

استراتيجيات إدارة توقعات المرضى لتحسين مستوى الرضا على وقت الانتظار في قسم
الاستعجالات الطبية.

**Strategies for managing patients' expectations to improve the level of
satisfaction emergency department with waiting time in emergency
department.**

خالد ليتيم

جامعة تبسة - الجزائر

Khalid_trust@yahoo.com

أميرة يحيياوي*

مخبر اقتصاد المنظمات والتنمية المستدامة

جامعة جيجل، الجزائر

amira.yahiaoui@univ-jijel.dz

تاريخ القبول: 2023/04/30

تاريخ الاستلام: 2023/01/09

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة آليات إدارة توقعات وقت الانتظار وأثرها على رضا المرضى على خدمات الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية. وذلك على أساس مراجعة ومناقشة الأدبيات التي بحثت في آليات تحسين موارد قسم الاستعجالات الطبية لتحسين تدفق المرضى. والتي تناولت قضايا عدم رضا المرضى عن فترات الانتظار الطويلة بشكل مباشر، ومن منظور نفسي، بالنظر إلى احتياجاتهم السريرية.

توصلت الدراسة إلى أن إدارة توقعات وقت الانتظار يساهم في تقليل مدة الانتظار المدركة. وبينت أنه من شأن تحسين القيمة المتوقعة للخدمة تقليل مدة الانتظار المدركة والرفع من مستوى الرضا على الرعاية الصحية. تؤكد الدراسة على أهمية تحسين سلوك الأطراف الفاعلة في قسم الاستعجالات الطبية لتقليل وقت الانتظار وزيادة رضا المرضى.

الكلمات المفتاحية: وقت الانتظار، الرضا، قيمة الخدمة، قسم الاستعجالات الطبية.

تصنيف JEL: A19, P46, I12.

Abstract:

The study aims to explain the relationship between waiting time expectations and patients' satisfaction in emergency departments. This was based on a review and discussion which examined the mechanisms improving the resources of Emergency Department to improve patient flow. which approached the issues of patient dissatisfaction on prolonged waiting times directly, and from a psychological perspective, looking at their needs.

The study found that managing the waiting time expectations contributes to reducing perceived waiting time. And it showed that improving the expected value of the service would reduce the envisaged waiting time and raising the level of health care satisfaction

Keywords: waiting time, satisfaction, service value, emergency department

Jel Classification Codes: I12, P46, A19

I. تمهيد:

أصبحت الطوابير الطويلة المحيطة في المطارات والبنوك والمستشفيات ووكالات الرعاية الاجتماعية سمة مألوفة ولا مفر منها في الحياة اليومية. إدراكا لعدم الكفاءة والمعاناة الناتجة عن التراكم الضخم لقوائم الانتظار، أصبح علماء الرياضيات وباحثو العمليات قلقين بشأن كيفية اختصار صفوف الانتظار وتسريع الخدمة. في الآونة الأخيرة، أدرك علماء الاجتماع أن قوائم الانتظار هي منجم غني بالمعلومات حول السلوك الجماعي، وقد بدأوا في دراسة سلوك صف الإنتظار، على أمل فهم سلوك الانتظار ورضا العملاء.

الصحة الملائمة هي حاجة أساسية لكل مواطن في أي بلد، وقسم الاستعجالات الطبية جزء مهم في المستشفيات. يُلزم ميثاق الصحة المستشفيات بتقديم الرعاية الطارئة لكل من يأتي من أبوابها. لذلك عادة ما يتم تصميم قسم منفصل للاستعجالات الطبية في معظم المستشفيات لتوفير الرعاية الطارئة اللازمة للمرضى. ومع زيادة عدد السكان، يزداد الطلب على الرعاية الاستعجالية. من جهة أخرى، وفي جميع الصناعات الخدمية، يعد رضا العملاء مقياسًا إداريًا رئيسيًا، لأنه يضمن ولاء العملاء والربحية. تتعامل منظمات الرعاية بشكل متزايد مع المرضى كمستهلكين للخدمة، وعلى هذا النحو تهدف إلى تحقيق رضا المستهلك. هذا مهم بشكل خاص في قسم الاستعجالات الطبية، والذي يشهد تدفق أعداد كبيرة على هذا القسم، أكثر من أي قسم آخر بالمستشفى. وقد يعتمد التصور العام لخدمة المستشفى على هذا القسم تمامًا. يُنظر إلى قسم الاستعجالات الطبية على أنه "نافذة متجر" لخدمات المستشفى.

وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية هو مؤشر مهم للاستجابة لطلب الخدمة. يمكن أن يكون الوقت الذي يقضيه المريض في الانتظار مؤلماً نفسياً لأنه يتسبب في تضحيته بأنشطة أكثر منفعة وإنتاجية. علاوة على ذلك يولد طول وقت الانتظار عددا كبيرا من الشكاوى. ولعدم كفاية ووجود تكامل مناسب بين الموارد وإدارة تلك الموارد، قد تفشل المستشفيات في تقديم الخدمة المطلوبة للمرضى، نظرًا لكون قسم الاستعجالات مصمما لخدمة المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية فورية، وقد يعني الفشل جعل حياة المرضى في خطر. هذا ما يجعل من أوقات الانتظار ورضا المريض من المقاييس الإدارية المهمة لتحسين الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية. ومع ذلك لم يتم إيلاء اهتمام كبير لفهم سلوك الانتظار ورضا المريض في تلك الأقسام.

مشكلة الدراسة:

أقسام الاستعجالات الطبية هي أنظمة معقدة تتكون من رأس مال مكثف وموارد محدودة كالأ أسرة والأطباء والممرضات والمختبرات ومرافق التصوير. الطبيعة العشوائية لمعظم مواردها جعلت هذا النظام أكثر تعقيدا، نظرا لمحدودية هذه الموارد بطبيعة الحال وارتفاع الطلب عليها. في المقابل يواجه معظم الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية مشكلة الاكتظاظ وأوقات الانتظار الطويلة. لا يؤثر تدفق المرضى على أداء قسم الاستعجالات الطبية فحسب، بل يؤثر أيضاً على رضا المرضى وجودة الرعاية الصحية. كانت هناك تقارير معتبرة عن أوقات الانتظار في قسم الاستعجالات. ومع ذلك، ركزت هذه الدراسات على فترات الانتظار الفعلية ولم تأخذ في الاعتبار تصور المرضى لعملية انتظارهم. وعليه بحثت هذه الدراسة في طول الفترة الزمنية التي كان المرضى على استعداد للانتظار قبل أن يصبحوا غير راضين ومن ثم اقترح آليات عملية لتعزيز مستوى الرضا

على وقت الانتظار. فمahi آليات إدارة توقعات المرضى لتحسين مستوى الرضا على وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية؟

فرضيات الدراسة:

باستخدام المفاهيم التي تم تطبيقها في الصناعات الخدمية الأخرى لتصور العوامل التي تؤثر على رضا المرضى. بالتركيز على أوقات الانتظار، وبناء على مقاربات (Maister,1985)، في إدارة توقعات وقت الانتظار. يمكن تحديد الفرضيات التالية:

- إدارة توقعات وقت الانتظار يسهم في رضا المريض عن مدة الانتظار المدركة.
- إدارة توقعات قيمة الخدمة يسهم في رضا المريض عن مدة الانتظار المدركة.

أهمية الدراسة:

اهتمت الدراسات بعوامل تعزيز رضا المريض في قسم الاستعجالات الطبية. إلا أنها لم تأخذ في الاعتبار العوامل النفسية التي تؤثر على كيفية إدراك المرضى لوقت الانتظار ورعايتهم العامة. وركزت على فترات الانتظار الفعلية ولم تأخذ في الاعتبار تصور المرضى لوقت الانتظار. لذلك بحثت هذه الدراسة في طول الفترة الزمنية التي يتوقعها المرضى والتي عندها يرتفع مستوى رضاهم عن قيمة الرعاية الصحية. النتائج لها تأثير على مسألتين مهمتين في أدبيات جودة الخدمة، أولاً، من منظور نظري، فإن فهم أهمية بعد الاستجابة عبر السياقات الظرفية المختلفة هو سؤال بحث مهم. المساهمة الثانية هي أن النتائج لها صلة بالمنظمات الصحية. والتي تأخرت في إدراك نفسها على أنها صناعة خدمات شاملة تفاعلية مع العملاء الذين يصادف أنهم مرضى أيضاً. علاوة على ذلك، قد يكون هذا البحث مفيداً للمنظمات الصحية في تقليل وقت الانتظار وزيادة رضا المرضى.

أهداف الدراسة:

تأتي هذه الدراسة كمساهمة في النقاش الدائر حول أهمية إدارة صفوف الانتظار في المنظمات الصحية بصفة عامة. وأثار إدارة توقعات المرضى على تحسين مستوى الرضا على وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية بصفة خاصة. من خلال تأسيسه على المنطق النظري وتحليل الحقائق المجردة لتوفير الإجابة على التساؤل الرئيسي الذي بني على أساسه البحث. وبناء على ذلك فإن هذا البحث يهدف إلى:

- معرفة آليات لفت انتباه المريض أثناء الانتظار لتقليل المدة المدركة؛
- البحث في آليات إدارة أحداث ما قبل الرعاية الصحية لتقليل الأثر السلبي للانتظار؛
- التأكيد على ضرورة التواصل مع المرضى في صفوف الانتظار لتقليل الآثار السلبية لعدم اليقين؛
- التحقق في آثار وقت الانتظار على القيمة المتوقعة للخدمة وقرارات المستهلك.
- التعرف على المحفزات التي يتلقاها العميل أثناء الانتظار، والتي لها أثر على تصور وقت الانتظار وعلى إدراك القيمة للرعاية الصحية.

