

Study of the Management Status and the Quantity and Physical Analysis of Solid Wastes in Selected Health Care Centers in One of the Military Forces and a Comparison with the Solid Waste Management Regulation

Received: 6 November 2015

Revised: 28 February 2015

Accepted: 16 March 2015

ABSTRACT

Hossein Masoumbeigi^{1*}Ghasem Hoshyari²

Kazem Khalagi

Background: Because of crucial role in the prevalence of diseases and health threats for human and the environment, optimal management of health care centers' different types of solid wastes is very important. This study was done with the aim to determine the management status, the quantity and physical analysis of solid wastes in selected health care centers in one of the military forces.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, the management status of solid wastes was evaluated by a reliable and valid self-made checklist. The waste's quantity was determined by weighing and doing physical analysis with the aid of trained personnel. Collected data were analyzed using SPSS 16 software and t-test.

Result: Solid wastes management status of household, infectious, dental and sharp wastes was evaluated undesirable in A clinic, and in B clinic, it was evaluated as; moderate, weak, undesirable and desirable, respectively. Mean of per capita total solid wastes in two clinics A and B was 24.99 and 28.97(g/day) and per capita sharp waste was 1.89 and 2.17(g/day) and per capita dental waste was 149.58 and 159.09 (g/day), respectively. The only significant mean difference between two clinics was the per capita sharp waste ($P<0.05$).

Conclusion: According to results of this study, solid waste management status in selected health care centers was not desirable. Health promotion of personnel and improvement of the sanitary status in these clinics are dependent on staff training, serious attention to optimal management of different types of solid wastes, observance of health regulations, and also official support of authorities.

Keywords: solid waste management, health care centers, infectious waste, solid waste production per capita, military centers, sharp waste

¹ PhD, Health Research Center, Department of Environmental Health Engineering, Health Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran.

² MSc., Health, Health Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran.

³ Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran.

*Corresponding Author:

Hossein Masoumbeigi
Tel: (+98)9121201119

e-mail: masoumbeigi@gmail.com

بررسی وضعیت مدیریت، کمیّت و آنالیز فیزیکی پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی منتخب یکی از نیروهای نظامی و مقایسه با قانون مدیریت پسماند

تاریخ دریافت: ۱۵ آبان ۱۳۹۳

تاریخ اصلاح: ۱۹ اسفند ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۲۵ اسفند ۱۳۹۳

چکیده

حسین معصوم بیگی^{۱*}قاسم هوشیاری^۲کاظم خلج^۳

مقدمه: مدیریت بهینه انواع پسماندهای مراکز بهداشتی به دلیل نقش عمده آن‌ها در انتشار عوامل بیماری‌زا و تهدید سلامت انسان و محیط‌زیست از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت مدیریت و کمیّت و آنالیز فیزیکی پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی منتخب یکی از نیروهای نظامی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، وضعیت مدیریت پسماندها با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته که روایی و پایایی آن سنجیده شده، تعیین گردید. کمیّت پسماندها با توزین و آنالیز فیزیکی به کمک نیروهای آموزش‌دیده انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: وضعیت مدیریت پسماندهای شبه خانگی، عفونی، دندانپزشکی و تیز و برنده درمانگاه A در وضعیت غیرقابل قبول و در درمانگاه B به ترتیب متوسط، ضعیف، غیرقابل قبول و خوب ارزیابی شدند. در مراکز فوق به ترتیب میانگین سرانه کل پسماندها ۲۴/۹۹ g/day و ۲۸/۹۷، سرانه پسماندهای تیز و برنده ۱/۸۹ g/day و ۲/۱۷ و سرانه پسماندهای دندانپزشکی ۱۴۹/۵۸ g/day و ۱۵۹/۰۹ به دست آمد. در بین موارد فوق فقط اختلاف میانگین سرانه پسماندهای تیز و برنده بین دو درمانگاه معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، وضعیت مدیریت پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی منتخب در حد مطلوب نبود. ارتقاء سلامت کارکنان و بهبود وضعیت بهداشتی این درمانگاه‌ها مستلزم آموزش کارکنان و توجه جدی به مدیریت بهینه انواع پسماندها و رعایت مقررات بهداشتی و حمایت مسئولین است.

کلید واژه‌ها: مدیریت پسماند، مراکز بهداشتی درمان، پسماند عفونی، سرانه تولید پسماند، مراکز نظامی، پسماند تیز و برنده

دکتری، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
^۲ کارشناس ارشد، بهداشت نظامی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
^۳ مربی، اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

حسین معصوم بیگی

تلفن: ۹۱۲۱۲۰۱۱۱۹ (+۹۸)

پست الکترونیک:

masoumbeigi@gmail.com

مقدمه:

افزایش میزان و تنوع پسماند و آلودگی‌های زیست محیطی و مخاطرات بهداشتی ناشی از آن، امروزه به‌عنوان یکی از معضلات مهم جوامع بشری مطرح گردیده است. گستردگی طیف این زباله‌ها به حدی زیاد است که می‌توان از پسماندهای خانگی معمولی تا خطرناک‌ترین آلاینده‌های شیمیایی و بیولوژیکی را در آن یافت. یکی از منابع مهم تولید پسماند، مراکز بهداشتی - درمانی می‌باشند که خود نیز طیف وسیعی از پسماند را تولید می‌کنند [۳ و ۴].

پسماندهای پزشکی به‌عنوان یکی از پسماندهای خطرناک و آلاینده‌های اصلی محیط‌زیست، به‌شدت مورد توجه می‌باشند و در قانون مدیریت پسماند شامل کلیه پسماندهای عفونی و زبان آور ناشی از بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه معرفی شده است [۲ و ۱].

جمع‌آوری، حمل، پردازش و دفع نهائی مواد زائد جامد است که منطبق بر اصول و قواعد اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، زیست‌محیطی و فنی باشد [۱]. سرانه پسماند مقدار پسماندهای تولیدشده به ازای هر بیمار در روز برحسب Kg/capital-day و دانسیته نسبت وزن به حجم پسماند تولیدشده برحسب Kg/m³ و ترکیب فیزیکی پسماند نسبت هرکدام از اجزای تشکیل‌دهنده پسماند به کل پسماند تولیدی است. پاتیل^۲ و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه در خصوص مدیریت پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی در هند نشان دادند که مدیریت پسماندهای تولیدی این مراکز با رویکرد جداسازی، جمع‌آوری، انتقال و دفع نهایی پسماندهای عفونی انجام می‌شود [۱۱]. داسیلوا^۳ و همکاران (۲۰۰۵)، در بررسی مدیریت پسماندهای مراکز بهداشتی-درمانی در جنوب برزیل با استفاده از مشاهده حضوری و مصاحبه با کارکنان مرتبط با مدیریت پسماندهای بهداشتی-درمانی، نشان دادند در بیشتر مراکز بهداشتی-درمانی فعالیت‌های مرتبط با مدیریت پسماندهای این مراکز منطبق بر قوانین و مقررات کشوری نیست [۱۲]. بادور^۴ و همکاران (۲۰۰۷) طی مطالعه در خصوص کمیت و کیفیت پسماندهای تولیدی مراکز بهداشتی-درمانی شهر ایبرید واقع در شمال اردن، نشان دادند روش تعریف‌شده‌ای برای مدیریت و دفع پسماندهای مراکز بهداشتی-درمانی وجود ندارد. علاوه بر این مقررات و رهنمودهای ویژه‌ای نیز برای جداسازی و طبقه‌بندی پسماندهای بیمارستانی وجود ندارد [۱۳]. نبی‌زاده و همکاران (۲۰۰۷) در خصوص پسماندهای دندانپزشکی شهر همدان درصد پسماندهای شبه‌خانگی، بالقوه عفونی، شیمیایی-دارویی و سمی را به ترتیب برابر با ۷۱، ۲۱، ۷ و ۰/۷ گزارش نمودند [۴]. همچنین دهقانی و همکاران نیز (۱۳۸۶) مطالعه مشابهی در شهر سبزوار انجام دادند که ترکیب پسماندهای بهداشتی درمانی شهر سبزوار را ۶۱/۳ درصد شبه خانگی، ۱۷/۵ درصد عفونی، ۱۴/۳ درصد تیز و برنده، ۱/۲ درصد دارویی و شیمیایی و ۵/۷ درصد پاتولوژیک گزارش نمودند [۱۴].

