نیازهای بهداشتی قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی در ایران

دکتر ابراهیم حاجیانی
استادیار جامعه‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد
دکتر سلیمان پاک‌سرشت
استادیار جامعه‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه بوعلی‌سینا

گلجام
فصلنامه
علمی پژوهشی
انجمن علمی
فرش ایران
شماره هشت
پاییز ۱۳۸۶
۴۳

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی نیازهای بهداشتی جامعه قالی‌بافان کشور و ارائه الگوی مناسب رفع آن‌ها با استفاده از راهبرد نیازسنجی بهداشتی است. جامعه آماری این بررسی، قالی‌بافان تمام‌وقت کشور بوده که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۱۶۸۸ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در استان‌های آذربایجان شرقی، فارس، کرمان، مرکزی، کردستان، گلستان، مازندران و خراسان انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفته است. یافته‌های این بررسی حاکی از آن است آگاهی قالی‌بافان در مورد شرایط ابزار کار مطلوب نیست. به‌علاوه غالب ابزارهای کار و کارگاه‌های قالی‌بافی فاقد استانداردهای لازم بهداشتی است. از حیث بهداشت فردی و عمومی، قالی‌بافان وضعیت مطلوبی نداشته و غالباً به عوارض ناشی از کار قالی‌بافی در شرایط نامناسب مبتلا شده‌اند. بهبود وضعیت بهداشتی کارگاه‌های قالی‌بافی و ارتقای سلامت قالی‌بافان مستلزم توجه جدی و اقدامات هماهنگ نهادهای ذیربط در زمینه حمایت‌های قانونی و بیمه‌ای و توسعه آموزش‌های کاربردی است.

واژه‌های کلیدی: نیاز بهداشتی، نیازسنجی بهداشتی، قالی‌بافی، کارگاه قالی‌بافی، بهداشت فردی، عادات بهداشتی، برخورداری بهداشتی، بهداشت محیط کارگاه، بیماری‌های شغلی، بهداشت کار، ارگونومی.

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

۱. طرح مسئله

موضوع اصلی یا به تعبیر بهتر مسئله این تحقیق، سنجش نیازهای بهداشتی قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی است. قالی‌بافی یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین فعالیت‌های صنعتی خانوادگی در ایران بوده و منبع اصلی درآمد حدود ۱/۸ میلیون نفر از روستاییان، به‌ویژه زنان و دختران به شمار می‌رود. در واقع صنعت امروز فرش دستباف با همه ویژگی‌ها، امتیازات و کاستی‌ها، حاصل دهه‌ها تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری، فعالیت‌ها و اقدامات سازمان‌های اجرایی متولی آن و نیز تجربه نسل‌های متعدد قالی‌بافان در ترکیب بهینه انگیزه‌های مادی خود و شرایط فعالیت در این صنعت و همچنین تعامل این صنعت به عنوان بخشی از نظام اقتصادی با نظام‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی است.

برخورداری از سلامتی مطابق اصول بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جزو حقوق اساسی همه ایرانیان به‌شمار می‌رود. این دو اصل برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را جزو حقوق مردم و تأمین برابر و کامل نیازهای بهداشتی و درمانی را از وظایف دولت برمی‌شمرند. هر چند میزان تحقق این اصول در خصوص همه اقشار جامعه جای بحث و ارزیابی دارد، اما وضعیت جامعه آماری مورد مطالعه ما یعنی قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی از این نظر قابل توجه و تأمل است. بر پایه نتایج طرح بقا یا بهسازی و بهداشتی کردن کارگاه‌های قالی‌بافی از تعداد ۱۴۹۶۹۸ نفر قالی‌باف که در این طرح تحت معاینه قرار گرفتند، تعداد ۵۰۳۶۸ نفر یعنی ۳۴ درصد به نوعی بیماری یا ناراحتی شغلی مبتلا بوده‌اند، و تنها ۱۹ درصد از بیماران توانسته‌اند مراحل درمانی را تا به انتها طی نمایند (وکیل فرجی، ۱۳۸۲). با توجه به اینکه تعداد قالی‌بافان معاینه شده تنها ۲۳ درصد کل افرادی است که بر پایه آمارگیری سال ۱۳۷۵ به‌طور تمام‌وقت به قالی‌بافی اشتغال داشته‌اند و تعداد آنها در کل کشور ۶۵۴۸۵۶ نفر اعلام شده است و همچنین از آنجا که ۸۱ درصد از کسانی که می‌بایست تحت درمان قرار می‌گرفتند موفق به اتمام دوره درمان نشده‌اند، گستردگی و عمق مسئله بیشتر روشن می‌شود. چنانچه درصد قالی‌بافانی را که در این طرح نیاز آن‌ها به درمان تشخیص داده شد با اندکی تسامح به کل جمعیت قالی‌بافان تمام‌وقت تعمیم دهیم، مشخص می‌شود که در حدود ۱۹۲۰۰۰ نفر آنان به نوعی بیماری یا ناراحتی شغلی مبتلا هستند. قطعاً اگر نیازهای بهداشتی قالی‌بافان را مطابق روال معمول این‌گونه بررسی‌ها صرفاً از نگاه بهداشت شغلی ننگریم و سلامت عمومی و روحی و روانی را نیز به آن بیفزاییم، شمار نیازمندان بهداشتی چندین برابر خواهد شد. براساس بخش دیگری از نتایج این طرح، از مجموع ۲۶۰۹۵۸ واحد کارگاه قالی‌بافی تحت پوشش این طرح، تعداد ۱۷۸۷۴۵ واحد فاقد شرایط بهداشتی لازم بوده و به تعبیر بهتر در حدود ۶۸ درصد از کارگاه‌های شناسایی شده دارای نواقص بهداشتی جدی و نیازمند بهسازی بوده‌اند (وکیل فرجی، ۱۳۸۲).

