

هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق(ع)

سال‌هاست که نظام سلامت کشور مان در پی استقرار چهارچوب نظام ارجاع از طریق برنامه پزشکی خانواده است. یکی از اولین گام‌های قابل تصور در هم‌رسان‌ی و جلب مشارکت مردم، بررسی خواسته‌ها و تمایلات آنان نسبت به این برنامه است. نظر به این دغدغه، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام با همکاری مرکز تحلیل اجتماعی (متا)، «پیمایش ملی مشارکت مردم در نظام ارجاع» را باهدف بررسی نگرش‌های مؤثر بر استقرار برنامه پزشکی خانواده طراحی و اجرا کرده است. متن حاضر به بیان برخی از مهم‌ترین یافته‌های این پیمایش پرداخته است.

□ □ □

سال‌هاست که نظام سلامت کشورمان در پی استقرار چارچوب نظام ارجاع از طریق برنامه پزشکی خانواده است. در راستای تحقق این رؤیا، طرح‌های گوناگونی مکتوب و پیش ازآمی شده، اما هنوز آنچنان که باید و شاید، توفیقی حاصل نشده است. در این میان بی‌تردید یکی از اساسی‌ترین اهداف این برنامه، اصلاح «رفتار جست‌وجوی مراقبت» در افراد جامعه است تا آنان را از مراجعه غیرضروری وبی‌ضابطه به متخصصان، سرزدگی در بیمارستان‌ها، صرف هزینه‌های گزاف و فرایندهای بی‌فایده –و بعضاً آسیب‌زا– نجات‌داده و در عوض، به مسیری قاعده‌مند، پیشگیرانه، کم‌هزینه، پربازده و در یک کلام، بهینه‌سوق دهد. با توجه به این هدف، تعیین‌کننده‌ترین نقش توسط خود مردم ایفا خواهد شد و در نهایت تصمیمات آنهاست که موفقیت و یا عدم موفقیت برنامه را رقم می‌زند؛ چراکه اگر این مسیر با اقبال عمومی مواجه نشود، همچون طرح‌های پیشین در حدّ شعار و دستورالعمل باقی خواهد ماند. با وجود آنکه اصلاح رفتار بدون تغییر نگرش، فرهنگ‌سازی و ایجاد الگوهای مناسب ذهنی ممکن نیست و اغلب کارشناسان و خبرگان بر آن صحه می‌گذارند، این مهم در مقام برنامه‌ریزی و اقدام، غالباً مغفول واقع شده و بهره‌چندانی از برنامه و بودجه نمی‌برد. یکی از اولین گام‌های قابل تصور در هم‌رسان‌ی و جلب مشارکت مردم، بررسی خواسته‌ها و تمایلات آنان نسبت به این برنامه است. نظر به این دغدغه، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام با همکاری مرکز تحلیل اجتماعی (متا)، «پیمایش ملی مشارکت مردم در نظام ارجاع» را با هدف بررسی نگرش‌های مؤثر بر استقرار برنامه پزشکی خانواده طراحی و اجرا کرده است. داده‌های این نگرش‌سنجی در تابستان سال ۱۴۰۳ از طریق پنل ملی وب با حجم نمونه ۱۵۰۰ نفر از کل کشور گردآوری شده است. هدف از انجام این پیمایش واکاوی بیشتر پذیرش نظام ارجاع و رابطه آن با متغیرهایی همچون [برخی مؤلفه‌های مهم] اعتماد و مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی بود و همچنین در کنار این موارد برخی ترجیحات مردم در جست‌وجوی مراقبت مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه به اهم دلالت‌های به‌دست‌آمده از این پیمایش خواهیم پرداخت.

