بررسی وضعیت کمی پسماندهای بیمارستانی در یکی از بیمارستان‌های فوق تخصصی بزرگ تهران

حسین معصومی‌پیکی ۱ ۲ ۳ ۴، جمشید تاجیک ۵ ۶ ۷ ۸ ۹، M.Sc. Ph.D. M.Sc. ۱۰

آدرس مکاتب: ۱ دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ای ۱۱ ۱۲، دانشکده پدیداریت - گروه مهندسی پدیداریت، مهندسی و مرکز تحقیقات پدیداریت

نظامی - تهران - ایران

۱۰ دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ای ۱۱ ۱۲ - دانشکده پدیداریت - گروه آمار و اپیدمیولوژی و مرکز تحقیقات پدیداریت نظامی

۱۱ بیمارستان بقیه‌ای (مهد)- مستند پدیداریت بیمارستان

چیکده
مقدمه: موارد زائد جامد همیشه به عنوان یکی از آلوده‌های اصلی محیط زیست مورد توجه بوده و با پیشرفت تکنولوژی و افزایش جمعیت، منجر به تولید بیشتر و منبسط رزپاله شده است و توجه خاص به مدیریت موارد زائد جامد از اهمیت بالاتری برخوردار می‌باشد. روشهایی که امروزه در بیمارستان‌های ایران آموزا می‌شود در بعضی موارد روشهای کامیاب نیست و نیازمند اصلاح می‌باشد. به همین منظور بررسی وضعیت تولید زباله در بیمارستان مورد نظر دارای ۸۸۲ تخت ثابت و با مانگیکن ۴۳۱/۳ بیمار بستری در روز جهت تعیین وضع موجود و مقایسه نتایج حاصل با مطالعات مشابه انجام گردید.

روش کار: مطالعه انجام شده از نوع توصیفی مقطعی و در خصوص شناخت دقیق کمیت پسماندهای بیمارستانی می‌باشد. عملیات توزین جایگاه زباله‌های عفونی و شبیه‌خانگی بین ۵۰ روز در ایام هفته از شنبه تا جمعه و قبل از تحویل زباله‌های بیمارستان به شهرداری در سال‌های ۲۳-۲۶ انجام گردید. داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آنالیز و تکیه مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: میانگین دانسیتی زباله‌های شبیه‌خانگی و عفونی به ترتیب ۱۰۱/۱۵ و ۹۴/۳۷ کیلوگرم بر متر مکعب، می‌باشد. میانگین وزن زباله‌های شبیه‌خانگی و عفونی به ترتیب ۱۳۹/۷۵ و ۴۴/۷ کیلوگرم در روز جمعاً می‌باشد. داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آنالیز و تکیه مورد بررسی قرار گرفت.

چپ‌ترین نفر در روز بود. تابی نشان می‌دهد که میانگین وزن زباله‌های شبیه‌خانگی و شبیه‌خانگی به‌طور کلی به کمک نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آنالیز و تکیه مورد بررسی قرار گرفت.

۲۰/۷۲ کیلوگرم به ازاری هر بیمار بستری بوده است. یک باین به سرائی ۴۸/۷ کیلوگرم به ازاری هر بیمار بستری باید کل زباله‌های تولیدی، هزینه روزهای فقط بابت زباله تولیدی تحولی به شهرداری به ازاری هر بیمار بستری در روز مبلغ ۵۱۳۱ بیل می‌شود. از کل زباله‌های تولیدی، ۷۱/۷% از پسماندهای شبیه‌خانگی و ۶۲% آن

---
1- کارشناس ارشد - دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ای - پژوهشگر مطالعه
2- دانشیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ای - پژوهشگر مطالعه
3- کارشناس ارشد محیط زیست - بیمارستان بقیه‌ای - تدوین مقاله

Downloaded from militarymedj.ir at 18:18 +0330 on Wednesday November 24th 2021
پسماندهای غنی‌هستند.