با توجه به این‌که مطالعات کافی در خصوص بررسی وضعیت مدیریت، کمیت و کیفیت پسماندهای مراکز درمانگاهی در سطح نیروهای مسلح در دسترس نمی‌باشد و همچنین تأثیر قابل توجه مدیریت پسماندهای تولیدی این مراکز بر سلامت کارکنان، بیماران و همچنین سلامت محیط‌زیست و قرار داشتن در اولویت‌های تحقیقاتی معاونت محترم بهداشت و درمان، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت مدیریت و کمیت و کیفیت فیزیکی پسماندهای تولیدی مراکز درمانگاهی منتخب نظامی به‌عنوان نمونه‌ای از این‌گونه اماکن در سطح نیروهای مسلح انجام گردید.

پسماندهای مراکز بهداشتی - درمانی به‌هیچ‌وجه نباید با پسماندهای شهری مخلوط گردند، زیرا وجود انواع مواد شیمیایی و بیولوژیکی حاوی عوامل بیماری‌زا و خطرناک در این پسماندها باعث ایجاد مخاطرات بهداشتی و زیست‌محیطی می‌گردد. طبقه‌بندی و ترکیب پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی با توجه خاص به نحوه جمع‌آوری و دفع آن‌ها، شامل طیف وسیعی از مواد مختلف اعم از پسماندهای معمولی یا شبه‌خانگی، عفونی، شیمیایی و دارویی می‌باشد. پسماندهای شبه خانگی شامل موادی مانند کاغذ، مقوا، کارتن، مواد پلاستیکی، باقیمانده‌های مواد غذایی و میوه می‌باشد که در صورت مخلوط نشدن با مواد خطرناک و عفونی بی‌خطر بوده و می‌توان آن‌ها را همانند مواد زائد خانگی جمع‌آوری و دفع نمود. پسماندهای بالقوه عفونی حاوی وسایل یک‌بارمصرف، نوک‌تیز و برنده آلوده، زائادات حاوی خون و محیط‌های کشت آزمایشگاهی است. بر اساس قوانین سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO) پسماندهای عفونی شامل پسماندی است که حاوی عوامل پاتوژن به میزانی باشد که بتواند باعث ایجاد بیماری در میزبان‌های حساس شوند [۵]. در تقسیم‌بندی و تعریف پسماندهای عفونی نظرات متفاوتی وجود دارد. به‌عنوان مثال در مطالعه انجام‌شده در استرالیا تمام پسماندهای تیز و برنده و غیر برنده حاوی قطرات و لکه‌های قابل‌رؤیت خون به‌عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شدند، درحالی‌که در مطالعه انجام‌شده در ترکیه پسماندی که اشیاع از خون بودند به‌عنوان پسماند عفونی تقسیم‌بندی شدند [۶]. پسماندهای تیز و برنده شامل سوزن، سرنگ، شیشه‌های شکسته و چاقوهای کوچک جراحی می‌باشند [۸ و ۷]. از آنجاکه این اجزا می‌توانند ایجاد جراحت کنند و باعث ورود عوامل بیماری‌زایی همچون ویروس‌های هپاتیت و ایدز به بدن انسان شوند، بنابراین لازم است آن‌ها را از سایر پسماندهای عفونی جدا کرده و به‌صورت مجزا جمع‌آوری و دفع نمود [۱۰ و ۹]. پسماندهای شیمیایی و دارویی شامل داروها و فرآورده‌های دارویی و مواد شیمیایی مختلفی هستند که در اثر فعالیت‌های خاص بهداشتی و درمانی در این مراکز تولید می‌شود؛ همچنین داروها و مواد شیمیایی برگشت داده‌شده یا دور ریخته شده و تاریخ‌مصرف گذشته نیز جزء این دسته محسوب می‌شوند؛ بنابراین توجه خاص به جمع‌آوری و دفع جداگانه آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۸ و ۷]. تعیین نحوه مدیریت و خصوصیات فیزیکی پسماندها مثل سرانه تولید، دانسیته و آنالیز فیزیکی (تعیین ترکیب اجزای تشکیل‌دهنده پسماندها) نقش بسیار مؤثری در طراحی مدیریت صحیح پسماندهای مختلف دارد. براساس قانون مدیریت پسماند، تعریف مدیریت پسماندها مجموعه مقررات و ارتباطات سیستماتیک پیرامون کنترل تولید، ذخیره‌سازی،

مواد و روش‌ها

الف: بررسی وضعیت مدیریت پسماندها

در این مطالعه توصیفی مقطعی، وضعیت مدیریت پسماند دو مرکز بهداشتی درمانی منتخب A و B در سال ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفت. این مراکز به صورت نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب گردیدند. تعداد روزهای لازم برای توزین انواع پسماندها هم بر اساس فرمول حجم نمونه برآورد میانگین تعیین گردید.

وضعیت مدیریت پسماند این دو مرکز طی مراحل نگهداری، جمع‌آوری، حمل و نقل و دفع از طریق بازدید میدانی، مشاهده وضع موجود، مطالعه اسناد لازم و تکمیل چک‌لیست و تطبیق وضعیت موجود آن‌ها با قانون مدیریت پسماند و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت تعیین شد. ضمن شناسایی انواع خدمات تخصصی در حال ارائه و منابع تولیدکننده پسماند در بخش‌های مختلف مجتمع‌های خدمات بهداشتی-درمانی، نسبت به تکمیل جداگانه چک‌لیست برای هر درمانگاه توسط محقق اقدام شد. چک‌لیست‌های مورداستفاده چک‌لیست‌های روایی و پایایی شده مورداستفاده معصومی‌گی و همکاران در بررسی وضعیت مدیریت پسماندهای بیمارستان بقیه‌الله (عج) بود [۱۵]. با توجه به تفاوت‌های بیمارستان با مجتمع‌های خدمات بهداشتی درمانی، چک‌لیست‌ها موردبازنگری و متناسب‌سازی لازم قرار گرفت و یک چک‌لیست محقق ساخته به تغییرات لازم و متناسب با محیط مراکز مورد مطالعه شد. روایی محتوای^۱ چک‌لیست تهیه شده با نظرات کارشناسی ۵ نفر متخصص بهداشت محیط با تجربه بررسی شد و جهت بررسی پایایی^۲، ابتدا چک‌لیست برای هر مرکز طی دو نوبت با یک فاصله تناوبی دوهفته‌ای تکمیل شد. البته نوبت دوم بدون مراجعه به فرم اول، انجام شد. سپس پایایی درون فردی چک‌لیست با روش آزمون-پس آزمون^۳ و ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. البته امکان کنترل پایایی به دلیل کمبود تعداد نمونه‌ها وجود نداشت لذا از آزمون من‌ویتنی^۴ برای این منظور استفاده گردید.

