

نوید ایمنی و بهداشت کار

شماره ۲۳

فصلنامه تخصصی نوید ایمنی و بهداشت کار
سال ششم - شماره ۲۳ - تابستان ۱۴۰۰



لیست مطالب مجله نوید ایمنی شماره ۲۳

ضوابط مراسم عزاداری محرم در کرونا / ۲
تجزیه و تحلیل خطرات شغلی در مدیریت ایمنی
و بهداشت کار / ۸
مقاله انگلیسی / ۱۹
دعوت به همکاری از مؤلفان و نویسندگان و
صاحبنظران / ۲۰
فرم درخواست اشتراک / ۲۰

صاحب امتیاز و سردبیر: مهندس غلامرضا چهری
مدیرمسئول: مهندس مصطفی خدابخشی
مدیر هنری: مسلم پاک‌گهر
صفحه آرا: محبوبه مهران‌فر

اسامی همکاران در این شماره:

دکتر محمد رضا غفارزاده رزاقی - مهندس عاطفه نیتی - مهندس مهدی کمری - مهندس سمانه بابانژاد

چاپ: کهن

نسخه الکترونیکی شماره‌های قبل فصلنامه نوید ایمنی و بهداشت کار را در www.hseqiran.com ببینید.

خوانندگان گرامی می‌توانند نظرات، پیشنهادهای و انتقادات خود را در خصوص مجله و محتوای آن با شماره تلفن‌های مجله در میان بگذارند. همچنین خوانندگان گرامی می‌توانند از طریق همین وب سایت عضو مجله شوند.

فصلنامه نوید ایمنی و بهداشت کار مجله‌ای مستقل است و وابستگی به هیچ سازمان یا موسسه‌ای ندارد. مطالب چاپ شده بیانگر نظر نویسندگان آن‌ها است. به دلیل محدودیت فضا منابع مطالب حذف شده‌اند و چنانچه لازم باشد در دفتر مجله موجوداند. ماهنامه نوید ایمنی و بهداشت کار در رد، اصلاح یا دخل و تصرف مطالب ارسالی آزاد است.

نشانی: تهران - خیابان خوش - نبش بوستان سعدی - پلاک ۶۶۶ - طبقه ۴ - واحد ۵
تلفن: ۶۶۳۸۴۶۰۶ - ۶۶۳۳۲۵۵ - ۶۶۳۸۴۶۲۸
نمابر: ۶۶۳۷۵۱۲۹



هدف

تبادل بخشی میان حفظ سلامت شهروندان با برگزاری ایام سوگواری سید سالار شهیدان اباعبدالله الحسین (ع) و جلوگیری از انتشار و شیوع بیماری در کشور و در نهایت اجرای مطلوب برنامه‌های سوگواری محرم و صفر.

مراسم عزاداری محرم در شرایط کرونا

دشواری این مسیر را آسان نمود لیکن تعامل، همکاری و هماهنگی حوزه دینی متأثر از تفکر ناب مذهب شیعه هم در نوع خود بی نظیرو مثال زدنی است و جا دارد در دوران فراغ از بیماری "نگاه مترقی مذهب شیعه" در دوران کرونا برای جهانیان تبیین گردد.

تقارن شیوع ویروس کووید ۱۹ با ایام ماه مبارک رمضان و همراهی و همدلی متولیان برگزاری مراسم‌های این ماه بخصوص لبالی قدر تجربه‌ای گرانبها برای مسئولین بوده که به دلیل آثار مثبت برجا مانده، مبنای تصمیم‌گیری در خصوص برنامه‌های مذهبی دیگر از جمله برپایی نمازهای جماعت در مساجد و نمازهای جمعه بوده است. در پیش بودن ایام محرم و صفر که از اهمیت و ویژگی خاصی در قاموس ایرانیان برخوردار است، بار دیگر موجب شد تا دست اندرکاران مدیریت بیماری کرونا را نسبت به ارزیابی شرایط شیوع و ابتلاء و چگونگی برگزاری مراسم‌های محرم و صفر را با همفکری و مشورت نهادهای متولی در این مهم بررسی و نسبت به تبیین چارچوب و ضوابط آن اقدام نمایند. دستورالعمل حاضر نقشه راه برگزاری مراسم سالجاری می باشد.

به اعتقاد بسیاری از اندیشکده های معتبر بین‌المللی یکی از تبعات شیوع بیماری کرونا در جهان، ایجاد دوگانه‌های متضاد در حوزه‌های مختلف بوده که تا قبل از آن نمود چندانی نداشته است. از جمله آنها دوگانه سلامت و امور مذهبی و اعتقادی که در اقصی نقاط جهان به انحاء مختلف و متناسب با درجه مذهبی بودن کشورها اثرگذاری داشته است. تا قبل از شیوع این ویروس منحوس، برگزاری مراسم‌های مذهبی و آئینی به صورت عادی و برگرفته از اعتقادات، در جریان بوده لیکن با انتشار بیماری کرونا این روند با مخاطره مواجه شده است. برقراری تعادل میان انجام مراسم‌ها، آئین‌ها و فرائض مذهبی با حفظ سلامت و امنیت جان شهروندان در زمان وقوع بیماری‌های همه‌گیر در دنیا یکی از حساس‌ترین موضوعات تصمیم‌گیران بوده که نیازمند تامل و تدبیر خاصی می باشد.

جمهوری اسلامی ایران نیز به دلیل ماهیت و نوع نظام حاکم از این موضوع مستثنی نبوده و پس از شیوع بیماری همواره یکی از دغدغه‌های مردم و مسئولین نحوه و چگونگی ادای فرائض دینی و مذهبی بوده و هست. اگرچه نگاه مترقیانه مقام معظم رهبری نسبت به این مهم

مقدمه



ساختار

۱- مسئول اجرای این دستورالعمل سازمان تبلیغات اسلامی است.

۲- این سازمان با تشکیل "کارگروه مراسم عزاداری" ذیل کمیته امنیتی، اجتماعی و انتظامی ستاد مدیریت بیماری کرونا و عضویت نمایندگان دستگاه‌های ذیربط فرهنگی، حوزوی، مذهبی، هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مداحان، نیروی انتظامی، دادستانی کل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بسیج، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت کشور، سازمان صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و سایر دستگاه‌ها بنا به ضرورت، نسبت به اجرای دقیق و نظارت بر فرایند دستورالعمل و پروتکل‌های ضمیمه اقدام می‌نماید.

۳- سازمان تبلیغات اسلامی موظف است گزارش روند اقدامات را طی فرایند ذیل به کمیته ارائه نماید:

الف- قبل از فرارسیدن ایام محرم و صفر به صورت هفتگی.

ب- در حین برگزاری مراسم به صورت روزانه در قالب یک فرمت که در کارگروه تهیه خواهد شد.

ضوابط کلی :

با عنایت به مدت زمان باقی مانده تا فرارسیدن ایام محرم و صفر ضوابط کلی حاکم بر این دستورالعمل در بخش های ذیل عملیاتی می شود:

بخش اول - قبل از حلول ماه محرم و صفر:

- اقدامات در حول سه محور "هماهنگی، اقتاع و اطلاع رسانی" نسبت به شرایط خاص حاکم بر مراسم سالجاری برای گروه های هدف، انجام پذیرد.
- کارگروه موضوع بند ۵ دستورالعمل با تشکیل جلسات منظم و مستمر و دعوت از نمایندگان دستگاه های ذیربط و همچنین نمایندگان و هیات امنای هیئت های مذهبی، حسینیه ها، تکایا و مداحان موثر نسبت به عملیاتی نمودن اقدامات حول محورهای فوق، تمهید نماید.
- کمیته اطلاع رسانی ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا (وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی) رؤس مورد نظر حول سه محور فوق را به کارگروه ارائه نماید.
- سازمان صدا و سیما همکاری و هماهنگی کامل با کارگروه در اجرایی شدن برنامه های مرتبط با این بخش را اعمال نماید.

بخش دوم - فرارسیدن ایام محرم و برگزاری مراسم:

سازمان تبلیغات اسلامی پس از اجرای موارد مندرج در بخش اول، با اعمال نظارت بر عملیاتی شدن دستورالعمل حاضر و پروتکل های ضمیمه، چگونگی برگزاری مراسم در شهرها و اماکن مجاز را برابر مفاد مندرج در بخش سوم راهبری می کند.

بخش سوم - ضوابط اجرا در شهرها با توجه به روند بیماری:

- کارگروه مراسم عزاداری با توجه به نکات ذیل نسبت به مدیریت و برنامه ریزی برگزاری مراسم عزاداری حسینیه ها، تکایا، مساجد و هیئت های مذهبی در کشور اقدام می نماید:
- برنامه ریزی برگزاری مراسم دارای مجوز کارگروه بند پنج دستورالعمل صرفاً بر اساس طرح جامع مدیریت هوشمند در اماکن و فضاهای باز با رعایت فاصله گذاری و تجمعات حداقلی به شرح ذیل:
- برگزاری مراسم عزاداری فارغ از وضعیت های چهارگانه تعیین شده (قرمز، نارنجی، زرد و آبی) در کلیه شهرها و استان ها در فضای باز با ۱/۳ ظرفیت فضای بسته با ارتفاع ۶ متر و ۱/۴ ظرفیت مکان برگزار گردد.
- رعایت کاهش ساعات برگزاری مراسم (حداکثر دو ساعت).
- دسته روی به صورت محلی انجام و جایجائی شهر به شهر، استان به استان و ... ممنوع می باشد.
- استفاده از طبل، سنج و وسایل مشابه در برگزاری مراسم با اولویت شخصی بودن در غیر این صورت با انجام گند زدایی قبل از استفاده شخص بعدی منعی ندارد. بدیهی است مراسم سینه زنی و زنجیر زنی در محل مراسم بدون جایجائی مجاز می باشد.
- ضرورت رعایت فاصله گذاری اجتماعی در مراسم عزاداری.
- استفاده از ماسک به صورت مستمر.
- پیش بینی استفاده از راهکارهای جایگزین در مناطق و شهرهایی که امکان برگزاری حضوری مراسم وجود ندارد (با هماهنگی کارگروه استانی).
- اجرای دقیق پروتکل های بهداشتی مرتبط با مراسم و نذورات.
- تشدید نظارت بر اجرای پروتکل های بهداشتی مرتبط با عزاداری در شهرهای دارای وضعیت حاد بیماری توسط کمیته های نظارت استانی و شهرستانی.

تبصره ۱: مراسم های خاص در برخی استان ها (نظیر یومالعباس در زنجان، نخل گردانی در یزد، تشت گذاری اردبیل، شیرخوارگان، قالیشوران اصفهان و...) به دلیل تجمع، تراکم و جایجائی و همچنین ضرورت پیشگیری از شیوع و سرایت بیماری، ممنوع می باشد.

تبصره ۲: حضور هیات ها در اماکن مقدس حرم رضوی، حرم حضرت معصومه سلام علیها، حرم عبدالعظیم حسنی، شاهچراغ، امامزاده صالح و... جهت برگزاری مراسم ممنوع می باشد. مدیریت تولیدات ها نسبت به برگزاری مراسم در اماکن و فضای باز با رعایت فاصله گذاری اجتماعی، اجرای پروتکل های بهداشتی در چارچوب ضوابط کلی فوق الذکر اقدام می نمایند.

تبصره ۳: برگزاری نماز کما فی السابق در مساجد بر اساس طرح جامع مدیریت هوشمند به شرح ذیل بلامانع می باشد:

- در شهرهای قرمز: برگزاری نماز جماعت در فضای باز با پذیرش حداکثر ۷۰ نفر به ازاء ۴ متر مربع برای هر نفر در زمان ۳۰ دقیقه با رعایت پروتکل های بهداشتی.
- تبصره: با باز بودن درهای مسجد و استفاده از فضای شبستان، جهت انجام فرائض انفرادی، با رعایت دستورالعمل های بهداشتی بلا مانع است.
- در شهرهای نارنجی: برگزاری نماز جماعت در فضای باز با پذیرش حداکثر ۱۰۰ نفر به ازاء ۴ متر مربع برای هر نفر در زمان ۴۰ دقیقه با رعایت پروتکل های بهداشتی.
- در شهر های زرد: برگزاری نماز جماعت:
- ۱- در فضای باز به ازاء ۴ متر مربع برای هر نفر و حداکثر ۱۰۰ نفر.
- ۲- فضای بسته: به ازاء ۴ متر مربع برای هر نفر و حداکثر ۴۰ نفر.
- در شهرهای آبی: برگزاری نماز ها به شرط التزام به رعایت دستورالعمل های بهداشتی و مقررات مصوب بنا به تشخیص و با مسئولیت ستاد استانی قابل بازگشایی است.