مطالعه حاضر با هدف بررسی نیازهای بهداشتی قالی‌بافان و به‌طور خاص به منظور: ۱) شناسایی وضعیت موجود بهداشتی قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی، ۲) تعیین نیازهای بهداشتی در سطح قالی‌بافان و کارگاه‌های

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

قالی‌بافی، و ۳) شناسایی میزان آگاهی قالی‌بافان از نیازهای بهداشت حرفه‌ای و شناخت و ارائه راهکارهای ارتقای وضعیت بهداشتی کارگاه‌های قالی‌بافی صورت گرفته است.

۲. مرور مطالعات پیشین

همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد در باب موضوع اصلی این نوشتار مطالعات زیادی صورت نگرفته است. همین مطالعات پراکنده و اندک نیز به‌دلیل اینکه در سطح یک استان یا گستره جغرافیایی محدود انجام گرفته و در همان‌جا نگهداری می‌شود، در بیشتر موارد قابل دسترسی نیست؛ و تلاش‌های محققان برای مطالعه مستقیم همه این اسناد موفقیت‌آمیز نبود. با وجود این، ذکر مشخصات و اهداف و نتایج تعدادی از آن‌ها فضای کلی حاکم بر مطالعه موضوع بهداشت قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی را روشن‌تر خواهد کرد.

در مطالعه‌ای که اشرف کاظمی تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای سرانجام حاملگی در زنان قالی‌باف و غیرقالی‌باف و در قالب پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد خود در دانشگاه تربیت مدرس در ۱۳۷۳ انجام داد، نتایج بدین قرار بود: زایمان قبل از ترم و نمایش غیرطبیعی و بروز پره‌اکلامپسی به‌طور معنی‌داری در گروه قالی‌باف بیش از گروه شاهد است. میانگین ساعت کار قالی‌بافی در طی حاملگی در افرادی که دچار LBW و زایمان قبل از ترم و نمایش غیرطبیعی شدند به‌طور معنی‌داری بیش از افرادی است که دچار این عوارض نشده‌اند. همچنین آزمون آماری نشان می‌دهد که بروز پره‌اکلامپسی و اینرسی به قالی‌بافی در طی سه ماهه سوم بارداری وابسته است.

محمد رضا مراثی در پایان‌نامه دوره کارشناسی‌ارشد رشته آمار حیاتی تحت عنوان بررسی میزان شیوع بیماریهای اسکلتی ناشی از قالی‌بافی بر حسب خصوصیات فردی و محیطی در شهرستان نجف آباد در سال ۱۳۷۲-۱۳۷۱ نشان داد که ۳۵/۵ درصد از افراد مورد مطالعه به درد شدید ستون فقرات، ۲۳/۸ درصد به درد استخوان پا، ساقها و مفاصل مبتلا بوده‌اند و وضعیت نور ۳۷ درصد از کارگاه‌های مطالعه شده نامناسب بوده است.

بر پایه نتایج حاصل از مطالعه‌ای که مرضیه رحمتی با عنوان بهداشت در کارگاه‌های قالی‌بافی در مرکز بهداشت شهرستان چناران و در سال ۱۳۷۶ بر روی ۲۴۰۰ واحد کارگاه قالی‌بافی روستایی انجام داد، ۲۵/۲ درصد قالی‌بافان به بیماریهای چشمی، ۱۹/۷ درصد به بیماریهای پوستی، ۸/۵ درصد به بیماریهای تنفسی قلبی و عصبی و ۲۴/۵ درصد به سایر بیماریها مبتلا بوده‌اند.

در بررسی دیگری که میرلوحی در مورد عوارض شغلی زنان قالی‌باف دوازده روستای اطراف شهرستان شهرضا در سال ۱۳۷۶ و به شیوه اسنادی و با استفاده از ۱۲۰۰ پرونده موجود در خانه‌های بهداشت صورت داد مشخص شد که به ترتیب عوارض تغییر شکل استخوان دست با ۹۱/۷ درصد، درد شدید تکرار شونده پایین ستون فقرات با ۶۶/۱ درصد، اختلال در دید با ۵۲/۹ درصد و سر درد و سرگیجه با ۴۸/۸ درصد دارای بیشترین فراوانی و شیوع در بین عوارض مختلف شغلی مشاهده شده بوده

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

است.

در ارزیابی کلی سابقه تحقیق موضوع در ایران باید گفت که مطالعات تجربی صورت گرفته عمدتاً در سطح محلی و استانی انجام گرفته‌و داده‌های حاصل از این بررسی‌ها از حیث تعمیم‌پذیری شدیداً با مشکل مواجه است. به‌علاوه تنوع موضوعی چندانی در مطالعات دیده نمی‌شود و غالباً موضوع، جهت‌گیری و نتایج مطالعات مشابه است. بخشی از این امر به دلیل چارچوب نظری مشترک این مطالعات یعنی رویکرد بهداشت حرفه‌ای است. البته این ویژگی از منظر کاربردی و با عنایت به ویژگی قبل قابل توجیه است اما از نگاه تحلیل کلان موضوع چندان فایده‌مند نیست.

این ویژگی‌ها سبب می‌شود که نتوانیم از وجود یک سابقه تحقیق راهنمایی‌کننده و هدایت‌گر در عرصه مطالعه نیازهای بهداشتی در صنعت قالی‌بافی سخن به میان آوریم. این در حالی است که انبوه عظیمی از مقالات و نوشته‌ها به طرح بایدها و نبایدها در این زمینه اکتفا کرده‌اند. مطالعه حاضر با عنایت به این ویژگی‌های سوابق تحقیق تجربی در این موضوع، در پی بررسی جامع نیازهای بهداشتی قالی‌بافان است.