چک‌لیست تهیه شده شامل دو بخش است. بخش اول مربوط به اطلاعات عمومی و معرفی محل مورد مطالعه و بخش دوم اطلاعات مربوط به وضعیت مدیریت پسماندهای مراکز از تولید تا دفع و مربوط به پسماندهای شبه‌خانگی، عفونی و خطرناک، تیز و برنده و دندانپزشکی بود. برای هر سؤال چک‌لیست بسته به ارزش و اهمیت آن وزن بین یک تا سه داده شد. برای هر سؤال دارای پاسخ مثبت بلی حداکثر تا دو امتیاز منظور شد و متناسب با وضع موجود و طبق نظر کارشناسی محقق حین بازدید و مقایسه میزان تطابق آن با

قانون و مقررات مدیریت پسماند، بین صفر تا دو امتیاز، تخصیص داده شد. برای هر سؤال که با قانون و مقررات مدیریت پسماند بالای ۹۰ درصد تطابق داشت، دو امتیاز، بین ۹۰ تا ۷۵ درصد تطابق ۱/۵ امتیاز، بین ۷۵ تا ۵۰ درصد تطابق یک امتیاز، بین ۲۵ تا ۵۰ درصد تطابق ۰/۵ امتیاز و برای کمتر از ۲۵ درصد تطابق صفر امتیاز داده شد. سپس امتیاز هر سؤال در وزن آن ضرب و در نهایت امتیاز کل هر سؤال و امتیاز کل چک‌لیست محاسبه شد.

نتایج حاصل از چک‌لیست با بررسی میزان انطباق هر کدام از سؤالات و بخش‌های مدیریت پسماند از تولید و نگهداری تا دفع نهایی در مجتمع‌های خدمات بهداشتی درمانی منتخب A و B با قانون مدیریت پسماند، تحلیل و وضعیت مدیریت براساس امتیازات کسب شده توسط هر مرکز و در بخش پسماندهای خانگی، عفونی، تیز و برنده و دندانپزشکی و وضعیت کلی در محدوده خوب (با کسب بالای ۸۰ درصد امتیاز و مطابق با قانون مدیریت پسماند)، متوسط (با کسب ۷۹-۶۰ درصد امتیاز)، ضعیف (با کسب ۵۹-۵۰ درصد امتیاز) و نامطلوب (با کسب کمتر از ۵۰ درصد امتیاز و مغایر با قانون مدیریت پسماند) گزارش شد.

ب. تعیین کمیت و سرانه و دانسیته پسماندها

قبل از شروع عملیات اجرائی توسط مجری ابتدا کلیه کارگران همکار طرح نسبت به بیماری هپاتیت B و کزاز واکسینه شده و آموزش‌های لازم به صورت حضوری و چهره به چهره در خصوص خطرات و تهدیدات انواع پسماندهای تولیدی و اقدامات پیشگیرانه ضروری که باید حین جمع‌آوری، حمل و نقل، توزین و آنالیز نمونه‌های پسماند توسط کارگران رعایت گردد و نحوه اقدامات پیشگیرانه در صورت مواجهه با حوادث احتمالی به کارگران همکار طرح داده شد.

لوازم و تجهیزات از قبیل لباس کار، چکمه، دستکش مخصوص، ماسک، عینک و کلاه، باسکول، ظروف و سطل‌های مخصوص آنالیز تهیه و تحویل کارگران خدماتی همکار طرح داده شد. عمل توزین و تفکیک پسماندها با هماهنگی مدیران مراکز بهداشتی درمانی و با کمک افراد خدماتی همکار طرح و تحت نظارت مستقیم مجری، طبق برنامه زیر انجام شد.

از ابتدای شروع و در بازده زمانی اجرای طرح تعداد کل بیماران مراجعه کننده به هر درمانگاه و به تفکیک قسمت‌های تخصصی مثل دندانپزشکی، در شیفتهای کاری فعال (صبح، عصر و شب) تعیین شد تا تعداد بیماران در روزهای اجرای طرح و بخصوص روزهایی که توزین و آنالیز پسماند صورت می‌گیرد تعیین و از این طریق محاسبه سرانه تولید پسماند صورت گردد. ملاک تعداد بیماران، آمار بیماران

یافته‌ها

سطح امتیازات لازم جهت تبدیل اطلاعات کیفی به اطلاعات کمی به منظور رتبه‌بندی و ارزیابی وضعیت مدیریت انواع پسماندهای تولیدی (که بر اساس نظرات کارشناسان و خبرگان بهداشت محیط تعیین شده است) در جدول یک قابل مشاهده است.

وضعیت امتیاز و مدیریت انواع پسماندهای تولیدی دو درمانگاه مورد مطالعه در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد در مقایسه با قوانین و مقررات موجود مدیریت پسماند، وضعیت کلی مدیریت پسماند درمانگاه A در حد غیرقابل قبول و درمانگاه B در حد ضعیف ارزیابی شده است (جدول ۲).

منابع و اجزای پسماندهای تولیدی درمانگاه‌ها تعیین شد که نشان می‌دهد اجزای پسماندهای تولیدی بخش دندانپزشکی این درمانگاه‌ها از بیشترین تنوع برخوردار می‌باشد (جدول ۳).

سرانه تولید انواع پسماندهای دو درمانگاه مورد مطالعه در جدول ۴ نشان داده شده است. آزمون t-test نشان داد اختلاف میانگین سرانه پسماندهای مخلوط شبه‌خانگی و عفونی و تیز و برنده دو مرکز، به ترتیب با $(P = 0/001)$ و $(P = 0/016)$ معنی‌دار است. میانگین سرانه کل و دانسیته پسماندهای تولیدی دو درمانگاه به ترتیب $26/53 \text{ g/day}$ و $103/67 \text{ kg/m}^3$ شد. (جدول ۴ و ۵) و آزمون مذکور نشان داد اختلاف سرانه کل و دانسیته پسماندهای تولیدی بین دو درمانگاه به ترتیب با $(P = 0/25)$ و $(P = 0/118)$ معنی‌دار نیست.

سرانه دندانپزشکی به دلیل کم بودن تعداد درمانگاه‌ها و نرمال نبودن توزیع، با کمک آزمون من‌ویتنی آنالیز شد و نشان داد که از نظر آماری اختلاف دو درمانگاه معنی‌دار نیست $(P = 0/074)$.

آنالیز فیزیکی مخلوط پسماندهای شبه خانگی و عفونی نشان داد، به ترتیب پسماندهای فسادپذیر، باند، گاز و پنبه، پلاستیک، کاغذ و کارتن، پارچه، نخ و البسه آلوده و ماسک و دستکش بیشترین اجزای پسماندهای مذکور را تشکیل می‌دهند (جدول ۶).