بخش چهارم - نذورات:

با عنایت به مخاطرات جدی نسبت به توزیع نذورات به شکل سنوات گذشته لازم است ذیل اقدام و نظارت لازم معمول گردد:

- ۱- ممنوعیت هرگونه پذیرایی در جریان برگزاری مراسم عزاداری.
- ۲- نذورات برابر نکات مندرج در دستورالعمل بهداشتی مرتبط صرفاً در قالب مواد غذایی خشک و یا خام توزیع گردد.
- ۳- برپایی هر نوع ایستگاه های صلواتی توزیع نذورات و چای (موکب ها، خیمه ها، چادر و...) در تمامی استان ها و شهرستان ها ممنوع است.
- تبصره ۱: سازمان تبلیغات اسلامی و ستادهای استانی دست اندرکاران امر را نسبت به این موضوع توجه نموده و اطلاع رسانی لازم معمول دارد.
- تبصره ۲: نذورات خاصی که امکان تغییر نذر به دلیل مسائل شرعی وجود ندارد، با نظارت کارشناسان بهداشتی طبخ و بسته بندی می شود. توزیع این نذورات می بایست در سایر اماکن انجام تا از تشکیل تجمع، صف و تراکم جمعیت خودداری گردد.
- ۴- به جای ایستگاه های صلواتی، موکب های سلامت برپا می شود.

بخش پنجم - رعایت بهداشت محیط:

- ۱- با عنایت به اهمیت حفظ بهداشت محیط در محل های برگزاری مراسم سوگواری، لازم است نسبت به توجیه هیات امنای و متولیان امر و مداحان مبنی بر رعایت دستورالعمل های ضمیمه و فراهم نمودن اقلام بهداشتی، مواد ضدعفونی، نصب پلاکاردهای آموزشی، توجیه عدم حضور افراد مسن و دارای بیماری زمینه ای، رعایت فاصله اجتماعی، استفاده از ماسک، مدیریت ساعت و زمان برگزاری و سایر موارد، اقدام لازم قبل از فرارسیدن ماه محرم و همچنین در حین ایام سوگواری، صورت پذیرد.
- ۲- مسئول برگزاری مراسم نسبت به رعایت کامل ضوابط بهداشتی، تعداد شرکت کنندگان، زمان برگزاری و رعایت نکات مرتبط با پذیرایی متعهد بوده و لازم است به شیوه مناسب اطلاع رسانی و توجیه صورت پذیرد.
- ۳- مراسم صرفاً در اماکن و فضاهایی دارای مجوز از سازمان تبلیغات اسلامی برگزار شود.

ضمانت اجرا :

در صورت عدم توجه هیئت‌ها، حسینیه‌ها، هیات امنای مساجد و همچنین مداحان نسبت به اجرای این دستورالعمل، سازمان تبلیغات اسلامی اقدامات ذیل را انجام خواهد داد:

الف- مرحله اول- ارائه تذکر کتبی به مسئولین و هیات امنای (هیئت‌ها، حسینیه‌ها، مساجد) و یا مداحان.

ب- مرحله دوم - در صورت تکرار تخلف ممنوعیت و قطع ارائه خدمات عمومی، یارانه‌ای و پشتیبانی تا پایان ماه صفر.

ج- مرحله سوم- لغو مجوز به مدت شش ماه و معرفی به مرجع قضایی جهت رسیدگی به تخلف.

وظایف دستگاه‌ها:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

- تدوین پروتکل بهداشتی برگزاری مراسم (در اماکن باز) و روزهای تاسوعا و عاشورا.

- تدوین پروتکل بهداشتی تهیه و توزیع نذورات.

- حضور موثر و مستمر در کارگروه موضوع بند ۵ دستورالعمل.

- ارائه اطلاعات آخرین روند بیماری در کشور و تبعات آن به سازمان تبلیغات اسلامی با هدف توجیه متولیان امر (هیئت‌ها، تکایا، حسینیه‌ها، هیات امنای مساجد و همچنین مداحان).

- ایجاد هماهنگی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها و رده‌های مدیریتی شهرستان‌ها با ادارات تبلیغات اسلامی در راستای اجرای دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم.

- تهیه و تولید محتواهای آموزشی مناسب جهت درج در اماکن برگزاری مراسم سوگواری.

- ارائه روزانه روند تغییرات وضعیت بیماری در شهرها به کمیته امنیتی اجتماعی و انتظامی.

- راه‌اندازی همپارسان سلامت هیات‌ها با هماهنگی سازمان تبلیغات اسلامی و سازمان بسیج مستضعفین.

- نظارت عالی بر اجرای پروتکل‌های بهداشتی ایام سوگواری.

سازمان تبلیغات اسلامی:

- سازمان تبلیغات اسلامی به عنوان متولی مدیریت اجرایی دستورالعمل نسبت به ابلاغ، برگزاری جلسات توجیهی و سرکشی و نظارت بر عملکرد و هیئات با همکاری سایر دستگاه‌ها اقدام نماید.

- تشکیل کارگروه مراسم عزاداری ذیل کمیته امنیتی، اجتماعی و انتظامی ستاد ملی مدیریت بیماری

- با عضویت دستگاه‌های مذکور در بند ۵ دستورالعمل و نمایندگان هیات، تکایا، حسینیه‌های بزرگ و نقش آفرین و مداحان موثر.

- برگزاری جلسه مشترک با هیات امنای هیئات، تکایا، حسینیه‌ها جهت هماهنگی، اقناع و اطلاع‌رسانی قبل و حین مراسم.

- انجام اقدامات تبیینی و توجیهی با هدف همراه نمودن هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مساجد و مداحان موثر با تصمیمات متخذ و پرهیز از بروز مشکلات.

- هماهنگی با هیات امنای مساجد و روسای هیئت‌های مذهبی به منظور تبیین شرایط سال جاری مراسم ایام سوگواری ابا عبدالله الحسین و اجرای دستورالعمل‌های مرتبط.

- هماهنگی به منظور هدایت توزیع نذورات به روش‌های مناسب از طریق مراجع صلاحیت دار.

- بررسی و اعمال راهکارهای جایگزین نحوه برگزاری مراسم با استفاده از رسانه‌های مجازی و واقعی، ایده‌های خلاقانه و...

- هماهنگ نمودن روسای ادارات تبلیغات اسلامی سراسر کشور با ستادهای استانی

مدیریت بیماری کرونا.

- توجیه روسای ادارات تبلیغات اسلامی نسبت به دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم عزاداری ایام محرم و صفر و شرایط خاص حاکم بر مراسم سالجاری.

- استفاده از فرصت محرم در راستای بهینه‌سازی نذورات و خیرات و هدایت آنها به سمت جامعه هدف در ترویج موضوع همدلی و کمک مومنانه.

- با عنایت به ضرورت اطلاع رسانی دقیق و شفاف نسبت به تصمیمات و فرایند اقدامات، سازمان تبلیغات اسلامی این امر را با همکاری کمیته اطلاع رسانی به انجام برساند.

- پیشگیری از انجام مصاحبه‌ها و اظهارنظرهای غیر کارشناسی توسط روسای هیئات و مداحان به منظور پرهیز از بروز هرگونه سوء استفاده دشمنان.

- ارسال گزارش‌های مرتبط با اجرا و نظارت بر دستورالعمل به دبیرخانه کمیته.

- جلوگیری از انجام برخی اعمال وهن آلود غیر قانونی نظیر قمه زنی و رفتارها و بدعت‌ها که موجب شیوع و گسترش بیشتر بیماری می‌شود.

- اعمال محدودیت در پذیرش افراد جهت شرکت در مراسم متناسب با ظرفیت محیط.

- هماهنگی با متولیان و مداحان جهت ضرورت استفاده از ماسک در تمام مدت زمان برگزاری مراسم.

- ابلاغ پروتکل‌های بهداشتی و دستورالعمل‌های صادره وزارت بهداشت به ادارت تابعه.

- همکاری و هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راه‌اندازی همپارسان سلامت هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مساجد.

- جلوگیری از نصب بنرهای اطلاع رسانی محل‌های برگزاری مراسم هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مساجد.

شورای سیاست‌گذاری ائمه جمعه و جماعات:

- ابلاغ دستورالعمل و پروتکل‌های بهداشتی ضوابط برگزاری مراسم عزاداری ایام محرم و صفر به کلیه ائمه جمعه و جماعات.

- تبیین شرایط حاکم بر مراسم سوگواری سالجاری و اخذ نظرات ارشادی علما و مراجع عظام.

- تبیین شرایط خاص کشور متأثر از روند شیوع و ابتلاء بیماری توسط ائمه جمعه و محدودیت‌های موجود در برگزاری مراسم همانند سنوات قبل.

- پیشگیری از انجام مصاحبه‌های مغایر تصمیمات ستاد ملی توسط ائمه جمعه و جماعات.

- استفاده از نفوذ کلام ائمه جمعه و جماعات در توجیه مداحان و همراه نمودن آنها.

- هماهنگ نمودن ائمه جمعه و جماعات با ادارات تبلیغات اسلامی استان‌ها و شهرستان‌ها در اجرای دستورالعمل.

- هماهنگی و همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در بازرسی و نظارت‌های بهداشتی.

مدیریت حوزه‌های علمیه:

- تبیین شرایط کشور برای مبلغین اعزامی با هدف اجرای دستورالعمل و همکاری با سازمان تبلیغات اسلامی در کارگروه تعریف شده.

- تبیین شرایط حاکم بر مراسم سوگواری سالجاری و اخذ نظرات ارشادی علما و مراجع عظام.

- پیشگیری از انجام مصاحبه‌های مغایر تصمیمات متخذ و ابلاغی.

- استفاده از ظرفیت روحانیون و مبلغین در راستای تحقق سیاست‌های ستاد ملی.

- بررسی شیوه‌های نوین برگزاری مراسم عزاداری در شهرهای قرمز، زرد و نارنجی و ارائه نتیجه به کارگروه.

- هماهنگ نمودن طلاب و روحانیون و مبلغین ادارات تبلیغات اسلامی استان‌ها در جهت هم‌افزایی پیاده‌سازی دقیق دستورالعمل.

- ارائه دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم و پروتکل‌های مرتبط به روحانیون، طلاب و مبلغین با هدف آگاهی بخشی و اطلاع‌رسانی و اجرایی نمودن.
- هماهنگی و همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در بازرسی و نظارت‌های بهداشتی.
- ابلاغ دستورالعمل و پروتکل‌های بهداشتی ضوابط برگزاری مراسم عزاداری ایام محرم و صفر به کلیه حوزه‌های علمیه.

دفتر تبلیغات حوزه علمیه:

- هماهنگ نمودن طلاب و روحانیون و مبلغین اعزامی به استان‌ها در جهت هم‌افزایی پیاده‌سازی دقیق دستورالعمل و رعایت پروتکل‌های بهداشتی مرتبط.
- استفاده از ظرفیت مبلغین در راستای تحقق سیاست‌های ستاد ملی در برگزاری مراسم عزاداری.

