطالعات قبلی، پرسشنامه مدیریت زمان را طراحی کرده بود که ابعادی مانند اولویت بندی/ برنامه ریزی، اجرا، کاهش مسئولیت، مصالحه، تنظیم هدف، سر وقت و به موقع بودن، تغییر استانداردها و دریافت پشتیبانی را شامل می شد [۳۸]. سه بعد این ابزار یعنی تغییر استانداردها، کاهش مسئولیت ها و دریافت پشتیبانی از نظر مفهومی در بخش هایی، نزدیک به گویه های این بعد از پرسشنامه احصا شده مطالعه حاضر بود. کاهش مسئولیت در ابزار Chung با تعدیل مسئولیت در پرسشنامه حاضر تفاوت داشت. در ابزار مورد اشاره، در مفهوم کاهش مسئولیت، تفویض اختیار نیز مستتر بود [۳۸]. هدف از تفویض اختیار معمولاً واگذاری وظایف به زیردست است که علاوه بر ذخیره زمان، توسعه دادن دیگران نیز مدنظر قرار می گیرد [۳۹]. در این مطالعه تنها می توان برچسب یاری خواستن را به راهبردهای مورد استفاده پرستاران بالینی اضافه کرد؛ زیرا ماهیت درخواست کمک از همراه بیمار، همکار و سیستم های مدیریتی - حمایتی رابطه از بالا به پایین و توسعه افراد نیست. در موارد دیگر، ابعاد Chung با گویه های ابعاد تعدیل مسئولیت ها و هنجارها هم خوانی دارد [۳۸]. یکی از موانع یاری گرفتن از دیگران برای پیشبرد وظایف، کمبود مهارت مدیریت زمان است [۴۰]. پرستاران بالینی در این مطالعه از این مکانیسم به خوبی استفاده می کردند. یکی از راهکارهای مدیریت زمان اجیرکردن دیگران برای انجام وظایف است [۴۱]. در پژوهش Waterworth، پرستاران برای مدیریت زمان از استراتژی واگذاری کار به دیگران استفاده می کردند [۱۵]. در مطالعه Bowres و همکاران نیز براساس مکانیسمی به نام «بازنگری مسئولیت ها»، وظایف به دیگران سپرده می شد [۴۲]. نتایج مطالعه ای دیگر حاکی از آن بود که پرستاران سعی می کنند وظایف خود را به افراد دیگر و شیفت های بعدی منتقل نکنند [۵].

دومین بعد پرسشنامه، انضباط حرفه ای بود. از آنجا که کار پرستاری به شکل تیمی است، از دیدگاه پرستاران، برای پیشبرد وظایف، ضروری است که هر کس وظیفه خود را به درستی و به موقع انجام دهد. بدین منظور پرستاران در کنار انجام درست و به موقع وظایف خود در قالب حساس بودن به وظایف، برای پیشگیری و کنترل انحراف دیگر افراد تیم از وظایف محوله به آنها، تلاش می کنند تا سگته ای در کار تیمی صورت نگیرد؛ زیرا

خواسته‌های نامعقول مقاومت می‌کردند یا به عبارتی «نه، یا فعلاً نه» می‌گویند که با ابزار Chung هم خوانی داشت. در ابزار فوق، منظور از کاهش مسئولیت نه گفتن به دیگران بود [۳۸]. انجام دادن همه چیز برای همه موجب افزایش بار نقش می‌شود [۵۷]. در مطالعه Waterworth، پرستاران برای مدیریت زمان از «نه گفتن و طفره رفتن» استفاده می‌کردند.

نتیجه‌گیری

مدیریت زمان ماهیت پویا و اقتضایی دارد. پرستاران بالینی به‌منظور ذخیره زمان، پیشگیری از اتلاف وقت، استفاده بهتر و بیشتر از زمان و منابع بالقوه حمایتی در دسترس با مدیریت کنش و واکنش‌های اجتماعی از جمله تعدیل مسئولیت و هنجارها، انضباط حرفه‌ای، مدیریت هیجانات، انتقال تجارب، تقسیم کار اقتضایی و مدیریت درخواست‌های دیگران، در کوتاه‌مدت یا بلندمدت به مدیریت زمان/وظایف خود و برحسب مورد و شرایط به مدیریت زمان/وظایف همکاران خود به‌منظور انجام وظایف محول شده به تیم پرستاری اقدام می‌کنند. با توجه به اینکه نتایج این مطالعه، حاصل تجربیات پرستاران بالینی می‌باشد، مدیران پرستاری با اطمینان بیشتری می‌توانند از این نتایج برای آموزش مفاهیم مدیریت زمان مبتنی بر تعاملات اجتماعی استفاده کنند. از این پرسشنامه می‌توان در ارزیابی شایستگی مدیریت زمان پرستاران بالینی در پژوهش‌های پرستاری و واحدهای عملیاتی استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران روان‌سنجی‌های بیشتری درمورد پرسشنامه احصاشده از این مطالعه، به‌منظور جمع‌آوری شواهد بیشتر انجام دهند.