منهجية الدراسة:

للإجابة على ما تقدم لابد من الدمج بين مناهج البحث العلمي المتعددة؛ فالمنهج الوصفي يفيد التفسير الموضوعي للظواهر والأحداث كما هي في سياقها. والمنهج التحليلي الذي يفيد في تفسير طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة، من خلال تأسيس الدراسة على المنطق النظري وتحليل الحقائق المجردة لتوفير الإجابة على التساؤل الرئيسي الذي بني على أساسه البحث، ولمعالجة ما تقدم ارتأينا تقسيم هذه الدراسة إلى المحاور التالية:

- أولاً: محدّدات رضا المرضى على الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية.
- ثانياً: أثر توقعات وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية على رضا المريض.
- ثالثاً: استراتيجيات تحسين مستوى الرضا على وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية.
- رابعاً: ممارسات عملية لإدارة توقعات المرضى في قسم الاستعجالات الطبية لتعزيز مستوى الرضا على وقت الانتظار.

أولاً: محدّدات رضا المريض على الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية.

لتحقيق الرضا وإدراك متى يكون المريض راضٍ. يجب البحث في مفهوم الرعاية الصحية من وجهة نظر المريض. ومنه معرفة المستويات من الرعاية التي تشبع حاجاته، والتي عندها يكون راضٍ.

1. الرعاية الصحية من وجهة نظر المريض:

لأنزال معظم الكتب والمقالات، تعاني من قصر نظر تسويقي فيما يتصل بمفهوم رضا المريض تجاه خدمات الرعاية الصحية، حيث تحصرها في مجرد تصورات وتوقعات مجموعة من الأفراد غير المثقفين صحياً، هناك اعتقاد بأن المرضى يطلقون أحكاماً على الخدمات وليس على الرعاية الطبية (التقنية). فإذا كان الطعام سيئاً في المستشفى، يكون ذلك كافٍ من وجهة نظرهم لتصنيف جودة الرعاية الصحية في هذا المستشفى ضمن مستويات دنيا. (Press, 2006, p. 02).

1.1 الفرق بين الرعاية الصحية والخدمة الصحية:

يجب التأكيد على أن الخدمة والرعاية كيانات منفصلتان، لا يجب الخلط بينهما: (Press, 2006, p. 02)

- الرعاية الصحية: تعكس التدخل التقني المباشر، وهو الأساس من زاوية الطبيب أو المنظمة. وفي هذا الإطار تصبح الخدمة هامشية وتجريبية تختلف من شخص إلى آخر.
 - الخدمة الصحية: غالباً ما ينظر إليها على أنها مسألة وتجربة شخصية مع المرض والمنظمة الصحية، ووسائل راحة تسهم في تعزيز أهمية التدخلات التقنية على الحالة السريرية للمريض.
- بالنسبة للأطباء، يعني مصطلح "خدمة صحية"، الدخول في علاقة مع عملاء بدلاً من المرضى. وهو ما يتعارض مع هويتهم المهنية.

من وجهة نظر المريض، تتضمن الرعاية كل ما يتم تجربته. ما لم يتم سؤالهم بشكل مباشر، نحو كل شيء، لن يقدموا عادة معلومات حول ما يريدون. (Press, 2006, p. 03). و بغض النظر عما إذا كان المرضى يحكمون على الرعاية التقنية بشكل مستقل عن القضايا الشخصية، تبقى العملية الشخصية هي الوسيلة التي

يتم من خلالها يتم تنفيذ الرعاية التقنية، فعندما يكون التعاطف وتقديم المعلومات جيدا سيكون المرضى أقل توترا وأكثر امتثالاً (Hall & Press, 1996, p. 527). ومع ذلك قد يكون للمريض تجربة سيئة في المستشفى، ولكن لديه نتيجة تقنية جيدة. فما طبيعة العلاقة بين الرعاية والعلاج؟

2.1 الفرق بين الرعاية والعلاج (CARE VERSUS CURE): من المتعارف عليه، أن العديد من الاضطرابات الصحية ذاتية الشفاء. كذلك، الرعاية نفسها في كثير من الأحيان لا تشفي، فقد يتلقى بعض المرضى رعاية هدفها تشخيص المريض فقط (على سبيل المثال، تعبيرات الدم، والمسح الضوئي)، وليس العلاج المباشر. ومن ناحية أخرى، من المتوقع أن تؤدي الرعاية إلى تخفيف الانزعاج أو الهدوء المؤقت للأعراض. يتلقى المريض بعض العناية لتقليل حدة الألم، مع عدم وجود أمل في العودة إلى الوضع الطبيعي. فمن المؤكد أن رعاية نهاية العمر مصممة ليس للشفاء ولكن لتقليل الانزعاج وتعظيم جودة الحياة المؤقتة للمريض، لأن النتيجة حتمية ومعروفة مسبقا. لا تؤدي رعاية هؤلاء المرضى إلى حلول مقصودة ظاهريا ودائمة للمرض أو الخلل الوظيفي. هذا هو المظهر الخالص للعلاج والهدف المثالي، ولكن غير المحقق في كثير من الأحيان للرعاية. (Press, 2006, p. 05).

تشمل الرعاية التدخل الفني والتعاطف والمعلومات والاهتمام براحة المريض. وعليه فالرعاية تحت سيطرة المستشفى تماما. والتحكم في الرعاية بمفهومها الواسع يسهم في الرضا التام للمرضى.

2. الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية.

بالنسبة للعديد من المرضى، فإن زيارة قسم الاستعجالات الطبية هي أول تجربة لهم مع المنظمة الصحية والخدمات المرتبطة بها. علاوة على ذلك، يتم قبول ما يصل إلى نصف تعداد المرضى الداخليين للمستشفى من خلال هذا القسم. هذا يعني أن تجارب المرضى في قسم الاستعجالات الطبية لها آثار تسويقية كبيرة. إذا كان المرضى راضين عن رعاية قسم الاستعجالات، فقد حقق المستشفى تسويقا إيجابيا.

1.2 تعريف حالة الاستعجالات الطبية.

هناك اختلافات في القيم والتوقعات بين مختلف الأطراف الفاعلة في المنظومة الصحية، تبدأ مع تحديد حالة الاستعجالات والوظيفة المناسبة لهذا القسم. بالنسبة للموظفين، فإن وظيفة قسم الاستعجالات هي تحقيق الاستقرار النسبي للمرضى. أما بالنسبة للمرضى، فإن الوظيفة هي الشفاء، وليس مجرد الاستقرار. أ- من وجهة نظر المنظمة الصحية: تعرف الكلية الأمريكية لأطباء الاستعجالات الطبية رعاية الاستعجالات الطبية على أنها: "استقرار وتقييم وعلاج المرضى، والتخلص منهم استجابة للمرض الحاد والإصابة". فرز المرضى الذين يسعون للحصول على رعاية قسم الاستعجالات الطبية يكشف أنه يمكن تصنيفهم على أنهم يحتاجون إلى فئة أو أكثر من فئات الرعاية التالية. (Siddharthan et al., 1996, p. 1):

- الفئة الأولى: رعاية الإصابات الكبرى، بما في ذلك تلك التي تنطوي على حوادث السيارات والإصابات الشديدة الناجمة عن طلقات نارية مثلا؛
- الفئة الثانية: حالات الرعاية الحرجة مثل الضائقة التنفسية والسكتة القلبية؛
- الفئة الثالثة: العناية غير الحرجة والطفيفة مثل فحص الجروح وإزالة الغرز؛

• الفئة الرابعة: الرعاية غير الطارئة أو الأولية التي تشمل العدوى البسيطة وإدارة الأمراض المزمنة. يحتاج مرضى الفئتين الأولى والثانية إلى مساعدة طارئة، وقد لا يحتاج المرضى الذين يتناسون مع الفئة الثالثة إلى عناية فورية في كثير من الحالات، ويمكن اعتبار المرضى الذين يتناسب تقييمهم السريري مع الفئة الرابعة على أنهم مرضى رعاية غير طارئة، يمكن تشخيصهم وعلاجهم في أماكن مختلفة غير قسم الاستعجالات الطبية. (Siddharthan et al., 1996, p. 2).

ب. من وجهة نظر المرضى: ينظر المريض للمشكلة الطبية على أنها حالة طارئة عندما يتم تجاوز واحد أو أكثر من العتبات الثلاثة: (Press, 2006, p. 221).

- عتبة القلق: الألم أو الانزعاج في مستوى لا يطاق؛
 - قلق الحد الأدنى: حالة القلق الذي يشعر به المريض وتجعله مضطرب للاستشارة والأخذ بالآراء.
 - الحد الأدنى من القلق: تتعارض الحالة مع السلوكيات أو الأنشطة القيمة.
- كل ذلك يبقى نسبيا، من وجهة نظر الموظفين، لا ينبغي أن تكون المرأة قلقة لأن طفلها لم يأكل الغداء. في المقابل يجب أن يصبح الشخص المصاب بالألم في الصدر قلقا وبشكل عاجل. لكن بالنسبة له إصراره هو الذي أدى إلى اتخاذ قرار بالتماس العلاج العاجل وليس الألم. في كلتا الحالتين، يشعر الموظفون بالإحباط، يعتقدون أن وظيفتهم هي معالجة الحوادث الحقيقية في الوقت المناسب. وغالبا ما يُنظر إلى المرضى على أنهم يحبطون هذه الجهود.

2.2 عملاء قسم الاستعجالات الطبية.