■ ۳. روش تحقیق

در این مطالعه با در نظر گرفتن شرایط یاد شده از دو تکنیک نیازسنجی یعنی مشاهده و پیمایش استفاده گردیده است. واحد مشاهده در این پژوهش «فرد» و «کارگاه» است که مشتمل بر دو دسته از شاخص‌های متفاوت بوده و نحوه دستیابی به متغیرها در هر سطح متفاوت است. متغیرهای فردی از طریق معاینه، مشاهده و مصاحبه بررسی شده و متغیرهای محیطی کارگاه‌های قالی‌بافی را پرسشگران با مشاهده مستقیم، ثبت مشاهدات و نیز به‌کارگیری ابزارهای فنی، مورد سنجش قرار داده‌اند. جامعه آماری این طرح بافندگان قالی تمام‌وقت سال ۱۳۷۵ در کشور است که جمعیتی معادل ۶۴۵۸۶۵ نفر را شامل می‌شود. حجم نمونهٔ نمایا برای چنین جمعیتی مطابق فرمول کوکران و با سطح اطمینان ۹۸ درصد، ۱۶۸۸ نفر است که در استان‌های آذربایجان شرقی، کردستان، فارس، خراسان، کرمان، مرکزی، گلستان و مازندران مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

■ ۴. یافته‌های تحقیق

۴. ۱. سیمای کلی جمعیت نمونه

نتایج بررسی نیمرخ آماری جامعه‌قالی‌بافان کشور حاکی از آن است که یک قالی‌باف ایرانی، معمولاً زنی است با میانگین سنی ۳۱ سال، متأهل و دارای ۳ فرزند که کار قالی‌بافی را از سن ۱۲ سالگی شروع کرده و روزانه بیش از ۷ ساعت پشت‌دار قالی می‌نشیند. غیر از قالی‌بافی شغل درآمدزای دیگری ندارد و اظهار می‌کند از روی ناگزیری به این شغل روی آورده است.

۴. ۲. شرایط فعالیت

یافته‌های این بررسی حاوی نکات قابل توجهی در مورد شرایط و ویژگی‌های فعالیت است. کار قالی‌بافی بیشتر یک فعالیت خانوادگی است و معمولاً بیشتر از یک نفر از اعضای خانواده به این کار اشتغال دارند. ۸۳ درصد از

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

قالی‌بافان تنها منبع درآمد خود را کار قالی‌بافی ذکر کرده‌اند و ۴۳ درصد تمایل خود را به تغییر شغل اظهار داشته‌اند. ۶۴ درصد اظهار کرده‌اند که از روی ناچاری این شغل را انتخاب نموده‌اند، و اگر هم تعدادی از قالی‌بافان تمایلی به تغییر شغل از خود نشان نداده‌اند به دلیل رضایت از شغل قالی‌بافی نیست؛ بلکه به سبب عدم تصور وجود شغل دیگری غیر از قالی‌بافی در شرایط و جامعه محل زندگی خود و ای بسا نگرانی از این بابت بوده است که مبادا ابراز بی‌علاقگی به شغل قالی‌بافی آن‌ها را از اقدامات حمایتی دولت که همواره به امید آن نشسته‌اند، محروم سازد. با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد بیگانگی از کار در بین قالی‌بافان در سطح بالایی باشد. کار قالی‌بافی، یک فعالیت تکراری است که نیازمند مهارت چندانی نبوده و از طرف دیگر تقسیم کار در آن وجود ندارد و یک کار یدی محض به شمار می‌رود که ابزارها و فنون آن از قبل تعیین شده‌است، و از همه مهمتر درآمد حاصل از آن نه متناسب با فعالیت صورت گرفته است و نه متناسب با نیازهای فرد. بدیهی است این ویژگی‌ها می‌تواند کار قالی‌بافی را به یک شغل بیگانه‌کننده تبدیل کند که شاغلان آن در صورت مهیا شدن شرایط برای تغییر شغل کمترین درنگی نخواهند کرد و در چنین صورتی باید با یکی دیگر از مظاهر فرهنگ و تمدن اصیل ایرانی وداع کرد.

۴. ۳. بهداشت فردی قالی‌بافان

نتایج این بررسی نشان داد که میزان بروز عادات بهداشتی مطلوب در میان قالی‌بافان چندان رضایت‌بخش نیست. با وجود اهمیت حیاتی استراحت بین ساعات کار و ورزش به‌ویژه برای فعالیت‌های تکراری که مستلزم استقرار طولانی مدت شاغل در یک وضعیت جسمی است، ۴۸ درصد از قالی‌بافان اظهار کرده‌اند که اصلاً استراحت نمی‌کنند و ۸۶ درصد نیز گفته‌اند که اصلاً ورزش یا نرمش نمی‌کنند. ۱۳ درصد از قالی‌بافان مورد بررسی اظهار داشته‌اند که به‌طور مرتب و روزی سه بار مسواک می‌زنند که این درصد با میزان متوسط ملی حاصل از طرح بررسی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ (۱۴/۳ درصد) فاصله زیادی ندارد. ۲۱ درصد اشاره کرده‌اند که پیش از غذا، بعد رفتن به توالت دست‌های خود را می‌شویند و این درحالی است که مطابق نتایج طرح بررسی سلامت و بیماری، در شهرها ۸۳ درصد و در روستاها ۶۱/۴ درصد قبل از غذا و بعد از توالت اقدام به شستن دست‌های خود می‌کنند.