سپاسگزاری

از همه مشارکت‌کنندگان در بخش کیفی و کمی مطالعه قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله بخشی از رساله دکتری و حامی مالی آن دانشگاه تربیت مدرس بود.

Chater، افراد وقتی دانش کسب کنند، می‌تواند به شکل مؤثر زمان را مدیریت کنند؛ زیرا با این کار می‌دانند چه انتظاراتی وجود دارد، از روتین‌ها آگاهی دارند و می‌توانند مسائل را پیش‌بینی کنند [۵۲]. در پرسشنامه مدیریت زمان White و همکاران، گویه‌ای با مضمون «من از خطاهایم یاد می‌گیریم» با گویه‌های این بعد از پرسشنامه هم‌خوانی نسبی داشت [۵۳].

بعد پنجم و گویه‌های ذیل آن، مبین این موضوع بود که «تقسیم کار اقتضایی» از مهمترین شاخص عملکرد پرستاران در زمینه اجتماعی سیستم پرستاری می‌باشد. در این سیستم، به‌منظور مدیریت زمان و پیشگیری از اتلاف وقت، براساس شایستگی تقسیم کار می‌شود و افراد در شرایط بحرانی، برای رسیدن به اهداف کل تیم با برهم زدن معادلات درصد کمک به یکدیگر برمی‌آیند. این موضوع می‌تواند به دلیل ماهیت خودهدایتگر یا خودمدیریتی بخش‌های بیمارستانی باشد. به‌واسطه وظایف گوناگون موجود در تیم، تخصصی‌سازی در بسیاری موارد بهترین راه استفاده مناسب از افراد است. در تیم‌های خودهدایتگر، اصل تقسیم کار تعدیل می‌شود. تیم‌های خودیار تمایل به خودگردانی دارند و افراد تیم تصمیم می‌گیرند که چه کسی چه عملیاتی را انجام دهد. همچنین کنترل فوری روی رفتارها دارند و از یکدیگر حمایت می‌کنند [۵۴]. تقسیم کار از هدررفتن فرصت‌ها و زمان پیشگیری می‌کند، بهره‌وری را افزایش می‌دهد و موجب می‌شود هدف‌ها محدودتر شوند؛ در نتیجه فرد با توجه بیشتر به این هدف‌های محدود، فعالیت‌های خود را در آن مسیر متمرکز می‌کند و کارها، تخصصی‌تر و با سرعت بیشتری انجام می‌شوند [۵۵]. همکاری و کار تیمی در مطالعه Chan و همکاران نیز دیده می‌شود. پرستاران هنگام کمبود زمان و شلوغی شیفت، یکدیگر را در تکمیل فعالیت‌ها یاری می‌کنند؛ با این وجود که تقسیم کار کرده اند [۵]. با توجه به اهمیت مدیریت زمان تیمی (و نه تنها مدیریت زمان فردی)، مفهوم «یاری‌رساندن و حمایت از دیگران» با وجود تقسیم کار، یکی از ویژگی‌های بارز پرسشنامه مطالعه حاضر بود. این ویژگی، با بعد «تعامل همکاران» مقیاس ۲۶ آیتمی محیط مدیریت زمان Burt و همکاران، هم‌خوانی نسبی داشت [۵۶]. درمورد تقسیم کار، ابزار خاصی که درباره مدیریت زمان باشد، به این ویژگی نپرداخته بود.

آخرین بعد پرسشنامه، مدیریت درخواست‌های دیگران بود. در مطالعه حاضر، پرستاران برای مدیریت زمان خود، در برابر