يمثل المرضى والموظفين ثقافتين مختلفتين. هذا هو الحال بالتأكيد في قسم الاستعجالات الطبية، الاختلافات في القيم والتوقعات تمتد لتشمل هوية المريض في هذا القسم:

أ. بالنسبة للمنظمة الصحية: غالبا ما يواجه الموظفون صعوبة في رؤية المرضى كعملاء، ومع ذلك فإن الطبيعة المتغيرة للرعاية في المستشفى تتطلب مثل هذا المنظور على وجه التحديد لعدة اعتبارات. فعلى الرغم من أن بعض المرضى لا يملكون القدرة على اختيار المكان الذي يتلقون فيه رعاية طارئة نظرا لخطورتهم أو القيود الجغرافية، فإن غالبية المرضى الذين يسعون للحصول على رعاية الاستعجالات يختارون المكان الذي يتلقون فيه رعايتهم. على هذا النحو، يمكن النظر إلى المرضى على أنهم عملاء يشترطون خدمة التقييم الطبي غير المجدول. (Soremekun et al., 2011).

ب. بالنسبة للمرضى: يدرك المرضى أنهم عملاء. من خلال أقساط التأمين أو تخفيض الرواتب أو دفع الاشتراكات. فأصبحوا يطالبون بكل من الخدمة والقيمة. اكتشفت الدراسات أن العناصر الأكثر ارتباطا باحتمالية توصية المرضى للآخرين بقسم الاستعجالات الطبية ليست مشكلة الجودة، بل قيمة الخدمة (Press, 2006, pp. 217–218).

يحكم المرضى على جودة الرعاية السريرية التي يتلقونها. ومع ذلك، فإنهم يبنون أحكامهم على ما هو أكثر بكثير من التدخلات الفنية، التي ليست لهم معرفة كبيرة حولها. فلا يمكن للمرضى أن يحكموا على ما إذا تم استخدام محلول التعقيم المناسب للجرح، ولكن يمكنهم الحكم على ما إذا كانت عملية التنظيف مؤهلة أكثر

مما كان متوقعا، وما إذا كانت الممرضة لطيفة وغنية بالنصائح، يمكنهم الحكم على ما إذا أفراد العائلة الزائرة قد عوملوا باحترام وقدموا لهم تفسيرات وتطمينات مرضية؛ يدرك المرضى ما إذا كان قد تم تقديم معلومات واقعية وحساسة حول نمط الرعاية الصحية المنزلية الموصى بها بعد الخروج من المستشفى.

3. مفهوم رضا المرضى عن الرعاية في قسم الاستعجالات الطبية

تولي المنظمات الصحية أهمية لإرضاء عملائها، وهي تدرك بأن إرضاء المرضى يتطلب مجهودات وتضحيات جادة. يندرج إرضاء المرضى في إطار تحقيق مهمة المنظمة والحفاظ اسهاماتها المجتمعية. ويسهم الأخذ برضا المريض على محمل الجد في تحقيق رعاية ذات جودة أعلى، ينتقل الرضا ليشمل مختلف موظفي المنظمة، إذ يسهم ذلك في جعلهم راضين أكثر عن وظائفهم. في المنظمات الخاصة من المرجح أن يسهم ذلك في تحقيقها نتائج جيدة من الناحية المالية، وتعزيز وضعها التنافسي. علاوة على ذلك الحرص على تحقيق رضا المرضى ينتج عنه تراجع مستوى الشكاوي. وتكون المنظمة أقل عرضة للمقاضاة.

1.3 مفهوم رضا المريض.

يندرج رضا المريض ضمن مؤشرات قياس وضمان الجودة. يتطلب ذلك في كثير من الأحيان بذل جهد خاص. ولكن كيف؟

أ. تعريف رضا المريض: يمكن ادراج النموذج الذي نشره ديفيد مايستر (David Maister) عام 1985، لتحليل نفسية رضا المريض في قسم الاستعجالات الطبية (Soremekun et al., 2011, p. 687). ، وفقاً لهذا النموذج، يشعر المرضى بالرضا عندما يتجاوز مستوى خدمتهم المدركة توقعاتهم، وكلما زاد الفرق بين إدراكاتهم وتوقعاتهم، ارتفع مستوى رضاهم. لكن النقطة المهمة هنا، هي أن كل من الإدراك والتوقع ظاهرتان نفسيتان، ولا تعكسان الحقيقة. وفقاً لذلك، يجب على مقدمي الخدمة الانتباه إلى ثلاثة أشياء: ما تم فعله بالفعل للعميل، وما يدركه العميل، وما يتوقعه. ولحسن الحظ، يمكن إدارة الثلاثة (Maister, 1984, p. 1). إذا كان الإدراك

يعني العملية النفسية التي من خلالها يفهم الفرد ويفسر المعلومات الحسية. فما هي توقعات المريض؟

ب. تعريف توقعات المريض: يُعرّف التوقع بأنه المعالجة النفسية التي يفسر بها الفرد ويفهم المعلومات الحسية المتاحة (Soremekun et al., 2011, p. 687). لتحسين توقعات المرضى للرعاية الصحية، يجب على الطاقم الطبي معالجة المعلومات الحسية التي يتلقاها المريض وفهم معالجته النفسية لتلك المعلومات.

يتم تحديد توقعات العميل من خلال مستوى الخدمة التي يعتقد أنه سيحصل عليها، تنقسم هذه التوقعات إلى توقعات معيارية وأخرى تنبؤية، تشمل المعيارية في الغالب توقعات "العالم المثالي"، مستقرة نسبياً مع مرور التجربة والوقت. أما التوقعات التنبؤية فهي تعكس مستوى الخدمة التي يعتقد العميل أنه سيحصل عليها، وهي عموماً أقل من التوقعات المعيارية. ويتم تحديدها من خلال عوامل متعددة. وعلى عكس التوقعات المعيارية، يمكن بسهولة التأثير عليها لتحسين الرضا. (Soremekun et al., 2011, p. 689).

- بحث العديد من الدراسات في العوامل التي يستخدمها العملاء لتحديد توقعاتهم بشأن الخدمات. فاقترح أوليفر (1997)، أن المعلومات المستخدمة لتكوين التوقعات يمكن تجميعها من المصادر الخارجية للمعلومات ومصادر المعلومات الداخلية. ويمكن تصنيفها كما يلي: (Hamer et al., 1999, p. 277,278)
- توقعات فردية محددة: تختلف التوقعات الخاصة من مريض إلى آخر، ويتم تحديدها من خلال المعتقدات الشخصية للفرد لما تنطوي عليه "الخدمة الجيدة". عادة ما يتم تحديد هذه التوقعات من خلال عوامل متعددة مثل الخلفيات الثقافية الاجتماعية وهي مستقرة نسبياً بمرور الوقت.
 - توقعات ما قبل اللقاء: يمكن لمقدمي الخدمة توجيه ذلك، وتحديد ما يجب أن يتوقعه العملاء من حيث مستوى الخدمة التي سيحصلون عليها أثناء التفاعل. قد يتم الإعلان عن هذا المستوى من الخدمة من قبل مقدم الخدمة لجذب العملاء. يتم أيضاً تعيين توقعات ما قبل اللقاء بناءً على تجارب العميل السابقة مع الخدمة، والكلمة المنطوقة، ومصادر المعلومات الأخرى مثل مقالات الصحف.
 - توقعات وقت اللقاء: تتأثر التوقعات أثناء اللقاء بالمعلومات التي يتم تلقيها مباشرة من مزود الخدمة أو التي يلاحظها العميل أثناء التفاعل مع مقدمي الخدمة.

على الرغم من أن موظفي قسم الاستعجالات الطبية قد يكون لديهم قدرة محدودة على التأثير في التوقعات الفردية، إلا أن فهم توقعات المرضى المسبقة قد يسمح بإدارة أفضل للتوقعات أثناء عملية الرعاية.

ثانياً: أثر توقعات وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية على رضا المريض:

يعتبر رضا المرضى أمراً مهماً بشكل خاص في قسم الاستعجالات الطبية، والذي يُنظر إليه على أنه "نافذة متجر" لخدمات المستشفى. وقد يتوقف التصور العام لخدمات المستشفى على هذا القسم تماماً، قبل الأقسام الأخرى. ويمثل طول الوقت الذي يقضيه الفرد لانتظار الرعاية في هذا القسم سبباً للكثير من الشكاوى المقدمة من قبل المرضى. (Maitra & Chikhani, 1993). يعتبر وقت الانتظار محدداً مهماً لرضا المريض. وله بُعدين متميزين: وقت الانتظار الفعلي (المُقاس) ووقت الانتظار المتوقع (الشخصي). (Thompson et al., 1996, p. 658)

1. مفهوم وقت الانتظار:

يحدث الانتظار كمسألة روتينية في مكتب القبول، أو في غرفة انتظار الطبيب، أو غرف الفحص أو الاختبار، وعلى خطوط الهاتف حيث يحاول العملاء تحديد المواعيد، أو الحصول على نتائج الاختبار.

1.1 تعريف وقت الانتظار: وقت الانتظار هو طول الفترة الزمنية التي ينتظرها العملاء لتلبية احتياجاتهم بكفاءة (Fottler & Ford, 2002). وعلى الرغم من عدم وجود تعريف قياسي لوقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية، إلا أنه يوجد اتفاق على تحديد هذا الوقت باعتباره الفاصل الزمني بين وصول المريض إلى قسم الاستعجالات الطبية والاتصال الأولي بالطبيب أو مساعد الطبيب أو الممرض الممارس (Eniwmide et al., 2022, p. 270). يسمى البعض هذا الانتظار "تضحية العملاء"، لأن العملاء يجب أن يضحو بوقتهم وفرصهم الأخرى من أجل الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة أو المرغوبة. (Fottler & Ford, 2002)

2.1 تعريف نظام صفوف الانتظار: يمكن وصف نظام الطابور من خلال عملية الإدخال أو الوصول، ونظام قائمة الانتظار، وآلية الخدمة الخاصة به. يُعطى الوصف المعتاد لنمط الوصول إلى نظام قائمة الانتظار من خلال التوزيع الاحتمالي للوقت بين أحداث الوصول المتتالية وعدد الأفراد أو الوحدات التي تظهر في كل من هذه الأحداث. يصف نظام قائمة الانتظار الترتيب الذي يتم به تقديم العملاء. في كثير من الأحيان، يكون النظام قائماً على قاعدة من يأتي أولاً يتلقى الرعاية أولاً. تتضمن آلية الخدمة وصفاً للوقت اللازم لإكمال الخدمة، وعدد الأفراد الذين يتم تلبية متطلباتهم. مع تصنيف الأشخاص المصابين بأمراض خطيرة (المرضى المناسبون للفئتين الأولى والثانية من المرض كما هو موضح سابقاً) في مجموعة واحدة والباقي في المجموعة ثانية. مع تطبيق قاعدة أولوية المجموعة الأولى عن الثانية. في هذا النظام يمكن تحديد، متوسط أوقات الانتظار التي يمر بها المرضى، ومتوسط عدد المرضى الذين ينتظرون الخدمة في قائمة الانتظار ومعدل استخدام الموظفين، بما في ذلك الطاقم الطبي، والمختبرات ومرافق الأشعة. (Siddharthan et al., 1996, p. 4).