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

- تهیه پیوست رسانه‌ای "هماهنگی، اقناع و اطلاع‌رسانی" دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم عزاداری ایام محرم و صفر با همکاری و مشارکت سازمان تبلیغات اسلامی و دستگاه‌های ذیربط.
- فعال نمودن کمیته اطلاع‌رسانی ستاد ملی در راستای تولید محتوا برای فعالیت‌های اطلاع‌رسانی و اقناعی قبل از فرا رسیدن محرم و حین برگزاری مراسم.
- تولید برنامه‌های چندرسانه‌ای برای تبیین شرایط خاص سالجاری و محدودیت‌های موجود در برگزاری مراسم.
- آماده سازی افکار عمومی و آحاد جامعه برای سهولت پذیرش شرایط خاص ایام سوگواری در سال جاری از طریق کمیته اطلاع‌رسانی ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا.
- بررسی اولویت و ارائه راهکارهای جایگزین برگزاری مراسم ایام محرم و صفر در شهرهای قرمز، زرد و نارنجی با استفاده از فضای رسانه‌ای.
- بهره‌گیری از شخصیت‌ها و سرمایه‌های اجتماعی حوزه فرهنگی - دینی و استفاده از ظرفیت‌های موجود در جهت اقناع مردم.
- تهیه و تولید برنامه‌های خاص مناسبتی ایام سوگواری و انتشار آنها در فضای مجازی.
- تشکیل کارگروه اطلاع رسانی ذیل کمیته ذیربط (در صورت لزوم) با هدف اقناع و اطلاع‌رسانی قبل از فرا رسیدن محرم و حین برگزاری مراسم.

سازمان صدا و سیما:

- برنامه‌ریزی مدیریت فضای رسانه‌ای و اطلاع‌رسانی ایام محرم و صفر هم راستا

با سیاست‌های ستاد ملی.
- هماهنگی با سازمان تبلیغات اسلامی و کارگروه پیش‌بینی شده در تولید برنامه‌های مناسبتی و پخش آنها.
- پیشگیری از انجام مصاحبه‌های مغایر تصمیمات متخذه با توجه به حساسیت جامعه ایرانی نسبت به ایام محرم.
- رعایت تعادل در اطلاع رسانی و پوشش برنامه‌های سوگواری متناسب با شرایط کشور.
- استفاده از سرمایه‌های اجتماعی به منظور تبیین شرایط حاکم بر مراسم سالجاری و همراه نمودن همه گروه‌های جامعه.
- هماهنگی با ستادهای مدیریت استانی در راستای تولید و پخش برنامه‌های اطلاع‌رسانی و اقناعی.
- اطلاع‌رسانی پروتکل‌های بهداشتی صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط با مراسم سوگواری محرم و صفر.
- عدم پوشش تبلیغی در رابطه با برگزاری مراسم هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مساجد و مداحان در برنامه‌های تلویزیونی و زیرنویس.

نیروی انتظامی:

- تأمین امنیت برگزاری مراسم.
- همکاری با کارگروه در راستای اجرای دقیق دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم ایام محرم و صفر.
- هماهنگی با کارگروه در نظارت بر پروتکل‌های مرتبط با برگزاری مراسم.
- استفاده از ظرفیت‌های نیروی انتظامی در همراه نمودن هیئت‌های مذهبی و حسینیه‌ها، تکایا و مساجد بمنظور اجرای دستورالعمل با توجه به شرایط خاص ایام سوگواری سال جاری.
- توجه مداحان موثر نسبت به شرایط ایام سال جاری و همراه نمودن آن‌ها در اجرای دستورالعمل و تصمیمات.
- هماهنگی و همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در بازرسی و نظارت‌های بهداشتی.
دادستانی کل کشور:
- پشتیبانی حقوقی و اقدام قانونی در مورد متخلفین از دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم و پروتکل‌های بهداشتی مرتبط.

سازمان بسیج:



- پیگیری رفع موانع و مشکلات مرتبط با اجرای دستورالعمل ضوابط برگزاری مراسم ایام محرم و صفر.
- ابلاغ ممنوعیت برگزاری مراسم سوگواری در دستگاه‌ها و وزارتخانه‌های مشمول ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری.
- انعکاس گزارش عملکرد کارگروه به ستاد ملی.

وزارت کشور (مشاور امور روحانیت):

- تبیین شرایط حاکم بر مراسم سوگواری سالجاری با توجه به روند ابتلا و شیوع بیماری در کشور و اخذ نظرات ارشادی علما و مراجع عظام.
- تبیین دستورالعمل به منظور اخذ نظرات ارشادی و حمایت مراجع عظام.

ستاد استانی مدیریت بیماری کرونا:

- ابلاغ دستورالعمل به دستگاه‌های ذیربط و تبیین آن در ستادهای استانی.
- ابلاغ دستورالعمل به فرمانداران با هدف توجیه مسئولین شهرستانی.
- نظارت بر اجرای دقیق مفاد مندرج در بخش‌های سوم، چهارم و پنجم بند ششم دستورالعمل ناظر بر ضوابط کلی.
- تشکیل کارگروه متناظر استانی "مراسم عزاداری" در ذیل ستاد استانی با مسئولیت اداره سازمان تبلیغات اسلامی.
- دعوت از روسای ادارات تبلیغات اسلامی در جلسات ستاد استانی در ایام برگزاری مراسم سوگواری.
- استفاده از صدا و سیما استانی جهت اطلاع‌رسانی نسبت به ضوابط برگزاری مراسم سال جاری.
- بهره‌گیری از ظرفیت فضای مجازی در امر اطلاع‌رسانی و اقتناع.
- استفاده از گروه‌های مرجع و ذی‌نفوذان استانی و شهرستانی در مورد تبیین شرایط و ضوابط برگزاری مراسم.
- برگزاری نشست توجیهی با هیئت‌های مذهبی، حسینیه‌ها و تکایا و مساجد در راستای بیان ضوابط برگزاری مراسم.
- همراه نمودن مداحان در راستای برگزاری مراسم برابر ضوابط اعلامی با استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود.
- نظارت بر عملکرد کارگروه استانی نسبت به اجرای برنامه‌های پیش‌بینی شده ارتقاء امکانات بهداشتی در اماکن و محل‌های برگزاری مراسم.
- ارسال گزارش مستمر از روند اقدامات به کمیته امنیتی، اجتماعی و انتظامی.

- همکاری موثر و مستمر با سازمان تبلیغات اسلامی در اجرای دستورالعمل و پروتکل‌های بهداشتی.
- استفاده از ظرفیت‌های سازمان بسیج در همراه نمودن هیئت‌های مذهبی، تکایا و مساجد و حسینیه‌ها.
- استفاده از ظرفیت سازمان بسیج در همراه نمودن مداحان نسبت به اجرای دستورالعمل.
- هماهنگی و همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در بازرسی و نظارت‌های بهداشتی در قالب همیاران سلامت هیئت‌ها، تکایا، مساجد و حسینیه‌ها.

وزارت صنعت، معدن و تجارت:

- تامین نیازمندی ماسک هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مساجد و... دارای مجوز با هماهنگی سازمان تبلیغات اسلامی برابر نرخ مصوب.
- تامین مواد ضدعفونی بهداشتی هیئت‌ها، حسینیه‌ها، تکایا، مساجد و... دارای مجوز با هماهنگی سازمان تبلیغات اسلامی برابر نرخ مصوب.
- استفاده از ظرفیت اتاق‌های اصناف و اتحادیه‌ها در اجرای دستورالعمل و پروتکل‌های بهداشتی (بخصوص در بحث نذورات).

وزارت آموزش و پرورش:

- هماهنگی با سازمان تبلیغات اسلامی به منظور فراهم نمودن فضای باز اماکن آموزشی تحت مدیریت مورد نیاز جهت برگزاری مراسم عزاداری.

وزارت ورزش و جوانان:

- هماهنگی با سازمان تبلیغات اسلامی به منظور فراهم نمودن فضای باز اماکن ورزشی تحت مدیریت مورد نیاز جهت برگزاری مراسم عزاداری.

وزارت کشور (کمیته امنیتی، اجتماعی و انتظامی):

- پیگیری تشکیل کارگروه ذیل کمیته.
- نظارت بر روند اجرای دستورالعمل.
- ابلاغ دستورالعمل و پروتکل‌های بهداشتی مرتبط به ستادهای مدیریت استانی بیماری کرونا و هماهنگی اجرای آنها.
- هماهنگی با وزارت بهداشت به منظور اخذ تصمیمات موردی در ایام سوگواری و برگزاری مراسم.



تجزیه و تحلیل خطرات شغلی در

مدیریت ایمنی و بهداشت کار

ترجمه: مهندس مصطفی خدابخشی، کارشناس اداره طب کار مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

همانگونه که در شماره قبل در مورد ضرورت وجود تجزیه و تحلیل خطرات شغلی در محیط‌های کاری صحبت کردیم، این شماره نیز در ادامه مطالب قبلی، شرایط استفاده و بهره‌مندی از این سیستم مدیریتی را مورد بررسی قرار می‌دهیم.



www.osha.gov مراجعه کنید.

برنامه‌های دولتی چیست؟

برنامه‌های دولتی ایمنی و بهداشت شغلی مورد تأیید OSHA است که بجای OSHA توسط ایالت‌ها یا مناطق خاص اجرا می‌شود. قانون ایمنی و بهداشت شغلی ۱۹۷۰ (قانون OSH) ایالت‌ها را تشویق می‌کند تا برنامه‌های ایمنی شغلی و بهداشتی خود را تهیه و اجرا کنند. OSHA وقتی یک طرح دولتی را تأیید می‌کند، ۵۰ درصد هزینه‌های عملیاتی برنامه را تأمین می‌کند. برنامه‌های ایالتی با استفاده از استانداردها و برنامه‌های اجرایی و همچنین فعالیت‌های داوطلبانه، حداقل به اندازه برنامه‌های OSHA فدرال موثر هستند. ۲۶ برنامه ایالتی وجود دارد؛ ۲۳ مورد شامل مشاغل خصوصی و دولتی (دولت‌های ایالتی و محلی) و ۳ برنامه (کانکتیکات، نیوجرسی و نیویورک) فقط بخش دولتی را شامل می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد برنامه‌های ایالتی، به لیست موجود در انتهای این نشریه مراجعه یا به وب سایت OSHA به آدرس

مشاوره چگونه می‌تواند به کارفرمایان کمک کند؟

خدمات مشاوره OSHA علاوه بر کمک به کارفرمایان در شناسایی و اصلاح خطرات خاص، در توسعه و اجرای سیستم‌های مدیریت ایمنی و بهداشت موثر در محل کار که بر پیشگیری از صدمات و بیماری‌های کارگران تأکید دارند، کمک‌های رایگان در محل ارائه می‌دهند. کمک مشاوره ای جامع ارائه شده توسط OSHA شامل بررسی خطرات محل‌های کار و ارزیابی کلیه جنبه‌های سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت موجود کارفرما می‌باشد. به علاوه، این سرویس به کارفرمایان در توسعه و اجرای یک سیستم مدیریت ایمنی و بهداشتی موثر کمک می‌کند. کارفرمایان همچنین ممکن است خدمات آموزش و همچنین کمک‌های محدود را جایی دور از محل کار خود دریافت کنند.



بر اساس موارد زیر طراحی شده اند:

- کارفرمایانی را بشناسید که با موفقیت سیستم‌های مدیریت ایمنی و بهداشتی موثر و جامعی را توسعه داده و اجرا کرده اند.
- این کارفرمایان را تشویق کنید تا به طور مداوم سیستم‌های مدیریت ایمنی و بهداشت خود را بهبود بخشند.
- در سایر کارفرمایان برای دستیابی به نتایج عالی ایمنی و بهداشتی به همان روش ایجاد انگیزه کنید.
- رابطه‌ای بین کارفرمایان، کارمندان و OSHA ایجاد کنید که مبتنی بر همکاری باشد.

VPP چگونه به کارفرمایان و کارمندان کمک می‌کند؟

مشارکت VPP می‌تواند به معنای موارد زیر باشد:

- کاهش تعداد تلفات، جراحات و بیماری‌های کارگران.
- نرخ پرورنده‌های روزهای کاری از دست رفته که معمولاً ۵۰ درصد کمتر از متوسط صنعت است.
- جبران خسارت کارگران و سایر هزینه‌های مربوط به آسیب و بیماری ایشان.
- بهبود انگیزه کارمندان برای کار ایمن که منجر به کیفیت بهتر زندگی در محل کار می‌شود.
- شناخت و تعامل مثبت با جامعه.
- بهبود و احیای بیشتر برنامه‌های ایمنی و بهداشتی که قبلاً خوب بوده اند.
- ایجاد و حفظ یک رابطه مثبت با OSHA.

