



საქართველოს  
სახალხო დამცველი

პანდემიის გავლენა ჯანდაცვის სექტორში  
მომუშავე ქალების უფლებრივ მდგომარეობაზე

საქართველოს სახალხო დამცველი  
2021 წელი

ავტორი: ელენე ქაიხოსროშვილი

## სარჩევი

შესავალი	1
კვლევის მეთოდი და შეზღუდვები	3
ძირითადი მიგნებები	4
1. შრომითი ტვირთი და ანაზღაურება	6
1.1. ზოგადი მიმოხილვა	6
1.2. შრომითი ტვირთის ზრდა პანდემიის პირობებში	8
1.3 ანაზღაურებასთან დაკავშირებული საკითხები	11
2. შრომის უსაფრთხოება	13
2.1. თავდაცვის ხარისხიანი საშუალებებით უზრუნველყოფა	14
2.2. რეგულარული ტესტირება კორონავირუსზე	15
2.3. პანდემიის გავლენა ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე	16
2.4. სექსუალური შევიწროება დასაქმების ადგილას და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	18
3. პანდემიის გავლენა სოციალურ ცხოვრებაზე	21
4. რეკომენდაციები	23

## შესავალი

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი აქტიურად იკვლევს და აკვირდება კორონავირუსის პანდემიის გავლენას ადამიანის უფლებების დაცვაზე და მის სპეციფიკურ გავლენას სხვადასხვა ჯგუფებზე. მათ შორის, შეისწავლის ქალთა უფლებრივი მდგომარეობის თვალსაზრისით არსებულ ვითარებას.

პანდემიის დაწყების დღიდან, ადამიანის უფლებებზე მომუშავე საერთაშორისო ინსტიტუციები და ქალთა უფლებადამცველები აქტიურად საუბრობენ იმ გამოწვევებზე, რაც პანდემიის შედეგად ქალთა უფლებრივი მდგომარეობის და გენდერული თანასწორობის მიმართულებით შეიქმნა.<sup>1</sup> პანდემიამ ქალებზე არაპროპორციულად დიდი გავლენა იქონია. შეზღუდვების პირობებში, რასაც თან ახლდა იზოლაცია, ბევრი ქალი გახდა ოჯახში ძალადობის მსხვერპლი, ბევრი მათგანი ასევე აღმოჩნდა პირისპირ მოძალადესთან ერთად, დახმარების მიმართვისთვის საჭირო პირადი სივრცის გარეშე.<sup>2</sup> პანდემიის პირობებში, ასევე,

<sup>1</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3qZloai> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>2</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/38fQBNQ> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

წარმოიქმნა ბარიერები ქალებისთვის მნიშვნელოვან სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისებზე წვდომის კუთხით.<sup>3</sup> კორონავირუსის პანდემიის პერიოდში გაიზარდა ქალთა მიერ გაწეული ოჯახზე ზრუნვის აუნაზღაურებელი ტვირთი. ეს ჩამონათვალი, მხოლოდ მცირე ნაწილია იმ გენდერული გავლენებისა, რაც პანდემიამ ქალებზე იქონია.

მიმდინარე ვითარებაში ჯანდაცვის სექტორზე წამოსული სიმძიმის გამო, სექტორში დასაქმებული ქალები, ამ მხრივ, განსაკუთრებულად საყურადღებო ჯგუფია.

ჯანდაცვის სექტორში, ერთ-ერთ დაბალ საფეხურზე დასაქმებული პირების სრული უმრავლესობა, მსოფლიოს მასშტაბით, ქალია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ინფორმაციით, მსოფლიოში 28,5 მილიონი ექთნიდან, 24 მილიონი ქალია. ამავე ორგანიზაციის ცნობით, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ადამიანების 70 პროცენტს, მსოფლიოს მასშტაბით, ქალები შეადგენენ.<sup>4</sup>