References

- Henly SJ, editor. Routledge international handbook of advanced quantitative methods in nursing research. Routledge; 2015 Jul 24. [DOI:10.4324/9781315882307]
- Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories: application to nursing research. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Garcia SD, Gil RB, Haddad MD, Vannuchi MT, da Costa DB. The role of a nurse in the management of medical-hospital material: an integrative review. Online Brazilian Journal of Nursing. 2013;12(2):411-26. [DOI:10.5935/1676-4285.20133791]
- Elm ZM, SAA, Bagheri H, Marefat D. Relationship individual and organizational skills, time management sport managers in Khuzestan province. Journal of Research in Sport Management and motor behavior. 2013;3(5):73-83.
- Chan EA, Jones A, Wong K. The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. Journal of Advanced Nursing. 2013 Sep;69(9):2020-9. [DOI:10.1111/jan.12064] [PMID]
- Jones TL. A holistic framework for nursing time: implications for theory, practice, and research. In Nursing forum 2010 Jul (Vol. 45, No. 3, pp. 185-196). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc. [DOI:10.1111/j.1744-6198.2010.00180.x] [PMCID]
- Klemenc-Ketis Z, Kravos A, Poplas-Susič T, Švab I, Kersnik J. New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. Journal of clinical nursing. 2014 May;23(9-10):1323-31. [DOI:10.1111/jocn.12377] [PMID]
- Dehghan Nayeri N, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F, Adib Hajbaghery M. Iranian staff nurses' views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. Nursing & health sciences. 2006;8(1):51-6. [DOI:10.1111/j.1442-2018.2006.00254.x] [PMID]
- König CJ, Kleinmann M. Time management problems and discounted utility. The Journal of Psychology. 2007 May 1;141(3):321-34. [DOI:10.3200/JRLP.141.3.321-336] [PMID]
- Taslimi MS, Sherafat A, Ershadifar A. An evaluation of a managing director's performance in an organization in terms of time. Iranian Journal of Management Studies. 2014 Jul 1;7(2):223-42.
- Scott K, White K, Johnson C, Roydhouse JK. Knowledge and skills of cancer clinical trials nurses in Australia. Journal of advanced nursing. 2012 May;68(5):1111-21. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05816.x] [PMID]
- Liou SR, Cheng CY. Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire: A self-assessment instrument for upcoming baccalaureate nursing graduates. Journal of Nursing Education and Practice. 2014 Feb 1;4(2):56. [DOI:10.5430/jnep.v4n2p56]
- Claessens BJ, Van Eerde W, Rutte CG, Roe RA. A review of the time management literature. Personnel review. 2007 Feb 13;36(2):255-76. [DOI:10.1108/00483480710726136]
- Jones TL, Yoder LH. Dimensions of nurse work time: Progress in instrumentation. Nursing & health sciences. 2015;17(3):323-30. [DOI:10.1111/nhs.12191] [PMID]
- Waterworth S. Time management strategies in nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 2003;43(5):432-40. [DOI:10.1046/j.1365-2648.2003.02740.x] [PMID]
- Macan T, Gibson JM, Cunningham J. Will you remember to read this article later when you have time? The relationship between prospective memory and time management. Personality and Individual Differences. 2010 Apr 1;48(6):725-30. [DOI:10.1016/j.paid.2010.01.015]
- Mirzaei T, Oskouie F, Rafii F. Nursing students' time management, reducing stress and gaining satisfaction: a grounded theory study. Nursing & health sciences. 2012 Mar;14(1):46-51. [DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00661.x] [PMID]
- Montezeli JH, Peres AM, Bernardino E. Nurse management skills required at an emergency care unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2013;5(3):245-52. [DOI:10.9789/2175-5361.2013v5n3p245]
- Oskouie sF, Vehviläinen-Julkunen K, Dabbaghi F, Karimi Moneghi H, Bionghi T. Teaching Styles in Clinical Nursing Education: A Qualitative Approach. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2009;15(4):182-91.
- Creswell JW, Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Sage publications; 2017 Aug 31.
- Corbin J, Strauss A. Techniques and procedures for developing grounded theory. Basics of Qualitative Research, 3rd ed.; Sage: Thousand Oaks, CA, USA. 2008.
- Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A, Shahvari Z, al. E. Psychometric properties of health-related measures. part 1: translation, development, and content and face validity. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2017;16(3):343-57.
- Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Majd HA, Nikanfar A, Ghahramanian A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. Nursing Practice Today. 2014;1(3):163-71.
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashtorabi T, Zayeri F. Psychometric properties of Illness Related Worries Questionnaire (IRWQ) in heart failure patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014;2(1):24-33.
- Haynes SN, Richard D, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: A functional approach to