چگونه همکاری با OSHA می‌تواند ایمنی و سلامت کارگران را بهبود بخشد؟

OSHA از نزدیک آموخته است که مشارکت‌های داوطلبانه و مشارکتی با کارفرمایان، کارمندان و اتحادیه‌ها می‌تواند جایگزین مفیدی برای اجرای سنتی و روشی موثر برای کاهش مرگ و میر کارگران، جراحات و بیماری‌ها باشد. این امر به ویژه هنگامی صادق است که مشارکت منجر به توسعه و اجرای سیستم جامع مدیریت ایمنی و بهداشت محل کار شود.

برنامه مشارکت استراتژیک (OSHA OSPP) چیست؟

مشارکت‌های استراتژیک OSHA در واقع یک نوع مشارکت بین کارگر، مدیریت و دولت برای تقویت پیشرفت در ایمنی و بهداشت محل کار است. این مشارکتها که بصورت داوطلبانه هستند، یک نوع همکاری بین OSHA، کارفرمایان، نمایندگان کارمندان و سایر بخشها مانند اتحادیه‌های کارگری، انجمن‌های صنفی و حرفه‌ای، دانشگاه‌ها و سایر سازمان‌های دولتی است. OSPP جدیدترین عضو خانواده OSHA در برنامه‌های همکاری است.

OSPPها چه کاری انجام می‌دهند؟

تلاش‌های شرکا برای از بین بردن خطرات جدی محیط کار و دستیابی به سطح بالایی از ایمنی و سلامت کارگران را تشخیص داده کمک و تشویق میکنند. در حالی که برنامه مشاوره OSHA و VPP مستلزم ایجاد روابط یک به یک بین OSHA و محل‌های کاری افراد است، OSPPها بیشتر دنبال ایجاد تأثیر گسترده تر با ایجاد روابط همکاری با گروه‌های کارفرمایان و کارمندان هستند.

انواع مختلف OSPP چیست؟

دو نوع عمده وجود دارد:

- جامع، که برای استقرار سیستم‌های جامع مدیریت ایمنی و بهداشت در محل‌های همکاری مشارکت می‌کند.
- محدود، که به شناسایی و از بین بردن خطرات مرتبط با مرگ، جراحات و بیماری‌های

چه کسی می‌تواند کمک مشاوره دریافت کند و هزینه آن چقدر است؟

کمک مشاوره ای برای کارفرمایان مشاغل کوچک (با کمتر از ۲۵۰ کارمند در یک سایت ثابت و بیش از ۵۰۰ شرکت در کل مجموعه خود) که می‌خواهند یک محل کار سالم را ایجاد و نگهداری، در دسترس است. این بودجه عمدتاً توسط OSHA تأمین شده و برای کارفرما بدون هزینه ارائه می‌شود. خدمات مشاوره ای برای کارفرمایان کوچکتر و با فعالیتهای خطرناک تر توسعه یافته تر بوده و توسط دولت‌های ایالتی یا استخدام مشاوران حرفه ای ایمنی و بهداشت ارائه می‌شود. برای کارفرما بخاطر خطرات شناسایی شده توسط مشاور، مجازاتی در نظر گرفته نشده و تخلفی صادر نمی‌شود. تنها وظیفه کارفرما اصلاح کلیه خطرات جدی شناسایی شده در چارچوب زمان در نظر گرفته شده برای اصلاح موارد ذکر شده می‌باشد.

آیا OSHA می‌تواند حریم خصوصی کارفرمایانی که درخواست کمک مشاوره می‌دهند را تأمین کند؟

OSHA با اطمینان از اینکه نام موسسه کارفرما و هرگونه اطلاعات در مورد محل کار ایشان به طور معمول به کارکنان اجرای OSHA گزارش نخواهد شد، از کارفرمایان حمایت می‌کند.

آیا پس از دریافت مشاوره می‌توان کارفرمایی را به دلیل تخلف معرفی کرد؟

اگر کارفرمایی نتواند در چارچوب زمانی توافق شده خطری جدی را از بین برده یا کنترل کند، مدیر پروژه مشاوره باید وضعیت را برای اقدامات مناسب به دفتر اجرای OSHA ارجاع دهد. از آنجائی که کارفرمایان خودشان به منظور شناسایی و رفع خطرات در محل کار خود خدمات را درخواست می‌کنند، این اتفاق به نادر است.

آیا OSHA انگیزه ای برای کارفرمایان ایجاد می‌کند که به دنبال کمک مشاوره ای باشند؟

بله. تحت برنامه مشاوره، برخی از کارفرمایان نمونه ممکن است درخواست مشارکت در برنامه شناسایی خطرات و بهبود شرایط بهداشتی (OSHA SHARP) را داشته باشند. واجدین شرایط در قسمت SHARP مشارکت داده می‌شوند که شامل، بازدید کامل مشاوره ای، مشاوره کامل، اصلاح تمام خطرات شناسایی شده و ایجاد یک سیستم مدیریت ایمنی و بهداشتی موثر است. کارفرمایان پذیرفته شده در قسمت SHARP ممکن است در ابتدا برای دوره ۱ ساله و اگر تمدید شود برای ۲ سال، از بازرسی‌های برنامه ریزی شده (و نه بازرسی‌های مربوط به شکایت یا بررسی تصادف) معافیت دریافت کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، با دفتر OSHA در منطقه خود تماس بگیرید، یا به وب سایت OSHA به آدرس www.osha.gov مراجعه کنید.

برنامه‌های حفاظتی داوطلبانه چیست؟

برنامه‌های حفاظت داوطلبانه (VPPs) نمایانگر بخشی از تلاش OSHA برای گسترش حمایت از کارگران در مجموعه‌هایی است که حداقل استانداردهای OSHA را پیاده سازی کرده اند. از جمله آنها:

- VPP: همراه با خدمات مشاوره در محل
- ارائه خدمات کامل توسط دفاتر منطقه ای.
- برنامه مشارکت استراتژیک (OSHA OSPP)

همه این موارد نشان دهنده یک رویکرد همکاری است که اگر همراه با یک برنامه اجرای موثر باشد و از کارگر حمایت کند، موجب تحقق و گسترش اهداف قانون OSH میشود.

VPP چگونه کار می‌کند؟

سه سطح تشخیص VPP وجود دارد: Star، Merit و Demonstration. همه آنها

به اینترنت دسترسی ندارید، می‌توانید برای اطلاعات بیشتر با دفتر آموزش، OSHA ۴۸۱٪ (۸۴۷)، ۱۸ ۶۰۰ IL، Des Plaines، ۱۵۵۵ Times Drive تماس بگیرید.

آیا OSHA کمک‌های دیگری نیز می‌کند؟

بله. OSHA مواد و ابزارهای مختلفی را در وب سایت خود به آدرس www.osha.gov در دسترس دارد. اینها شامل eTools، مشاوره توسط افراد خبره، ابزارهای کمک به انطباق الکترونیکی (e-CAT)، پیوندهای فنی، مقررات، بخشنامه‌ها، نشریات، فیلم‌ها و سایر اطلاعات کارفرمایان و کارمندان است. برنامه‌های نرم افزاری OSHA و ابزارهای کمکی، شما را درگیر مسائل ایمنی و بهداشتی و مشکلات رایج می‌کند تا بهترین راه حل‌ها را برای محل کار خود پیدا کنید. برنامه انتشارات جامع OSHA شامل بیش از ۱۰۰ عنوان برای کمک به شما در درک نیازها و برنامه‌های OSHA است. OSHA CD-ROM شامل استانداردها، تفسیرها، دستورالعمل‌ها و موارد دیگر است و می‌توان آن را از طریق دفتر چاپ دولت ایالات متحده در CD-ROM خریداری کرد.

OSHA چه نشریات دیگری ارائه می‌دهد؟

OSHA بیش از ۱۰۰ سند از جمله بروشور، گزارش‌ها واقعی، پوسترها، کارت‌های جیبی، اسناد فنی و یک مجله سه ماهه ارائه می‌دهد. این اسناد از طریق سایت اینترنتی www.osha.gov یا با شماره تلفن ۱۸۸۸-۶۹۳-۲۰۲ در دسترس هستند.

در مواقع اضطراری یا اگر شکایت و اعتراضی بود، چه کاری می‌توانم انجام دهم؟

برای گزارش موارد اضطراری، شکایت یا درخواست مشاوره، کمک یا محصولات OSHA، با شماره (۸۰۰) ۳۲۱-OSHA تماس بگیرید یا با نزدیکترین دفتر OSHA در منطقه خود که در صفحه ۲۷ ذکر شده است تماس بگیرید. شماره تلفن نویس (۸۷۷) (TTY) است (۵۶۲۷-۸۸۹). همچنین می‌توانید با مراجعه به وب سایت OSHA www.osha.gov، به صورت آنلاین شکایت کرده و اطلاعات بیشتری در مورد برنامه‌های فدرال و ایالتی OSHA کسب کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد کمک هزینه، آموزش و تحصیل، با آدرس زیر مکاتبه کنید: موسسه آموزش OSHA، دفتر آموزش، ۱۵۵۵ IL، Des Plaines، ۱۵۵۵ Times Drive، ۱۸ ۶۰۰ یا با شماره (۸۴۷) ۴۸۱۰-۲۹۷ تماس بگیرید. یا به وب سایت OSHA به آدرس www.osha.gov مراجعه کنید.

ضمائم:

پیوست ۱

اقدامات کنترل خطر

اطلاعات به دست آمده از تجزیه و تحلیل خطر شغل بی فایده است، مگر اینکه اقدامات کنترل خطر توصیه شده در آنالیز وظایف گنجانده شود. مدیران باید بدانند که همه کنترل‌های خطر برابر نیستند. برخی از آنها در کاهش خطر موثرتر از بقیه است.

ترتیب تقدم و اثربخشی کنترل خطر به شرح زیر است:

۱. کنترل‌های مهندسی. ۲. کنترل‌های مدیریتی. ۳. لوازم حفاظت فردی.

کنترل‌های مهندسی شامل موارد زیر است:

- حذف / به حداقل رساندن خطر - طراحی تاسیسات، تجهیزات یا فرآیند برای از بین بردن خطر، یا جایگزینی فرایندها، تجهیزات، مواد یا سایر عوامل برای کاهش خطر.
- محافظه خطر با استفاده از کابین‌های محصور، محفظه‌هایی برای تجهیزات پر سر و صدا یا وسایل دیگر.
- جداسازی خطر با استفاده از انسدادهای محافظ، سپر انفجار، پرده جوشکاری یا سایر وسایل.
- حذف یا تغییر مسیر خطر مانند تهویه محلی و آگزوز.

کارگران کمک می‌کند یا اهدافی غیر از ایجاد برنامه‌های جامع ایمنی و بهداشت محل کار دارد.

OSHA علاقه مند به ایجاد OSPP های جدید در سطح ملی، منطقه ای و محلی است. OSHA همچنین مشارکت محدود را با ارزش ارزیابی کرده است. مشارکت‌های محدود ممکن است مربوط به از بین بردن یا کنترل یک خطر خاص در یک صنعت باشد.

مزایای شرکت در OSPP چیست؟

مانند OSPP، VPP هم می‌تواند به معنای موارد زیر باشد:

- کاهش تلفات، صدمات و بیماری‌های کارگران.
- جبران خسارت کارگران و سایر هزینه‌های مربوط به آسیب و بیماری آنها.
- بهبود انگیزه کارمندان برای کار ایمن که منجر به کیفیت بهتر زندگی در کار و افزایش بهره‌وری ایشان می‌گردد.
- شناخت و تعامل مثبت جامعه.
- توسعه یا بهبود سیستم‌های مدیریت ایمنی و بهداشت.
- تعامل مثبت با OSHA.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این برنامه، با نزدیکترین دفتر OSHA در منطقه خود تماس بگیرید یا به وب سایت آژانس به آدرس www.osha.gov مراجعه کنید.