ადამიანის უფლებების დაცვაზე მომუშავე საერთაშორისო ინსტიტუციები აქტიურად წერენ პანდემიის იმ გენდერულ გავლენებზე, რაც კონკრეტულად ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენელ ქალებზე იქონია (ან, შესაძლოა, იქონიოს). ამ მასალაზე დაყრდნობით, ხშირია ქალი ექიმების/ექთნების ინფიცირების შემთხვევები სამედიცინო თავდაცვის არასათანადო საშუალებების გამო. ასევე გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენელი ქალები მათი საცხოვრებელი ბინების მეპატრონეებმა გაასახლეს, რადგან ისინი ინფიცირების მომეტებული რისკის მატარებლებად აღიქვეს.<sup>5</sup> აქვე, აუცილებლად უნდა აღინიშნოს სხვადასხვა საერთაშორისო კვლევის მიგნებები, ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე პანდემიის გავლენასთან დაკავშირებით. საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალებში აქტიურად ვხვდებით სტატიებს, რომლებიც მომატებული სამუშაოსა და სტრესის ფონზე, ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე ქალების ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესებაზე და სუიციდის რისკებზე საუბრობენ.<sup>6</sup>

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში რეგიონულ დონეზე ჩატარებული ერთ-ერთი მცირემასშტაბიანი კვლევით დადასტურდა, რომ ჯანდაცვის და სხვა ესენციური სერვისების სფეროში მომუშავე ქალები ოჯახის წევრებმა დაავადების მომატებული რისკის მატარებლად აღიქვეს და აიძულეს, წასულიყვნენ სახლიდან ან მიეტოვებინათ სამსახური.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3gYMFfs> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>4</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულებზე: <https://bit.ly/3my6G7h>  
<https://bit.ly/310gcaz> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>5</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/37TLaWo> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>6</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3nFfGYY> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>7</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3r2OqG5> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

ზემოაღნიშნული მიგნებებისა და საერთაშორისო დონეზე აღიარებული რისკების გამო, საქართველოს სახალხო დამცველმა მნიშვნელოვნად მიიჩნია იმ საჭიროებების მოკვლევა, რომელთა წინაშეც, პანდემიის პირობებში, ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე ქალები აღმოჩნდნენ.

წინამდებარე კვლევის მიზანია, გამოკვეთოს ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე ქალების საჭიროებები და ის სისტემური პრობლემები, რაც მათ ექმნებათ როგორც დასაქმების ადგილას, ისე სოციალური ცხოვრების სხვა ასპექტებში. კვლევა ასევე ისახავს მიზნად, სავსე სამუშაოების შედეგად გამოვლენილი პრობლემების საფუძველზე, კონკრეტული რეკომენდაციები შეიმუშაოს პასუხისმგებელი უწყებებისადმი.

## კვლევის მეთოდი და მუხდუღვები

აღნიშნული საჭიროებების მოკვლევა წარმოადგენს მცირემასშტაბიან კვლევას, რომლის ფარგლებშიც, სატელეფონო წესით ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული 90 ქალი გამოიკითხა. გამოკითხვის ეს მეთოდი კვლევაში მონაწილე პირთა უსაფრთხოების დაცვის მიზნით შეირჩა.

აღსანიშნავია, რომ ინტერვიუების დიდი ნაწილი, თავდაპირველად 2020 წლის ზაფხული-შემოდგომაზე ჩატარდა, თუმცა, ე.წ. მეორე ტალღის და პაციენტების მატების ფონზე, გადაწყდა, დამატებით ინტერვიუების ჩატარება, რათა დამძიმებული სამუშაო პირობების ფონზე, მომხდარიყო ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ქალთა უფლებრივი მდგომარეობის შესწავლა.

გამოკვლევაში მონაწილეობის მსურველთა მოსაძიებლად გამოყენებულ იქნა ე.წ. თოვლის გუნდის მეთოდი.<sup>8</sup> რესპონდენტებს შორის იყვნენ როგორც ექთნები, ისე ექიმები. საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის წარმომადგენლები კვლევის ფარგლებში გაესაუბრნენ როგორც ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ იმ ქალებს, რომელთაც უშუალოდ ჰქონდათ შეხება კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან, ასევე, მათაც, ვისაც უშუალო შეხება არ ჰქონია ინფიცირებულებთან.