3.1 أهمية وقت الانتظار: أصبح وقت الانتظار للأسف جزءاً متوقعاً من عملية الخدمة في مجال الرعاية الصحية. ونتيجة لذلك، فإن تقديمها في الوقت المحدد أمر نادر الحدوث. بمجرد أن يصبح الانتظار هو القاعدة وليس الاستثناء، قد يبدأ الموظفون في الشعور بأن فترات الانتظار الطويلة أمر طبيعي ومتوقعة وأن العملاء يجب أن يتسامحوا معها. يعتبر وقت الانتظار من أهم الأسباب التي تجعل المرضى والأطباء يتركون المنظمة. يطالب ويتوقع المستهلك بخدمة أسرع. وفي كل مرة يعيب فيها العميل تفقد المؤسسة إيرادات الرعاية الصحية التي يمثلها العميل مدى الحياة. يتم فقدان المزيد من الإيرادات من "الكلمات الشفوية السلبية" حيث يؤثر كل عميل غير راضٍ على الآخرين. (Fottler & Ford, 2002).

2. وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية:

إن مفهوم الانتظار متأصل في معظم حالات الرعاية الصحية. ويعتمد وقت انتظار المرضى على فئة الأولوية التي ينتمون إليها بناءً على قائمة فرز المرضى وتوافر كل من الطاقم الطبي (أي طبيب الاستعجالات الطبية) أو الممرضين المختصين. (Abo-Hamad, 2011, p. 132). يتم التعامل مع المرضى الموجودين في نفس فئة الأولوية على أساس من يأتي أولاً يخدم أولاً. (Siddharthan et al., 1996, p. 4). يمكن تصنيف هذه المحطات ضمن المراحل التالية: (Abo-Hamad, 2011, p. 132)

1.2 مراحل الرعاية الأولية: عند الوصول إلى قسم الاستعجالات الطبية والتسجيل، يظل المرضى غير المسجلين (سواء الموجهين من قبل طبيب عام أو القادمين بصفة ذاتية) في منطقة الانتظار ليتم فرزهم. عندما يتم استدعاء المريض، يتم تقييمه من قبل ممرضة الفرز. وبناءً على ذلك، يتم تحديد أولوية العلاج السريري لكل مريض وفقاً لعدة أنظمة. بمجرد تحديد فئة الفرز ضمن القائمة، يمكن إعادة المريض إلى غرفة الانتظار حتى يتوفر سرير في منطقة العلاج المناسبة، وبعد متابعة تقييم المرضى من قبل طبيب قسم الاستعجالات الطبية، يتم اتخاذ القرار؛ بخروج المريض من المستشفى أو قبوله بالمستشفى. هذه هي مراحل الرعاية الأولية التي يشترك فيها جميع المرضى.

2.2 مراحل الرعاية الثانوية: هي تلك الخطوات المتبعة في رعاية بعض وليس كل المرضى مثل التشخيص (على سبيل المثال الأشعة السينية وفحص الدم)، والتقييم الثاني للمريض من قبل طبيب قسم الاستعجالات الطبية هنا بالإمكان التشاور مع طبيب مختص (طبي / جراحي)، للتأكد من مدى الزامية قبول المريض أو الحصول على المشورة بشأن أفضل علاج ممكن للمريض في حال خروجه.

هناك نوعان من أوقات انتظار العملاء، الوقت الذي يقضيه العميل في قائمة الانتظار والوقت الإجمالي الذي يقضيه في النظام. في المقابل، هناك نوعين من مقاييس تراكم العملاء؛ عدد العملاء في قائمة الانتظار والعدد الإجمالي للعملاء في النظام. سيكون الأول مهما إذا كنا نرغب في تحديد تصميم مساحة الانتظار (على سبيل المثال، عدد المقاعد التي يجب توفيرها للعملاء)، بينما يكون الأخير مهما لمعرفة عدد أجهزتنا التي قد تكون غير متاحة للاستخدام. يمكن أن تتضمن أوقات الخدمة الخاملة حالة مريض معين غير نشط، أو الوقت الذي يخلو فيه النظام بأكمله من العملاء. (Donald, 2008, p. 8).

3. توقعات وقت الانتظار ورضا المريض:

1.3 دورة حياة المريض في قسم الاستعجالات الطبية: ضع في اعتبارك تجربة المريض النموذجية التالية: الوصول، مقابلة مع موظفي القبول، الفرز (إذا كانت ممرضة الفرز لا تقوم بالقبول)، إمكانية الانتظار في غرفة الانتظار الخارجية، الدخول إلى منطقة العلاج، أخذ الممرضة للمعلومات الحيوية زيارة الطبيب - قد يعالج أو يستدعي الفحوصات- تقني أو ممرضة أخذ الدم، رسم القلب، إلخ، رحلة محتملة إلى قاعة الأشعة، أخذ الأشعة السينية، انتظر حتى تعود الممرضة إلى غرفة علاج قسم الاستعجالات الطبية، يعود الطبيب مع النتائج. يناقش. يشرح أو يعامل أو يصف، الخروج أو تحديد موعد للقبول في المستشفى، انتظر المصعد للنقل إلى الطابق العلوي. (Press, 2006, p. 231,232). هذه بالترتيب مراحل دورة حياة المريض في قسم الاستعجالات الطبية، لكن هل يستطيع المريض توقع كل هذه الأحداث؟ وهل بإمكانه تقدير وقت كل حدث وهل بإمكانه أن يتوقع وقت التأخير المحتمل بين كل حدث؟

2.3 تجربة وقت الانتظار المتوقعة: يعتبر تصور الإنسان لوقت الانتظار أمراً يستند إلى الخبرة الشخصية، كما أن رد فعل الفرد تجاه وقت الانتظار هو نتيجة لعمليات نفسية، تترجم شعور الفرد تجاه وقت الانتظار، وكيف يحكم على مقدمي الخدمة أثناء وقت الانتظار. ظهرت عدة نظريات ونماذج تفسر ذلك، على غرار: (Lee, 2004, pp. 8-13).

- نظرية التنافر: تنص على أن معلومات وقت الانتظار قبل الانتظار تقلل من استياء الشخص أثناء انتظاره، وأنه يشعر بعدم الراحة عندما يعاني من إدراكين متعارضين. ولتقليل مشاعر الانزعاج هذه يحاول الشخص تبرير قراره بالإقناع على نفسه أن النتيجة تستحق الجهد المبذول.
- نظرية الإسناد: تشرح نظرية الإسناد كيف يفهم الأفراد الأحداث، ويدركون الأسباب، ويلومون على النتائج المختلفة.

- **نظرية العزو:** تنص نظرية العزو على أنه عندما يحكم الفرد على سلوك شخص آخر، فإن الفرد لديه ميل لتقييم نية الشخص. على سبيل المثال، إذا أدرك العملاء أن مقدم الخدمة يبذل جهدًا لتقليل وقت الانتظار، فإن العملاء سيضعون اللوم على مزود الخدمة بشكل أقل.
 - **النظرية العاطفية:** ركز تايلور (1994) على كيف أن التأخير قد يتسبب في سلبية ردود الفعل العاطفية للعملاء مثل عدم اليقين والغضب، وكيف تؤثر هذه الأفعال على التقييم العام للخدمة. وفي النهاية نية العملاء بالعودة.
 - **نظرية المجال:** يميل الفرد إلى أن يكون لديه هدف وهو على استعداد لمتابعة الهدف. إذا كانت هناك حواجز تحول دون الوصول إلى الهدف كوقت الانتظار الطويل، فإنه يشعر بتأثير سلبي. لذلك فإن هذه الحواجز هي مصدر ردود الفعل العاطفية السلبية في المجال النفسي للفرد.
 - **نموذج تخصيص الموارد:** ينص على أنه إذا كان الشخص أكثر وعيًا بمرور الوقت أثناء وقت الانتظار، فسيقلل من تقييم الخدمة.
 - **نموذج الحد من عدم اليقين:** بنص على أن الناس يميلون إلى الإجهاد في حال عدم اليقين. وعليه فإن عدم التأكد من طول الانتظار وسببه يمكن أن يضغط على نفسية المريض.
- معظم المرضى يقضون وقتًا قصيرًا في منطقة الانتظار. بينما يتم قضاء كل الوقت تقريبًا في منطقة العلاج بمراحلها المذكورة أعلاه. لذلك حتى يتم تسريحهم، هم نظريًا ينتظرون العلاج. لأن الطبيب هو الشخص الرئيسي الذي يشخص ويعالج ويطلق سراحهم، ويساوي المرضى إجمالي الوقت في قسم الاستعجالات الطبية مع الوقت الذي يقضيه الطبيب في انتظار معالجتهم. يصل المرضى إلى قسم الاستعجالات الطبية مع توقعات عديدة فيما يتعلق برعايتهم المستقبلية؛ يغادرون مع التصورات المقابلة لنوعية تلك الجوانب من اللقاء. تكون لديهم توقعات تتعلق بكمية المعلومات التي ينبغي توفيرها وتصورات بشأن كمية المعلومات التي تلقوها بالفعل. لديهم توقعات بأن تتم معاملتهم باهتمام كبير أكثر مهنية واختصاص وتصورات حول الجودة التعبيرية لموظفي قسم الاستعجالات الطبية (Thompson et al., 1996, p. 658).
- ثالثًا: استراتيجيات تحسين مستوى الرضا على وقت الانتظار في قسم الاستعجالات الطبية.**
- ناقش (Maister, 1985)، تأثيرات الانتظار في قطاع الخدمات. فلاحظ على وجه الخصوص، أن قلق العملاء يزداد مع إدراكهم لفترة انتظار طويلة. هنا حاول ابداء بعض التعميمات التي من شأنها تخفيف حدة التوتر والقلق لدى العملاء في صف الانتظار مبرزا المقاربات التالية: (John C. Mowen, Jane W. Licata, 1993, p. 27)
- وقت الانتظار غير المشغول يبدو أطول من الوقت المشغول؛
 - انتظار أحداث ما قبل الرعاية الصحية أطول من الانتظار قيد المعالجة؛
 - يزيد عدم اليقين من توقعات وقت الانتظار؛
 - يُنظر إلى وقت الانتظار غير المبرر على أنه أطول من وقت الانتظار الموضح؛