آیا OSHA برای کارفرمایان و کارمندان آموزش‌های ایمنی و بهداشت شغلی دارد؟

بله. موسسه آموزشی OSHA در IL، Des Plaines، آموزش را در سطوح مقدماتی و پیشرفته در زمینه ایمنی و بهداشت برای افسران فدرال و ایالتی، مشاوران ایالتی، سایر پرسنل آژانس فدرال و کارفرمایان بخش خصوصی، کارمندان و نمایندگان آنها ارائه می‌دهد.

دوره‌های موسسه موضوعات مختلف ایمنی و بهداشتی را شامل می‌شود. از جمله خطرات و حوادث الکتریکی، ایمنی و محافظت ماشینها، لوازم حفاظت فردی، تهویه و ارگونومی. این مرکز شامل کلاسهای درس، آزمایشگاهها، کتابخانه و واحد سمعی و بصری است. این آزمایشگاهها شامل تجهیزات مختلفی است. بیش از ۵۷ دوره مربوط به مواردی مانند ایمنی و بهداشت در صنعت ساخت و ساز و روش‌های انطباق با استانداردهای OSHA برای پرسنل در بخش خصوصی در دسترس است. علاوه بر این، دفاتر ۷۳ منطقه OSHA که مراکز کامل خدماتی هستند، انواع خدمات اطلاعاتی مانند سخنرانی و آموزش به پرسنل، نشریات، وسایل سمعی و بصری در مورد خطرات محیط کار و مشاوره فنی را ارائه می‌دهند.

آیا OSHA برای آموزش به سازمانها پول می‌دهد؟

OSHA از طریق برنامه کمک هزینه آموزش سوزان هاروود به سازمان‌های غیر انتفاعی کمک مالی اعطا می‌کند تا آموزش ایمنی و بهداشتی را به کارفرمایان و کارگران در محل کار ارائه دهد. این کمک هزینه‌ها روی برنامه‌هایی متمرکز است که کارگران و کارفرمایان را در مشاغل کوچک (کمتر از ۲۵۰ کارگر) آموزش می‌دهد و کارگران و کارفرمایان را در مورد استانداردهای جدید OSHA یا فعالیت‌های پرخطر آموزش می‌دهد. این کمک هزینه‌ها به مدت ۱ سال به کارفرمایان تعلق می‌گیرد و بسته به اینکه عملکرد دریافت کننده کمک مالی رضایت بخش باشد یا نه، ممکن است ۱۲ ماه دیگر تمدید شود. OSHA انتظار دارد به هر سازمانی کمک مالی اعطا شود که به آن وسیله یک برنامه آموزشی تهیه شده و مبحث ایمنی و سلامت آموزش داده شود. همچنین افرادی را که آموزش دیده‌اند پیگیری می‌کند تا بفهمد در نتیجه آموزش چه تغییراتی در جهت کاهش خطر در محل کار افراد ایجاد شده است.

هر ساله OSHA یک مسابقه ملی دارد که ثبت نام در آن از طریق اینترنت به آدرس www.oshaslc.gov/Training/sharwood/sharwood.html اعلام می‌شود. اگر



Update on US Phase 2/3 Adaptive-Designed Trial of Kevzara® (Sarilumab) in Hospitalized COVID-19 Patients. (2020) Available online at: <https://investor.regeneron.com/news-releases/news-release-details/regeneron-and-sanofi-provide-update-us-phase-23-adaptive> (accessed June 21, 2020).

29. Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy Trial. Statement From the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY) Trial on Dexamethasone: Low-Cost Dexamethasone Reduces Death by up to One Third in Hospitalised Patients With Severe Respiratory Complications of COVID-19. (2020) Available online at: <https://www.recoverytrial.net/news/low-cost-dexamethasone-reduces-death-by-up-to-one-third-in-hospitalised-patients-with-severe-respiratory-complications-of-covid-19> (accessed June 21, 2020)

30. World Health organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-43. (2020) Available online at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200303-sitrep-43-covid-19.pdf?sfvrsn=76e425ed_2 (accessed March 4, 2020).

31. World Health organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-153. (2020) Available online at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200621-covid-19-sitrep-153.pdf?sfvrsn=c896464d_2 (accessed June 21, 2020)

32. Alshammari FS. A mathematical model to investigate the transmission of COVID-19 in the Kingdom of Saudi Arabia. medRxiv. (2020) doi: 10.1101/2020.05.02.20088617

33. Zaki AM, van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *N Engl J Med.* (2012) 367:1814–20. doi: 10.1056/NEJMoa1211721

34. Arab News. Saudi Arabia closes schools over coronavirus concerns. (2020, March 8) Available online at: <https://arab.news/6g3ve> (accessed March 8, 2020).

35. Arab News. Saudi Arabia suspends prayer in mosques, exempts holy Makkah and Madinah sites. (2020, March 18) Available online at: <https://arab.news/yf4an> (accessed March 18, 2020).

36. Jones L. *The Big Ones: How Natural Disasters Have Shaped Humanity.* New York, NY: Anchor Books Press.

37. Danial WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.* 7th ed., New York, NY: John Wiley & Sons (1999).

38. World Health organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-53. (2020) Available online at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200313-sitrep-53-covid-19.pdf?sfvrsn=adb3f72_2 (accessed March 25, 2020).

39. World Health Organization. Q & A on Coronaviruses (COVID-19). (2020) Available online at: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronavi>

ruses (accessed March 19, 2020).

40. Vincent JL, Taccone FS. Understanding pathways to death in patients with COVID-19. *Lancet Respir Med.* (2020) 8:430–2. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30165-X

41. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Advice for the Public. (2020) Available online at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> (accessed April 13, 2020).

42. World Health Organization. Infection Prevention and Control During Health Care When Novel Coronavirus (nCoV) Infection Is Suspected. Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495> (accessed April 17, 2020).

43. World Health Organization. Advice on the Use of Masks in the Community, During Home Care and in Healthcare Settings in the Context of the Novel Coronavirus (2019-nCoV) Outbreak: Interim Guidance, 29 January 2020. (2020) Available online at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330987> (accessed March 13, 2020)

44. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Recommendation Regarding the use of Cloth Face Coverings, Especially in Areas of Significant Community-Based Transmission. (2020) Available online at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover.html> (accessed April 3, 2020).

45. Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. Knowledge and perceptions of COVID-19 among health care workers: Cross-sectional study. *JMIR Public Health Surveill.* (2020) 6:e19160. doi: 10.2196/19160

46. Saudi Center for Disease Prevention and Control. Coronavirus Disease 19 (COVID-19) Guidelines. V1.1. (2020). Available online at: <https://www.moh.gov.sa/CCC/healthp/regulations/Documents/Coronavirus%20Disease%202019%20Guidelines%20v1.1.pdf> (accessed April 13, 2020).

47. Al-Alalawi M, Alsolami A, Alghanmi A, Said H, Alatawi A, Lhajooj A. The knowledge and attitude of King Abdul-Aziz University hospital out patient clinic visitors toward coronavirus. *Egypt J Hosp Med.* (2018) 70:723–7. doi: 10.12816/0043973

48. Althobaiti HM, Alharthi RAS, Altowairqi MH, Alsufyani ZA, Aloufi NS, Altowairqi AE, et al. Knowledge and awareness of Middle East respiratory syndrome coronavirus among Saudi and Non-Saudi Arabian pilgrims. *Int J Health Sci.* (2017) 11:20–5.

49. Kharm MY, Alalwani MS, Amer MF, Tarakji B, Aws G. Assessment of the awareness level of dental students toward Middle East Respiratory Syndrome-coronavirus. *J Int Soc Prev Community Dent.* (2015) 5:163–9. doi: 10.4103/2231-0762.159951

50. COVID 19 Dashboard: Saudi Arabia. Available online at: <https://covid19.moh.gov.sa/>. (accessed on June 21, 2020)

51. World Health Organization. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. (2020) Available online at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf> (accessed on March 26, 2020).

52. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. (2020) Available online at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf> (accessed March 26, 2020)

53. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Training: Online Training. (2020) Available online at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/training/online-training> (accessed on April 12, 2020).

54. World Health Organization. Considerations for Public Health and Social Measures in the Workplace in the Context of COVID-19: Annex to Considerations in Adjusting Public Health and Social Measures in the Context of COVID-19. 10 May, 2020. (2020) Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplace-in-the-context-of-covid-19> (accessed June 16, 2020)

55. Cirrioncione L, Plescia F, Ledda C, Rapisarda V, Martorana D, Moldovan RE, et al. COVID-19 pandemic: prevention and protection measures to be adopted at the workplace. *Sustainability.* (2020) 12:3603. doi: 10.3390/su12093603

education and innovative strategies based on local evidences to raise the community's awareness and to improve its preventative practices.

Data Availability Statement

The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Author Contributions

RT and PT: conceptualization, methodology, writing of the original draft, investigation, project administration, and final editing. SSA and AA: supervision, co-project administration, data collection, feedback, and making substantive changes. AM: software, validation, and formal analysis. SA: visualization and investigation. WA and DB: data collection and calculations, writing, reviewing, editing of the manuscript, and formal analysis. FA: preparation of Google form and Arabic translation. All authors participated in the distribution of the survey.

Conflict of Interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Acknowledgments

We wish to acknowledge Deanship of Scientific Research, Jazan University, Jazan, Saudi Arabia, for their continuous support throughout the study.

References

- Chinese Center for Disease Control and Prevention. Epidemic Update and Risk Assessment of 2019 Novel Coronavirus 2020. (2020) Available online at: <http://www.chinacdc.cn/yyrdgz/202001/P020200128523354919292.pdf> (accessed February 19, 2020).
- World Health Organization. WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19. (2020) Available online at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020> (accessed March 16, 2020).
- Muñana C, Hamel L, Kates J, Michaud J, Mollyann. The Public's Awareness of Concerns About Coronavirus. Global Health Policy. Henry J. Kaiser Family Foundation, KFF Health Tracking Poll (2020). Available online at: <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-publics-awareness-of-and-concerns-about-coronavirus/> (accessed March 5, 2020)
- Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed.* (2020) 91:157–60. doi: 10.23750/abm.v91i1.9397
- World Health organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51. (2020) Available online at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10 (accessed March 25, 2020)
- World Health organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report-47. (2020) Available online at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200307-sitrep-47-covid-19.pdf?sfvrsn=27c364a4_4 (accessed March 25, 2020)
- Chief Executives Board for Coordination (CEB) Human Resources Network- Version 1.0. Administrative Guidelines for Offices on the Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak. (2020) Available online at: https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/Administrative%20Guidelines%20-%20Novel%20Coronavirus%20Final_Version%201.0_13%20February%202020_0.pdf (accessed March 27, 2020)
- Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet Pub Health.* (2020) 5:e240. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30085-2
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* (2020) 323:1061–9. doi: 10.1001/jama.2020.1585
- Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.* (2020) 16:1745–52. doi: 10.7150/ijbs.45221
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. 2020 Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* (2020) 395:497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
- Wu HJ, Huang J, Casper JPZ, Zonglin H, Ming WK. Facemask shortage and the novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak: reflections on public health measures. *EClinicalMedicine.* (2020) 21:100329. doi: 10.1101/2020.02.11.20020735
- World Health organization. Modes of Transmission of Virus Causing COVID-19: Implications for IPC Precaution Recommendations: Scientific Brief. World Health Organization, Geneva (2020). Available online at: https://www.who.int/nCoV/Sci_Brief/Transmission_modes/2020.2 (accessed April 4, 2020)
- Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med.* (2020) 8:pe21. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30116-8
- Sawalha AH, Zhao M, Coit P, Lu Q. Epigenetic dysregulation of ACE2 and interferon-regulated genes might suggest increased COVID-19 susceptibility and severity in lupus patients. *Clin Immunol.* (2020) 215:108410. doi: 10.1016/j.clim.2020.108410
- Chowell G, Mizumoto K. The COVID-19 pandemic in the USA: what might we expect? *Lancet.* (2020) 395:1093–4. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30743-1
- Centers for Disease Control and Prevention. People Who Are at Higher Risk for Severe Illness. (2020) Available online at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html> (accessed March 29, 2020)
- Bedford J, Enria D, Giesecke J. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *Lancet.* (2020) 395:1015–8. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30673-5
- Taccone SF, Gorham J, Vincent JL. Hydroxychloroquine in the management of critically ill patients with COVID-19: the need for an evidence base. *Lancet Respir Med.* (2020) 8:539–41. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30172-7
- National Institute of Health. News Release: NIH Clinical Trial Shows Remdesivir Accelerates Recovery From Advanced COVID-19. (2020) Available online at: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-clinical-trial-shows-remdesivir-accelerates-recovery-advanced-covid-19>
- USFDA Press Announcement. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Issues Emergency Use Authorization for Potential COVID-19 Treatment. (2020) Available online at: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-issues-emergency-use-authorization-potential-covid-19-treatment>
- Goldman JD, Lye DCB, Marks KM, Bruno R, Montejano R, et al. Remdesivir for 5 or 10 days in patients with Severe COVID-19. *N Engl J Med.* (2020). doi: 10.1056/NEJMoa2015301. [Epub ahead of print].
- Eric A., Coomes EA, Haghbayan H Favipiravir, an antiviral for COVID-19? *J Antimicrob Chemother.* (2020) 75:2013–4. doi: 10.1093/jac/dkaa171
- Shen C, Wang Z, Zhao F, Yang Y, Li J, Yuan J, et al. Treatment of 5 critically ill patients with COVID-19 with convalescent plasma. *JAMA.* (2020) 323:1582–9. doi: 10.1001/jama.2020.4783
- Zhang B, Liu S, Tan T, Huang W, Dong Y, Chen L, et al. Treatment with convalescent plasma for critically ill patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *Chest.* (2020) 158:e9–13. doi: 10.1016/j.chest.2020.03.039
- Casadevall A, Pirofski LA. The convalescent sera option for containing COVID-19. *J Clin Invest.* (2020) 130:1545–8. doi: 10.1172/JCI138003
- Xu X, Han M, Lia T, Sun W, Wang D, Fu B, et al. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *Proc Natl Acad Sci USA.* (2020) 117:10970–5. doi: 10.1073/pnas.2005615117
- Regeneron Pharmaceuticals. News Release: Regeneron and Sanofi Provide