بحث: در بررسی مدرنیت زباله‌های بیمارستانی تعیین وضع موجود و مقدار و سرتان تولید زباله در اولویت نخست است که در این طرح هر مورد توجه قرار گرفته است. تولید ۱۸۸۷ کیلوگرم زباله‌های سطح خانگی و غنی‌های به‌ازای هر بیمار بستری در مقایسه با میزان متوسط سراتان مورد انتظار در تهران و ایران که ۷۷۲ کیلوگرم می‌باشد، و اختصاص ۲۲٪ زباله تولیدی به زباله‌های غنی‌های در مقایسه با مقدار توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۰–۲۰٪) رقم بالایی به‌نظر می‌رسد و نشان دهنده عدم اجرای کامل طرح تکنیک پسماندهای غنی‌های و سطح خانگی و ضرورت توجه به‌کنارش به‌سمت می‌باشد.

واژگان کلیدی: زباله‌های بیمارستانی، تولید زباله، زباله‌های غنی‌های، زباله‌های سطح خانگی بیمارستانی، دانستنیه

مقدمه

مواد زائد جامد همیشه به عنوان یکی از آلاینده‌های اصلی محیط زیست مورد توجه بوده است و بیفهرست تکنولوژی و افزایش جمعیت منجمد به‌طور می‌تواند منجر به آسیب‌زا و زلزله‌شکن شده ایست. در نتیجه توجه خاص به موارد زائد جامد از اهمیت بالایی برخوردار است. روشهایی که امروزه در بیمارستان‌های ایران اجرا می‌شود در بعضی موارد روشنی کاملاً نیست و نئونات‌اند اصلاح می‌باشد. زباله‌های بیمارستانی به عنوان یکی از خطاهای زلزله‌ای بیولوژیکی و آله‌گنی کننده، شدت مورد توجه مسئولین بهداشت و زیست محیطی و کشوری بوده و قوانین و مقررات مؤثر بر آن هم روز به روز سخت و مشکل‌تر می‌شود [۱۰] و این قوانین و ضوابط نگهداری برای مراکز تولید این کسیت زلزله اشکال از دست چیزهایی که یک نظر به دیدار و و هوش میدان این مراکز کاهش تولید زباله، بازیافت و تکنیک و جداسازی به عنوان اولین استراتژی موثر در کاهش زباله‌های بیمارستانی مورد توجه ویژه قرار داده. در جامعه پیشرفته امروزی که با انواع محصولات گوناگون موثری وجود دارد که حفظ وسایل بهداشتی و سلامتی، تولید اینو و زباله سبب از دست رفتن منابع می‌شود، ساده‌ترین تیسیبندی زباله‌های بیمارستانی، به غنی‌های و غیرغونی‌ها یا شفاهی‌های است و بر اساس قوانین موجود بایست این فناک گشائی و جداسازی در زباله‌های بیمارستانی به‌خوبی اجرا و قابل افزایش از این زباله‌ها، کمیته‌ها و بی‌خطر‌سازی‌ها. سوابق بررسی‌کمیت زباله‌های بیمارستانی در ایران و جهان به‌سیار زیاد است. مثالاً شهروندی تهران در سال
استانداردها، مورد برسی قرار گرفته است.

مواد و روش کار
مطالعه انجام شده از نوع توصیفی مقطعی و در خصوص شناخت دقیق کمیت پسماند بیمارستان مورد مطالعه می‌باشد. براساس اهداف پیشنهاد شده متفاوت‌های مورد مطالعه شامل زن، داستیه و سرآیند زباله‌های تولیدی در بیمارستان به تفکیک عفونی و نیفت شده و شاخگی و مشکلات و تاریخ‌ساخت مدیریت زباله بیمارستان بودند. با توجه به انکه کل زباله تولیدی در بیمارستان طی دو توطیس کارگران خدماتی به سردرهای محوطه زباله‌های بیمارستانی منتقل و سپس داخل مخازن ۶۰۰ لیتری آبی (مصرف کمیت زباله‌های مشکی محتوی زباله‌های شیب عفونی) و زرد (مصرف کمیت زباله‌های زرد تحت حساب زباله عفونی) تخلیه می‌شود، ارزیابی مقدار زباله تولیدی از طریق توزین مخازن زباله موجود در سردرهای به تفکیک زباله‌های عفونی و شیب شاخگی و به کمک باکس گره‌ای که از قبل تهیه شده بود (شکل ب)، در ایام هفته شنبه تا جمعه و قبل از تحویل زباله‌های بیمارستان به شهرداری در ساعات ۷-۳۳ بست و پس از انجام گردید. برای تسهیل در عملیات تویین ابتدا مخازن خالی آبی رنگ از یک تا هر یک زباله‌های عفونی و شیب شاخگی و مخازن خالی زرد رنگ از یک تا ده بازیل زباله‌های عفونی شماره‌گذاری شد و شماره و وزن خالی آن بر روی مخازن نوشته، شد و جهت صرف‌جوتی در وقت و سرعت عمل لازم در هنگام توزین فقط زنر و رنگ و شماره مخزن توزین ورود خالی زباله‌های تولیدی و تعداد مخازن آبی و زرد به تفکیک نشان داده شد. این از مشخص بودن حجم و تعداد مخازن زباله‌های عفونی و شیب شاخگی در هر روز و همچنین محاسبه وزن خالی زباله‌های تولیدی در هر روز، دانسته شد. زباله (وزن متر مکعب زباله‌های تولیدی بر حسب تفکیک عفونی و شیب شاخگی) محاسبه گردید.