- تبدو فترات الانتظار غير العادلة أطول من الانتظار المبرر؛
- يبدو الانتظار الفردي أطول من الانتظار مع مجموعة.

مبادئ ما يستر لها صلة مباشرة ببيئة الرعاية الصحية. انتظار الرعاية أمر مرهق ظاهريًا. عادة ما يكون الانتظار وقتًا غير مشغول، حيث ينتظر في الغالب خدمات ما قبل المعالجة، ويكون الموظفون مشغولين جدًا أو غير مهتمين بإبلاغ المريض بسبب الانتظار. هذا النقص في المعلومات يسبب عدم اليقين. إذا كان المريض لا يعرف القواعد المنظمة للقوائم، فقد يشعر بالظلم لأن المرضى الذين وصلوا لاحقًا قد يتلقون خدمة أسرع. وعليه قد يكون للانتظار تأثيرًا قويًا على رضا العملاء. (John C. Mowen, Jane W. Licata, 1993, p. 27).

1. استراتيجية إدارة تصورات التقدم في صفوف الانتظار:

يسعى مدراء الرعاية الصحية لتحسين جودة انتظار المريض. الشعور بسرعة مرور الوقت لا يرتبط فقط بالحالة التي يكون فيها الفرد مستمتعًا. يجب أن يتذكر المدراء أن الفروق الفردية ستؤثر على شعور الناس تجاه الانتظار في الطابور. وما يشعرون به تجاه الانتظار لا يقل أهمية عن طول مدة الانتظار في الواقع. وعليه لا بد من حلول لمقاربات ما يستر في الرعاية الصحية، والتي يمكن تبنيها فيما يلي:

1.1 الوقت المشغول يبدو أقصر من الوقت غير المشغول: ينتج الملل عن الانتباه لمرور الوقت نفسه، وهو ما يمكن التعبير عنه بالمثل القائل "الوعاء المراقب لا يغلي أبدًا" (Maister, 1984, p. 3). يمكن جعل معظم فترات الانتظار في الطابور أكثر متعة وجعل المرضى يشعرون بأنها أقل طولًا، إذا كان من الممكن تشتيت انتباههم بطريقة ما. (Baker & Cameron, 1996, p. 344).

2.1 يرغب العملاء في البدء: يُنظر إلى فترات انتظار ما قبل المعالجة على أنها أطول من فترات الانتظار أثناء العلاج. لذلك تحاول المنظمات إيجاد طرق لتقليل المدة التي يشعر بها المرضى في الانتظار. قبل فحص الطبيب للمرضى، يتم إجراء مقابلة معهم من قبل ممرضة تجمع العلامات والبيانات الحيوية. بحلول الوقت الذي يفحص فيه الطبيب المرضى يكون لديهم بالفعل وقت اتصال كبير مع شخص له علاقة بالعلاج، لذا فإن الانتظار لرؤية الطبيب لن يستغرق وقتًا طويلاً. (Fottler & Ford, 2002, p. 57).

3.1 القلق يجعل الانتظار يبدو أطول: يصل معظم المرضى إلى قسم الاستعجالات الطبية مع تصور أن إصابتهم أو حالتهم خطيرة أو تهدد حياتهم. غالبًا ما يكون هذا التهديد مصحوبًا بدرجة معينة من الألم والقلق والتوتر والخوف (Gordon et al., 2010, p. 81). في النقطة السابقة رأينا كيف يمكن أن يسهم البدء في قلق المرء. ومع ذلك، يمكن أن يأتي القلق من مصادر أخرى، لقد مر كل فرد منا بتجربة اختيار خط في السوبر ماركت أو المطار، ووقف هناك قلقًا من أنه قد اختار بالفعل الخط الخطأ. يزداد مستوى القلق ويصبح الانتظار غير محتمل، هذا الموقف مشمول بما يعرف بقانون إرما بومبيك (Erma Bombeck's Law): "الخط الآخر يتحرك بشكل أسرع دائمًا". و الوصفة الطبية للمديرين لحل ذلك هي أسأل نفسك عما قد يثير قلق العملاء وابحث عن طرق لإزالة القلق (Maister, 1984, p. 4). علاوة على ذلك يمكن أن يكون التخطيط المكاني طريقة فعالة لإدارة تصورات التقدم في صف الانتظار (Annemans et al., 2018, pp. 5-6).

4.1 فترات الانتظار غير المؤكدة أطول من فترات الانتظار المحددة: إن أعمق مصدر للقلق في الانتظار هو كم من الوقت سيستغرق الانتظار، على سبيل المثال، إذا تم إخبار مريض في غرفة الانتظار أن الطبيب سيتأخر لمدة ثلاثين دقيقة، فإنه يشعر بانزعاج مبدئي ولكنه يتراح بعد ذلك في قبول حتمية الانتظار. ومع ذلك، إذا تم إخبار المريض أن الطبيب سيكون حراً قريباً، فإنه يقضي طوال الوقت في حالة ترقب عصبي ويخشى المغادرة والعودة (Maister, 1984, p. 5).

5.1 فترات الانتظار غير المبررة أطول من فترات الانتظار الموضحة: يعد عدم حصول المريض على تفسير، أحد العوامل التي تزيد من عدم اليقين بشأن طول فترة الانتظار. فإذا كان تقليل احتمالية التأخير مهما، و في ظل صعوبة تحقيق ذلك يصبح إبقاء المرضى على اطلاع بشأن التأخيرات أمراً في غاية الأهمية، فالمرضى الذين يعانون من تأخيرات في كثير من الأحيان يصفون موظفي المستشفى بأنهم غير مهتمين وغير طبيين (Jody Crane;Chuck, 2019, p. 300). بينت الدراسات وجود ارتباط إيجابي بين جودة إيصال المعلومات في قسم الاستعجالات الطبية ورضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية في تلك الأقسام (Thompson et al., 1996, p. 663). يمكن اعلام المرضى بالسبب أو تقديم تلميح مرئي يمكن أن يفسر دواعي الصبر والانتظار.

6.1 فترات الانتظار غير العادلة أطول من فترات الانتظار العادلة: اعطاء السبق في الأهمية والأولوية لأولئك الذين وصلوا لاحقاً، قد يسهم في تهيج المريض، في المنظمات الصحية – كما سبق وأن أشرنا إلى ذلك- هناك ترتيب واضح لخط الانتظار. نظام ترتيب العملاء حسب الأولوية السريرية الطارئة، قد يوحي بعدم الإنصاف (Maister, 1984, p. 6). يجب على المنظمات إيجاد طريقة ما للتواصل لتوضيح دواعي عدم احترام ترتيب القوائم (Fottler & Ford, 2002, p. 58,59). مهما كانت قواعد الأولوية المطبقة، يجب على مقدم الخدمة بذل جهود حثيثة لضمان تطابق هذه القواعد مع إحساس المريض بالمساواة (Maister, 1984, p. 6).

7.1 الانتظار الفردي أطول من انتظار المجموعة: تسهم إجراءات تعزيز الشعور بالانتظار الجماعي بدلاً من عزل كل فرد في زيادة التسامح مع وقت الانتظار (Maister, 1984, p. 6). في ظل هذا المنطق، قد يبدو الخط المزدوج أقصر من خط الخدمة الفردي، وهيكلي خطي يشجع الناس على التفاعل ويجعلهم يشعرون بأنه أقصر من تلك الخطوط التي يبقى فيها المرضى داخل حدودهم الشخصية. بينت الدراسات أن الأصدقاء أو العائلة يلعبون دوراً مهماً في رعاية رفاهية المريض في قسم الاستعجالات الطبية بتوفير الرفقة والتخفيف من الشعور بالوحدة وحدة القلق (Gordon et al., 2010, p. 86).

2. استراتيجية إدارة القيمة المتوقعة للخدمة في قسم الاستعجالات الطبية.

بينت الدراسات ارتباط جودة خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات بخمسة مكونات: الاستجابة والموثوقية والتعاطف والأشياء الملموسة والضمان. وإذا كانت الموثوقية هي أعلى مكون لجودة الخدمة في المستشفيات الخاصة، فإن للاستجابة الجانب الأكبر من الأهمية في المستشفيات العامة، وبالتالي فإن قسم الاستعجالات الطبية مسؤول عن تقليل وقت الانتظار وضمان وقت استجابة أسرع حتى يشعر المريض بمزيد من الرضا عن الخدمات المقدمة في المستشفى العام (Hidayat et al., 2020, p. 202). كلما زادت قيمة الخدمة،

زاد انتظار العميل دون تقديم شكوى، كما أن التسامح مع فترات الانتظار يعتمد على القيمة المتصورة للخدمة مع التركيز على الإدراك. (Maister, 1984, p. 7) وعليه فإن الإستراتيجية الرئيسية الثانية لإدارة تصور الانتظار هي إدارة القيمة المتصورة للخدمة التي ينتظرها العميل.