ported preparedness could be because the healthcare authorities have already initiated awareness and preparedness activities beyond their own borders. Every country around the world is being encouraged to draft a preparedness plan as per the WHO's global guidelines: "The 'COVID-19' Strategic Preparedness and Response Plan" (SPRP). The SPRP outlines the public health measures that are needed to be taken to support countries to prepare for and respond to COVID-19 (51, 52). It was observed that the educational background plays a significant role in understanding the infection quickly. This survey showed that HCWs and people with higher education have a better understanding of the disease than their counterparts. Even though all the groups showed almost identical knowledge about the primary information of the disease, in some areas, such as disease complications, high-risk populations, personal protection measures, and treatment availability, a clear distinction exists. For example, only 68.78% of the less educated showed awareness of the high risk of contracting the infection of older people.

The WHO have initiated several online training sessions and materials on COVID-19 in various languages to strengthen preventive strategies, including raising awareness and training HCWs in preparedness activities (53). In several instances, misunderstandings among HCWs have delayed controlling efforts to provide necessary treatment (44), which led to the rapid spread of infection in hospitals (33, 49) and putting patients' lives at risk. The present study also analyzed the preparedness of HCWs to fight against COVID-19 and found all participated HCWs were well prepared and ready for the current outbreak.

All participating HCWs report that they have adequate supplies of personal protective equipment's (PPEs), such as goggles, masks, and gowns, to manage emergencies, 99.72% of HCWs depend on an external resource center like CDC and WHO for the required emergency materials, and 98% HCWs say that they have already checked their hospitals equipped with patient care equipment, including portable ventilators. Surprisingly, few respondents (18.26%) say they were unaware of any preparation, and very few (4.36%) say that there is no need for any preparation. In general, our study indicated that the HCWs have well equipped themselves to fight against COVID-19. Although, hospitals and HCWs are fully geared up to face the pandemic situation, the best national option available is to spread awareness in order to stop the spread of disease. We have no other way but to educate our fellow citizens to not indulge in any activities that could lead them being a part of the problem. Instead, they should be encouraged to be the part of the solution.

The WHO has published guidance for public health and social measures at the workplace within the context of COVID-19. This included the standards for all workplaces and specific criteria for workplaces and jobs at medium risk and high risk. The guidance suggested to adapt the essential preventive measures for all workplaces, including practicing hand hygiene, respiratory hygiene, physical distancing (avoid direct physical contact by hugging, touching, or shaking hands), reducing and otherwise managing work-related travel, regular environmental cleaning and disinfection, risk communication, training and education, and management of people with COVID-19 or their contacts. In addition, specific measures for workplaces and jobs at medium risk included frequent cleaning and disinfection of objects and surfaces that are touched regularly (fomites). In such places where physical distancing of 1 meter cannot be maintained

for a particular activity, all mitigating actions possible should be taken to reduce the risk of transmission between workers, clients or customers, contractors, and visitors, and these include staggered activities, minimizing face-to-face and skin-to-skin contact, ensuring workers work side-by-side or facing away from each other rather than face-to-face, and assigning staff to the same shift teams to limit social interaction. Along with that, such workplaces must be well-ventilated with a natural air of artificial ventilation without re-circulation of air for high-risk work activities and jobs. The WHO have advised that we find possibilities to suspend operations or adhere to the hygiene measures before and after contact with or suspicion of COVID-19. In such cases, workers must comply with the use of medical masks, disposable gowns, gloves, and eye protection for workers and use of protective equipment when in contact with COVID-19 patients, their respiratory secretions, body fluids, and highly contaminated waste. HCWs must be trained in infection prevention and control practices and use of PPEs to handle such situations (54, 55).

The knowledge and awareness of the disease are important parameters for the adoption of protective measures that minimize the exposure risk of the illness. Our findings suggest that residents who are less educated and who are non-healthcare professionals possess less knowledge of COVID-19 disease and preventive measures than their counterparts. Therefore, health promotion and awareness programs are warranted to address these particular sections of the population. Thus, COVID-19 awareness programs and other educating strategies should be developed and implemented more effectively to eradicate this disease and increase the breadth of knowledge of rurally and minimally educated populations. These findings are useful for public health policymakers and health workers to recognize target populations for COVID-19 prevention and health education.

The strength of the study lies in its large sample size, recruited during a crucial period—the early stage of the COVID-19 outbreak in Saudi Arabia. Nevertheless, this was an online self-reported survey conducted during lockdown due to pandemic, and this affected our outreach to the general population. Our sample was obviously over-representative of well-educated people, including healthcare workers, and those who have access to computers and the internet. Hence it may not truly represent the entire population of the study region. Therefore, the generalization of the findings may suffer from reporting bias.

Conclusion

The present study sheds light on the current level of awareness regarding COVID 19, including knowledge, preventative practices, and preparedness in the South-West region of Saudi Arabia, which is still struggling to achieve its target of total COVID-19 eradication. The results of this survey indicated that the majority of respondents were aware of the knowledge, preventive measures and well prepared to fight against COVID-19. It was evident that the community's overall COVID-19 awareness and their preparedness among educated and HCWs populations were fairly satisfactory. However, there were few misconceptions regarding the mode of COVID-19 transmission among the participants, which need to be addressed. Knowledge and preparedness do translate into improved practices toward COVID-19 prevention and the same was reflected in this study. In order to achieve complete control over COVID-19, it would also be worthwhile to invest in various COVID-19 prevention efforts, including health

the main focus of this research was to assess the awareness of people, particularly among HCWs as well as other residents, about the disease, how they prepared themselves to fight against it, and whether they are participating in the eradication of the infection or not. We are aware that COVID-19 had taken the nation by surprise when they were least prepared to face the pandemic. To the best of our knowledge, this is the first study of its kind, conducted in Saudi Arabia that is assessing the awareness and preparedness toward COVID-19 among HCWs and other residents.

Our survey of HCWs and other residents of the study region was well-received. People of different educational backgrounds and employments participated in the survey. The majority of them are graduates, followed by people who had education up to high school. Similarly, among different employment backgrounds, HCWs make up more than one-third of the sample size. In the first place, HCWs and graduates should be aware of the disease profile, so that they can quickly spread the message among their family members, their neighbors, and all those who are within their contact. Analysis of the study results showed that both HCWs and the graduates possess adequate knowledge about the infection. It was a significant finding of our study that they can not only protect themselves against the disease but also help others to stay away from the infection by creating awareness for it. As the results suggested, health organizations (89.6%) and healthcare professionals (57.9%) are able to communicate effectively to the participants in convincing and making them understand the patterns and phases of the infection. This study also revealed that some people showed little trust in social media and other sources of communications such as television, newspaper, posters, etc. They were not convinced or accepting of the facts disseminated to them initially. It is probably for this reason that few people showed reluctance in following the guidelines given through these channels and kept ignoring them. This lack of acceptance might have accelerated the spread of this disease among the public.

Our study revealed that HCWs and people with a higher educational background (graduation or more) were more aware of the symptoms and the complications of COVID-19. It is spread via human-to-human transmission through droplet, feco-oral, and direct contact and has an incubation period of 2–14 days (13). The majority of the participants (97.7%) mentioned human-to-human contact as the primary cause of COVID-19 transmission. They were aware that the infection is related to the respiratory system, and there could be some difficulties in breathing with high temperatures accompanied by dry cough. Furthermore, it might lead to pneumonia, organ failure, and death. Indeed, COVID-19 induces these symptoms after the log period (40), although in some cases. Also, HCWs keenly follow the situation in the regions and the countries regarding the number of cases of infected and fresh cases reported daily. It perhaps helps them in getting prepared physically to manage the situation by acquiring the important things that are required in combating the disease, and it might also help them to get prepared mentally. They were aware of the social distancing, hand hygiene, using face masks, and avoiding traveling. These are the desired activities, which are expected to be practiced strictly in order to stop the spread of the disease (41–44). Our study revealed that HCWs and educated residents were following it meticulously. It was also known to them that no specific and effective treatment is available for COVID-19 to date, and whatever therapy is available

at the designated centers is non-specific and treats only symptoms. They are sufficient enough to relieve the symptoms of the infection, to overcome difficulties in breathing, and to boost the immunity of the individuals. A similar level of awareness was reported in recent studies in China (10) and the UAE (45). This may be attributed to continuous practice of raising awareness about COVID-19 in communities about health issues by healthcare organizations and Saudi health extension workers, which has been effectively implemented in recent days (46). Previously, MERS-CoV was a major global concern after it was first identified in 2012 in Saudi Arabia (33). Many awareness studies reported different levels of knowledge about MERS disease among Saudi HCWs and residents after the MERS outbreak (47–49). Present findings showed that the awareness regarding COVID-19 disease was higher compared to MERS. This can be ascribed to the global reach of COVID-19, as it is more serious than MERS owing to its high rate of transmission, alarming number of cases, and the continued global death count.

As far as preparedness to fight against COVID-19 is concerned, our study showed that all the participants were aware of avoiding mass gathering, avoiding traveling to suspected areas, the use of face masks and hand sanitizers, and maintaining proper food hygiene. During the lockdown period, the majority of the people who participated in our study stockpiled sufficient food items, and the frequency of going out to buy groceries and other food items can thus be avoided. According to them, a large number of people at supermarkets do not practice appropriate social distancing, and chances of contracting the infection might increase. This is genuinely desirable and precautionary in a situation like COVID-19, as coming closer to or violating social distancing is risky. Perhaps this preparedness is a reflection of steps taken by government authorities, as Saudi Arabia can control the spread of COVID-19 in South-West region. When the whole world is struggling to control COVID-19 spreading, Saudi Arabia has reported 1,155 positive cases (as of June 21, 2020) in Jazan and Aseer region (313 and 842, respectively) among 157,612 positive cases the entire country (50).