– پذیرش مردم ایران نسبت به یکی از ارکان اصلی نظام ارجاع، یعنی «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» یکسان نیست و می‌توان جامعه را از این حیث به سه دسته تقریباً مساوی تقسیم کرد؛ یک‌سوم موافق، یک‌سوم مردّد و یک‌سوم مخالف. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که نگاه مردم به سطح‌بندی خدمات و آغاز آن توسط پزشک خانواده و سپس ارجاع به سطح بعدی – در صورت صلاح‌دید وی– یک‌دست نیست. ۳۵ درصد از پاسخ‌دهندگان حمایت کامل خود را از این سیاست اعلام کرده‌اند. ۳۰ درصد با دیدۀ تردید به آن نگاه می‌کنند و تا حدی موافق هستند. در مقابل حدود ۱۸.۵ درصد چندان تمایل چندانی به پذیرش این سیاست ندارند و ۱۴.۷ درصد نیز به طور کامل مخالفند. این در

بررسی انگاره‌های مؤثر بر استقرار برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت کشور

اعتماد؛ سنگ بنای مشارکت مردمی

حالی است که جهت‌اجرای موفق این برنامه حتی موافقان هم نیازمند توجه و جلب رضایت هستند چه رسد به رذّین و مخالفان که هم‌رسان‌ی آن‌ها طراحی جدی و هدفمند می‌طلبد.
نمودار ۱: اگر سیاست دولت این باشد که یک پزشک عمومی، مسئول درمان بیماری‌های خانواده شما باشد و معرفی به پزشک متخصص فقط با صلاح‌دید او انجام پذیرد، شما تا چه میزان با آن موافق هستید؟

– یکی دیگر از ارکان نظام ارجاع «بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی» است؛ حدودنیمی از جامعه ایران این رکن رانمی‌پذیرند و ترجیح می‌دهند در صورت مراجعه به سطح بالاتر، با همان متخصص مسیر درمان خود را ادامه دهند. اهمیت این رکن در نگاه جامع و چندبعدی پزشک خانواده، حفظ سلامتی آحاد مردم تحت نظارت اوست. توجه متخصصان عمدتاً معطوف به مشکلات مربوط به حوزه تخصصی است و طبیعاً فرصت کافی برای پیگیری و مراقبت از ابعاد مختلف سلامت مراجعه‌کننده را ندارند. بنابراین، بیمار پس از دریافت مشاوره تخصصی حتماً باید به سطح اول بازگردد. تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پیمایش نشان داد ۵۲.۱ درصد از پاسخ‌دهندگان در صورت توصیه پزشک متخصص، حاضرند پیگیری در مان خود را به پزشک عمومی بسپارند، در حالی که ۴۷.۸ درصد همچنان ترجیح می‌دهند روند درمان خود را مستقیماً با همان پزشک متخصص ادامه دهند. جالب اینجاست که ۶۰ درصد از کسانی که بازگشت به سطح اول را نمی‌پذیرند، همان کسانی هستند که با شروع مسیر ارجاع از سطح اول و پزشک عمومی «بسیار زیاد» یا «تا حدی» همراه بودند. بنابراین مسئله هم‌رسان‌ی پیچیده‌تر از آن است که تصور می‌شود.

نمودار ۲: فرض کنید «پزشک متخصص شما می‌خواهد پیگیری و ادامه‌فرایند درمانی شما را به پزشک عمومی بسپارد»، آیا از این مسیر تبعیت می‌کنید؟

– بی‌اعتمادی بخشی از جامعه به پزشکان عمومی، می‌تواند به عنوان یکی از موانع مهم و قابل توجه در استقرار نظام ارجاع و اجرای برنامه پزشکی خانواده محسوب شود. تلاقی داده‌های مربوط به پذیرش «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» با ادراک کلی از اعتماد به پزشکان عمومی حاکی از آن است که در میان افرادی که سطح اعتماد بالایی به پزشکان عمومی دارند، ۴۸ درصد حمایت کامل خود را از این سیاست اعلام کرده‌اند که این میزان در میان افرادی که اعتماد پایینی دارند، به ۲۸.۶ درصد کاهش یافته است. همبستگی پذیرش نظام ارجاع با برخی مؤلفه‌های مورد بررسی اعتماد، همچون «نگرش نسبت به سواد پزشکان عمومی» (بسیار معنادار و معتبنه است. بنابراین ایجاد تغییر مثبت و بهبود باور مردم نسبت به پزشکان عمومی و اعتماد به آنها از جمله اقداماتی است که در راستای عملیاتی شدن برنامه و محقق شدن اهداف آن ضروری به نظر می‌رسد. این تغییر همانند سایر اجزای برنامه نیازمند طراحی است و چه‌جسا موفقیت در مسائل فرهنگی نسبت به اجزای دیگر برنامه با دشواری بیشتری مواجه‌باشد.