1.2 وقت الانتظار والقيمة المتوقعة للخدمة: حظي مفهوم القيمة المدركة باهتمام متزايد، و تشير تعريفات القيمة المتوقعة بشكل عام إلى المفاضلة بين ما يتلقاه العملاء وما يتنازلون عنه للحصول على الخدمة. و يمكن تعزيز هذه القيمة إما عن طريق إضافة مزايا إلى الخدمة أو عن طريق تقليل النفقات المرتبطة بشراء واستخدام الخدمة (Tami, 2004, p. 900). قيمة المريض تتجسد في المنافع الصحية المحققة في مقابل التضحيات المقدمة. يتناسب هذا التعريف جيدا مع قسم الاستعجالات الطبية ويسلط الضوء على بعض التحديات في خلق قيمة للمريض. فالمريض الذي يعاني من نوبة قلبية حادة يصل إلى قسم الاستعجالات الطبية عبر سيارة الإسعاف، ويتم تشخيص حالته وعلاجه على الفور وقد يعتبر أنه تم إنقاذ حياته، دون تضحية أو استدعى الأمر بضع دقائق من وقته. في المقابل مريضة متقدمة في السن، تزور قسم الاستعجالات الطبية بشكل متكرر بحثًا عن مسكنات الألم. قد تنتظر فترات طويلة لتلقي العلاج. عندما يتم فحصها أخيرا من قبل الطبيب، إذا لم تتلق الأدوية والمعاملة التي تتوقعها، فلن تكون راضية. (Jody, Crane;Chuck, 2019, p. 303). استهلاك الوقت، يعبر عن تضحية من قبل العميل لشراء واستخدام الخدمة، فقد قامت العديد من الدراسات بالتحقيق في آثار وقت الانتظار على القيمة المتصورة وقرارات المستهلك. توصلت إلى أن الوقت يعد بعدًا مهمًا يؤثر على القيمة المتصورة، ويتضمن مكونات مرتبطة بالمنافع وأخرى ذات صلة بالتضحيات. وبينت وجود تأثير للتوقعات المتعلقة بوقت الانتظار على وقت الانتظار الموضوعي والقيمة المتصورة للخدمة. كما أن للمحفزات التي يتلقاها العميل أثناء الانتظار، أثر على تصور وقت الانتظار وعلى إدراك القيمة. (Dobre et al., 2013, p. 686).

الوقت والمال وسيلتان للتبادل، يمكن للناس شراء المنتجات التي تدفع نقدًا، أو إنفاق الجهد (الوقت) ولكن عادة ما يكون هناك مفاضلة بين العمليتين. يتمثل أحد الاختلافات الرئيسية بين الوقت والمال في أنه من السهل تقييم تكلفة الفرصة البديلة للمال، في حين أن تكلفة الفرصة البديلة للوقت تكون أكثر غموضًا. يتحمل المستهلكون تكاليف المعاملات الزمنية في البحث عن المعلومات وتقليل عدم اليقين أو كتكلفة إضافية للاستهلاك كتأخيرات. بشكل عام، يدفع المستهلكون قسطًا إضافيًا للراحة ويقبلون السفر لمسافة كبيرة للحصول على صفقة. (Okada & Hoch, 2004, p. 2,3). وعموما ارتفاع وقت الانتظار يضاف إلى التكاليف غير المباشرة لإجراء فحص في قسم الاستعجالات الطبية من وجهة نظر المريض. قد يزيد من إحباط المريض ويقلل من إحساسه بالسيطرة. (Thompson et al., 1996, p. 658)

2.2 إدارة القيمة المتوقعة: تعلن بعض المستشفيات عادةً عن أوقات انتظارها على موقعها الإلكتروني. ليس فقط للمساعدة في إدارة توقعات المرضى، ولكن أيضًا لإثبات جودة وقيمة خدماتها الصحية (Eniwmide et al., 2022, p. 271). يواجه المستهلكون سلسلة من الأحداث في الرعاية الصحية. يمكنهم الانتظار قبل وأثناء وبعد المعاملة مما يعني أنه يمكنهم الحصول على تجربة انتظار قبل العملية وأثناء العملية وبعدها. وعليه يمكن تنفيذ

استراتيجية إدارة القيمة المتصورة للخدمة التي ينتظرها العميل. قبل أو أثناء أو حتى بعد تنفيذ الخدمة. يجب تبني إجراءات لتعزيز قيمة الخدمة التي حضرت المريض على دخول قائمة الانتظار في المقام الأول. وجعله يشعر بأن الانتظار كان يستحق العناء بتقديم خدمات تلي التوقعات أو تتجاوزها. ومراعاة أحاسيس ما بعد العلاج لتعزيز قيمة التجربة وتقليل الآثار السلبية للانتظار قبل التجربة. (Fottler & Ford, 2002, p. 60).

يجب أن نعمل وفق قاعدة أن العميل يدرك أحاسيس الانتظار. لا يجب الاكتفاء بالبيانات الموضوعية التي تشير إلى أن الانتظار في منشأتك لم يكن طويلاً جداً، لأن رضا الفرد أو عدم رضاه عن فترة انتظار معينة أمر شخصي ويمكن أن يختلف بشكل كبير من شخص لآخر. فالأهم هو شعور هؤلاء العملاء الذين يعتقدون أنهم انتظروا وقتاً طويلاً تلقي رعايتك. العملاء لديهم ساعات ذهنية في أذهانهم تخبرهم متى يكون الانتظار لا يطاق أو مقبولا ويتم إدارته بشكل جيد. تعد إدارة التصور تقنية فعالة مثل إدارة وقت الانتظار الفعلي، وإذا كانت المنظمة جيدة بشكل خاص في إدارة التصورات فيمكنها جعل فترات الانتظار الطويلة جداً مرضية للعملاء. (Jody, Crane;Chuck, 2019, p. 159)

II. ممارسات عملية لإدارة توقعات المرضى في قسم الاستعجالات الطبية لتعزيز مستوى الرضا على وقت الانتظار.

تهيمن القياسات الكمية على البحث في مجال تجربة المريض في قسم الاستعجالات الطبية، تخلو هذه الدراسات من مشاعر الطوارئ والتفاعل بين الموظفين والمرضى وأهل المريض في قسم الاستعجالات الطبية، ولا تترجم أحاسيس الانتظار. وبدلاً من التركيز على كيفية تقليل وقت الانتظار، بحثت هذه الورقة في تغيير توقعات المرضى الذين ينتظرون تلقي الرعاية الصحية فيما يتعلق بوقت انتظارهم في قسم الاستعجالات الطبية.

تاريخياً، ركزت شركات الخدمات المهمة برضا العملاء على توظيف مقدمي خدمات متمتعين وذوي خبرة ومعرفة. أصبح هذا النهج غير كاف اليوم. لا يطالب المستهلكون بالجودة فحسب، بل يطلبون أيضاً السرعة. فهم لا يتسامحون مع الانتظار في الطابور لفترات طويلة من الزمن. يجب على الشركات الاستجابة لهذه التغيرات إذا كانت ترغب في المنافسة وقيادة الأسواق. في قسم الاستعجالات الطبية تكمن المهمة الأساس في صناعة مرضى راضين، ولكن كيف نقيس رضا المريض. وكيف يمكننا الشعور بهذا الرضا؟ (Jody, Crane;Chuck, 2019, p. 299). فيما يلي مناقشة لأهم الممارسات العملية التي تبنتها منظمات الرعاية الصحية في سعيها لفهم أحاسيس مرضاهم في صفوف الانتظار.

1 ممارسات عملية لإدارة وقت الانتظار:

1.1 طرق ملء وقت الانتظار: في بعض غرف انتظار رعاية الأسنان، تظهر محاولات واعية لتشتيت انتباه المريض عن النشاط القادم، الذي قد يزيد المخاوف وبالتالي يجعل الانتظار أكثر ازعاجاً. (Maister, 1984, p. 3). وقد يعرض طبيب الأسنان مقطع فيديو يصف إجراءً لتبييض الأسنان. (Fottler & Ford, 2002, p. 57) كما توفر العديد من العيادات الطبية في غرفة الانتظار آلات للأوزان ومخططات للعين و أجهزة قياس الحرارة ذاتية

الاختبار وما شابه. (Maister, 1984, p. 3). وقد تعرض مرببة الأطفال ألعابا في منطقة اللعب، وقد تعرض غرفة انتظار الاستعجالات الطبية حصصا لقناة CNN مثلا (Fottler & Ford, 2002, p. 57) كذلك، يمكن تطوير منصة انتظار افتراضية عبر الهواتف المحمولة قائمة على شبكة الانترنت خاصة بكل مريض، تسهم في نقل أوقات الانتظار الفردية لمستخدميها بالإضافة إلى الرسائل الأخرى ذات الصلة. والتي تتضمن معلومات محدثة بانتظام حول رحلة قسم الاستعجالات الطبية الخاصة بهم ووقت الانتظار المقدر والتأخيرات المتوقعة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن توفر المنصة أنشطة ترفيهية تهدف إلى التخفيف من قلق صف الانتظار. يتيح للمرضى المرونة والقدرة على الحركة والتنقل. وبالتالي، حرية الخروج لاستنشاق الهواء النقي، أو استخدام مرافق المستشفى الأخرى، أو غير ذلك من أشكال الإلهاء، بدلاً من حصرهم في شاشات المراقبة داخل قاعات الانتظار. (Eniwmide et al., 2022, p. 280).