در نهایت و از همه مهم‌تر اینکه ۹۳ درصد از ماسک استفاده نمی‌کرده‌اند. گرد و غبار ناشی از عملیات قالی‌بافی و جارو کردن ضایعات باقی‌مانده در کف کارگاه، قالی‌بافان را به‌طور مستقیم در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی مانند سل، سیاه زخم ریوی و کزاز قرار می‌دهد. علاوه بر یافته‌های فوق، داده‌ها حاکی از آن است که تنها ۵/۲ درصد از قالی‌بافان سیگار می‌کشند این در حالی است که مطابق نتایج طرح بررسی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸، شاخص ملی برای استعمال سیگار ۱۱/۹ درصد بوده است و همانطورکه دیده می‌شود میزان استعمال دخانیات در بین قالی‌بافان کمتر از سایر اقشار جامعه است. همچنین ۷۵ درصد نیز در حین کار به

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

موسیقی یا رادیو گوش می‌دهند که این کار نقش زیادی در کاهش خستگی و افسردگی قالی‌بافان دارد. با توجه به یافته‌های این بخش مشخص می‌شود که لازم است در زمینه ضرورت استراحت کردن بین ساعات کار، ورزش و نرمش کردن، شستشوی دست‌ها و استفاده از ماسک به هنگام کار به قالی‌بافان آموزش‌های لازم ارائه شود. بر پایه شاخصی که میزان کلی بروز عادات بهداشتی را در قالی‌بافان می‌سنجید و از ترکیب متغیرهای فوق به‌دست آمده است، ۴۸ درصد از قالی‌بافان از حیث عادات بهداشتی مطلوب، در سطح متوسطی قرار داشته‌اند.

۴. ۴. برخورداری بهداشتی قالی‌بافان

نتایج حاصل از این بخش از مطالعه بیانگر آن است که ۶۵ درصد از قالی‌بافان به مراکز بهداشتی دسترسی آسان داشته‌اند و این درصد در مقایسه با درصد دسترسی به امکانات بهداشتی در سطح کشور و یا شهر و روستا پایین است. میزان دسترسی به مراکز بهداشتی برای کل کشور ۶/۹۱ درصد، برای روستاها ۹/۸۱ درصد و برای شهرها ۹/۹۶ درصد است. بنابراین می‌توان گفت که قالی‌بافی عمدتاً در مناطقی رایج است که از حیث دسترسی بهداشتی در وضعیت نامناسبی قرار دارد. طبق داده‌های این بررسی، از نظر آب آشامیدنی نیز حدود ۸۰ درصد از قالی‌بافان به آب آشامیدنی بهداشتی دسترسی دارند. این درصد در مقایسه با میزان دسترسی به آب آشامیدنی بهداشتی در کل کشور (۸/۸۹ درصد) نامناسب بوده ولی در مقایسه با همین شاخص ملی برای مناطق روستایی (۶/۷۶) در وضعیت مطلوبتری قرار دارد. همچنین ۸۵ درصد از قالی‌بافان در منزل خود دارای حمام بوده‌اند که این میزان دسترسی از میزان ملی آن که طبق نتایج طرح بررسی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ محاسبه شده است (۵/۷۵ درصد) ۱۰ درصد بیشتر است. البته نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت تعریف حمام از نگاه

گروه‌بندی امتیازات	درجه‌بندی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تراکمی
۰ – ۵	بسیار کم	۹۰	۵/۳	۵/٤	۵/٤
٦ – ۱۱	کم	۳۱۸	۱۸/۸	۱۹/۱	۲٤/۵
۱۲ – ۱۷	متوسط	۸۰٦	٤۷/۷	٤۸/٤	۷۲/۹
۱۸ – ۲۳	زیاد	۳۵۵	۲۱	۲۱/۳	۹٤/۲
۲٤ – ۳۰	بسیار زیاد	۹٦	۵/۷	۵/۸	۱۰۰
جمع کل		۱٦٦۵	۹۸/٦	۱۰۰	
محاسبه نشده		۲۳	۱/٤		
جمع کل		۱٦۸۸	۱۰۰		

جدول شماره۱: توزیع جمعیت نمونه مورد بررسی بر حسب شاخص رعایت بهداشت فردی

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

پاسخگویان است که طبیعتاً مصادیق فراوانی را در خود جای داده است و بدیهی است نمی‌توان همه آنها را حمام بهداشتی به شمار آورد.

اما در زمینه بیمه‌های تأمین اجتماعی و درمانی روستایی وضعیت رضایت‌بخش نیست. تنها ۱۰/۸ درصد تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی بوده و در حدود ۵۰ درصد نیز تحت پوشش بیمه درمانی روستایی بوده‌اند. فقدان پوشش بیمه‌ای مطلوب را باید یکی از معضلات جامعه قالی‌بافی تلقی کرد. به‌ویژه آنکه این امر بیانگر آن است که هنوز شغل قالی‌بافی به عنوان شغل اول و تمام‌وقت نزد نهادهای بیمه‌گذار و تصمیم‌گیر تلقی نمی‌شود.

در مورد برخورداری از وسایل رفاهی نیز وضعیت قالی‌بافان به مراتب از میزان ملی آن پایین‌تر است. به‌جز در مورد رادیو که درصد برخورداری از آن در بین جامعه قالی‌بافان مورد بررسی بسیار نزدیک به شاخص ملی است (به ترتیب ۷۹ درصد در مقابل ۸۰/۲ درصد)، در مورد سایر وسایل رفاهی همچون یخچال و تلویزیون، میزان برخورداری در بین قالی‌بافان از میزان برخورداری ملی این وسایل کمتر است (۶۲/۶ درصد برای قالی‌بافان مورد بررسی در مقابل ۹۱/۹ درصد برای میزان ملی برخورداری از یخچال و ۶۵/۶ درصد برای قالی‌بافان مورد بررسی در مقابل ۸۹/۴ درصد برای میزان ملی برخورداری از تلویزیون). در زمینه آموزش‌های بهداشتی ۵۶ درصد تاکنون به نوعی تحت آموزش بهداشتی مرتبط با کار قالی‌بافی قرار گرفته‌اند. از کارگاه ۵۲ درصد از آنها بازدید بهداشتی به‌عمل آمده است، اما تنها ۱۲/۲ درصد وام بهسازی دریافت کرده‌اند. به‌طور کلی مطابق شاخص برخورداری بهداشتی که بر پایه دسترسی‌ها و امکانات بهداشتی محاسبه شده است، ۴۱ درصد از قالی‌بافان مورد بررسی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند.