ثبت شده توسط دفاتر مجتمع‌های مورد مطالعه در بخش‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات بود.

توزین کل پسماندهای عفونی، شبه‌خانگی، واحدهای دندانپزشکی و تیز و برنده (با جمع‌آوری جداگانه سیفتی باکس‌ها^۱) تولیدی این مراکز به مدت سه ماه و هر ماه یک هفته از شنبه تا جمعه انجام شد. در ماه اول هفته اول (یکم تا هفتم) و در ماه دوم هفته وسط ماه (سیزدهم تا نوزدهم) و در ماه سوم هفته آخر آن ماه (بیست چهارم تا سی‌ام ماه) انجام شد [۱۶ و ۱۵]. سیفتی باکس‌ها بعد از اولین تعویض شماره‌گذاری شده و تا رسیدن به ظرفیت نهائی ۳/۴ و حداکثر هر دو هفته یک بار طبق ضوابط و مقررات مربوطه جمع‌آوری و توزین شدند.

برای تعیین دانسیته پسماندهای شبه خانگی و عفونی از مخازن با حجم مشخص در دسترس حداقل ۱۰۰ لیتری هنگام توزین استفاده شد و با محاسبه نسبت وزن به حجم پسماندهای تولیدشده، دانسیته تعیین شد.

ج. تعیین آنالیز فیزیکی پسماندهای شبه خانگی

در بخش پسماندهای شبه‌خانگی و عفونی در هفته‌هایی که مطالعه کمی انجام شد هر هفته ۳ نمونه ۱۰۰ لیتری به صورت تصادفی از پسماندهای شبه خانگی و ۳ نمونه ۱۰۰ لیتری هم به صورت تصادفی از پسماندهای عفونی نمونه برداری و سپس آنالیز آن‌ها انجام شد. هفته اول و آخر ماه نمونه برداری روزهای زوج و هفته وسط ماه، روزهای فرد نمونه برداری انجام شد. در کل ۳۶ نمونه از دو مرکز برداشت شد که شامل آنالیز ۱۸ نمونه پسماندهای خانگی و ۱۸ نمونه پسماندهای عفونی در دو مجتمع خدمات بهداشتی درمانی مورد مطالعه بود. روزهای نمونه برداری در ایام اجرای طرح از روز شروع نمونه برداری به ترتیب ایام هفته بود به نحوی که تمام ایام هفته را پوشش دهد [۱۶ و ۱۵].

پس از ثبت داده‌ها در رایانه، داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 18 و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و محاسبه شاخص‌های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (واریانس و انحراف معیار) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و در قالب جدول و نمودار نمایش داده شده است. اخلاق علمی در انجام این تحقیق لحاظ شده است.

جدول ۱: وضعیت طبقه‌بندی کیفی مدیریت انواع پسماندها، بر اساس امتیازات تخصیص داده شده.

نوع پسماند کیفیت	خانگی	عفونی	دندانپزشکی	تیز و برنده
خوب	۱۱۸-۱۴۸	۴۵-۵۶	۶۳-۷۸	۳۴-۴۲
متوسط	۸۹-۱۱۷	۳۴-۴۴	۴۷-۶۲	۲۵-۳۳
ضعیف	۷۴-۸۸	۲۸-۳۲	۳۹-۴۶	۲۱-۲۴
غیرقابل قبول	≤۷۳	≤۲۷	≤۳۸	≤۲۰

جدول ۲: وضعیت کیفی مدیریت انواع پسماندهای درمانگاهها.

نوع پسماند	نام درمانگاه	A	B
پسماند خانگی	امتیاز	۵۴	۹۱
	کیفیت	غیر قابل قبول	متوسط
پسماند عفونی	امتیاز	۶	۳۰
	کیفیت	غیر قابل قبول	ضعیف
پسماند تیز و برنده	امتیاز	۱۳	۴۰
	کیفیت	غیر قابل قبول	خوب
پسماندهای دندانپزشکی	امتیاز	۱۹	۲۶
	کیفیت	غیر قابل قبول	غیر قابل قبول
وضعیت کلی	امتیاز	۹۲	۱۸۷
	کیفیت	غیر قابل قبول	ضعیف

بحث و نتیجه گیری

مدیریت پسماندهای مراکز بهداشتی-درمانی دو درمانگاه مورد مطالعه در مقایسه با قانون مدیریت پسماند و آیین نامه های اجرائی آن و همچنین بر اساس محورهای مختلفی که جهت ارزیابی توسط متخصصین و خبرگان در چک لیست ها تنظیم شده، غیر قابل قبول و ضعیف بوده و دستورالعمل ها و قوانین مدیریت پسماند و ضوابط بهداشتی به طور شایسته انجام نمی شود و وضع موجود با ضوابط و مقررات لازم الاجرای جاری کشور در بسیاری از موارد تطابق لازم ندارد. مثل تفکیک و جداسازی که می بایست به عنوان اولین گام بعد از تولید پسماند انجام و بازیافت و کاهش پسماند در مبدأ تولید، مورد توجه لازم قرار گیرد [۲]. قوانین و ضوابط برای مراکز تولید کننده پسماندهای خطرناک پیش از هر چیز سبب هزینه های بالای مدیریت پسماندهای تولید شده این مراکز می گردد و سبب شده نگرش و رویکرد مسئولین و مدیران این مراکز به سوی اعمال کنترل های بیشتر و بررسی دقیق نحوه تولید و کنترل کمیت و کیفیت و نحوه تولید پسماند درمانگاهی، گرایش پیدا کند و روز به روز بیشتر شود.

مقادیر کم پسماند تولیدی، عدم ابلاغ دستورالعمل واحد و در نتیجه عدم دسترسی کافی به قوانین و مقررات و توصیه های بهداشتی مدیریت پسماند، عدم تأمین بودجه کافی جهت خرید لوازم و تجهیزات مورد نیاز در مراحل تولید تا دفع، عدم آگاهی لازم مدیران و کارکنان، عدم وجود یک تشکیلات منسجم و جایگاه تعریف شده برای تأمین اعتبارات مالی مورد نیاز مدیریت پسماند و تنوع مراجع تصمیم گیری و مؤثر، از جمله علل اصلی وضع نامطلوب مدیریت پسماند در مراکز مورد مطالعه می باشند. در حالی که با ارائه آموزش های لازم و بیان اهمیت و تأثیر کنترل و مدیریت بهینه انواع

با توجه به چشم انداز بیست ساله کشور و تکیه بر اصل ۵۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و اهمیت حفظ محیط زیست، امروزه مدیریت بهینه انواع پسماندها، یکی از ضروری ترین محورهای توسعه پایدار محسوب می گردد. در بین انواع پسماندها، پسماندهای خطرناک به ویژه انواع تولیدی در مراکز خدمات بهداشتی درمانی مثل پسماندهای عفونی، تیز و برنده و دندانپزشکی ها به علت تهدیداتی که متوجه سلامت انسان می نمایند، بیشتر مورد توجه می باشند و به منظور حفظ سلامت کارکنان، مردم و محیط زیست، همیشه مدیریت صحیح آن ها یکی از مشکلات جدی و نگران کننده مسئولین این مراکز می باشد. نتایج این مطالعه نشان داد وضعیت

جدول ۳: منابع تولید و اجزای پسماندهای تولیدی درمانگاهها.