2.1 اشارك الأطباء في مرحلة مبكرة من رحلة المريض: بينت دراسة استقصائية على شبكة الإنترنت شملت 5030 مريضاً أن قضاء وقت أطول مع الأطباء يمكن أن يقاوم استياء المريض من فترات الانتظار الطويلة (Eniwmide et al., 2022, p. 279). تطلب معظم المكاتب الطبية من المرضى ملء استمارات التاريخ الطبي الطويلة. توفر هذه النماذج معلومات مفيدة، و تمنح المرضى أيضاً شيئاً ما يمكنهم فعله، مما يقلل من مدة الانتظار المدركة (Fottler & Ford, 2002, p. 57).

3.1 التخطيط البيئي لتخفيف قلق الإنتظار: كلمة "بيئة" في قسم الاستعجالات الطبية يمكن تقسيمها إلى ثلاثة جوانب رئيسية: التخطيط المكاني، والقيود الزمنية، وععب عمل مع المرضى (Davenport, 2020, p. 10). إذا كان الناس خائفين مما سيحدث لهم بمجرد بدء تجربة الخدمة، فسيبدو الانتظار أطول بالنسبة لهم. هنا قد تكون مشاهدة حصّة National Geographic أو قراءة المجلات مفيداً للغاية. وللإستماع إلى المرضى والوصول إليهم بسرعة، غالباً ما يشتمل التخطيط المكاني على ستائر بدلاً من الجدران وخطة أرضية مفتوحة تسمح بنقل الأصوات. (Davenport, 2020, p. 11) في النظام متعدد الخطوط (حيث يكون لكل ممرض صف منفصل من العملاء المنتظرين)، يكون الخط أقصر، لكنه يتحرك بشكل متقطع فقط. أما في النظام متعدد المراحل (حيث يوجد عدة موظفين يخدمون عميلاً واحداً على مراحل)، يكون الخط أطول، لكنه يتحرك باستمرار ويمكن للعملاء رؤية علامات التقدم، ومن المحتمل أن يؤدي هذا إلى تأثير إيجابي أكثر. (Annemans et al., 2018, pp. 5-6)

4.1 التقدير المسبق لوقت الانتظار: تنتظر أسرة مريض يخضع لعملية جراحية خطيرة خروج الجراح ويبلغ عن نتيجة الجراحة. هنا يبدو أن الانتظار لا نهاية له. دع المرضى وأسرههم يدركون ما يمكن توقعه، إذ يمكن أن يساعد تقدير الوقت أولئك الذين يقومون بضبط ساعة ذهنية للسماح بمرور الوقت بسرعة أكبر. (Fottler & Ford, 2002, p. 58) الاعلام كذلك كذلك قد يرتبط ذلك بالافصاح عن عدد الحالات المعروضة على قسم الاستعجالات الطبية (Eniwmide et al., 2022, p. 279)

5.1 تبرير طول وقت الانتظار: يمكن تحسين الانتظار لفترة أطول من المتوقع من خلال التوضيح أن برنامج الفريق قد توقف بسبب حالة طوارئ خطيرة. من ناحية أخرى، يسهم إبقاء العاملين غير المشغولين في المختبر أو

غرف العلاج الفارغة بعيداً عن أعين المرضى، في جعل المرضى لا يتساءلون عن سبب عدم قيام موظفيهم بخدماهم. (Fottler & Ford, 2002, p. 58)

6.1 جعل المريض يشعر بالمساواة: ضمان تطابق قواعد الأولوية مع إحساس المريض بالمساواة، دمج مرضى الأولوية بسلاسة عن طريق إحضارهم من خلال مدخل آخر. أو بذل جهد كبير للتعبير عن الحالة الحرجة للمريض لكسب تعاطف المنتظرين كالإعلام عن "حالة نوبة قلبية قادمة!" أو "جرح بطلق ناري في البطن!" وما إلى ذلك. (Fottler & Ford, 2002, p. 58,59)

2. مقترحات عملية لإدارة القيمة المتوقعة لجودة خدمة الرعاية الصحية:

للتقليل من الآثار السلبية للانتظار يجب الحرص على خلق انطباع بأن الخدمات المقدمة كانت تستحق تكاليف الانتظار. يمكن تجسيد إدارة القيمة المتصورة للخدمة التي يتوقعها العميل. قبل العلاج أو أثناءه أو حتى بعد مغادرة قاعة الاستعجالات الطبية. ومن الممارسات العملية لذلك نذكر: (Fottler & Ford, 2002, p. 60)

1.2 آلية إدارة القيمة المتوقعة قبل الخدمة: قبل تلقي الخدمة، يمكن تزويد العملاء المنتظرين بالمعلومات أو بعض الخدمات الأخرى. كتقديم شيء للعملاء في الانتظار في الطابور لشربه أو موسيقى مهدئة. هذه اللمسات المدروسة لا تشتت انتباه العميل وتشغله فقط كما هو موضح أعلاه، ولكنها تضيف أيضاً قيمة إلى التجارب التي يجب على العميل انتظارها.

كما بالامكان الاستفادة من تقنيات الذكاء الاصطناعي وانتزعت الأشياء في التنبؤ المسبق بعدد الزيارات وطبيعة الأمراض المصاحبة لتلك الحالات واتخاذ الإجراءات الاحتياطية اللازمة لأدارة هذا التدفق. الاستفادة من الكميات الهائلة من البيانات الناتجة عن الاستخدام السائد لمحركات البحث ووسائل التواصل الاجتماعي، أظهر نتائج واعدة باستخدام بيانات Google Trends Search ونموذج الانحدار المتعدد للتنبؤ بحجم المرضى الذين يزورون قسم الاستعجالات الطبية. استخدمت البيانات الضخمة التي تتكون من السجلات الصحية التاريخية، ومؤشرات جودة الهواء، واهتمامات محركات البحث وبيانات وسائل التواصل الاجتماعي للتنبؤ بالزيارات المتعلقة بالربو إلى قسم الاستعجالات الطبية. قد يوفر استخدام البيانات الضخمة من محركات البحث ومنصات الوسائط الاجتماعية الشهيرة مثل Facebook و Instagram و Twitter أساليب جديدة خارج الصندوق في جمع وربط اتجاهات البيانات غير التشخيصية للتنبؤ بتدفق المرضى على قسم الاستعجالات الطبية. تسمح هذه الجهود الاستباقية بإجراء تدخلات مبكرة، مما يؤدي إلى زيادة جودة الرعاية الصحية للمرضى الذين تم تحديدهم

2.2 آلية إدارة القيمة المتوقعة أثناء الخدمة: إلى جانب تزويد العملاء بخدمة تفوق توقعاتهم، يمكن لبعض الإجراءات الأكثر دقة أن تعزز قيمة تجربة الخدمة. تعرض بعض المستشفيات شهادة اعتمادها، أو يعرض الأطباء شهادات من كليات الطب الشهيرة للإشارة إلى الجودة العالية لتدريهم. تميل هذه اللمسات إلى تشجيع

المريض على الاعتقاد بأن العلاج الطبي كان يستحق الانتظار. كاستجابة أكثر مباشرة لمشكل الانتظار يمكن لمزود الخدمة الاعتذار على طول المدة. كل هذه التحسينات تجعل الانتظار يبدو أقصر مما كان عليه في الواقع.

3.2 آلية إدارة القيمة المتوقعة للخدمة بعد الرعاية: يمكن أن يؤدي الاتصال الهاتفي بالعميل بعد تجربة الخدمة واستقصاء ردود الفعل عن حالته، إلى تعزيز قيمة التجربة وتقليل الآثار السلبية للانتظار. بمجرد أن بدأ مستشفى Pensacola Baptist في استدعاء المرضى بعد مغادرتهم المستشفى للسؤال عن جودة تجربة الخدمة، كان على مستشفيات المنطقة الأخرى إجراء المكالمات أيضًا.

بالإضافة إلى الاستراتيجيات المذكورة أعلاه، تم تسجيل العديد من الممارسات الاجتماعية الأخرى. يمتد ذلك ليشمل حملات التثقيف الطبي العام، بدائل أنظمة الفرز واجراءات تحويل المرضى غير الطارئین إلى مستشفيات بديلة. إلى جانب الحلول الكمية المتعلقة بزيادة عدد مقدمي الخدمات. قد يكون لذلك تأثيراً على أوقات انتظار في أقسام الطوارئ. تبقى حلول تلك البدائل غير مستدامة.

III. نتائج الدراسة:

بينت الدراسة وجود علاقة ايجابية بين إدارة توقعات أوقات الانتظار والرضا على الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية. حيث تسهم إدارة توقعات وقت الانتظار في تقليل مدة الانتظار المدركة. ومن شأن تحسين القيمة المتوقعة للخدمة تقليل مدة الانتظار المدركة والرفع من مستوى الرضا على الرعاية الصحية. هذا ما يؤكد على ضرورة تحسين سلوك مختلف الأطراف الفاعلة في قسم الاستعجالات الطبية، لتقليل وقت الانتظار وزيادة رضا المرضى دون الحاجة إلى استثمارات وموارد أكثر. ومع ذلك، بينت دراسات عديدة أنه من الصعب التغلب على استياء المريض و عدم رضاه، بغض النظر عن المرافق الكافية والموظفين الأكفاء، و قدمت توصيات بضرورة تحلي مقدم الرعاية الصحية بالتعاطف الكبير وإظهار الاحترام أثناء التفاعل مع المريض. (Hidayat et al., 2020, p. 202) والأكيد أن معظم المستشفيات تدرك أنه لا توجد أداة إرضاء مثالية، ويبقى الرضا ببساطة مؤشر لقياس الأداء مقارنة مع الآخرين، أو تلقي التعليقات والشكاوي فيما يتعلق بأدائك من منظور المريض. والقيمة الأكبر المتأصلة في أدوات إرضاء المرضى، هي قياس الأداء مقارنة بالمرافق المماثلة. لقد سمعنا جميعاً وفهمنا أوجه القصور في استطلاعات رضا المرضى، على غرار حجم العينة الصغير، وسياق المعاينة وما إلى ذلك. (Jody, Crane;Chuck, 2019, p. 301).