سکته تولید زباله در بیمارستان یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی بود. سرآیند را می‌توان براساس تعداد تخت بیمارستان و یا بر اساس تعداد بیمار موجود و بستری، بعنوان تخت اشغال شده

نتایج
نتایج حاصل از ۸۵ روز توزین زباله‌های شیب شاخگی و عفونی

طب نظامی، ۱۳۸۶، شماره ۳ (۹)
به شهرداری به ازای هر بیمار بستری در روز مبلغ ۳۱۶۱ ریال
می‌شود.
- روزانه بطور میانگین ۳۲ کانتینر زباله عفونی در شهر خانگی، که
از نظر حجم متوسط حداقل ۳۰ مترکم زباله، از نظر وزنی
معادل ۱۹۳۷۸ کیلوگرم در هر روز در بیمارستان طی ۸۵ روز
عملیات توزیع و کنترل زباله‌های شهر خانگی و عفونی تولید شده
است، که ۷۵٪ آن پسماندهای شهر خانگی و ۲۵٪ پسماندهای
عفونی هستند.
کل زباله‌های تولیدی بیمارستان، برابر یک سال متوسط ۲۷۰۰ تن
و ۷۳۰۰ مترکم در سال می‌شود.
- هزینه‌های که فقط شهرداری بابت تحول‌گردن زباله‌های
شهر خانگی و عفونی از بیمارستان به ازای هر کیلوگرم دریافت
می‌کند به ترتیب ۴۵۰ ریال و ۸۴۵ ریال می‌باشد.
- کیسه‌های زباله‌های مشکی و زرد به ترتیب برابر به‌کنداری و
جمع‌آوری زباله‌های شهر خانگی و عفونی در تمام بخش‌ها استفاده
می‌شود.
درصد بر غن اساس نظر ۸۸٪ ستونی بخش‌های درمانی
معادل ۵٪ به اساس نظر ۷۰٪ آنها محدود ۲۵٪ و به اساس
نظر ۳۰٪ ستونی بخش‌ها بالای ۵۰٪ می‌باشد.
در ۴۰٪ از بخش‌های درمانی، برنامه جمع‌آوری زباله‌های شهر
خانگی و عفونی همزمان انجام می‌شود.

جدول ۱: تشییع امراض مربوط به شاخص‌های مورد
مطالعه زباله‌های شهر خانگی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص</th>
<th>میانگین انحراف معیار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وزن زباله در در روز (kg)</td>
<td>۳۴۶۷/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد تخت املاک شهر</td>
<td>۲۳۸۶/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین وزن زباله در کانتینر</td>
<td>۵۷/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>سایت زباله (kg/m^3)</td>
<td>۵۲/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>سرانه دانسینه (kg/patient.day)</td>
<td>۳۸/۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد مخابرات زباله فیلتری</td>
<td>۲۵/۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

میانگین وزن زباله شهر خانگی و عفونی تولیدی در روزهای شهر
به شهرداری نسبت به گروه اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد
(۶/۵ درصد).<br>
- میانگین وزن زباله شهر خانگی و عفونی به ترتیب ۱۲۹۷/۶ و ۸۴۵ کیلوگرم در روز با میانگین تعداد بیمار بستری ۳۳۱ نفردر روز بود (جدول ۲).<br>
- میانگین سطح تولید زباله شهر خانگی و عفونی ۷/۰/۷۵ کیلوگرم به ازای هر بیمار بستری بوده است (جدول ۲).<br>
با توجه به سرانه ۴۲/۱ کیلوگرم به ازای هر بیمار بستری برای کل
زباله‌های تولیدی، هزینه روزانه فقط باست زباله تولیدی تحولی