Also, our study confirmed that nearly half of the participants were ready to visit the hospital immediately if needed. The WHO recommends that identification of the infected individual is the first and essential step required in combating COVID-19. It also advises nations to allow citizens to get tested and put them in quarantine if they are infected. It is a significant step, as nearly 50% of the people are aware of the importance of testing in suspected cases but the remaining 50% of the participants are not. Doubts or fears about quarantine can make the public hide behind closed doors. This behavior of theirs could be dangerous, as it not only puts them in a difficult situation, but is risks their entire family and neighbors. Surprisingly, nearly 42.4% of the participants have asked for more information about COVID-19 so that they can take sufficient precautions and prepare themselves to avoid contracting the disease. These are the participants who had fewer opportunities to access healthcare services. They indeed need more information on COVID-19 to stay away from the deadly disease. This is the substantial finding of our study: nearly half of the participants did not have detailed information or a desire to gain more knowledge about the disease. The focus of the administrators should be on this category of people—the common man—so that they too can prepare themselves to fight the disease. Overall, the re-

Knowledge of COVID-19 Disease and Personal Protection Measures

Table 2 displays respondents' knowledge about COVID-19, reliable sources of information, modes of transmission, symptoms of infection and complications, its perceived threat, and high-risk population. Respondents were allowed to choose more than one option from the choices given according to their understanding and conscience. The results indicated that majority of respondents had heard of and were aware of COVID-19 disease. Most of the participants (97.7%) correctly identified human-to-human transmission (contaminated person with virus) as the primary mode of transmission. Furthermore, fever, cough, and difficulty in breathing were stated as the most common COVID-19 symptoms by 89.8, 83.9, and 90.9% of respondents, respectively. The frequently reported complications of COVID-19 were pneumonia (79.4%), kidney failure (22.8%), and death (54.9%) by the respondents.

Participants' knowledge of personal protection against COVID-19 is summarized in Table 3. The majority of respondents (76.4%) believe that there is no treatment available for COVID-19 to date, 47.1% report supportive care, and 45.8% state personal safety as the only treatment option. The most common personal protection practices adopted by participants are washing hands (92.7%), social distancing (92.3%), using a face mask (86.5%), and avoiding travel to infected areas or countries (86.9%). However, importantly, 63.8% participants believe in avoiding raw and under-cooked animal products, 16.2% choose to avoid purchasing products made in China, and 1.7% have knowledge of proper prevention methods. Approximately, half of the respondents (42.4%) report that they seek more information on COVID-19.

Preparedness to Fight Against COVID-19

Results of participants' preparedness against COVID-19 are summarized in Table 3. Over one-third of participants are well-prepared and adopt various methods for the current situation. The majority of participants stat that they avoid crowded places, mass gatherings, or traveling to suspected areas (95.1%), and 82.7% wear face masks when going outside and have increased the use of hand sanitizers and home cleaning materials. Many of them (76.8%) now spend 20 seconds washing their hands using soap multiple times a day. However, it could be assumed from the survey that a considerable percentage of the participants do not find the protective measures necessary, visit crowded places, and do not wear face masks when leaving home.

On the other hand, HCWs also reported their preparedness on different areas to fight against COVID-19 (Figure 1). All 367 (100%) HCWs who participated in this study say that they checked adequate supplies of goggles, masks, and gowns on hand for emergencies, 99.7% say they prepared links or are in contact with External Resource Centers for COVID-19 such as the CDC or WHO, 98% evaluated the patient care equipment, including portable ventilators (preparation and patient handling checklists), and 83.4% checked and prepared alternative suppliers list of certain personal protective equipment etc. Surprisingly, 18.3% of the respondents are unaware of any preparation, and 4.5% do not find it necessary.

Bivariate Analysis

The comparison between educational groups and occupational groups (HCWs vs. other residents) demonstrated significant differences in the

level of knowledge and preventive measures for COVID-19 disease (Tables 4, 5). The survey shows educated participants (bachelors or more) and HCWs were more aware about COVID-19 symptoms ($P \leq 0.001$), incubation period ($P \leq 0.001$), complications ($P \leq 0.001$), high-risk populations ($P \leq 0.01$), and available treatment ($P \leq 0.05$) compared to less-educated (\leq high school) ones and other residents (non HCWs). Jazan area participants heard about ($P \leq 0.002$), and showed more awareness regarding COVID-19 symptoms (fever: $P \leq 0.001$), and available treatment (supportive care: $P \leq 0.001$) as compared to the Aseer region. There were no significant differences found in knowledge level between gender (male vs. female) and age groups. Significant differences were observed in awareness about protective measures between educational groups and occupational groups (Tables 4, 5). The survey shows that the educated participants (Bachelors or more) and HCWs consider the use of face masks, frequent washing of hands, social distancing, and avoid traveling to an infected area or country as preventive measures, more so than their counter group ($P < 0.05$). However, gender, age, and area comparisons on these measures were non-significant. Moreover, the survey exhibited no significant differences regarding preparedness to fight against COVID-19 level between areas, age, gender, and educational and occupational groups.

Multivariable Logistic Regressions

It was found that HCWs were more likely to be aware of COVID-19 symptoms (fever: OR = 2.15, $P = 0.008$; cough: OR = 1.66, $P = 0.018$ etc.), complications (pneumonia: OR = 2.37, $P = 0.001$; kidney failure: OR = 1.54, $P = 0.013$ etc.), populations at high risk, available treatment, and preventive measures compared to the other community members who were non-HCWs. On the other hand, less-educated participants (\leq secondary schooling) were more likely to have knowledge about COVID-19 symptoms (fever: OR = 4.24, $P = 0.014$; breathing difficulty: OR = 2.94, $P = 0.043$ etc.), high-risk population (OR = 3.29, $P = 0.001$), complications, and preventive measures (social distancing: OR = 2.08, $P = 0.008$; avoid traveling to infected area or country: OR = 2.01, $P = 0.002$ etc.) compared to the higher-educated participants, as shown in Tables 6, 7. Tables displayed outcomes with statistically significant association only with explanatory variable. Area (Jazan vs. Aseer), gender (male vs. female), and age group (age < 30 years vs. ≥ 30 years) were not associated significantly with COVID-19 knowledge. Surprisingly, no difference was reported for preparedness to fight against COVID-19 among participants.

Discussion

As the outbreak of COVID-19 is expanding exponentially, spreading beyond borders and spreading across continents, it has been classified as a "pandemic." It created havoc and dismay among all nations. This new viral infection is successful in inducing restlessness, confusion, and fear among the people. The uniqueness of this infection is that it shows little or no symptoms in the beginning, and many do not even know they are infected. It does not induce any severe change or indication in the infected person so that he can seek medical attention at an early stage. By the time infected persons realize that they are infected, they might have spread the disease to a large number of people without their knowledge and any ulterior motives. Therefore, the first and foremost strategy to win the battle over COVID-19 shall be stopping the spread of disease effectively among the people. Hence,

associated with the level of panic among the population, which could further complicate the measures taken to prevent the spread of the disease. As “natural hazards are inevitable; the disaster is not,” (36) to facilitate the management of the COVID-19 outbreak in Saudi Arabia, there is an urgent need to understand the public’s awareness and preparedness for COVID-19 during this challenging time. The present study assessed the awareness and preparedness toward COVID-19 among South Western Saudi residents during the early rapid rise of the COVID-19 outbreak. It included HCWs (doctors, nurses, and community pharmacists) and other members of the community, including the employed, unemployed, as well as students.

Subjects and Methods

Setting and Population

A cross-sectional survey was conducted between March 18 and March 25—the week immediately after the announcement of lockdown in Saudi Arabia. For this study, two highly populated regions (Jazan and Aseer) of South-West Saudi Arabia and adjacent rural villages were selected. All Saudi citizens and residents, males and females of age 12 years or more (including HCWs and other community peoples), who were willing to participate in the study irrespective of COVID-19 infection status were included in the study. People who did not meet the above inclusion criteria were not eligible and were thus excluded from the study.

Sample Size

The required sample size for this study was calculated using a Denial equation (37) where the significance level (alpha) was set to 0.05 and power (1-β) was set to 0.80. It resulted in a required final sample size of 384 individuals. Therefore, to minimize the errors, the sample size taken for this study was 1,000.

Outcome Measures

The present study examined the level of awareness and preparedness toward prevention of COVID-19 using area, gender, age, education level, and occupation as explanatory variables among the residents (HCWs and other community peoples) of South-West Saudi Arabia.

Study Tool

Since this is a novel coronavirus with no such study having been conducted before, a standardized (structured, pre-coded, and validated) questionnaire was developed for this study by our co-authors, and it is based on frequently asked questions (FAQ) found on Centers for Disease Control (CDC) and WHO official websites (38, 39). The questions were multiple choice and sought to gain insight into the respondent’s awareness and preparedness toward COVID-19. A pilot survey of 10 individuals was undertaken first to ensure that the questions elicited appropriate response and there were no problems with the entry of answers into the database. Since, it was not feasible to conduct a community-based national sampling survey during this critical period; we decided to collect the data online through a Google survey. The self-reported questionnaire is divided into three sections. The first part is designed to obtain background information, including demographic characteristics (nationality, age, gender, level of educational, and occupation). The second part of the survey consists of questions that address awareness concerning COVID-19 (reliable source of information, symptoms, mode of transmission, incubation

period, complications, high-risk population, treatment, and preventive measures). The third part of the survey consists of questions that address the preparedness to fight against COVID-19. The questionnaire is designed in English, being subsequently translated into Arabic for the convenience and ease of understanding of the participants, and it was pre-tested to ensure that it maintained its original meaning.

Data Collection and Analysis

Data were collected using a random sampling method and analyzed using the statistical software Stata 15. For categorical variables, data were presented as frequencies and percentages. A chi-squared (χ^2) test was used to examine the association between each item in awareness and explanatory variable in the bivariate analysis. Multivariable logistic regression was computed using each item in awareness and preparedness as an outcome separately to examine the relationships in the adjusted analysis. Differences were considered to be statistically significant at $P \leq 0.05$.

Ethical Approval

The study protocol and procedures of informed consent were granted ethical approval by the “Institutional Research Review and Ethics Committee (IRREC), College of Pharmacy, Jazan University” before the formal survey was conducted. Since this study was conducted during the lockdown period, a Google survey was prepared with an online informed consent form on the first page. Participants are informed about the contents of the questionnaire, and they have to answer a yes/no question to confirm their willingness to participate voluntarily. In case of minors (participants below 16 years of age), they are asked to show the form to their parents/guardians before selecting their answer. The patients/participants or their legal guardians have to provide their written informed consent to participate in this study. After an affirmative response of the question, the participant is directed to complete the self-report questionnaire. All responses are anonymous.

variable	Count (n) N= 1000	Percentage %	
Region	Jazan	748	74.8
	Asser	252	25.2
gender	Male	461	46.1
	Female	539	53.9
Age group	< 30 years	559	55.9
	>30 years	441	44.1
Education	Middle school or less	26	2.6
	High school	179	17.9
	Bachelor degree	639	63.9
	Master / PhD/ above	161	16.1
Occupation	Doctor	76	7.6
	Nurse	51	5.1
	Pharmacist	240	24.0
	Other employed	238	23.8
	Unemployed	123	12.3
	students	272	27.2

Conclusion: As the global threat of COVID-19 continues to emerge, it is critical to improve the awareness and preparedness of the targeted community members, especially the less educated ones. Educational interventions are urgently needed to reach the targeted residents beyond borders and further measures are warranted. The outcome of this study highlighted a growing need for the adoption of innovative local strategies to improve awareness in general population related to COVID-19 and its preventative practices in order to meet its elimination goals.