گروه‌بندی امتیازات	درجه بندی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تراکمی
۱-۰	بسیار کم	۹۰	۵/۳	۵/٤	۵/٤
۳-۲	کم	۵۹٤	۳۵/۲	۳۵/۷	٤۱/۱
۵-٤	زیاد	۷۲۳	٤۲/۸	٤۳/٤	۸٤/٦
۷-٦	بسیار زیاد	۲۵۷	۱۵/۲	۱۵/٤	۱۰۰
جمع کل		۱٦٦٤	۹۸/٦	۱۰۰	
محاسبه نشده		۲٤	۱/٤		
جمع کل		۱٦۸۸	۱۰۰		

جدول شماره ۲: توزیع جمعیت نمونه مورد بررسی بر حسب شاخص برخورداری بهداشتی

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

۴. ۵. آگاهی‌های بهداشتی قالی‌بافان

بررسی حاضر نشان می‌دهد که در بیشتر موارد آگاهی‌های قالی‌بافان در مورد شرایط بهداشتی کار قالی‌بافی، عوامل زیان‌آور و شیوه رفع آنها مناسب است. اما اطلاعات اندکی در مورد شرایط ابزار کار و ویژگی‌های آن و نقش آن در تأمین سلامت جسمی دارند.

۴. ۶. ویژگی‌های کارگاه قالی‌بافی

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که از حیث ویژگی‌های عمومی کارگاه قالی‌بافی، میانگین عمر بنای کارگاه‌ها ۱۵ سال است که بیانگر کلنگی بودن بناهای مورد استفاده برای کار قالی‌بافی است. به‌طور متوسط از ۱۰ سال قبل، از بنای کارگاه‌ها برای کار قالی‌بافی استفاده می‌شده است. تفاضل میانگین عمر بنا و میانگین استفاده از آن برای کار قالی‌بافی بیانگر این نکته است که بناهای مورد استفاده عموماً برای استفاده به‌عنوان کارگاه قالی‌بافی ساخته نشده‌اند. بررسی‌های بیشتر نشان می‌دهد که در ۴۸ درصد از کارگاه‌ها، عمر بنا و مدت استفاده برای کارگاه قالی‌بافی یکسان است که البته این به آن معنی نیست که ۴۸ درصد از بناهای مورد استفاده برای کار قالی‌بافی از ابتدا برای این هدف ساخته شده شده‌اند. داده‌ها نشان می‌دهند که از این ۴۸ درصد تنها ۳۲/۵ درصد از ابتدا تنها برای کار قالی‌بافی مورد استفاده قرار گرفته‌اند و به تعبیر دیگر تنها ۱۵ درصد از کارگاه‌های قالی‌بافی مورد مطالعه از ابتدا به قصد کارگاه قالی‌بافی ساخته شده و در آن‌ها غیر از قالی‌بافی، کار دیگری صورت نمی‌گیرد. بدیهی است برخی از نیازهای بهداشتی اساسی کارگاه قالی‌بافی تنها هنگامی به‌طور کامل مرتفع می‌شود که در هنگام ساخت بنا مورد توجه قرار گیرد. از آن جمله می‌توان به جهت جغرافیایی، محل استقرار بنا و مصالح بکار رفته و میزان رطوبت اشاره کرد. بنابراین دست کم جدا کردن محل سکونت از کارگاه می‌تواند برخی از مسایل بهداشتی کارگاه‌های کنونی را مرتفع سازد.

مروری بر نتایج دیگر این بخش نشان می‌دهد که کارگاه‌ها مساحت مناسبی برای کار قالی‌بافی ندارند، که با توجه به اینکه تنها ۱۵ درصد از کارگاه‌ها از ابتدا به قصد استفاده برای کار قالی‌بافی بنا شده‌اند این امر طبیعی است. به‌طور میانگین مساحت کارگاه‌ها نزدیک به ۱۲ متر مربع بوده است، اما با توجه به اینکه از اغلب این کارگاه‌ها استفاده‌های دیگری نیز می‌شود بنابراین نمی‌توان گفت کارگاه‌های مورد بررسی دارای مساحت و فضای مناسب برای کار قالی‌بافی بوده‌اند. ۴۹ درصد از کارگاه‌های مورد مطالعه سقف چوبی داشته‌اند که به هیچ وجه برای یک کارگاه قالی‌بافی مناسب نیست. این درصد برای کارگاه‌هایی که ساختمان آنها از ابتدا به قصد کار قالی‌بافی بنا شده نیز تفاوتی نمی‌کند و در حدود ۵۴ درصد از این کارگاه‌ها نیز سقف چوبی دارند. بنابراین وضعیت بهداشتی کارگاه‌ها از نظر مساحت و سقف مطلوب نیست.

در ۵۳ درصد از کارگاه‌های قالی‌بافی، از دارهای افقی استفاده می‌شده است که بسیار غیربهداشتی بوده و نقش چشمگیری در بروز ناراحتی‌های اسکلتی و عضلانی در

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

قالی‌بافان دارد؛ و یا از دارهای تکیه داده بر دیوار استفاده شده که با وجود برخی امتیازات در مقایسه با دار افقی، فاقد ویژگی‌های مطلوب از حیث استحکام و راحتی قالی‌باف است. در ۳۳ درصد از موارد مشاهده شده، دار قالی از حیث نور، هوا و دسترسی در وضعیت مناسبی نبوده است. از نظر استحکام دار قالی، ۸۵ درصد مناسب ارزیابی شده‌اند. با توجه به این یافته‌ها مهمترین معضل در زمینه دار قالی، استفاده نکردن از دارهای عمودی و مستقر نبودن دار قالی در محل مناسب در کارگاه است.