– مردم به پزشکان عمومی در مقایسه با پزشکان متخصص اعتماد کمتری دارند. انتخاب گزینه «بسیار زیاد» در پرسش مربوط به ادراک کلی از اعتماد به پزشکان متخصص ۴/۳۵ درصد است که این میزان حدوداً دو برابر انتخاب گزینه مشابه در پزشکان عمومی است. ۸۲.۵ درصد از افراد، سطح دانش پزشکان متخصص را «زیاد» یا «بسیار زیاد» ارزیابی کرده‌اند که این میزان برای پزشکان عمومی ۳/۳۵ درصد است. همچنین ۳۱/۳ درصد از پاسخ‌دهندگان معتقد بودند پزشکان عمومی زمان کافی برای ویزت اختصاص نمی‌دهند، در حالی که این رقم در پزشکان متخصص ۲۵ درصد بوده است. اگرچه اعتماد در هر تعامل و ارتباطی حائز اهمیت است و نسبت به هر دو گروه باید بالا باشد اما در مقایسه با یکدیگر، اعتماد به پزشکان عمومی حداقل نباید کمتر از اعتماد به پزشکان متخصص باشد؛ چراکه این

امر با توجه به جمع اقتضات فرهنگی و اجتماعی موجود در نظام سلامت ایران، موجب تضعیف جایگاه پزشک عمومی در نظام ارجاع می‌شود.

– بر اساس تحلیل مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی، شهرنشینان، تحصیل کرده‌ها، جوانان و زنان باید در اولویت برنامه‌های هم‌رسان‌ی و فرهنگ‌سازی اجرای پزشکی خانواده قرار گیرند. طبقات و اقشار مختلف در مواجهه با اجزای مختلف برنامه یکسان نمی‌اندیشند و در نتیجه شبیه یکدیگر نیز عمل نمی‌کنند. ۲۲ درصد از روستائینشان و ۸/۳۶ درصد از شهرنشینان در پذیرش «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» گزینۀهای «نه چندان» و «اصلاً» را انتخاب کرده‌اند. افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم تمایل کمتری به پذیرش این رکن داشته و تنها ۳۲.۳ درصد آن را «بسیار زیاد» قابل قبول دانسته‌اند. در بین بازدهای سنی مختلف نیز، میانسالان بیشترین پذیرش را نشان داده‌اند، به طوری که در گروه ۴۵ تا ۵۴ ساله‌ها، ۸۹/۱ درصد «بسیار زیاد» یا «تا حدی» موافق این سیاست بوده‌اند. همچنین ۴۱/۸ درصد از زنان نسبت به این سیاست پذیرش «بسیار زیاد» داشتند، در حالی که این میزان در میان زنان ۲۹.۹ درصد است. به‌طور کلی به نظر می‌رسد جهت هم‌رسان‌سازی هر یک از طبقات جامعه باید تفاوت‌ها را در برنامه‌ریزی لحاظ کرد و حتی همراه کردن مردم نیز مانند مراقبت از آنها باید تا حد ممکن متناسب و شخصی‌سازی شده‌باشد.

– باید در نظر داشت که عوامل مختلف منظوموار و در کنار یکدیگر بر پذیرش ارکان نظام ارجاع مؤثرند. تحلیل داده‌های مختلف این پیمایش در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که ممکن است اثر عوامل بر پاسخ به سوالات مربوط به نظام ارجاع، در تلاقی و تعامل با یکدیگر متغیر باشد؛ لذا بررسی آنها به‌صورت جداگانه اگرچه ضروری و مفید است، اما کافی نیست. با قاراردادن عوامل مختلف در کنار هم می‌توان دریافت که جهت کسب شناخت بهتر و دقیق‌تر از ذهنیت‌های جامعه و درک تفاوت عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع، انجام نظرسنجی‌های متنوع، دوره‌ای، منظم و دقیق اجتناب‌ناپذیر است. بررسی نگرش‌ها و پایش تغییر و تحولات آن می‌تواند انگاره‌های مهم جامعه نسبت به اجزای این برنامه را احصا و کشفی‌سازی کرده و در تدوین برنامه‌ها و سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرد. – همچنین برخی باورهای رسوخ یافته در جامعه و ترجیحات در نقاط تصمیم می‌تواند دلالت‌های مهمی جهت مشارکت مردم در نظام ارجاع داشته باشد:

– ۴/۵۳ درصد از مردم ترجیح می‌دهند برای مشورت به پزشکان مسن تر مراجعه کنند. اصل این ترجیح با توجه به احتمال مرتبط بودن آن با جایگاه تجربه در نظر مردم تا حدی طبیعی است. اما نباید فراموش کرد که بخش مهمی از بار نظام ارجاع خصوصاً در مناطق دورتر از کلان‌شهرها بر دوش پزشکان جوان است. لذا دور از ذهن نیست که این افراد در پذیرش سطح‌بندی و مدیریت فرایند مراقبت توسط پزشکان عمومی جوان چالش‌هایی داشته باشند. این در حالی است که پزشکان جوان در دوره‌اندشجویی خود همه آموزش‌های لازم را دریافت کرده و خصوصاً در بازه کار آزمایی بالینی تجربه لازم را کسب می‌کنند. – بدون استثنا همه پاسخ‌دهندگان، بر حدی از تفاوت میان نظرات تشخیصی و درمانی پزشکان مختلف اتفاق نظر دارند. از این میان در مجموع ۸۸/۶ درصد این تفاوت را «بسیار زیاد» و «تا حدی» توصیف کرده و حتی یک نفر نیز گزینه اصلاً را انتخاب نکرده است. این باور عمومی نشان می‌دهد در صورت مراجعه به یک پزشک، احتمال متقاعد نشدن و مردّد ماندن مردم قابل توجه است و باید برای آن تدبیری داشت که منجر به عدم تمایل به ادامه مسیر ارجاع یا خروج از آن نشود. اگرچه شاید اعلام رویی یکسان بین همه پزشکان و در تمامی موقعیت‌ها شدنی نباشد و نتوان چنین انتظاری داشت، اما حداقل می‌توان به

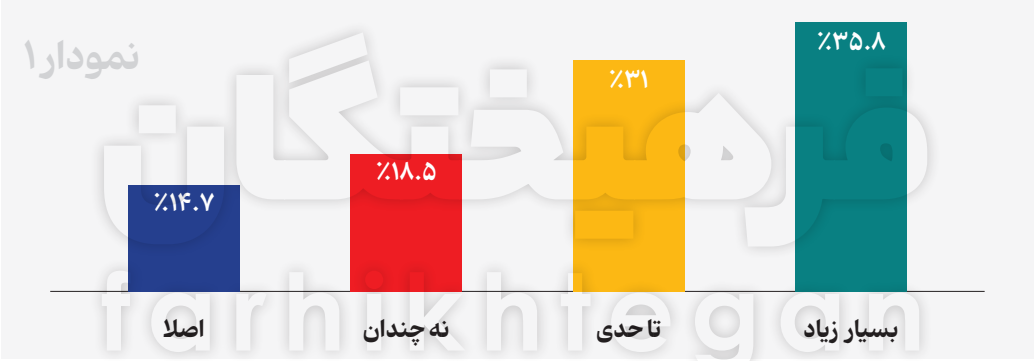
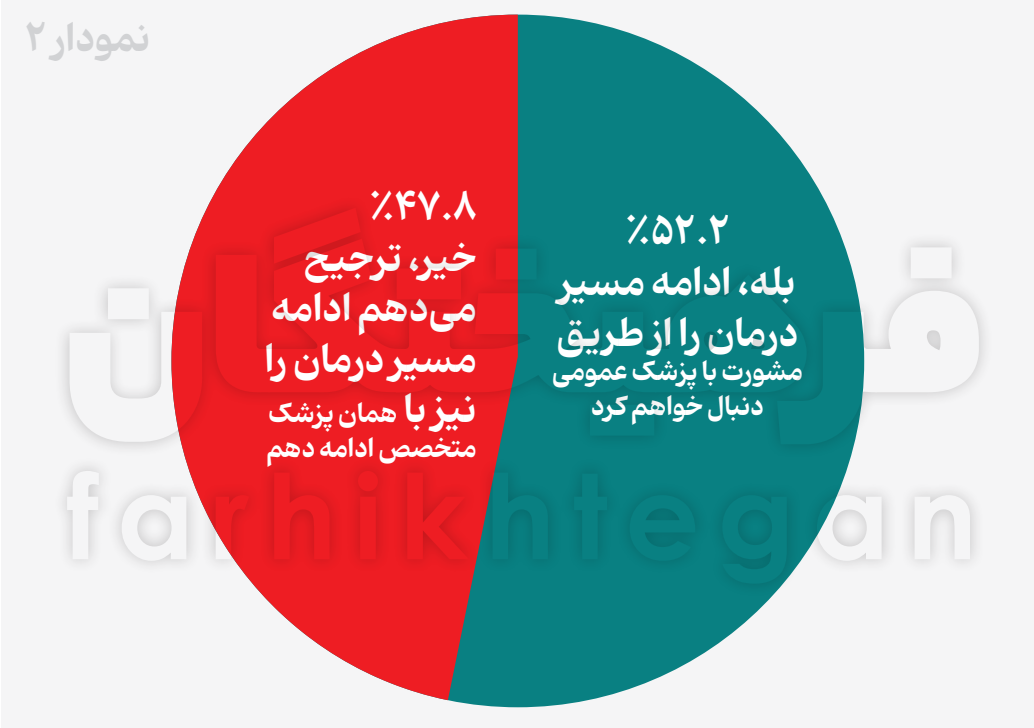
راهکارهایی اندیشید که این حد از انگاره تفاوت را ایجاد کنند. پابندی پزشکان به راهنماهای بالینی و عدم تخریب چهره پزشکان توسط یکدیگر حتی در صورت تشخیص متفاوت، در بازسازی این باور عمومی ضروری به نظر می‌رسد.