- concepts and methods. Psychological assessment. 1995 Sep;7(3):238. [DOI:10.1037/1040-3590.7.3.238]
26. Ebadi A, Zarshenas L, Rakhshan M, Zareiyani A, Sharifnia SH, Mojahedi M. Principles of scale development in health science. Tehran: jamee negar. 2017.
 27. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and reliability of the instruments and types of measurements in health applied researches. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015 Mar 15;13(12):1153-70.
 28. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER, editors. Measurement in nursing and health research. Springer publishing company; 2010 Apr 17.
 29. Munro BH. Statistical methods for health care research. lippincott williams & wilkins; 2005.
 30. Reisy L, Ziaee S, Mohamad E. Designing a questionnaire for diagnosis of vaginismus and determining its validity and reliability. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015 Jun 15;25(125):81-94.
 31. Karimi FZ, Zarifnejad G, Abdolahi M, Ali Taghipour A. Surveying the factor structure and reliability of the Persian version of the Jefferson scale of physician empathy-health care provider student version (JSE-HPS). Journal of hayat. 2015 Dec 15;21(3):5-14.
 32. Ahmad MM, Alasad JA. Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. International Journal of Nursing Practice. 2004 Oct;10(5):235-41. [DOI:10.1111/j.1440-172X.2004.00484.x] [PMID]
 33. Watson R, Thompson DR. Use of factor analysis in Journal of Advanced Nursing: literature review. Journal of advanced nursing. 2006 Aug;55(3):330-41. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2006.03915.x] [PMID]
 34. Burns N, Grove S. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique and Utilization Pennsylvania: Saunders; 2006.
 35. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 36. Plichta SB, Kelvin EA, Munro BH. Munro s statistical methods for health care research. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
 37. Carpenter S, Grant AE, Hoag A. Journalism degree motivations: the development of a scale. Journalism & Mass Communication Educator. 2016 Mar;71(1):5-27. [DOI:10.1177/1077695814551835]
 38. Chung YL. Time management strategy, job satisfaction, research productivity, and life satisfaction of university faculty. 1988.
 39. Morsy SM. Relationship between time management skills and effective delegation among the head nurses at Assuit university hospitals. AAMJ. 2010 Sep;8(3).
 40. Bentil EE, Bentil W. Understanding the help seeking behavior of Accra Polytechnic students: A qualitative approach. Public Health. 2015;5(6):172-85.
 41. Kelly P, Tazbir J. Essentials of Nursing Leadership & Management: Cengage Learning; 2013.
 42. Bowers BJ, Luring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care. Journal of Advanced Nursing. 2001 Feb 18;33(4):484-91. [DOI:10.1046/j.1365-2648.2001.01686.x] [PMID]
 43. Black BP. Professional Nursing: Concepts & Challenges: Elsevier; 2013.
 44. hoseini shamloo. Time management. Iran Journal of Nursing. 2000;13(24):49-56.
 45. Distasio AW. Time Management, Leadership Styles, and Selected Demographic Factors of Connecticut School Superintendents 1986.
 46. Schriber JB, Gutek BA. Some time dimensions of work: Measurement of an underlying aspect of organization culture. Journal of applied psychology. 1987 Nov;72(4):642. [DOI:10.1037/0021-9010.72.4.642]
 47. Pahlevani M, Ebrahimi M, Radmehr S, Amini F, Bahraminasab M, Yazdani M. Effectiveness of stress management training on the psychological well-being of the nurses. Journal of medicine and life. 2015;8(Spec Iss 4):313.
 48. Jex SM, Elacqua TC. Time management as a moderator of relations between stressors and employee strain. Work & Stress. 1999 Apr 1;13(2):182-91. [DOI:10.1080/026783799296138]
 49. Kourmoussi N, Darviri C, Varvogli L, Alexopoulos EC. Teacher Stress Inventory: validation of the Greek version and perceived stress levels among 3,447 educators. Psychology research and behavior management. 2015;8:81. [DOI:10.2147/PRBM.S74752] [PMID] [PMCID]
 50. Lang D. Preventing short-term strain through time-management coping. Work & Stress. 1992 Apr 1;6(2):169-76. [DOI:10.1080/02678379208260351]
 51. Schuler RS. Managing stress means managing time. Personnel Journal. 1979 Jan 1;58(12):851-4.
 52. Litchfield C, Chater K. Can i do everything? Time management in neonatal unit. Australian Journal of Advanced Nursing, The. 2007 Dec;25(2):36.
 53. White SM, Riley A, Flom P. Assessment of Time Management Skills (ATMS): A practice-based outcome questionnaire. Occupational Therapy in Mental Health. 2013 Jul 1;29(3):215-31. [DOI:10.1080/0164212X.2013.819481]
 54. Swansburg RC, Swansburg RJ. Introduction to management and leadership for nurse managers. Jones & Bartlett Learning; 2002.
 55. Khadivar H, Lotfian N. The Time Management in Ferdowsi's Shahname. Journal of Pedagogic and Lyric in Persian Language and Literature Studies Quarterly. 2014;6(19):143-64.

56. Burt CD, Weststrate A, Brown C, Champion F. Development of the time management environment (TiME) scale. *Journal of Managerial Psychology*. 2010 Aug 17;25(6):649-68. [[DOI:10.1108/02683941011056978](https://doi.org/10.1108/02683941011056978)]
57. McCallin AM, Frankson C. The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*. 2010 Apr;18(3):319-25. [[DOI:10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x)] [[PMID](#)]