بر پایه نتایج حاصل از بررسی ابزار کار قالی‌بافی، ۱۵/۳ درصد از ابزارهای مشاهده شده دارای دسته معیوب بوده و ۲/۱۱ درصد نیز از حیث ویژگی کاربردی ابزار، نامناسب ارزیابی شده‌اند. مواردی چون دسته‌های شکسته، دارای زائده و تغییر شکل جزو عیوب ابزار کار محسوب شده، و در مواردی که ابزار کار فاقد ویژگی خاص خود مانند تیزی و برندگی، صاف بودن و غیره بوده نیز از حیث سالم بودن نامناسب ارزیابی شده است.

با توجه به یافته‌های فوق، وضعیت بهداشتی محل نشستن قالی‌بافان مطلوب نیست. در مورد ۴۲ درصد از قالی‌بافان، تناسبی بین اندازه صندلی و قالی‌باف وجود نداشته است. در ۴۶ درصد از مشاهدات، محل نشستن قالی‌باف مفروش و در ۵۷ درصد نرم و راحت نبوده است. در مورد ۲۹ درصد از قالی‌بافان به هنگام نشستن، پاها آویزان بوده و محل نشستن حدود ۸۸ درصد از قالی‌بافان مورد مطالعه فاقد تکیه‌گاه بوده است؛ و دست آخر اینکه استحکام محل نشستن ۵۲ درصد نیز نامناسب ارزیابی شده است.

یافته‌ها در مورد بهداشت محیط کارگاه حاکی از آن است که نظافت فضای کارگاه‌های مورد بررسی رضایت‌بخش نیست. ۴۹ درصد از کارگاه‌های مورد بررسی فاقد کف قابل شستشو بوده‌اند و وضعیت نظافت ۲۵ درصد نامناسب ارزیابی شده است. از حیث تهویه هوا نیز یافته‌ها حاکی از آن است که در ۸۱ درصد از کارگاه‌ها سیستم تهویه مناسب طبیعی یا مصنوعی وجود ندارد. از نظر سیستم گرمایشی و سرمایشی وضعیت اندکی بهتر از موارد فوق است. تنها ۲۰ درصد از کارگاه‌های مورد بررسی فاقد وسیله گرم‌کننده مناسب و ۳۷ درصد فاقد وسیله خنک‌کننده مناسب بوده‌اند. کارگاه‌های قالی‌بافی از جمله مکان‌هایی هستند که به دلیل وجود مواد آتش‌زا مانند پشم و چوب، احتمال آتش‌سوزی در آنها بسیار بالاست. با وجود این، تنها در ۲ درصد از کارگاه‌های مورد مطالعه کپسول آتش‌نشانی وجود داشته و در ضمن، ۹۴ درصد آنها فاقد جعبه کمک‌های اولیه بوده‌اند.

در زمینه روشنایی کارگاه‌ها در روز، وضعیت اندکی بهتر از نور و روشنایی در شب است. به‌طور متوسط در طول روز ۳ ساعت نور آفتاب به داخل کارگاه‌های مورد مطالعه می‌تابد و وضعیت نور و روشنایی ۷۲ درصد مناسب ارزیابی شده است. اما در مورد روشنایی در شب که باید از منبع مصنوعی تأمین شود، وضعیت روشنایی ۵۲ درصد مناسب ارزیابی شده است و تنها در ۴۰ درصد از کارگاه‌ها لامپ‌ها در موقعیت مناسبی نسبت به قالی‌باف و دار قالی نصب شده‌اند. لازم به ذکر است که تشخیص کفایت نور به آسانی امکان‌پذیر نیست و مستلزم استفاده از وسایل و تجهیزاتی است که تأمین

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

آن‌ها در این پروژه میسر نشد. بنابراین برای تخمین دقیق میزان نور در کارگاه‌ها باید به بررسی دقیق‌تر میزان و علل بروز عوارض چشمی توجه کرد. بر پایه ارزیابی کلی از وضعیت بهداشتی کارگاه‌های قالی‌بافی که به مدد شاخص ترکیبی از متغیرهای فوق ممکن می‌شود، وضعیت بهداشتی ۳۰ درصد از کارگاه‌های مورد مطالعه در حد نامطلوب و ۳۴ درصد نیز در حد متوسط قرار داشته است. این بدان معنی است که در بیش از ۶۰ درصد از کارگاه‌های مورد مطالعه، انجام اقداماتی به منظور ارتقای وضعیت بهداشتی کارگاه لازم و ضروری بوده است.

۴. ۷. عوارض و بیماری‌های شغلی

در زمینه سلامتی عمومی شاخص تناسب وزن تنها در مورد ۲۱ درصد افراد مناسب ارزیابی شده است. سردرد با میزان شیوع ۳۶ درصد، سرگیجه، درد مداوم گردن و گرفتگی عضلات گردن با میزان بروز در ۳۰ درصد از قالی‌بافان شایع‌ترین عوارض سر و گردن محسوب می‌شود، که به مراتب از میزان شیوع آن در کل کشور بالاتر است. به عنوان مثال در حالی که به‌طور متوسط در حدود ۷/۷ درصد از ایرانیان دچار درد مداوم گردن هستند این درصد در بین قالی‌بافان بیش از چهار برابر یعنی ۳۰ درصد است. سوزش مداوم چشم با میزان شیوع ۳۷ درصد و کاهش بینایی با میزان بروز ۳۴ درصد (در مقابل میزان شیوع ۲۴/۵ درصدی آن برای کشور) و بروز دوبینی در ۱۵ درصد افراد از جمله مهم‌ترین و شایع‌ترین عوارض چشمی در بین قالی‌بافان محسوب می‌شود. همچنین ۱۷/۹ درصد از قالی‌بافان به قرمزی چشم مبتلا بوده‌اند که نسبت به میزان شیوع آن برای کل کشور (۶/۳درصد) بسیار بالاست. در حالی‌که در کل کشور تنها ۱۲/۳ درصد افراد از عینک استفاده می‌کنند، این درصد برای قالی‌بافان به ۱۸/۳ درصد بالغ می‌شود. همانگونه که