نمودار ۳: فرض کنید برای یک بیماری مشخص به چند پزشک متفاوت مراجعه کنید؛ شما فکر می‌کنید چقدر میان تشخیص و درمان آنها با یکدیگر تفاوت وجود خواهد داشت؟

– ۷/۴۸ درصد از افراد بر این باورند که هر چه هزینه بیشتری پرداخت کنند، خدمات با کیفیت‌تری دریافت می‌کنند. این افراد احتمالاً نسبت به کم‌کیف خدمات ارزان‌قیمت و یارایگان سطوح پایین‌تر تردید داشته باشند و همین امر جهت جلوگیری از اتلاف وقت، آنان را به سمت اقدامات دیگر سوق دهد. بنابراین هزینه کمتر همیشه موجب رضایت نیست؛ چراکه ممکن است در نهایت قدر خدمات دریافتی آن طور که باید کرد شود و طبعاً در چنین شرایطی دریافت‌کننده خدمت همیشه ناراضی باشد و گمان کند خدمات پیچیده‌تر و فرایندهای مفصل‌تری احتیاج است.

اجرای موفق و پایدار نظام ارجاع، در گروی این رویکرد مهم است که سیاست‌گذاران، مردم رانه به‌عنوان دریافت‌کننده منفعل خدمات، بلکه به‌عنوان ذینفعان، شرکا و همکاران کلیدی در استقرار و پیاده‌سازی این سیاست قلمداد کنند. آگاهی بخشی پیرامون مزایای این نظام و تقویت تصویر و جایگاه پزشکان عمومی، پیش‌نیازهایی‌اند که نمی‌توان از آن‌ها چشم پوشید. چنانچه مردم این برنامه را به‌عنوان راهکاری برای بهبود خدمات سلامت و افزایش دسترسی به مراقبت‌های مناسب ببینند، نۀتها مقاومت آن‌ها کاهش می‌یابد، بلکه خود به عناصر پیشران این سیاست تبدیل خواهند شد. در غیر این صورت، نظام ارجاع از یک سو موجب نارضایتی عموم مردم و بی‌اعتمادی به سیاست‌های سلامت کشور خواهد شد و از سوی دیگر ارانه‌کنندگان خدمات را بی‌انگیزه، ناامید و فرسوده می‌سازد.