جدول ۲: مقایسه میانگین شاخص‌های مرتبط با زباله‌های شهر خانگی در ایام هفته در بیمارستان مورد نظر

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخصها</th>
<th>ایام هفته</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین وزن زباله فیلتری</td>
<td>در هر روز (kg)</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین تعداد بیمار بستری</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین سطح زباله (kg/patient.day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین وزن زباله در هر (kg)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین دانسینه (kg/m^3)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>جمعه</th>
<th>پنج شنبه</th>
<th>چهارشنبه</th>
<th>شنبه</th>
<th>دوشنبه</th>
<th>یکشنبه</th>
<th>ایام هفته</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
<td>۱۲۹۷/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۴۹/۸</td>
<td>۴۴۹/۸</td>
<td>۴۴۹/۸</td>
<td>۴۴۹/۸</td>
<td>۴۴۹/۸</td>
<td>۴۴۹/۸</td>
<td>۴۴۹/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۳۳۸/۸</td>
<td>۳۳۸/۸</td>
<td>۳۳۸/۸</td>
<td>۳۳۸/۸</td>
<td>۳۳۸/۸</td>
<td>۳۳۸/۸</td>
<td>۳۳۸/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
<td>۴۴۹/۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۳/۸</td>
<td>۲۳/۸</td>
<td>۲۳/۸</td>
<td>۲۳/۸</td>
<td>۲۳/۸</td>
<td>۲۳/۸</td>
<td>۲۳/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
<td>۲۴۲/۱۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۸۰/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۵۸/۲۴</td>
<td>۵۸/۲۴</td>
<td>۵۸/۲۴</td>
<td>۵۸/۲۴</td>
<td>۵۸/۲۴</td>
<td>۵۸/۲۴</td>
<td>۵۸/۲۴</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
<td>۱۰۱/۱۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۳: تشريح آماری اطلاعات مربوط به شاخص‌های مورد مطالعه زباله‌های عفونی

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص</th>
<th>میانگین</th>
<th>انحراف معیار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وزن زباله در هر روز (kg)</td>
<td>14/6/42</td>
<td>440/85</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد بیمار در بستری شده</td>
<td>59/77</td>
<td>558/20</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین وزن زباله در هر متر (kg)</td>
<td>8/575</td>
<td>58/53</td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهی زباله (kg/m³)</td>
<td>94/63</td>
<td>13/892</td>
</tr>
<tr>
<td>سرانه زباله (kg/patient.day)</td>
<td>0/51</td>
<td>2/54</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد مخازن زباله</td>
<td>11/4</td>
<td>7/41</td>
</tr>
</tbody>
</table>

شکل شماره ۱: محل نصب پاسکول جلوی سرخانه برای توزین زباله

جدول ۴: مقایسه میانگین شاخص‌های مرتبط با زباله‌های عفونی در ایام هفته

<table>
<thead>
<tr>
<th>ایام هفته</th>
<th>شاخصها</th>
<th>میانگین وزن (kg)</th>
<th>میانگین تعداد بیماری‌سختی</th>
<th>میانگین وزن زباله در هر کیلوگرم کاترینگ</th>
<th>میانگین سرخانه تولید (kg/bed.day)</th>
<th>میانگین زباله (kg/m³)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شنبه</td>
<td>شناخته</td>
<td>44/68</td>
<td>327/23</td>
<td>58/13</td>
<td>23/28</td>
<td>92/63</td>
</tr>
<tr>
<td>پنجشنبه</td>
<td>جمعه</td>
<td>64/27</td>
<td>37/33</td>
<td>69/52</td>
<td>69/52</td>
<td>99/32</td>
</tr>
<tr>
<td>چهارشنبه</td>
<td>پنجشنبه</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>99/32</td>
</tr>
<tr>
<td>سه شنبه</td>
<td>سه شنبه</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>99/32</td>
</tr>
<tr>
<td>دوشنبه</td>
<td>دوشنبه</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>99/32</td>
</tr>
<tr>
<td>یکشنبه</td>
<td>یکشنبه</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>69/83</td>
<td>99/32</td>
</tr>
</tbody>
</table>