بخش ها و منابع تولید	اجزای زباله تولیدی
جراحی سرپایی، درمانگاهها و اورژانس	کاغذ، دستمال کاغذی، گاز، پنبه، دستکش نایلونی، سوزن، سرنگ، نخ بخیه، تیغ، کن کاغذی، آبسلانگ، شیشه، مواد فسادپذیر
دندانپزشکی	دستمال کاغذی و گاز و پنبه آلوده به خون و بزاق و آمالگام، رول های دندانی آلوده به خون و بزاق و آمالگام، دستکش های نایلونی و لاتکس، سر ساکشن، پسماندهای تیز و برنده، دندان کشیده شده، آینه دندانپزشکی، تیغ جراحی و نخ و سوزن بخیه، کن کاغذی، روکش دندان، نوار ماتریس، نوار استریپ، سرنگ پلاستیکی، آبسلانگ، پوشش پوار هوا، گوتا پرکا، وج چوبی، فیلم رادیوگرافی، ذرات آمالگام، فویل سربی، پوشش فیلم رادیوگرافی، کارپول و خمیر قالب گیری
واکسیناسیون، آزمایشگاه و رادیولوژی	کاغذ، دستمال کاغذی، گاز، پنبه، کارتن، چوب، مواد پلاستیکی، سوزن، سرنگ، آبسلانگ، دستکش نایلونی، شیشه، نخ بخیه، تیغ، کن کاغذی، مواد پلاستیکی، فلزات، فیلم رادیولوژی، کارتن، فلزات
داروخانه، اداری، آشپزخانه، تأسیسات، نقلیه، سالن ها و محوطه	کاغذ، دستمال کاغذی، کارتن، چوب، مواد پلاستیکی، شیشه، فلزات، سبزی ها و مواد فسادپذیر، خاکروب

جدول ۴: جدول مقایسه‌ای سرانه انواع پسماندهای دو درمانگاه مورد مطالعه.

نام درمانگاه	داده‌های آماری	سرانه مخلوط خانگی و عفونی (g/day)	سرانه تیز و برنده (g/day)	سرانه دندانپزشکی (g/day)	سرانه کل (g/day)
درمانگاه A	میانگین سرانه	۲۰/۲۵	۱/۸۹	۱۴۹/۵۸	۲۴/۹۹
	تعداد روز	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
	انحراف معیار	۲/۷۵	۰/۴۹	۴/۱۹	۳/۷۴
درمانگاه B	میانگین سرانه	۲۴/۸۱	۲/۱۷	۱۵۹/۰۹	۲۸/۹۷
	تعداد روز	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
	انحراف معیار	۱۲/۳۸	۰/۲۵	۷/۸۵	۱۲/۶۲
متوسط دو درمانگاه	میانگین سرانه	۲۲/۶۶	۲/۰۳	۱۵۴/۳۳	۲۶/۹۸
	تعداد روز	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
	انحراف معیار	۲/۰۹	۰/۵۹	۵۳/۱۷	۲/۳۲

واکسیناسیون تولید می‌گردند.

شناخت کمی و کیفی پسماندهای درمانگاهی و شهری به منظور انتخاب روش صحیح و دقیق مدیریت پسماند در کلیه مراحل تفکیک، جمع‌آوری و حمل‌ونقل و دفع نهایی لازم و ضروری است. در خصوص تعیین میزان سرانه پسماند تولیدی مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه‌ها، تحقیقات و بررسی‌های مختلفی صورت گرفته است و نتایج این مطالعات نشان می‌دهد سرانه تولید پسماندهای درمانگاهی کشورهای مختلف و حتی شهرهای مختلف یک کشور متفاوت است. نتایج این تحقیق نشان داد مدیریت کل پسماندها در مراکز تحت مطالعه به روش سنتی و غیراستاندارد و بدون تفکیک انواع زباله‌های عفونی و شبه‌خانگی انجام می‌شود. مطابق نتایج این تحقیق اختلاف میانگین کل سرانه پسماندهای تولیدی دو درمانگاه معنی‌دار نیست و میانگین سرانه کل تولید پسماند در این مطالعه $26/98 \text{ g/day}$ بود. مطالعات مشابه میانگین سرانه کل پسماند تولیدی در مراکز بهداشتی درمانی شهرهای کاشان، اهواز، تهران، سنج، فارس، سمنان و اصفهان را به ترتیب $34/4$ ، $25/4$ ، $28/7$ ، $19/2$ ، $3/9$ ، $13/29$ و $23/24$ گزارش کرده اند [۲۲-۱۸]. سپهرنیا و همکاران (۱۳۸۹) طی مطالعه خود، سرانه وزن تولید پسماند در مراکز بهداشتی درمانی را 41 g/day گزارش نمودند [۲۳] که غالباً نتایج این مطالعات سرانه بالاتری را نسبت به نتایج مطالعه حاضر گزارش نمودند. این اختلاف می‌تواند مربوط به تفاوت نوع

پسماندها، به همراه تأمین اعتبارات لازم می‌توان نقش مؤثری در کاهش مشکلات موجود ایفا نمود. طی مطالعه‌ای معصوم بیگی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داده شده است که ضعف مدیریت پسماندهای تولیدی مراکز بهداشتی درمانی و عدم استفاده بهینه از امکانات نقش مؤثری در افزایش تولید پسماندها دارد [۱۶]. مسئله‌ای که غالباً مراکز بهداشتی درمانی به دلیل سوءمدیریت پسماندها از تولید تا دفع نهایی، با آن مواجه هستند و در درمانگاه‌های مورد مطالعه در این تحقیق نیز قابل توجه بود. دهقانی و همکاران (۱۳۸۵) طی مطالعه وضعیت مدیریت پسماند بخش‌های درمانگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان دادند پسماندهای پزشکی تولیدشده به صورت مخلوط جمع‌آوری شده و از نظر ترکیب به مقدار زیادی ناهمگون و شامل کاغذ و مقوا، پلاستیک، رنگ، شیشه، فلزات، پسماندهای غذایی، پسماندهای عفونی و غیره می‌باشند [۱۷]. امروزه تولید انبوه زباله‌های متنوع در شأن یک جامعه متمدن و پیشرفته نمی‌باشد و مدیریت آن از تولید و نگهداری تا دفع نهایی هزینه‌های سنگینی را تحمیل می‌نماید. به همین علت توجه به کمیت پسماندهای تولیدی و مدیریت بهینه آن بسیار مهم است و در مطالعات و تحقیقات مرتبط با پسماند، محاسبه سرانه پسماند، تولیدی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مورد ارزیابی است. به‌ویژه در مراکز بهداشتی-درمانی و درمانگاه‌ها که انواع پسماندهای شبه‌خانگی و خطرناک طی فرایند پذیرش، تشخیص و درمان بیماران و

جدول ۵: مقایسه دانسیته پسماند دو درمانگاه.