باید در نظر داشت که مشارکت مردم در نظام ارجاع بدون دستیابی به حد مطلوبی از اعتماد به پزشکان عمومی امکان‌پذیر نیست. این اعتماد است که اساس شکل‌گیری رابطه‌ای سازنده و مؤثر می‌شود و بیمار را به ارانه اطلاع‌اطلاق دقیق و کامل ترغیب می‌کند. از سوی دیگر، پزشک نیز تنها در آرامش حاصل از رابطه مبتنی بر اعتماد می‌تواند دقیق‌ترین تصمیمات را اتخاذ کرده و به‌ترن می‌شکل از خانواده‌های تحت پوشش مراقبت کند. عوامل متعددی مانند شفافیت در ارتباطات، مهارت‌های ارتباطی پزشک، صداقت و احترامی که برای حقوق و احساسات بیمار قائل می‌شود و مهم‌تر از همه تز میم انگاره مردم نسبت به این ویژگی‌ها می‌تواند بر این اعتماد تأثیرگذار باشد. نظام سلامت کشور ناگزیر است جهت فراهم‌آختن الزامات شکل‌گیری رابطه مبتنی بر اعتماد همه سیاست‌ها و سازوکارهای اجرایی، خود را با این سر مایه هم‌مسو سازد. اصلاح ساختارها و برنامه‌های آموزشی پزشکان، به‌روزرسانی مداوم دانش آنها، اصلاح نظام بنجام خدمات با هدف ایجاد انگیزه بیشتر در بهبود کیفیت خدمات، اصلاح تصویر پزشکان عمومی در نظر جامعه و همچنین آموزش مردم جهت اقدام به‌موقع و به‌ریمز از مراجعه‌های بی‌مورد، فقط بخشی از عوامل اعتمادساز است که باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین باید توجه داشت که متأسفانه در سال‌های اخیر شاهد برنامه‌ها و سیاست‌هایی بودیم که عمدتاً رز خاسته از مسئله‌شناسی ناقص و نادرست، عدم کار کارشناسی و نگاه تک‌بعدی به پدیده‌ها بود. چنین اقداماتی می‌تواند آثار مخرب و جریان‌ناپذیری بر این سر مایه مهم اجتماعی داشته باشد. لذا همه برنامه‌ها باید با در نظر گرفتن اصل اعتماد تنظیم شود و امیدواریم در سال‌های آتی، کشور کمتر شاهد اینچنین تصمیماتی باشد و گرفتار عواقب بلندمدت آن‌ها نشود.



روایت میدانی خبرنگار «فرهیختگان» از وضعیت بندرعباس ۲ روز بعد از حادثه

شایعات مهیب‌تر از انفجار

ادامه از صفحه یک

تعدادی از رانندگان بر اثر شدت جراحات چشم‌هایشان آسیب‌دیده بود و برای مداوا به شیراز اعزام شده بودند. تعدادی دیگر هم در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس همچنان بستری بودند. یکی از رانندگانی که چشمش آسیب‌دیده با لهجه کردی تعریف می‌کند: «در محوطه خط نقروای از سنجند در حال تخلیه بار گیر بودم. آتش‌سوزی شد. نگاهش می‌کردم اما مهلت نداشت سر برگردم یا سرم را بزنم. از داخل ماشین نگاه می‌کردم که یکباره شیشه ماشین شکست، سوله تخریب شد و به کانتینر کامیونم زد. همانجا باری که در حال تخلیه‌اش بودم، بر اثر این اصابات، خالی شد. پیش از این اتفاق هر هفته یکی دو باری به بندر می‌آمدم. تمام این اتفاقات در فاصله ۵۰۰ متری از حادثه به وقوع پیوست.» صورتش پر از جراحات است. بخیه‌های ریزی که بالای‌پلک، روی گونه و چانه زده شده‌اند صورتش را اکبردار کرده‌اند. ترجیص کار کمربند بود و در نزدیکی حادثه بود. چشم‌هایش را بسته است اما صدای محکم صحبت می‌کند. یکی از پزشکان می‌پرسد یادت است چه اتفاقی افتاد؟ محکم می‌گوید: «آره. من ۲۰۰ متر با حادثه فاصله داشتم. از سوله بیرون آمدم. در ماشین بودم و می‌خواستم به خانه بروم. آتش کوچکی توی محوطه دیدم. از پل سرازیر شدم و می‌خواستم دور بزنم که یکباره با ماشین به آسمان رفتم.»