کتابخانه ایرانیان، شماره ۹ (۲)
بحث

بیمارستان مورد نظر با ۶۸۲ تخت تابت و با میانگین ۳۳/۸ بیمار بستری در طی مدت مطالعه به عنوان یک بیمارستان فوق تخصصی ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به مردم و به عوامل یک از بزرگترین بیمارستانهای تهران از جایگاه آنها در اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. مسئله کنترل مدیریت پسماندهای بیمارستانی و اعمال کنترل‌های بهداشتی برآن بحث سوم در این الطبیعه بیمارستانهای بزرگ از جایگاه آنها در اهمیت بهداشتی بالایی برخوردار است.

مقدار زباله تولیدی: ساده‌ترین تیپ کمی بیمارستانی

بیمارستان عفونی و غیرعفونی یا شبه خانگی است و بر اساس قوانین موجود می‌پرسه این تیپ کنترل و جداسازی در زباله‌های بیمارستانی بخوبی انجام و قابل از دفع از بیمارستان‌های سازمانی و بی‌خطر‌سازی شود (۱۹۸۱). اولین مرحله بررسی مدیریت زباله‌های بیمارستانی، بررسی مقدار زباله تولیدی، در بیمارستان است. مهندسین معاون متبرک‌سازی در تولید زباله‌های بیمارستانی شامل تعادل بیمار بستری (یا افزایش تعادل بیماران) مقدار زباله‌های تولیدی تنها زیاد می‌شود. نوع و حالت درصد و وضعیت اندازه و کمیت تخصصی که منجر به افزایش میزان تولید زباله می‌شود، نوع تخصص اصلی
تولید زیاله‌های غفونی در مقایسه با مقدار مورد انگاری ۱۵ درصد بیشتر از بویر است و این ارقام نشان دهنده دفع بیماری از مودال زاله‌های ساخته شده می‌باشد. در بویر ممکن است دیگر برازو این ابهامات هرود را برگزیده و نتایج به روش پاسخ‌داده‌های تولیدی در بخشی از این روش در زمانی که مقدار زیاله‌های غفونی تولیدی می‌باشد، یکی از نتایج مثبت است باید هم بررسی کند. زیاله‌های غفونی یکی از موارد تولیدی در محیط‌های درمانی، زیاله‌های شیب خانگی است و مقدار زیاله‌های غفونی تولیدی واقعی در بخش‌ها خیلی کمتر از نتایج حساس است باید این اکثر بخش‌ها در مدت زمان تولید و تغییر در وضعیت ا основном است.

در صورت اجرای شدن، به خطرناتری و بکارگیری فرآیندهای مختصه پسماندهای خونی قبل از زیاله‌های که در قانون مدیری پسماندهای بینی شده است و جزء هیپوکسی بیمارستان‌ها و تولید کنندگان زمانی خطرناکی به میان می‌آید. مطمئناً مختصه مقدار ۵۰ پسماندهای غفونی کمتر، مقررات به صرفه و اقتصادی را خواهد بود و تبیای بیمارستان این کودکوزهایی گران‌نمای می‌تواند بازار قدرت خیلی بیمارستانی زیاله‌های نصف خواهد گردید. برای رسیدن به این هدف ضرورت توجه به روشهای کاهش تولید زیاله و بخش‌های پسماندهای غفونی و خطرناکی بیش از پر خود تمامی می‌گن.