რესპონდენტებთან გასაუბრება მოხდა 2020 წლის აგვისტოსა და სექტემბრის თვეებში, ასევე, 2021 წლის თებერვალში. კვლევამ მოიცვა შემდეგი რეგიონები:

თბილისი, ქვემო ქართლი, შიდა ქართლი, იმერეთი, სამეგრელო, გურია, აჭარა და სვანეთი.

---

<sup>8</sup> ე.წ. თოვლის გუნდის მეთოდი კვლევის რესპონდენტთა შერჩევის არაალბათური მეთოდია, რომლის დროსაც რესპონდენტები მკვლევართა ჯგუფს თავად ამისამართებენ სხვა პოტენციურ რესპონდენტებთან. განმარტება მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/2Pd0iY2> > წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

წინამდებარე კვლევა თვისებრივი კვლევაა. მისი მიზანია, საკვლევი საკითხების მიმართულებით არსებული პრობლემური ტენდენციების გამოკვეთა და არა მათი განზოგადება.

წინამდებარე მოკვლევის ფარგლებში, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა გამოიკვლია:

- დასაქმების ადგილას შრომითი ტვირთის გაზრდის პარალელურად, ანაზღაურების გაზრდის საკითხი;
- შრომის უსაფრთხოების საკითხი:
  - შესაბამისი უსაფრთხოების სამედიცინო აღჭურვილობის საკითხი;
  - დასაქმების ადგილას სექსუალური შევიწროების ფაქტების არსებობის/მათი სისტემატურობის საკითხი;
  - დასაქმების ადგილას ჰიგიენის დაცვის შესაძლებლობის საკითხი;
  - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობის/პანდემიის პირობებში გამწვავების საკითხი და ის, თუ რამდენად ითვალისწინებს ამ პრობლემას დამსაქმებელი;
- პანდემიის გავლენა ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების სოციალურ ცხოვრებაზე:
  - საზოგადოების ქცევა ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე პირების მიმართ (ხომ არ ხდებიან დისკრიმინაციის მსხვერპლი იმის გამო, რომ საზოგადოება მათ რისკის შემცველად აღიქვამს);

## ძირითადი მიგნებები

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა არაერთი სირთულე, რასაც ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ქალები განიცდიან და რასაც, მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს როგორც ამ პირების ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე, ისე მათ მიერ, მიმდინარე პროცესების გათვალისწინებით, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის გამართულად მუშაობისთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი პროფესიული საქმიანობის შესრულების ხარისხზე. ასევე, აღსანიშნავია, რომ კვლევით გამოვლენილი გამოწვევების ნაწილი სისტემური ხასიათისაა და პანდემიამდე პერიოდშიც აქტუალური და ხელის შემშლელი იყო ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული პირებისთვის.

კვლევის შედეგად გამოკვეთილი ძირითადი მიგნებები:

- გამოიკვეთა რეგულარულ ტესტირებაზე წვდომის პრობლემა ერთ-ერთ საკვლევ მაღალ-მთიან რეგიონში. კერძოდ, ერთ-ერთ მაღალმთიან ტერიტორიული ერთეულის ცალკეულ სოფლებში დასაქმებული რესპონდენტების თქმით, მათ, საჯარო ტრანსპორტის არარსებობის პერიოდებში, ტრანსპორტირებისთვის დამატებითი ხარჯის გაღება უწევდათ, რათა განრიგის მიხედვით ჩაეტარებინათ ტესტირება;

- ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ პირებში დაბალია ინფორმირებულობის ხარისხი სექსუალური შევიწროების რაობასთან და მასთან დაკავშირებულ ფაქტებზე რეაგირების მექანიზმებთან დაკავშირებით. დასაქმების ადგილას ამ მექანიზმების არარსებობა და არსებული მექანიზმების შესახებ მათი არასაკმარისი ინფორმირებულობა, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ქალებს დაუცველს ტოვებს სექსუალური შევიწროების სისტემური პრობლემის წინაშე;
- პანდემიამ მნიშვნელოვნად გააუარესა ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების ფსიქოემოციური მდგომარეობა. ამას, დამსაქმებლების მხრიდან საჭიროების ადეკვატური რეაგირება და ფსიქოლოგის/სტრესის მართვის შესახებ ინფორმირებულობისა და შესაბამისი უნარების გაუმჯობესებისკენ მიმართული აქტივობის შეთავაზება დასაქმებული პირებისთვის, არ მოჰყოლია;
- ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების ნაწილისთვის მიუწვდომელია დასაქმების ადგილას მენსტრუაციის სათანადო მართვისთვის საჭირო ინფრასტრუქტურა;
- კვლევის რესპონდენტთა ინფორმაციით, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები ხშირად გამხდარან საზოგადოებისგან გარიყვის/დისკრიმინაციის მსხვერპლები იმ ნიშნით, რომ ჯანდაცვის სექტორში მუშაობენ და საზოგადოება მათ ინფიცირების მომეტებული რისკის მქონე პირებად აღიქვამს. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები ოჯახში ძალადობის მომეტებული რისკის ქვეშ იმყოფებიან;
- კვლევის თანახმად, პანდემიის პირობებში ირღვეოდა ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების შრომითი უფლებები, კერძოდ, გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც ცვლებს შორის 12-საათიანი შუალედი არ იყო დაცული, ასევე, გამოვლინდა რამდენიმე ცვლის ერთმანეთზე მიყოლების შეთხვევები;
- სახელმწიფოს არ აქვს განსაზღვრული, რამდენ პაციენტზე შეიძლება იზრუნოს ექთანმა/ექიმმა ერთდროულად. ამავ დროს, ქვეყანაში ექთნების დეფიციტია და მაშინ, როდესაც ევროპაში ერთ ექიმზე საშუალოდ 2-დან 5-მდე ექთანი მოდის, საქართველოში ეს ციფრი 0,6-ს უტოლდება. აღნიშნული წარმოადგენს სისტემურ პრობლემას ქვეყანაში, თუმცა, პანდემიის პირობებში მან განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა;
- ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების დიდი ნაწილისთვის ჩვეულ პრაქტიკად არის ქცეული ისეთი საკითხები, რომლებიც, შესაძლოა, მათი შრომითი უფლებების დარღვევაც განვიხილოთ. კერძოდ, ნორმად არის აღქმული ერთდროულად 40 პაციენტზე ზრუნვის ვალდებულება და სხვა პერსონალის საქმიანობის შეთავსება მუშაობის დროს;
- ზრუნვის ტვირთის არათანაბარი გენდერული გადანაწილების და პანდემიის პირობებში კიდევ უფრო გაზრდის პირობებში, ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ქალების დატვირთვა გაორმაგდა, როგორც სახლში, ისე დასაქმების ადგილას.

## 1. შრომითი ტვირთი და ანაზღაურება.

### 1.1. ზოგადი მიმოხილვა

წინამდებარე კვლევის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკვლევი საკითხი იყო გაზრდილი სამუშაო დატვირთვა და შრომის ანაზღაურების საკითხი.

ჯანდაცვის სექტორში მუშაობის სპეციფიკიდან გამომდინარე, ამ სექტორში შრომითი უფლებები შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის (ILO) განსაკუთრებული ყურადღების საგანია. მაგალითად, ამ ორგანიზაციამ ექთნების შრომით უფლებებზე შეიმუშავა კონვენცია, რომელშიც გაწერილია სხვადასხვა შრომითი უფლებრივი სტანდარტები.<sup>9</sup> კონვენციას თან ახლავს შესაბამისი სფეროს რეგულირების რეკომენდაციებიც.<sup>10</sup> მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო არ არის ზემოხსენებული კონვენციის წევრი ქვეყანა და, შესაბამისად, საქართველოს სახელმწიფოს არ აუღია ვალდებულება, ეროვნული შრომითი კანონმდებლობა ზემოხსენებული დოკუმენტებით განსაზღვრული სტანდარტებისთვის მიესადაგებინა, ამ სტანდარტებთან და რეკომენდაციებთან არსებული პრაქტიკის შესაბამისობაზე მსჯელობა საინტერესო იქნებოდა.

შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის თანახმად, ღირსეული სამუშაო საათები ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისის მიწოდებისთვის, ჯანდაცვის სექტორში კრიტიკულად მნიშვნელოვანი კომპონენტია და ამ სექტორისთვის დამახასიათებელი მუშაობის სპეციფიკის გამო, 24/7-ზე რეჟიმში მუშაობის მოთხოვნა, ექთნებს ხშირად გრძელი და არარეგულარული სამუშაო საათებით მუშაობას აიძულებს, რაც რისკის შემცველია როგორც თავად სერვისის გამცემის, ისე პაციენტის ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოებისთვის.<sup>11</sup> ამგვარმა პრაქტიკამ, შესაძლოა, შეზღუდოს სერვისის გამცემი პირების უნარი, დროულად აღმოაჩინონ პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესებისთვის დამახასიათებელი ნიშნები და დროულად და ეფექტიანად აირიდონ თავიდან ისინი.<sup>12</sup>

რადგანაც, კონკრეტულად ექთნებისთვის, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორი ძირითადად მორიგეობით სისტემას ეფუძნება, მნიშვნელოვანია იმ სტანდარტების მოკლე მიმოხილვა, რომელთაც შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია მორიგეობებთან დაკავშირებით აწესებს.

შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის ზემოხსენებული კონვენციის მე-6 მუხლის თანახმად, სამუშაო საათების (მათ შორის, მორიგეობებთან მიმართებით) კუთხით, ექთნებმა ისეთივე

<sup>9</sup> კონვენცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3m1ZuKS> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>10</sup> რეკომენდაციები მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2QMizfe> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>11</sup> წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3tQZ5V2> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>12</sup> იქვე.

შრომითი პირობებით უნდა ისარგებლონ, როგორც სხვა სფეროში დასაქმებული პირები სარგებლობენ.<sup>13</sup>

ამავე კონვენციის თანმდევი რეკომენდაციების თანახმად, ექთნებს მორიგეობებს შორის უნდა ჰქონდეთ სულ მცირე, 12-საათიანი შუალედი (დასვენების პერიოდი).<sup>14</sup>

საქართველოს შრომის კოდექსი განსაზღვრავს, რომ სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის მქონე საწარმოში, სადაც მუშაობის პროცესის 8 საათზე მეტი ხანგრძლივობის უწყვეტი რეჟიმია, ნორმირებული სამუშაო დროის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს კვირაში 48 საათს, ამავე დროს, სამუშაო დღეებს/ცვლებს შორის დასაქმებულის უწყვეტი დასვენების ხანგრძლივობა არ უნდა იყოს 12 საათზე ნაკლები.<sup>15</sup> ამავე კოდექსის თანახმად, მიმდევრობით ორ ცვლაში მუშაობა აკრძალულია.<sup>16</sup> აღსანიშნავია, რომ საქართველოს მთავრობის დადგენილება „სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის დარგების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ“, განსაზღვრავს სპეციალური რეჟიმის დარგებს და არა ამ დარგებში მომუშავე პირთა სამუშაო მიმართულებებს. შესაბამისად, სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმი ვრცელდება „ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დახმარების“ დარგზე მთლიანად (იგულისხმება ყველა პროფილის ექიმები, ექთნები და ა.შ.).<sup>17</sup>

აქვე, აღსანიშნავია, რომ საქართველოში არ არის განსაზღვრული ერთ ექიმსა და ექთანზე პაციენტების მეთვალყურეობის სპეციალური სტანდარტი, რაც იმას ნიშნავს, რომ სახელმწიფოს არ განუსაზღვრავს პაციენტების რაოდენობის ზედა ზღვარი, რომელთაც ერთმა ექიმმა/ექთანმა შეიძლება ერთდროულად უმეთვალყურეოს.<sup>18</sup> აღსანიშნავია, რომ ამგვარი სტანდარტი საქართველოში არ არსებობს, მათ შორის არც კორონავირუსთან მიმართებით. აღნიშნული მნიშვნელოვანი ფაქტორია, პანდემიამ გაზარდა არა მხოლოდ მორიგეობების ხანგრძლივობა და პერიოდულობა, არამედ, პაციენტების რაოდენობის თვალსაზრისით მათი დატვირთულობაც.