نام درمانگاه	تعداد نوبت اندازه‌گیری	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	خطای معیار
A	۹	۹۹/۷۴	۹/۸۷	۹۰/۱۰	۱۱۹/۷۳	۳/۲۹
B	۹	۱۰۷/۶۱	۱۰/۳۷	۹۷/۲۰	۱۲۹	۳/۴۶
کل	۱۸	۱۰۳/۶۷	۱۰/۶۲	۹۰/۱۰	۱۲۹	۲/۵۰

جدول ۶: میانگین کل مقادیر اجزای مخلوط پسماندهای شبه خانگی و عفونی درمانگاه‌های مورد مطالعه.

عنوان پسماند	درمانگاه A		درمانگاه B		میانگین کل	
	وزن پسماند (کیلوگرم)	درصد	وزن پسماند (کیلوگرم)	درصد	میانگین (کیلوگرم)	درصد
پسماند فسادپذیر	۶/۱۰۰	۲۱/۱	۴/۹۰۳	۲۰/۵	۵/۴۹۴	۲۰/۸
باند و گاز و پنبه	۵/۶۰۸	۱۹/۴	۵/۱۴۲	۲۱/۵	۵/۴۱۵	۲۰/۵
پسماندهای پلاستیکی	۴/۴۵۲	۱۵/۴	۳/۲۲۹	۱۳/۵	۳/۸۳۰	۱۴/۵
کاغذ و کارتن	۳/۲۰۹	۱۱/۱	۲/۵۱۱	۱۰/۵	۲/۸۵۲	۱۰/۸
پارچه و نخ و البسه	۳/۳۲۴	۱۱/۵	۲/۳۶۸	۹/۹	۲/۸۲۶	۱۰/۷۰
ماسک و دستکش	۲/۴۵۷	۸/۵	۲/۳۴۴	۹/۸	۲/۴۱۶	۹/۱۵
شیشه	۱/۳۳۰	۴/۵	۱/۴۸۳	۶/۲	۱/۴۱۳	۵/۳۵
زائدات فلزی	۰/۸۹۶	۳/۱	۰/۸۳۷	۳/۵	۰/۸۵۸	۳/۲۵
پسماند تیز و برنده	۰/۸۳۹	۲/۹	۰/۵۹۸	۲/۵	۰/۷۱۳	۲/۷
چوب	۰/۷۲۳	۲/۵	۰/۵۰۲	۲/۱	۰/۵۹۴	۲/۲۵
جمع کل	۲۸/۹۱۱	۱۰۰	۲۳/۹۲۰	۱۰۰	۲۶/۴۱۵	۱۰۰

خدمات و تعداد مراجعه‌کنندگان باشد.

پسماندهای عفونی تولیدی مراکز بهداشتی درمانی از جمله پسماندهای خطرناک درمانگاهی است که در این مطالعه به همراه پسماندهای شبه خانگی به صورت مخلوط جمع‌آوری می‌شد و میانگین سرانه‌ای حدود $22/66 \text{ g/day}$ داشت. میانگین سرانه مخلوط پسماندهای مذکور که باید آن را پسماند عفونی بنامیم در درمانگاه B بیشتر از درمانگاه A بود. میمنی و همکاران (۱۳۸۷) طی مطالعه مدیریت کمی و کیفی پسماندهای درمانگاهی زاهدان نشان دادند که میانگین وزنی کل پسماندهای تولیدی، پسماندهای عفونی و خطرناک و شبه خانگی به ازای هر بیمار و با توجه به میانگین مراجعین روزانه $13/46 \text{ g/day}$ ، $0/79 \text{ g/day}$ و $9/82 \text{ g/day}$ می‌باشد؛ که از میانگین کل پسماندهای تولیدی در این مراکز فقط $5/85$ درصد را زباله‌های عفونی و خطرناک تشکیل می‌دهند [۲۴]. در مطالعه نبی زاده و همکاران (۱۳۸۸) در شهر همدان بیشترین اجزای متشکله پسماندهای مراکز بهداشتی- درمانی مربوط به پسماندهای عفونی به میزان $34/65$ درصد بوده است [۴].

پسماندهای تیز و برنده یکی از پسماندهای ویژه خطرناک هستند که لازم است طبق رهنمودها و دستورالعمل‌های موجود با انتقال به سiftی باکس‌ها و بعد از حداکثر دو هفته، جمع‌آوری، استریل و دفع شوند. مدیریت آن‌ها در درمانگاه A غیرقابل قبول و در درمانگاه B خوب بود که نشان‌دهنده اجرا و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی در درمانگاه دوم است. انتقال عوامل بیماری‌زا در اثر حوادث شغلی و جراحات‌های ناشی از پسماندهای تیز و برنده یکی از تهدیدات جدی ناشی از این پسماندهاست. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد، میانگین

کل سرانه تولید این پسماندها در هر دو درمانگاه با $2/03 \text{ g/day}$ ، $2/7$ درصد از کل پسماندهای تولیدی را تشکیل می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی مقدار پسماندهای تیز و برنده در درمانگاه‌های کشورهای درحال توسعه را کمتر از یک درصد کل پسماندهای درمانگاهی برآورد کرده است درحالی‌که این نسبت در درمانگاه‌های شهری چین و تایوان از $0/5$ تا 9 درصد گزارش شده است [۲۵] و در شهر اهواز $4/79$ ، بندرعباس $6/79$ آذربایجان غربی $4/5$ و کرمان $16/3$ درصد گزارش شده است [۲۷ و ۲۶]. مطالعه اشرفی (۱۳۸۴) نشان داد که سرانه پسماند تیز و برنده $0/82$ درصد از کل پسماند تولیدی می‌باشد [۲۸]. وضعیت غیرقابل قبول مدیریت پسماندهای خطرناک و عفونی واحدهای دندانپزشکی این درمانگاه‌ها با میانگین کل سرانه پسماند تولیدی $154/33 \text{ g/day}$ از جمله نکات حائز اهمیت در این تحقیق بود. فنبریان و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود در زمینه کمیت و کیفیت زباله‌های دندانپزشکی تولیدی شهر شاهرود گزارش نمودند گر چه مقدار این پسماندها در مقایسه با انواع پسماندهای شهری بسیار کم به نظر می‌رسد، اما با توجه به خصوصیات ویژه و پتانسیل خطرناکی آن‌ها، می‌بایست نسبت به مدیریت مناسب آن‌ها اقدامات لازم معمول داشت [۲۹]. بررسی وضع موجود مدیریت پسماندهای دندانپزشکی نشان می‌دهد وضع نامناسب فعلی ناشی از ضعف آگاهی نسبت به قوانین و مقررات بهداشتی، ضعف دسترسی به دستورالعمل‌ها و رهنمودهای بهداشتی لازم برای مدیریت بهینه این پسماندها، خلع برنامه ریزی برای جداسازی و بازیافت، عدم توجه به کاهش تولید این نوع پسماندها، ضعف منابع مالی و نظارت ضعیف است که منجر به مدیریت غلط