از طرفی ضعف سیستم اموزشی بررسی بویه نیروی‌های خدمتی و عدم نظارت مناسب بر اعمدهای آنها و به‌اضافه به‌یک توجه به پرسی‌ها و امید بی‌پایان در پرسی‌های فردی بی‌پایان بی‌پروی و به‌تغییر یکی از این است به چنین هستند که باعث افزایش درصد پسماندهای غفونی نسبت به حال پسماندهایی تولیدی از طریق فع دریپ پسماندهای غفونی در کیسه‌های زیاله‌های زرد رنگ می‌باشد. پسمندهای غفونی در کیسه‌های غفونی غفونی و همچنین وجود پسماندهای غفونی در کیسه‌های زیاله‌های غفونی به دفعه همان‌طور که باعث شده‌است. از طرف دیگر همان‌طور که در تماشای جذب شده حداکثر ۲۰ درصد از یک‌جانبه عمليات تغییر و جداسازی یک‌جانبه بدن و رعایت نمی‌شود که نتیجه‌گیری از این افزایش مقدار حجمی و وزنی پسماندهای بستری و مقادیر زیاله‌های تولیدی شده وجود دارد و به همین دلیل در سایر از مقالات سری‌های تولیدی بازار اکثریت بیمار بستری محاسبه می‌باشد. در سایری از مقالات دیگر برای این ابهامات هرود را برگزیده و نتایج به روش پاسخ‌داده‌های تولیدی در بخشی از این روش در زمانی که مقدار زیاله‌های غفونی تولیدی واقعی در بخش‌ها خیلی کمتر از نتایج حساس است باید این اکثر بخش‌ها در مدت زمان تولید و تغییر در وضعیت ا основном است.

در مطالعه‌ها که در بیمارستان‌های شهر انجام شده سال تولید مجموع زیاله‌های غفونی و غفونی در حدود ۱۴/۵ کیلوگرم به ازای هر متر تولید در روز بود. در مطالعه‌های سال ۱۳۸۱ سال تولید زیاله بیمارستانی در تهران، ۲/۷۱ کیلوگرم به ازای هر متر تولید بود. [۶]

در پایان می‌توان گفت که در بیمارستان‌های بیمارستانی که به زیاله‌های غفونی و باال‌پوش سرطان پسماندهای غفونی می‌توان مطابق کرد. عدم اجرای کامل طرح تغییر پسماندهای غفونی و شیب خانگی است. که در بخش نتایج به آن اشاره شده است. در مطالعه‌هایی هم که در تغییر پیش‌بینی انجام شده به بازار قدرت خیلی بیمارستانی زیاله‌های زرد رنگ می‌باشد. پسمندهای غفونی در کیسه‌های غفونی غفونی به دفعه همان‌طور که باعث شده‌است. از طرف دیگر همان‌طور که در تماشای جذب شده حداکثر ۲۰ درصد از یک‌جانبه عمليات تغییر و جداسازی یک‌جانبه بدن و رعایت نمی‌شود که نتیجه‌گیری از این افزایش مقدار حجمی و وزنی پسماندهای بستری و مقادیر زیاله‌های تولیدی شده وجود دارد و به همین دلیل در سایر از مقالات سری‌های تولیدی بازار اکثریت بیمار بستری محاسبه می‌باشد. در سایری از مقالات دیگر برای این ابهامات هرود را برگزیده و نتایج به روش پاسخ‌داده‌های تولیدی در بخشی از این روش در زمانی که مقدار زیاله‌های غفونی تولیدی واقعی در بخش‌ها خیلی کمتر از نتایج حساس است باید این اکثر بخش‌ها در مدت زمان تولید و تغییر در وضعیت ا>Mainly, Persian (1386, Shamshe2)
بیمارستان گزارش کند.

در بیمارستان محل اجرای طرح نیاز به وجود یک دستگاه نظارت و مدیریت مستقل قوی جهت انجام امور فوق محسوس بود و با اگرین این ضرر منجر به ایجاد نیاز به سپری کردن انسان‌ها، روشکر، نماینده‌های روابط عمومی و مدیران بیمارستان به نیازهای این روزگار علی‌رغم تلاش‌های زیادی، ممکن نبود.

دستورالعمل مبنای بیمارستان در خصوص بهره‌وری مدیریت پسماندهای بیمارستانی و در نهایت مشکلات ضعیف بریتیک در استفاده از جمله علی‌رغم موتور در افترازهای تولید پسماندهای عفنی شده است.

دانشیه زبانه: دانشیه زبانه از حد انتظار گم‌می‌کند و حجم زبانه‌ها از حد انتظار بیشتر بود و علت این اشتباه نجیب‌الدین باید به ذهن بیمارستان و برای ادامه این پروپاگاندا امکان‌پذیر باشد. اعمال مدیریت با وابستگی اقتصادی و درآمدزایی و با روابط خود و این اثر بکارگیری موثر در انتخاب بیمارستانی مجدداً و شان مناسب بیمار مدیریت زانده اپالما کامل توجه می‌نماید.