گروه‌بندی امتیازات	درجه بندی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تراکمی
۰ – ۲	بسیار کم	۱۰۶	٦/۳	۷/۷	۷/۷
۳ – ۵	کم	۳۱۰	۱۸/٤	۲۲/۵	۳۰/۱
٦ – ۸	متوسط	٤٦۹	۲۷/۸	۳٤	٦٤/۱
۹ – ۱۱	زیاد	۳۷۷	۲۲/۳	۲۷/۳	۹۱/٤
۱۲ – ۱٤	بسیار زیاد	۱۱۸	۷	۸/٦	۱۰۰
جمع کل		۱۳۸۰	۸۱/۸	۱۰۰	
محاسبه نشده		۳۰۸	۱۸/۲		
جمع کل		۱٦۸۸	۱۰۰		

جدول شماره ۳: توزیع جمعیت نمونه مورد بررسی بر حسب شاخص بهداشتی بودن کارگاه

گلجام
فصلنامه علمی پژوهشی انجمن علمی فرش ایران
شماره هشت
پاییز ۱۳۸٦

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

قبلاً نیز اشاره شد عوارض چشم و بینایی عمدتاً به دلیل نامناسب بودن شرایط نور و روشنایی در کارگاه، استراحت و ورزش نکردن و استفاده از دارهای افقی بروز پیدا می‌کند.

احساس وزوز گوش با میزان بروز در ۱۶ درصد و بوی بد دهان با میزان شیوع در ۱۲ درصد از قالی‌بافان مورد مطالعه، از جمله ناراحتی‌های شایع گوش، دهان و حلق قالی‌بافان محسوب می‌شود. همچنین در حالی‌که در کشور ۶/۸ درصد از افراد دچار کاهش شنوایی هستند، این درصد در بین قالی‌بافان ۱۰/۴ درصد است و نیز در مقابل شاخص ملی ۲/۷ درصدی شیوع ترشح چرکی گوش، ۶/۴ درصد از قالی‌بافان به ترشح چرکی گوش مبتلا بوده‌اند. تنگی نفس با بروز در ۲۲ درصد و سرفه مزمن با بروز در ۱۱/۳ درصد از این افراد، دو مورد از عوارض و بیماری‌های شایع قفسه سینه و شکم قالی‌بافان محسوب می‌گردد. درصد شیوع این دو ناراحتی در بین قالی‌بافان بسیار بیشتر از شیوع آن‌ها در کل افراد جامعه است. مطابق نتایج حاصل از طرح بررسی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸، ۱/۸ درصد از افراد مورد بررسی به سرفه مزمن و ۱/۶ درصد به تنگی تنفس هنگام راه رفتن مبتلا بوده‌اند و مشاهده می‌شود که فاصله زیادی بین میزان شیوع این دو بیماری در جامعه قالی‌بافان و کل کشور وجود دارد.

درد کمر با بروز در ۴۹ درصد، درد مفاصل بزرگ با بروز در ۳۳ درصد، درد مفاصل کوچک با بروز در ۲۷ درصد و محدودیت حرکات کمر با بروز در ۲۲ درصد افراد، شایع‌ترین عوارض اسکلتی و عضلانی اندام فوقانی قالی‌بافان مورد مطالعه بوده است. داده‌های موجود نشان می‌دهد که میزان شیوع درد مفاصل بزرگ در کشور، ۱۵/۳ درصد، درد مفاصل کوچک ۵/۵ درصد و درد پشت یا کمر ۱۷/۹ درصد بوده است. بنابراین همانگونه که مشاهده می‌شود قالی‌بافان بسیار بیشتر از افراد معمولی به این‌گونه عوارض دچار می‌شوند. درد مفاصل بزرگ اندام تحتانی با بروز در ۲۸ درصد از قالی‌بافان، محدودیت حرکات مفاصل بزرگ با بروز در ۱۵/۲ درصد، تغییر شکل استخوان پا، ساق‌ها و ران‌ها با بروز در ۱۰/۲ درصد، واریس با بروز در ۷/۳ درصد و درد لگن با بروز در ۱۰/۱ درصد این افراد از جمله مهم‌ترین عوارض اندام تحتانی به شمار می‌رود که میزان شیوع آن‌ها قابل توجه است. به عنوان مثال در حالی‌که طبق بررسی‌ها، در کشور ۳/۶ درصد افراد به واریس و ۴/۱ درصد به درد لگن مبتلا هستند، در بین قالی‌بافان میزان ابتلا به دو ناراحتی فوق به ترتیب ۷/۳ درصد و ۱۰/۱ درصد است که تقریباً در هر دو مورد بیش از دو برابر شاخص ملی است.

بررسی میزان ابتلا به عوارض پوستی در قالی‌بافان مورد مطالعه نشان داد که ۱۰/۵ درصد به اگزمای شدید پوست، ۵/۲ درصد به وجود توده پوستی و ۱۷/۷ درصد به آلرژی دچار هستند. میزان ابتلا به این عوارض در کشور به ترتیب ۳/۸ درصد، ۱/۶ درصد و ۹/۴ درصد می‌باشد که در مقایسه با درصد ابتلا در قالی‌بافان پایین‌تر است. یکی دیگر از موارد شایع مربوط به احساس زودرنجی و کج خلقی بود که در ۴۶ درصد از قالی بافان مشاهده شد. ۲۷ درصد از زنان متأهل قالی‌باف سابقه سقط جنین دارند.