به ترتیب مربوط به گاز، پنبه، پارچه، نخ و البسه آلوده (۳۱/۲)، مواد فسادپذیر (۲۰/۸)، اجسام پلاستیکی (۱۴/۵) و کاغذ و کارتن (۱۰/۸) و ماسک و دستکش (۹/۱۵ درصد) بوده است. تولید بالای پسماندهایی مثل گاز و پنبه و پارچه و البسه و ماسک ها و دستکش های آلوده نشان دهنده مصرف بیش از حد این گونه اقلام به ویژه اقلام یک بار مصرف و ضرورت کنترل و نظارت بیشتر بر مصرف آن ها می باشد. میمنی و همکاران (۱۳۸۸) طی آنالیز پسماندهای عفونی خطرناک نشان دادند به ترتیب بیشترین درصد وزنی مربوط به شیشه، پلاستیک، پسماندهای تیز و برنده، منسوجات، کاغذ و کارتن و مایعات هست. آنالیز اجزاء فیزیکی پسماندهای عمومی (شبه خانگی) نشان داد که به ترتیب بیشترین درصد وزنی مربوط به کاغذ و کارتن، پسماند غذایی، زائدات متفرقه، پلاستیک، منسوجات، مایعات، شیشه و فلزات می باشد [۲۴]. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر بخصوص در بخش پسماندهای عفونی تفاوت قابل توجهی را نشان می دهد و این مسئله می تواند به دلیل اختلاف در نوع خدمات و بیماران و حتی تفاوت محیط درمانگاه های در مطالعه حاضر باشد. نتایج این مطالعه نشان می دهد توجه بیشتر مسئولین این مراکز به مسئله تفکیک پسماندها در مبدأ تولید مطابق با قوانین و مقررات مربوطه الزامی است تا بتوان این طایفه کثیف را قبل از این که عفونی و نابود شوند، نجات داد و با فرایندی ساده و کم هزینه به چرخه بازیافت و به عنوان جایگزینی ارزشمند برای منابع طبیعی برگرداند.

در مطالعه حاضر محدودیت خاصی که مانع قابل توجهی در مسیر اجرای تحقیق باشد وجود نداشت. پیشنهاد می شود طرح جامع بررسی وضعیت موجود مدیریت انواع پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی به تفکیک بیمارستان ها، درمانگاه ها، کلینیک های دندان پزشکی طراحی و اجرا شود و در طرح های آینده سرانه هزینه های واقعی هر کیلو پسماند تولیدی و محاسبه ارزش اقتصادی انواع پسماندهای آنالیز شده در این مراکز مورد توجه قرار گیرد. همچنین بررسی میزان آگاهی مدیران و کارکنان مراکز درمانگاهی از ضوابط و مقررات مرتبط با مدیریت بهینه پسماندها و بررسی بخش های تأثیر گذار در مدیریت انواع پسماندها مورد توجه قرار گیرد.

این تحقیق با هدف تعیین وضعیت مدیریت و کمیت و آنالیز فیزیکی انواع پسماندهای تولیدی درمانگاه های منتخب یکی از نیروهای نظامی مستقر در تهران انجام شد که به طور کلی نشان دهنده وضعیت نامطلوب مدیریت پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه و جمع آوری و دفع مخلوط پسماندهای شبه خانگی و عفونی این مراکز می باشد. در نتیجه تقویت سه

پسماندها شده و می تواند در تولید بیشتر انواع پسماندهای مراکز دندان پزشکی و درمانگاه ها و سوء مدیریت در وضع موجود مؤثر باشند. مطابق نتایج مطالعه نبی زاده و همکاران (۱۳۸۸) در مراکز دندان پزشکی تجربی و لابراتوارهای دندان سازی همدان ۹۴/۴۷ درصد زباله های تولیدی این مراکز زباله های شبه خانگی و ۹۵ درصد زباله تولیدی کلینیک های دندان پزشکی زباله های عفونی هستند [۴]. اُزبک^۱ و همکاران (۲۰۰۴) در یک بررسی بر روی پسماندهای تولیدی یک مرکز دندان پزشکی دانشگاهی در ترکیه نشان دادند که در ۵۰ درصد کلینیک ها حدود ۳۵ درصد پسماند مربوط به دستکش های پلاستیکی و ۶۵ درصد مابقی مربوط به پسماندهای شبه خانگی و عفونی می باشند [۳۰].

طبق نتایج این مطالعه میانگین کل دانسیته پسماندهای مخلوط خانگی و عفونی دو درمانگاه $103/67 \text{ kg/m}^3$ است و مقایسه میانگین دانسیته دو درمانگاه اختلاف معنی داری با یکدیگر ندارند و از مقادیر مورد انتظار کمتر هستند. جمع آوری مخلوط پسماندها می تواند یکی از علل اصلی پایین بودن دانسیته پسماندهای تولیدی باشد. دانسیته پسماند همواره یکی از شاخص های مهم در طراحی برنامه های مدیریت پسماند و برآورد تجهیزات مورد نیاز است و می تواند نشان دهنده جنس و حجم اجزای تشکیل دهنده، پسماندها بوده و عامل مهمی در محاسبه حجم و تعداد وسایل و تجهیزات نگهداری و حمل و نقل پسماند باشد. کارآموز و همکاران (۲۰۰۶) هم در مطالعه خود روی پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی دانسیته زباله های عفونی را 100 kg/m^3 و دانسیته زباله های شبه خانگی را 180 kg/m^3 گزارش نموده اند [۳۱]. نتایج مطالعه حاضر با نتایج کارآموز در بخش اول همخوانی دارد. سپهرنیا و همکاران (۱۳۸۹) طی مطالعه خود، دانسیته پسماندهای عفونی - خطرناک را Kg/m^3 و ۳۲۹ پسماندهای عادی - شبه خانگی را 320 Kg/m^3 با میانگین دانسیته کل 324 Kg/m^3 گزارش نمودند [۲۳].

اجزای پسماندهای پزشکی در تمام درمانگاه ها معمولاً شامل سرسوزن ها و نیدل ها، دستکش ها، لوله های ساکشن، پنبه ها، باندها و گازها، دستمال های آلوده، سرنگ های پلاستیکی و اعضاء و اندام های قطع شده و وسایل حاصل از پانسمان ها می باشند [۳۲]. در این تحقیق آنالیز کل مخلوط پسماندهای شبه خانگی و عفونی در روزهای تعیین شده نشان داد میانگین کل پسماندهای تولیدی، دو درمانگاه A و B در صورت محاسبه جداگانه اجزای آنالیز شده پسماند و تقسیم آن به دو بخش عفونی و شبه خانگی، به ترتیب ۷۰/۳۵ درصد و ۲۹/۶۵ درصد می باشند. نتایج آنالیز فیزیکی نشان می دهد که بیشترین میانگین درصد اجزای تشکیل دهنده پسماندهای تولیدی (۸۶/۴ درصد) هر دو درمانگاه در زمان مطالعه