همین که متوجه می‌شوند خبر نگار از من می‌خواهند تا پیگیر اموال از دست رفته‌شان باشم. بعد از یک شرح حال و توضیح درباره روز حادثه، جماعتی در رابطه با بیمه ماشین و یادپیشانی می‌پرسند. یکی از نزدیکان این مصدوم نیز در بندر کار می‌کند و می‌گوید سالی یک‌بار دو بار، آتش‌سوزی در بندر شهیدرجایی اتفاق می‌افتد. بنابه گفته او حتی در سال‌های قبل، جین خاموش کردن آتش، شهید نیز داده‌اند. اما تفاوت این آتش‌سوزی، انفجاری بود که رخ داده یعنی اگر متفجر نمی‌شد، شاید افراد کمتری فوت می‌شدند. یکی از همراهان این مصدوم توضیح می‌دهد که محوطه مخصوص تخلیه بار اشتعال‌زا و خطرناک محوطه افق چکاد است و بار باید آنجا تخلیه می‌شد. آقایی دیگر اما پاسخ می‌دهد که بسیاری دیگر از محموله‌ها احتمال دارد که آتش را بزنند، مانند کودهای شیمیایی اما باز هم در محوطه‌های عادی بارگیری و تخلیه می‌ی‌کنند و احتمال آتش زایودن آن محموله، دلیل کافی برای بارگیری در محوطه افق چکاد نیست.

در اتفاقی دیگر، پسر جوانی که شاید هنوز ۳۵ سالش هم نشده یکی از مصدومان حادثه است. از درد در قسمت بالای کمرش گلایه می‌کند. پزشک هم می‌گوید دنده‌هایش به‌طور کامل شکسته و احتمالاً این درد ناشی از شکستگی دنده است. در سوله جین کار

بیمارستان می‌شود. معمولاً جراح می‌داند برای مریض ترومای باید چه کاری انجام‌داد، مثلاً در شرایط زلزله اولویت‌های درمان، شرایط و توان کادر در مان مشخص شده است. در اینجا اما شرایط گه‌گه‌ای بود که هرکس حرف خودش را می‌زد و به دلیل استرس، در چند دقیقه اول همه در شرایط هیچانی قرار گرفته بودند. همه را به سونومی فرستادند و تازه در آن وضعیت یکی می‌گفت مصدوم سونوئیل ندارد و دیگری معتقد بود که بیمار سونوئیل دارد. گذشتۀ از این تعداد مراجعین به‌قدری بود که ما وقت نوشتن گزارش سونو را نداشتیم

و روی شکم بیمار با علامت اختصاری و کلمه‌ها مشخص می‌کردیم که وضعیت مصدوم به چه مشکل است. چرا که وقت نوشتن گزارش کامل را نداشتیم و می‌خواستیم یک گزارش اولیه از وضعیتش ثبت کنیم تا به دیگر بیماران رسیدگی کنیم.»

رنیسان شرح می‌دهد برای نظم و مدیریت وضعیت بیمارستان شهید محمدی در ابتدای حادثه، یک جراح در ورودی اورژانس برای تریاژ مستقر شد. این جراح، جراحی بود که از قضا نه کشیک بود و نه حتی با بیمارستان قرارداد داشت اما برای کمک به کادر در مان بیمارستان شهید محمدی خود را به آنجا رسانده بود. «در سه سطح شروع به تریاژ بیماران کردیم. سطح یک بیماران خفیه بودند. سطح دو بیماران بودند که اگر به وضعیتشان رسیدگی نمی‌کردیم، احتمال بدحال شدنشان برده‌سو به نیز می‌بارانی بودند که کمی از دیگر بیماران سر حال‌تر بودند یا خودشان با پای خودشان به بیمارستان آمده بودند. همچنین یک پزشک در خود حیاط بیمارستان مستقر شد و شروع به مداوای بیماران سربایی کرد، یعنی ما بیماران بسیاری داشتیم که اصلاً پرونده تشکیل ندادند و در حیاط بیمارستان مداوا شدند. جمعا نزدیک به ۴۰۰ بیمار تنها در بیمارستان شهید محمدی پذیرش شد.»