لا يُقصد من الاستراتيجيات المقدمة هنا بأي حال من الأحوال أن تكون قائمة شاملة لجميع الاعتبارات النفسية التي ينطوي عليها إدارة قبول العملاء لوقت الانتظار. فعلى سبيل المثال، لم تتم في هذه الدراسة مناقشة تأثيرات البيئة المادية على القيمة المدركة للخدمة وأهمية الاعتذارات الصريحة ونبرة الاعتذار في الحفاظ على إحساس المريض بحالة العميل المحترم. وبالمثل لم يتم ذكر الاختلاف الثقافي والطبقي في التسامح مع الانتظار. ومع ذلك، الدراسة تشير إلى ضرورة اعطاء تقدير أكبر لسلوك الإنتظار ورضا المريض، ولتحقيقة أنه يمكن إدارة التجربة النفسية للانتظار.

IV. الخلاصة:

يصل المرضى مع توقعات حول مكون رعايتهم، كوقت الانتظار والاختبارات التشخيصية اللازمة، مقدار الاهتمام والمهنية، قيمة الرعاية والوقت الإجمالي في قسم الاستعجالات الطبية. تتأثر هذه التوقعات بعوامل خاصة بالفرد، وما قبل الخدمة، وإثناء الرعاية الصحية. النقطة الأساسية في هذا الدراسة هي أن تجربة الانتظار خاصة بالسياق. من خلال تعلم البحث وفهم السياق النفسي لخطوط الانتظار، يمكن أن تكون لتدخلات المدراء تأثيراً كبيراً على رضا عملائهم عن الخدمة. توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- تؤدي التحسينات في تجربة الانتظار إلى تقليل أوقات الانتظار المتوقعة دون تغيير أوقات الانتظار الفعلية.
- تسهم إجراءات إدارة توقعات قيمة الخدمة: في رضا المريض عن مدة الانتظار المدركة. والأمر مرتبط بمقبل تلقي الخدمة وأثناء العلاج وما بعد الخدمة.
- تسهم إجراءات تقليل قيمة أوقات الانتظار المدركة. في زيادة القيمة المتوقعة للرعاية المقدمة، وتحسين مستوى رضا المريض على الرعاية الصحية.
- تحديد وقت الانتظار المتوقع للمرضى يسهم في تحسين مستوى الرضا العام على الرعاية الصحية.
- يمكن أن تؤثر التغييرات الأخرى كتحسين مهارات التعامل مع الموظفين ومهارات الاتصال التي تزود المرضى بإحساس متزايد بتفاني الموظفين بالإضافة إلى فهم أكبر لرعايتهم، على تصورات المريض لجودة وقيمة رعايتهم. ومن ثم رضاهم.

الاقتراحات:

تؤكد هذه الدراسة على أهمية تحسين سلوك مختلف الأطراف الفاعلة في قسم الاستعجالات الطبية لتقليل وقت الانتظار وزيادة رضا المرضى دون الحاجة إلى استثمارات وموارد أكثر. يمكن لمقدمي الخدمات تصميم البيئة المادية لقاعات الانتظار لتشجيع المرضى الذين ينتظرون الرعاية الصحية على الانخراط في مهام وأنشطة تشتيت الانتباه وتستدعي انتباههم يزيد الانتظار دون وجود نشاط يلفت انتباه المرضى من حساسيتهم للعيوب البيئية. علاوة على ذلك، الاهتمام بمسألة الانتظار لا يجب أن يقتصر على غرفة الانتظار ومقصورة الطبيب، بل يجب أن تكون جميع الأماكن التي يقيم فيها المرضى خلال فترة زمنية غير معروفة مناسبة لوقت الانتظار. فبعض الأماكن أكثر ملاءمة للانتظار من غيرها. غرفة تغيير الملابس في قسم الأشعة ليست مخصصة للوقت الشاغر من وجهة نظر الإدارة، ولكن مساحتها تقلق المرضى، حيث يتعين على المريض الانتظار قبل أن يأخذوا صور الأشعة السينية. لكن بعض المرضى يخافون من الأماكن المغلقة والمظلمة، وسترفع حدة القلق عندما يضطرون للانتظار طويلاً.

أخيراً، يمكن القول إنه عندما يتم تحديد هذه العوامل وفهمها، يمكن إدارتها أثناء عملية الرعاية لتحسين رضا المرضى. ومن شأن تدخلات تقليل توقعات أوقات الانتظار وزيادة تصور قيمة الخدمة المقدمة، أن يسهم في تحسين مستوى رضا المريض على خدمات الرعاية الصحية في قسم الاستعجالات الطبية.

الاحالات والمراجع:

- Abo-Hamad, W. (2011). An Optimisation-based Framework for Complex Business Process: Healthcare Application. *PQDT - UK & Ireland*, 1. <https://doi.org/10.21427/D7N597>
- Annemans, M., Van Audenhove, C., Vermolen, H., & Heylighen, A. (2018). The Role of Space in Patients' Experience of an Emergency Department: A Qualitative Study. *Journal of Emergency Nursing*, 44(2), 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.11.002>
- Baker, J., & Cameron, M. (1996). The Effects of the Service Environment on Affect and Consumer Perception of Waiting Time: An Integrative Review .and Research Propositions. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(4), 338–349.
- Davenport, F. (2020). Communicating Comfort in Crisis: A Literature Review on Overcoming the Emergency Room Environment to Foster the Nurse-Patient Relationship. In *Spring 2022*.
- Dobre, C., Dragomir, A. C., & Milovan-Ciuta, A.-M. (2013). A MARKETING PERSPECTIVE ON THE INFLUENCES OF WAITING TIME AND SERVICESCAPE Anca Cristina DRAGOMIR Anca-Maria MILOVAN-CIUTA. *Management and Marketing Challenges for the Knowledge Society*, 8(4), 683–698.
- Donald, G. A. A. (2008). Fundamentals of Queueing Theory. In S. W. David J Balding, Noel A. C. Cressie, Garrett M Fitzmaurice, Iain M Johnstone, Geert Molenberghs, David W. Scott, Adrian F. M Smith, Ruey S. Tsay (Ed.), *A JOHN WILEY & SONS, INC., PUBLICATION* (Fourth Edi, Vol. 1999, Issue December). John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Eniwmide, J. O., Akomolafe, P. O., & Rasche, C. (2022). Service Design Practices for Healthcare Innovation. In *Service Design Practices for Healthcare Innovation* (Springer N). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-87273-1>
- Fottler, M. D., & Ford, R. C. (2002). Managing patient waits in hospital emergency departments. *Health Care Manager*, 21(1), 46–61. <https://doi.org/10.1097/00126450-200209000-00004>
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>
- Hall, M. F., & Press, I. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: Results of a multiple facility study. *Hospital and Health Services Administration*, 41(4), 515–532.
- Hamer, L. O., Liu, B. S. C., & Sudharshan, D. (1999). The effects of intraencounter changes in expectations on perceived service quality models. *Journal of Service Research*, 1(3), 275–289. <https://doi.org/10.1177/109467059913008>
- Hidayat, N., Ahsan, A., Rahayu, M., & Lestari, R. (2020). Response time, waiting time and service quality in emergency department. *International Journal of Public Health Science*, 9(3), 199–204. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v9i3.20435>
- Jody, Crane;Chuck, N. (2019). *The Definitive Guide to Emergency Department Operational Improvement : Employing Lean Principles with Current ED Best Practices to Create the "No Wait" Department* (Taylor & F). Routledge/Productivity Press. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- John C.Mowen, Jane W.Licata, and J. M. (1993). *Waiting in the emergency room: How to improve patient satisfaction - ProQuest*. Journal of Health Care Marketing. <https://www.proquest.com/docview/232338152?pq-origsite=gscholar>
- Lee, W. (2004). The effect of waiting time and affective reactions on customers' evaluation of service quality and satisfaction in a cafeteria simulation. *Pennsylvania State University, May*, 174. <https://search.proquest.com/docview/305148912?accountid=188395>
- Maister, D. H. (1984). The psychology of waiting lines : In *Harvard Business School.Boston*. www.davidmaister.com
- Maitra, A., & Chikhani, C. (1993). Waiting times and patient satisfaction in the accident and emergency department. *Archives of Emergency Medicine*, 10(4), 388–389.

<https://doi.org/10.1136/emj.10.4.388>

- Okada, E. M., & Hoch, S. J. (2004). Spending time versus spending money. *Journal of Consumer Research*, 31(2), 313–323. <https://doi.org/10.1086/422110>
- Press, I. (2006). Patient Satisfaction Understanding and Managing the Expense of Care. In ACHE MANAGEMENT SERIES (Ed.), *Chicago: Health Administration Press*. (2nd ed.).
- Siddharthan, K., Jones, W. J., & Johnson, J. A. (1996). A priority queuing model to reduce waiting times in emergency care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(5), 10–16. <https://doi.org/10.1108/09526869610124993>
- Soremekun, O. A., Takayesu, J. K., & Bohan, S. J. (2011). Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 41(6), 686–692. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.018>
- Tami, J. L. M. (2004). Customer Satisfaction, Service Quality and Perceived Value: An Integrative Model. *Journal of Marketing Management*, 20(November 2012), 897–917.
- Thompson, D. A., Yarnold, P. R., Williams, D. R., & Adams, S. L. (1996). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 28(6), 657–665. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(96\)70090-2](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(96)70090-2)