Introduction

An ongoing outbreak of infection by Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), termed as COVID-19, aroused the attention of the entire world. The first infected case of coronavirus was reported on December 31, 2019, in Wuhan, China; within few weeks, infections spread across China and to other countries around the world (1). On January 30, 2020, the World Health Organization (WHO) declared the novel coronavirus outbreak a public health emergency of international concern, which was the 6th declaration of its kind in WHO history (2, 3). Surprisingly, during the first week of March 2020, devastating numbers of new cases were reported globally, and the WHO declared the COVID-19 outbreak a “pandemic” on March 11 (4, 5). The outbreak has now spread to more than 200 countries, areas, or territories beyond China (6). SARS-CoV-2 is a novel strain of the coronavirus family that has not been previously identified in humans (7). The disease spreads through person-to-person contact, and the posed potential public health threat is very high. Estimates indicated that COVID-19 could cost the world more than \$10 trillion, although considerable uncertainty exists concerning the reach of the virus and the efficacy of the policy response (8).

The scientists still have limited information about COVID-19, and as a result, the complete clinical picture of COVID-19 is not fully understood yet. Based on currently available information, COVID-19 is a highly contagious disease and its primary clinical symptoms include fever, dry cough, difficulty in breathing, fatigue, myalgia and dyspnea (9–11). This coronavirus spreads primarily through respiratory droplets of $>5-10 \mu\text{m}$ in diameter, discharge from the mouth or nose, when an infected person coughs or sneezes (12, 13). Reported illnesses range from very mild (including asymptomatic) to severe including illness resulting to death. However, the information so far suggested the symptoms as mild in almost 80% of the patients with lower death rates. People with co-morbidities, including diabetes and hypertension, who are treated with the drugs such as thiazolidinediones, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, and angiotensin-II receptor blockers (ARBs) have an increased expression of angiotensin-converting enzyme-2 (ACE-2). Since, SARS-CoV-2 binds to their target cells through ACE-2, it was suggested that patients with cardiac disease, hypertension, and diabetes are at the higher risk of developing severe to fatal COVID-19 (14, 15). Moreover, elderly people (≥ 65 years), those and people with chronic lung disease or moderate to severe asthma, who are immunocompromised (due to cancer treatment, bone marrow or organ transplant, AIDS, and prolonged use of corticosteroids or other medications), and those people with severe obesity and chronic liver or kidney disease are at higher risk of developing the COVID-19 severe illness (16–18).

Although, no specific vaccine or treatment is approved for COVID-19, yet several treatment regimens prescribed under different conditions are reported to control the severity and mortality rates up to some extent with few adverse effects, though further evidence is needed (19). Recently, results of ongoing trials aiming at drug repurposing for the disease have been reported, and several drugs have shown encouraging activity as far as reducing the viral load or the duration of therapy is concerned. Remdesivir is one such antiviral drug, and it has reduced the duration of therapy to 11 days in comparison to 15 days in the case of patients receiving standard care only. Therefore, the USFDA has granted the emergency use authorization (EUA) to Remdesivir for the treatment of suspected or confirmed COVID-19 cases (20, 21); however, further investigations are required to collect the sufficient data (22). Favipiravir (Avigan) is another drug that has exhibited promising activity in significantly reducing the viral load in comparison to standard care in several trials (23). Apart from antiviral drugs, convalescent plasma for COVID-19 (as passive antibody therapy) has also been tested, proving to be of possible benefit in severely ill COVID-19 patients. However, it requires more clinical trials to be established for the optimal conditions of COVID-19 and as antibody therapy in this disease (24–26). Mono, and Sarilumab which are immunosuppressants and are humanized antibodies against the interleukin-6 receptor, were also tested on severely ill patients of COVID-19. They effectively improved the clinical symptoms and suppressed the worsening of acute COVID-19 patients and reduced the mortality rate (27, 28). Very recently, a corticosteroid, Dexamethasone, has been reported to be a life-saving drug that reduced the incidences of deaths by one-third among patients critically ill with COVID-19 (29) requiring oxygen support.

So far, more than 9 million confirmed cases of COVID-19 infections have been identified globally with more than 0.46 million confirmed deaths (as on June 21, 2020). Saudi Arabia has also been seriously affected by the COVID-19 pandemic and reported its first confirmed case on March 3, 2020. The numbers are continuously increasing and reached 157,612 on June 21, 2020, with 1,267 confirmed deaths all over the kingdom (30, 31) having reproduction number from 2.87 to 4.9 (32). Before the emergence of COVID-19, Middle East Respiratory Syndrome-coronavirus (MERS-CoV) was the major concern in 2012 (33), though it was successfully controlled in Saudi Arabia. In response to the growing public health threat posed by COVID-19, the Saudi government adopted some unprecedented measures related to awareness and prevention in order to control COVID-19 transmission in the country. These measures included the closure of schools, universities, public transportation, and all public places as well as the isolation and care for infected and suspected cases (34). On March 9, 2020, government authorities announced the lockdown of the whole country and released advice for Saudi nationals and residents present inside or outside of country to stay at home and maintain social distancing. Moreover, the Saudi government decided to suspend congregational prayers across all mosques in the kingdom, including the two holy mosques in Makkah and Madinah (35).

The fight against COVID-19 continues globally, and to guarantee success, people’s adherence to preventive measures is essential. It is mostly affected by their awareness and preparedness toward COVID-19. Knowledge and attitudes toward infectious diseases are often

Awareness and Preparedness of **COVID-19** Outbreak Among Healthcare Workers and Other Residents of South-West Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey

Rina Tripathi¹, Saad S. Alqahtani¹, Ahmed A. Albarraq¹, Abdulkarim M. Meraya¹, Pankaj Tripathi^{2*}, David Banji¹, Saeed Alshahrani², Waquar Ahsan³ and Fatimah M. Alnakhli¹

1- Department of Clinical Pharmacy, Pharmacy Practice Research Unit (PPRU), College of Pharmacy, Jazan University, Jazan, Saudi Arabia

2- Department of Pharmacology, College of Pharmacy, Jazan University, Jazan, Saudi Arabia

3- Department of Pharmaceutical Chemistry, College of Pharmacy, Jazan University, Jazan, Saudi Arabia



Background: Coronavirus disease-2019 (COVID-19) was declared a “pandemic” by the World Health Organization (WHO) in early March 2020. Globally, extraordinary measures are being adopted to combat the formidable spread of the ongoing outbreak. Under such conditions, people’s adherence to preventive measures is greatly affected by their awareness of the disease.

Aim: This study was aimed to assess the level of awareness and preparedness to fight against COVID-19 among the healthcare workers (HCWs) and other residents of the South-West Saudi Arabia.

Methods: A community-based, cross-sectional survey was conducted using a self-developed structured questionnaire that was randomly distributed online among HCWs and other residents (age ≥ 12 years) of South-West Saudi Arabia for feedback. The collected data were analyzed using Stata 15 statistical software.

Results: Among 1,000 participants, 36.7% were HCWs, 53.9% were female, and 44.1% were aged ≥ 30 years. Majority of respondents showed awareness of COVID-19 (98.7%) as a deadly, contagious, and life-threatening disease (99.6%) that is transmitted through human-to-human contact (97.7%). They were familiar with the associated symptoms and common causes of COVID-19. Health organizations were chosen as the most reliable source of information by majority of the participants (89.6%). Hand hygiene (92.7%) and social distancing (92.3%) were the most common preventive measures taken by respondents that were followed by avoiding traveling (86.9%) to an infected area or country and wearing face masks (86.5%). Significant proportions of HCWs ($P < 0.05$) and more educated participants ($P < 0.05$) showed considerable knowledge of the disease, and all respondents displayed good preparedness for the prevention and control of COVID-19. Age, gender, and area were non-significant predictors of COVID-19 awareness.

فرم درخواست اشتراک

لطفاً تمامی اطلاعات در خواستی را صحیح و با دقت وارد نمایید.

مشخصات مشترک

نام و نام خانوادگی متقاضی سمت/شغل نام سازمان /شرکت
 زمینه فعالیت نشانی
 کد پستی (ده رقمی) صندوق پستی تلفن همراه
 شماره پست الکترونیکی Email: آدرس الکترونیکی
 www:

مدت و هزینه اشتراک

درخواست اشتراک از شماره ی تا شماره ی تعداد نسخه

هزینه اشتراک

- اشتراک یکساله تهران ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال
 - اشتراک یکساله شهرستان ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال

نحوه واریز هزینه‌های اشتراک

- کلیه مشترکین می‌بایست وجه اشتراک خود را به شماره حساب ۴۹۹۵۸۸۹۹۲۰ بانک ملت یا شماره کارت ۶۱۰۴-۶۷۰۹-۳۳۷۹-۲۸۲۴ به نام آقای غلامرضا چهراری واریز نمایند و از طریق پست و یا نامبر به شماره ۶۶۳۸۴۶۰۶ فیش واریزی را به امور مشترکین ماهنامه ارسال نمایند و تاریخ واریز را در قسمت مربوط به فرم اشتراک مرقوم فرمایند. بدیهی است به سفارشات که در آن شماره فیش واریزی درج نشده باشد و یا اصل فیش یا نامبر آن به امور مشترکین ماهنامه نرسیده باشد، ترتیب اثر داده نخواهد شد.

- شما می‌توانید از طریق کد پیگیری که پس از ثبت به شما داده می‌شود، در صورت ارسال نشدن ماهنامه حداقل پس از ۱۰ روز کاری با دفتر نوید ایمنی و بهداشت کار تماس حاصل فرمایید.
 - ارسال از طریق پست صورت می‌گیرد، لذا ممکن است با چند روز تأخیر به دست مشترک برسد.

دعوت به همکاری از مؤلفان و نویسندگان و صاحب‌نظران

ماهانمه «نوید ایمنی و بهداشت کار» از شما عزیزان و خوانندگان محترم، اساتید و... دعوت به همکاری می‌نماید. شما عزیزان می‌توانید مقالات، مطالب، مباحث علمی و خبری خود (کلیه مباحث HSE) را به سایت مجله ارسال کنید تا با نام خودتان در مجله چاپ شود. نویسندگان و مترجمان محترم (سایر افراد) می‌توانند آثار خود را به دفتر مجله ارسال دارند تا برای چاپ در نشریه مورد بررسی قرار گیرد. بدیهی است که مقالاتی که تألیفی باشند نسبت به مقالات اقتباسی و مقالات ترجمه دارای اولویت انتخاب خواهند بود. در ارسال مطالب رعایت نکات زیر ضروری است:

۱. ارسال فایل Word مقاله به دفتر مجله الزامی است.
۲. متن فارسی مقالات حداکثر در ۱۰ صفحه با قلم B Nazanin ۱۴ و متن لاتین با قلم Time New Roman تایپ شود.
۳. درج کامل نام و نام خانوادگی مولف، پدیدآورنده، مترجم و... میزان تحصیلات و رشته تحصیلی، سمت اجرایی، نشانی و تلفن تماس.
۴. ارسال متن اصلی مطالب ترجمه شده.
۵. ارسال عکس‌های مرتبط با مقاله و جدا از متن و به صورت jpg و با رزولوشن ۳۰۰ dpi بوده و در صورت استفاده از نمودار می‌بایست نمودار نیز به صورت jpg باشد.
۶. ارسال عکس نویسنده.

ویژگی مقالات

این مجله از مطالب و مقالات علمی-پژوهشی-کاربردی-آموزشی جهت استفاده بهره می‌گیرد و هیأت تحریریه کلیه مقالات ارائه شده به مجله نوید ایمنی و بهداشت کار را مورد ارزیابی قرار خواهد داد که در صورت تأیید و پس از ویرایش به چاپ خواهد رسید. مسئولیت علمی مقاله به عهده نویسنده است و چاپ آن، الزاماً به معنی تأیید دیدگاه نویسنده یا نویسندگان مقاله نیست. مجله در ویرایش فنی و ادبی مقالات آزاد است. مطالب ارسالی نیز مسترد نخواهد شد.

مشخصات فردی

اینجانب شغل دارای تحصیلات از دانشگاه
 آمادگی خود را برای همکاری با ماهنامه «نوید ایمنی و بهداشت کار» اعلام می‌دارم.
 نشانی: تهران، خیابان خوش، نیش بوستان سعدی، پلاک ۶۶۶ طبقه ۴، واحد ۵.
 تلفن‌های تماس: ۰۲۱-۶۶۳۸۴۶۲۸-۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶-۶۶۳۸۴۶۰۶