این پزشک توضیح می‌دهد در روز حادثه، پس از اعلام شد مدیریت بحران، تمام عمل‌های بیمارستان لغو شد و تا جایی که امکانش بود، بیماران دیگر بخش‌ها را ترخیص شدند. در همان ساعات ابتدایی حادثه، هم‌زمان در بیمارستان شهید محمدی ۱۲ اتاق عمل فعال شد و دیگر متخصصان مانند چشم، فک و صورت و ارتو پدی در اتاق‌های عمل حاضر شدند. در آن موقعیت، کادر درمان و پزشکان بسیاری برای کمک به کادر در مان بیمارستان شهید محمدی حاضر شدند بود. یعنی پزشکان فراغ تحصیل و پزشکان شاغل در کلینیک‌های خصوصی، برای در مان مصدومان حادثه به سمت بیمارستان شهید محمدی رفته بودند تا کمک به باری از روی دوش همکاران بردارند. «در میانه بحران کسی نمی‌دانست اکثرو در آن وضعیت مسئول این پزشک‌ها می‌دانم. ۵ بیمار ترومایی، یک‌باره در عرض ۲ ساعت نزدیک به ۱۷۰۰ نفر این پزشک‌ها را برای کمک به بحران کسی نمی‌دانست اکثرو در آن وضعیت مسئول کیست؟ در بسیاری از مناطق، وقتی چنین حوادثی پیش می‌آید، جراح لیدر جریان در

در بین مصدومان مشاهده می‌شد. در مواردی حتی برخی مصدومان آسیب به چشمشان در حدی بود که چشم نیاز به تخلیه داشت و تخلیه نیز صورت گرفته بود، همچنین بخش دیگری از مصدومان حادثه بندرعباس، شکستگی عضو داشتند. شکستگی دنده، لگن، سر، دست و...

رنیسان در خلال صحبت‌هایش اشاره می‌کند که در ساعات اولیه حادثه، یکی از هموطنان بندرعباسی که اعضای خانواده‌اش در بندر شهیدرجایی شاغل بود، پس از شنیدن خبر سکه‌قلبی کرده بود و از ترومای روحی حادثه فرط شده بود، یعنی تلفات حادثه تنها بسته به محوطه بندر نبود و از خارج از بندر نیز تلفات داشت. همچنین از دیگر مشاهدات این پزشک، ترومای روحی یکی از افراد حاضر در محل حادثه بود. وی شرح می‌دهد یکی از مصدومان علی‌رغم حال ناخوش و مشکل تنفسی که از آن شاک‌ی بود، اما هیچ آسیب جسمی‌ای ندیده بود و پس از معاینه متوجه شده بودند که ترومای روحی حادثه به‌عندی بود که وضعیت جسمی او را تحت‌تأثیر قرار داده است.

صدای شایعات از انفجار مهیب تراست

تا لحظه نوشتن این گزارش، هنوز گزارش رسمی از سوی مقامات رسمی مرتبط با حادثه، در رابطه با علل آن منتشر نشده است. همین امر اما باعث شده گمانه‌زنی‌ها در رابطه با علل حادثه و شایعات بیشتر شوند. اگرچه آثار فیزیکی انفجار همچنان در بندر شهیدرجایی قابل مشاهده است اما وسعت انتشار شایعات مرتبط با حادثه در سراسر کشور قابل رؤیت است.

نقص ایمنی و اهمال‌کاری یا خرابکاری در بندر شهیدرجایی، دلیل حادثه هرچه باشد؛ اما تا به این لحظه اطلاع‌رسانی درباره حادثه حرفه‌ای نیست و عدم اطلاع‌رسانی باعث انتشار شایعات درباره علت بندر حادثه و حتی تعداد تلفات شده است. تعلل در اعلام جزئیات حادثه اعم از علت و نوع ماده منفجر شده باعث شده مردم احساس کنند نامحرمند و همین امر نیز به انتشار شایعات مختلفی مانند ۲۰۰۰ آلی ۳۰۰ کشته یا انفجار مواد سوخت‌موشک دامن زده است.

بهتر این بود که پس از گذشت ۳ روز، یک مقام رسمی به رسانه‌ها جزئیات دقیق‌تری از علت بروز حادثه ارائه دهد تا در این بین راه انتشار شایعات نیز بسته شود؛ چراکه اگر آثار تخریب و انفجار ماما در بندر باقی می‌ماند، تروما و تأثیر روحی و روانی شایعات بر خانواده متوفیان ممکن است تا سال‌ها باقی بماند.