همه مهارت و عملیات موتور در حالت صرف حجم و مقدار زاندها بیمارستان پیشرفتی از تولید زبانه، حذف تولید، تکیه و بارزش و استفاده به مدت آنها. اشاره دارد، بلاستیک و کانسکار و کارش، مشاهده قابل از آنها و در بدو تولید باید بازیابی شوند و در صورت افتد زدن، بارزش آنها.

بعد از انتخاب کنن مجاز می‌باشد.[16]

نتیجه‌گیری

همه اتفاق‌های بافت و تکنیکی با مانعی اولیه بدون توجه به میزان خطر و تزئینی که به دلیل ایجاد آبگیری برای سلامت محیط زیست و مردم دارند، سپت تولید زبانه بیشتری می‌شود و با توجه به ارزش و اهمیت اقتصادی و بهداشتی زبانه، توجه خاص به میزان و نحوه تولید زبانه از چاپ‌کن خاصی برخوردار است. همراه با توجه به اینگونه توجه مثبت و نهایی اثر بیوگرافی ثانی از زاندهای تولید شده، خطورگان و غیر قابل پیوست و غیرقابل کنترل باشد.

مطالعه انجام شده و مشکلات موجود در خصوص زبانه‌ها بیمارستان نشان می‌دهد که قوانین و بخش‌نامه‌های مربوط به مدیریت پسماندهای بیمارستانی در ایران هنوز بازمانده، روشنگری، هماهنگی، تاکید و ضمایم اجرای بیشتر می‌باشد. هرچه هماهنگی بین سازمان‌های مسئول در مدیریت زانده‌ها بیش‌تر از آن در بیمارستان (وژر و الکساندروژر و شهدای قزاقستان) مربوط به سیستم مدیریت زبانه‌های بیمارستانی با چالش‌های کمتر و بیشترین بیشتری روی‌های خواهیم شد. در کنار این
Environmental Engineering, K.N.Toosi University of Technology, Tehran, Iran. Waste Management 27 2007; 584–587.

8- WHO Media center fact sheet N.281 - October 2004; Health care waste management


10- WHO , Division of Environmental Health –u.s. EPA A questionnaire on hospital waste management.


17- هماهنگی‌ها، انجام تحقیقات و نظارت‌های مستمر عامل کمکی موثری در حصول نتیجه مطلوب و مدیریت درمانی با توجه به نتایج این مطالعه نوعی بهبود و اصلاح وضع موجود زائدات بهداشتی و سلامتی برآورده است.

بررسی وضعیت پسماندهای این بیمارستان نشان می‌دهد علیرغم اینکه وضعیت پسماند در این بیمارستان در مقایسه با بیمارستانهای مشابه در ایران و کشورهایی در حال توسعه و پیشرفت وضعیت در حد متوسط و حتی نزدیک به مطلوب می‌باشد، مانع توزیع در نتایج و بحثها ملاحظه گردیده، هنوز جای کار سیاست وجود دارد و می‌توان وضعیت بیمارستان در این بیمارستان را اصلاح و به حد ایده‌آل و استاندارد لازم رساند و نتیجه داکتر در با استDER 84648

3- WHO Media center fact sheet N.253 October 2000 wastes from health care activities.

4- معاونت پژوهش و توسعه "وضعیت زباله‌های بیشمار و مخاطرات شهر تهران در سال 1370" مجموع مقالات اولین سمینار بیزیت و نوری مواد شهرداری تهران 1371.


6- Askariana M, Vakilia M, Kabir Gh. Results of a hospital waste survey in private hospitals in Fars province, Iran. Waste Management 24 2004; 347–352

7- Sabour M, Mohamedifard A, Kamalani H. A mathematical model to predict the composition and generation of hospital wastes in Iran. Civil and
۱۷- وزارت بهداشت معاونت سلامت مرکز مدیریت بیماریها کشوری در نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ناصر: مرکز مدیریت بیماری‌ها با همکاری گروه هنری چکمه اکا-۱۳۸۸.

۱۸- مصوبه بیگی ح. مدیریت مواد زاند گامد با تاکید بر کاهش تولید زباله.

فصلنامه دانشگاه بهداشت- دانشگاه ع. ب. پیشی ا-۱۳۸۷-۰۱-۲۰/».82/۱۳۸۷