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

۱۳/۷ درصد دست کم یک بار تجربه سزارین و ۱۲/۳ درصد تجربه مرده‌زایی داشته‌اند. از حیث میزان بروز عوارض و بیماری‌ها و ناراحتی‌های مورد مطالعه به ترتیب درد کمر، احساس زودرنجی و کج‌خلقی، سوزش مداوم چشم، سردرد مزمن، کاهش بینایی، درد مفاصل بزرگ اندام فوقانی، سوزش معده، گرفتگی عضلات گردن، سرگیجه مزمن، درد مداوم گردن، درد مفاصل بزرگ اندام تحتانی، درد مفاصل کوچک اندام فوقانی و تنگی نفس بیشترین میزان بروز را داشته است.

■ ۵. نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های بررسی حاضر و نیازهای بهداشتی قالی‌بافان در زمینه سلامت عمومی، وضعیت بهداشتی کارگاه و ابزار کار قالی‌بافی، اقدامات زیر می‌تواند سهم مهمی در ارتقای وضعیت بهداشتی کارگاه‌ها و سلامت قالی‌بافان داشته باشد:

- لازم است به قالی‌بافان در مورد آسیب‌های جسمی و ماندگار کار کودکان آموزش کافی داده شود و از طرف دیگر سازمان‌ها و نهادهایی که به جامعه قالی‌بافان خدمات حمایتی ارائه می‌کنند، مکلف به ارائه خدمات به قالی‌بافانی شوند که سن آن‌ها بالاتر از سن قانونی کار باشد. مدت زمان اشتغال به کار قالی‌بافی نیز تعیین و تعریف شود و قالی‌بافان پس از طی این مدت عملاً از کار قالی‌بافی بازنشسته شده و از حقوق و مزایای مقتضی نیز برای تأمین نیازهایشان برخوردار گردند. این کار می‌تواند نقش مهمی در کاهش عوارض فیزیکی ناشی از استمرار در کار قالی‌بافی و به تبع آن هزینه‌های درمانی داشته باشد.

- تمهیدات و اقدامات لازم برای تعریف شغل قالی‌بافی به‌عنوان شغل اولِ آن دسته از قالی‌بافانی که به‌طور تمام‌وقت و در تمام فصول سال به این کار اشتغال دارند، صورت پذیرد. این امر منجر به افزایش خدمات حمایتی و بیمه‌ای نهادهای ذیربط خواهد شد که تنها با توسل به فقدان چنین تعریفی از شغل قالی‌بافی، خود را از ارائه خدمات به قالی‌بافان معاف کرده‌اند. برای جلوگیری از گسترش بیگانگی از کار در بین قالی‌بافان، علاوه بر بررسی‌های بیشتر بر روی عوامل مؤثر بر آن، لازم است اقدامات ترویجی و فرهنگی لازم برای ارتقای جایگاه قالی و قالی‌باف از هر حیث صورت پذیرد. تولید و پخش برنامه‌های سمعی و بصری که جایگاه قالی و قالی‌باف را در فرهنگ و اقتصاد کشور نشان می‌دهد، نقش زیادی در کاهش این احساس بیگانگی از کار خواهد داشت.

- باید اقداماتی در زمینه آموزش ضرورت‌ها و شیوه‌های درست استراحت کردن در بین ساعات کار و انجام حرکات کششی و نرمشی مناسب قبل و بعد از کار قالی‌بافی، رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از ماسک با بهره‌گرفتن از پوسترها یا سایر ابزارهای مناسب صورت گیرد.

- هر چند پوشش طرح بقا هنوز رضایت‌بخش نیست و اکثریت جامعه قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی از خدمات آن محرومند با این حال داده‌های این بررسی توفیق طرح بقا را در ارتقای سلامتی قالی‌بافان با توجه به دو شاخص مورد استفاده جهت بررسی عملکرد این طرح نشان می‌دهد. بنابراین لازم است مقدمات توسعه دامنه فعالیت و گستره پوشش این طرح در دستور کار نهادهای ذیربط قرار گیرد.

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

- در زمینه بهسازی کارگاه‌های قالی‌بافی لازم است مسائلی چون تفکیک مصارف و کاربری خاص مکان‌ها، ضرورت استفاده از دار قالی عمودی، محل استقرار دار قالی و شرایطی که باید از حیث نور در کارگاه و در مورد دار قالی فراهم باشد، شیوه نشستن و شرایط و ویژگی‌های صندلی قالی‌باف، مورد توجه قرار گیرد.

برپایه نتایج حاصل از این بررسی و اولویت‌بندی نیازهای بهداشتی قالی‌بافان و کارگاه‌های قالی‌بافی، یک الگوی مطلوب برای رفع نیازهای بهداشتی قالی‌بافان و مجموعه‌ای از اقدامات و فعالیت‌ها جهت تأمین این نیازها و در نتیجهٔ ارتقای سلامت قالی‌بافان و بهداشت کارگاه‌های قالی‌بافی به سازمان پیشنهادکننده طرح پژوهشی ارائه گردید.

■ ۶. فهرست منابع

۱) رحمتی، مرضیه (۱۳۷۶)، بهداشت در کارگاه‌های قالی‌بافی، مرکز بهداشت شهرستان چناران، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

۲) کاظمی، اشرف (۱۳۷۱)، بررسی مقایسه ای سرانجام حاملگی در زنان قالی‌باف و غیر قالی‌باف، به راهنمایی قدسیه سید علوی، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس.

۳) گزارش طرح سلامت و بیماری در ایران (۱۳۷۸)، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۴) مراثی، محمدرضا (۱۳۷۴)، بررسی میزان شیوع بیماریهای اسکلتی ناشی از قالی‌بافی بر حسب خصوصیات فردی و محیطی در شهرستان نجف آباد، پایان‌نامه اخذ درجه کارشناسی. دانشگاه اصفهان.

۵) مرندی، علیرضا و دیگران (۱۳۷۷)، سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهران، یونیسف.

۶) میرلوحی، مسیح (۱۳۷۶)، بررسی عوارض شغلی در زنان قالی‌باف، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]

[Downloaded from goljaam.icsa.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.20082738.1386.3.8.16.8]