- Organization 1999.
6. Kizlary E, Iosifidis N, Voudrias E, Panagiotakopoulos D. Composition and production rate of dental solid waste in Xanthi, Greece: variability among dentist groups. *Waste Manag* 2005; 25: 582-91.
 7. Halbwachs H, editor Solid waste disposal in district health facilities. *World health forum*; 1994: Geneva: World Health Organization 1980-1998.
 8. Rushbrook P. R, Zghondi, Better health care waste management: an integral component of health investment, the World Bank Middle East and North Africa. The World Health Organization, Office for the Eastern Mediterranean and Regional Centre for Environmental Health Activities 2004.
 9. Johannessen L, Dijkman M, Bartone C, Hanrahan D, Boyer MG, Chandra C. Healthcare waste management guidance note 2000.
 10. Shinee E, Gombojav E, Nishimura A, Hamajima N, Ito K. Healthcare waste management in the capital city of Mongolia. *Waste Manag* 2008; 28: 435-41.
 11. Patil GV, Pokhrel K. Biomedical solid waste management in an Indian hospital: a case study. *Waste Manag* 2005; 25: 592-9.
 12. Da Silva C, Hoppe A, Ravello M, Mello N. Medical wastes management in the south of Brazil. *Waste Manag* 2005; 25: 600-5.
 13. Bdour A, Altrabsheh B, Hadadin N, Al-Shareif M. Assessment of medical wastes management practice: A case study of the northern part of Jordan. *Waste Manag* 2007; 27: 746-59.
 14. Dehghani MH, Omrani Gh A, Nadafi K, Marosi M, Azam K. Solid waste management in physicians' offices in Sabzevar. *Hakim Med J* 2007; 57-63. (Persian)
 15. Masoumbeigi H, Karimi-zarchi A, Tajik J. Survey of solid waste situation in the specialist hospital in Tehran with emphasize on quantity of waste production. *MilMed J* 2007, 9: 129-38. (Persian)
 16. Masoumbeigi H, Karimi-zarchi A, Tajik J. Reduction methods of hospital solid waste production. *MilMed J* 2009; 11: 127-33. (Persian)
 17. Dehghani MH, Azam K, Changani F, Dehghanifard E. Quantity and quality of medical wastes in hospitals of Tehran University Medical Sciences in year 2006. *Hakim Med J* 2008; 11: 40-7. (Persian)
 18. Mostafaei GhR, Doroudgar A, Iranshahi L. Hospital waste analysis in Kashan in 2001-2. *Feyz J Kashan Univ Med Sci* 2004; 8: 56-61. (Persian)
 19. Omrani Gh, Mesdaghinia AR, Amoui AE. Qualitative and quantitative study of municipal solid waste in Ahwaz city; with emphasis on hospital wastes. *Iranian J Public Health* 1998; 27: 1-10.
 20. Firouzmanesh M. Quantitative and qualitative data investigation of transport and disposal of hospital waste and health centers in Sanandaj. *Proceedings of the Third National Conference on Environmental Health* 2001. (Persian)

بعد بسیار مهم و تأثیرگذار بر فرایند مدیریت پسماند این مراکز که همگی در راستای تقویت اقتصاد مقاومتی می‌باشند ضروری است: بعد اول اصلاح روش‌های مدیریت خطی فعلی و برنامه ریزی و طراحی و اجرای علمی و تخصصی روش‌های کارآمد مبتنی بر مدیریت چرخشی با رویکرد کاهش تولید و تفکیک در مبدأ تولید به‌ویژه تفکیک پسماندهای عفونی و شبه‌خانگی و اجرای مقررات و دستورالعمل‌های ابلاغی و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها و کنترل و بازرسی برنامه‌ریزی شده با هدف ارتقاء وضعیت مدیریت پسماند این‌گونه مراکز است؛ بعد دوم ضرورت آگاه‌سازی، اطلاع‌رسانی و آموزش کارکنان و فرهنگ‌سازی لازم و ارائه رهنمودها و قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های بهداشتی و برگزاری اجلاس‌های آموزشی جهت جلب مشارکت مؤثر آن‌ها است؛ بعد سوم ضرورت هماهنگی و حمایت مادی و معنوی دو بعد مذکور توسط مسئولین و فرماندهان نظامی با تخصیص منابع مالی کافی و تأمین تجهیزات لازم است که در پیشبرد و ارتقاء وضعیت مدیریت پسماند بسیار مؤثر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم درمانگاه‌های مورد مطالعه به خاطر مساعدت‌های ایشان و از معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) به خاطر تأمین منابع مالی و حمایت از انجام این تحقیق و از گروه مهندسی بهداشت محیط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) به خاطر حمایت‌های علمی و فنی و همکاری ارزنده در اجرای طرح تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

1. Bill No. 55445/2460. Council of Minister 2004; Solid Waste Management law. (Persian)
2. Bill No. 55445/2460. Council of Minister 2006; Executive Regulations of Solid Waste Management law. (Persian)
3. Technical guidelines about health-care waste and biological agents. A report of the Environmental Protection Agency Gene- Office of Solid Waste and Emergency Response (OSWER). , Fifteenth Meeting Summary - Technical Group of the Basel Convention Epa.gov. 2010-11-17. Retrieved 2012-10-21.
4. Nabizadeh R, Kulivand A, Jonidi Jafari A, Younesian M, Omrani G. Evaluation of dental solid waste in Hamedan. *JDM* 2009; 22: 66-73. (Persian)
5. Pruss A, Giroult E, Rushbrook P. Safe management of wastes from health-care activities: *World Health*

21. Askarian M, Vakili M, Kabir G. Results of a hospital waste survey in private hospitals in Fars province, Iran. *Waste manag* 2004; 24: 347-52.
22. Omrani A, Imandel K, Karimzadegan H. Study on solid waste collection and disposal in hospitals and health care centers of Tehran province. *Iranian J Publ Health* 1998; 27: 61-5.
23. Sepehrnia B, Hosseini Sedeh D, Tabatabai F, Sabraien MS. Evaluate the quantity of waste produced in health centers in 2011 case study of primary health care in southern of Tehran. *First National Student Conference of Management and Technology in Health Sciences, Health and the Environment* 2011. (Persian)
24. Maymani Sh, Bazrafshan A, Hosseini AR, Kazemi MR. Qualitative and quantitative study of municipal solid waste in Zahedan health centers and health posts in 2009. *Twelfth National Conference on Environmental Health, Tehran* 2011. (Persian)
25. Li CS, Jenq FT. Physical and chemical composition of hospital waste. *Infection control and hospital epidemiology* 1993; 14: 145-50.
26. Sadeghi H, Fazlzadeh M, Hazrati S, Alighadri M, Mokhtari A, Habibzadeh S. Survey of waste management practices at health centers of Ardebil city. *J Health Hygiene* 2012; 2: 17-27. (Persian)
27. Malakootian M, Dowlatshahi S. Solid waste management in the teaching clinic of Kerman. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2004; 1: 44-50. (Persian)
28. Ashrafi d. Review and physical analysis of medical and infectious solid waste in Rasht clinics and proposals to control adverse effects on the environment. *Master Thesis. Tehran: Tehran University of Medical Sciences* 2006: 32-1. (Persian)
29. Ghanbarian M, Khosravi A, Ghanbarian M, Ghanbarian M. Evaluation of quantity and quality of dental solid waste. *Knowledge Health* 2011; 6: 43-6. (Persian)
30. Ozbek M, Sanin FD. A study of the dental solid waste produced in a school of dentistry in Turkey. *Waste manag* 2004; 24: 339-45.
31. Karamouz M, Zahraie B, Kerachian R, Jaafarzadeh N, Mahjouri N. Developing a master plan for hospital solid waste management: a case study. *Waste Manag* 2007; 27: 626-38.
32. Adsavakulchai S. Study on waste from hospital and clinics in Phitsanulok. *JHAS* 2002; 1: 1-9.