ამასთანავე მნიშვნელოვანია იმ ვითარების მცირე მიმოხილვა, რომელშიც პანდემიისგან დამოუკიდებლად უწევთ ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენელ ქალებს მუშაობა.

---

<sup>13</sup> კონვენციის მუხლი 6 (a); დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3m1ZukS> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>14</sup> რეკომენდაცია 37 (2); რეკომენდაციები მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2QMizfe> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>15</sup> საქართველოს შრომის კოდექსი, მუხლი 24;

<sup>16</sup> იქვე.

<sup>17</sup> საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 11 დეკემბრის დადგენილება №329 სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის დარგების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/3swSoqX> >, წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>18</sup> საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2021 წლის 19 თებერვლის №01/2468 წერილი.



აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სფეროში ექთნების პოზიციაზე მომუშავე (და არა მხოლოდ) პირებს, შრომით უფლებებთან დაკავშირებული უამრავი პრობლემა ექმნებათ, მათ შორის, დაბალი ანაზღაურება, ხშირად, დაგვიანებული ანაზღაურება, ზეგანაკვეთური სამუშაოს შესრულების სისტემატური ხასიათი და ამასთან ერთად, ანაზღაურების გარეშე, ზეგანაკვეთური სამუშაოს აღრიცხვასთან დაკავშირებული სისტემური ხასიათის პრობლემები, სახელფასო სხვაობა გენდერის ნიშნით, შრომის არათანაბარი გადანაწილება. (კვლევების თანახმად, ექთნებს ხშირად ევალებათ დამლაგებლების ფუნქციის შესრულებაც) და ა.შ.<sup>19</sup>

საქართველოში ექთნების პოზიციაზე დასაქმებული პირების მდგომარეობის კვლევამ გამოავლინა, რომ ერთი ექთანი ერთდროულად ზედამხედველობს 10-11 პაციენტს მაშინ, როდესაც, საერთაშორისო გამოცდილებით, მაგალითად, პორტუგალიის შემთხვევაში, თითო ექთანზე უნდა მოდიოდეს საშუალოდ 3-4 პაციენტი, ხოლო, გადაუდებელ ვითარებაში, არაუმეტეს 6 პაციენტი.<sup>20</sup> ამგვარი რეგულაცია მოქმედებს ამერიკის შეერთებულ შტატებშიც (ფედერალურ დონეზე) და მასში განსაზღვრულია პაციენტების რაოდენობა სხვადასხვა განყოფილებისთვის ცალ-ცალკე.<sup>21</sup> ამ დოკუმენტის თანახმად, ყველაზე მეტი, 6 პაციენტი შეიძლება ჰყავდეს ექთანს მხოლოდ მშობიარობის შემდგომი სამედიცინო ზრუნვის განყოფილებაში (3 ჩვილი და 3 - ნამშობიარები ადამიანი).<sup>22</sup>

## 1.2. შრომითი ტვირთის ზრდა პანდემიის პირობებში

ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ქალების დატვირთულობისა და ანაზღაურების მიმართულებით, წინამდებარე კვლევამ შემდეგი საკითხები გამოკვეთა.

**ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულმა იმ ქალმა რესპონდენტებმა, რომელთაც პირდაპირ ჰქონდათ შეხება კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან,** აღნიშნეს, რომ სამუშაო დატვირთვამ მოიმატა, კერძოდ, რიგ შემთხვევებში, გაიზარდა მორიგეობების რაოდენობა. მაგალითად, პანდემიამდე, დაახლოებით 4-5 ან ზოგჯერ, 8 დღეში ერთხელ უწევდათ მორიგეობა. პანდემიის პირობებში კი, მორიგეობა უწევდათ ყოველ მეოთხე, ყოველ მეორე ან სულაც, გადაბმით, რამდენიმე დღის განმავლობაში (რაც შეუსაბამოა საქართველოს შრომის კოდექსთან).

<sup>19</sup> რევაზ კარანაძე, ნენო ჩარკვიანი, სოფო ჯაფარიძე, დავით ომსარაშვილი, „ექთნების შრომის პირობები საქართველოში“, „სოლიდარობის ქსელი - მშრომელთა ცენტრი“. თბილისი, 2019.

<sup>20</sup> რევაზ კარანაძე, ნენო ჩარკვიანი, სოფო ჯაფარიძე, დავით ომსარაშვილი, „ექთნების შრომის პირობები საქართველოში“, „სოლიდარობის ქსელი - მშრომელთა ცენტრი“. თბილისი, 2019. გვ. 32.

<sup>21</sup> მაგალითად, განსაზღვრულია, რომ ტრავმატოლოგიურ განყოფილებაში ერთი ექთანი მხოლოდ ერთ პაციენტზე უნდა ზრუნავდეს, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში, ასევე, პედიატრიულ - 3 პაციენტზე და ა.შ. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/3flh2Xz> > წყარო ბოლოს ნანახია 14.04.2021.

<sup>22</sup> იქვე.

აღსანიშნავია, რომ რიგ შემთხვევაში, მოიმატა თავად მორიგეობის ხანგრძლივობამაც და რამდენიმე კოვიდ-მიმღებ სამედიცინო დაწესებულებაში, 16-დან 24 საათამდე გაიზარდა. იმ დაწესებულებების ნაწილში, სადაც ერთდროულად 16 და 24-საათიანი მორიგეობების სისტემა იყო დანერგილი, გაიზარდა 24-საათიანი მორიგეობების რაოდენობა და შემცირდა 16-საათიანი მორიგეობების რიცხვი. რამდენიმე რესპონდენტის თქმით, მათ ახსენდებათ შემთხვევები, როდესაც 24-საათიან მორიგეობებს შორის 12-საათიან შუალედს არ იცავდნენ, რაც პროფესიული გადაწვის რისკის შემცველი პრაქტიკაა და საფრთხის ქვეშ აყენებს როგორც თავად ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ადამიანს, ისე მისი პასუხისმგებლობის ქვეშ მყოფ პაციენტებსაც. ამგვარი პრაქტიკა ასევე არ შეესაბამება საქართველოს შრომის კოდექსს.

მორიგეობების სიხშირემ და ხანგრძლივობამ განსაკუთრებით ე.წ. მეორე ტალღის პერიოდში მოიმატა (2020 წლის ნოემბერი-დეკემბრის პერიოდში), რადგან, კორონავირუსით ინფიცირებული პაციენტების მატების პარალელურად, დიდი რაოდენობით სამედიცინო პერსონალი, ექთანი და ექიმი დაინფიცირდა, რამაც მათი დროებითი შრომისუუნარობა გამოიწვია. რესპონდენტების (როგორც ექთნების, ისე სხვადასხვა პროფილის ექიმების) თქმით, მათი დამსაქმებლების ნაწილმა ამგვარი შემთხვევისთვის დამატებითი კადრების მობილიზება ვერ მოახდინა და მეორე ტალღის დროს, ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზების გამო, მათ უწევდათ მათი კოლეგების პაციენტებისა და მორიგეობების შეთავსება.

აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტების შეფასებით, მათი შრომის მოცულობა პანდემიის პირობებში არა მხოლოდ შრომის დროის ხანგრძლივობის, არამედ ამ დროში შრომითი ტვირთის მატების თვალსაზრისითაც გაიზარდა. კვლევის თანახმად, ამ მიმართულებით გამოიკვეთა ორი მნიშვნელოვანი ფაქტორი: პირველ რიგში, რესპონდენტებს ე.წ. მეორე ტალღის პირობებში გაეზარდათ პაციენტების რაოდენობა, რომელთათვისაც ერთდროულად უნდა გაეწიათ მომსახურება. ამავე დროს, რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ პაციენტების რაოდენობის გაზრდის გარდა, მათი შრომითი ტვირთის დამძიმების შესაფასებლად, საყურადღებოა ის ფაქტორიც, რომ კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებზე ზრუნვა სპეციფიკურია და ისინი ამას ვერ შეადარებენ პანდემიამდე პერიოდს. მათი თქმით, ხშირად ჰქონიათ შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, დროის მცირე მონაკვეთში, უცებ, მოულოდნელად მძიმდება.

**რაც შეეხება პაციენტების რაოდენობის მატებას,** ირკვევა, რომ რესპონდენტთა დიდი ნაწილისთვის ნორმალურია ერთდროულად პაციენტების ისეთ რაოდენობაზე ზრუნვა, რაც კვლევაში მოყვანილ საერთაშორისო სტანდარტების მაგალითებს არ შეესაბამება.

რესპონდენტების პასუხები კითხვაზე, ერთდროულად რამდენ კოვიდ-ინფიცირებულ პაციენტზე უწევდათ ზრუნვა ერთი მორიგეობის ფარგლებში, საკმაოდ არაერთგვაროვანია. სამედიცინო დაწესებულებები პანდემიის პირობებში, ან სრულად გადაკეთდა კოვიდ-მიმღებ დაწესებულებად, ან გაიყო და შესაბამისად, კოვიდ-ინფიცირებულ პაციენტებთან მომუშავე პერსონალს ჩამოშორდა არა კოვიდ-ინფიცირებული პაციენტები. ამის ფონზე, რამდენიმე

რესპონდენტის თქმით, მათ შემთხვევაში პაციენტების რაოდენობამ იკლო და გახდა 6-7, როცა ადრე ეს რიცხვი საშუალოდ 10-ს შეადგენდა (კოვიდ-განყოფილების ექთანნი).

კვლევის ფარგლებში გამოკითხული ექთნების პასუხისმგებლობის ქვეშ მეორე ტალღის პირობებში მყოფი პაციენტების რაოდენობა დაახლოებით 3-დან 40-მდე მერყეობს.

კვლევის რესპონდენტი ინფექციონისტი ექიმების გამოცდილებით, თუ პანდემიამდე პერიოდში მათი სახედამხედველო პაციენტების რაოდენობა ერთი მორიგეობის ფარგლებში 70-100-ს შეადგენდა, პანდემიის მეორე ტალღის (როგორც თვითონ ამბობენ. ე.წ. პიკის) დროს ეს რიცხვი 80-115-მდე გაიზარდა. ერთ-ერთი ინფექციონისტის თქმით, კლინიკამ პირველი ტალღის შემდეგ მოახერხა სისტემის მოწესრიგება, ამიტომაც, პირველი ტალღის დროს მას უფრო მეტი პაციენტი ჰყავდა (დაახლოებით, 20 პაციენტი), ვიდრე ე.წ. მეორე ტალღის დროს (საშუალოდ, 15 პაციენტი).

გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში მომუშავე ექთნები აღნიშნავენ, რომ პანდემიის პირობებში, მოსახლეობაში დაინფიცირების შიშის გამო, შეუმცირდათ მომართვიანობა და მათ პაციენტები ძირითადად ცხელებით აკითხავდნენ (მორიგეობის ფარგლებში დაახლოებით 6-15-მდე პაციენტი).

რესპონდენტებს უჭირდათ პასუხის გაცემა კითხვაზე, დაახლოებით რა დროის დათმობას ახერხებდნენ ისინი თითოეული პაციენტისთვის. მათი თქმით, ეს არაპროგნოზირებადი საკითხია და შესაძლებელია, ერთმა მძიმე პაციენტმა წაიღოს პერსონალის რამდენიმე საათიანი დროითი რესურსი. მსუბუქ პაციენტებს კი, მათივე თქმით, ისინი საშუალოდ 10-20 წუთს უთმობენ.

რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა გაიხსენა შემთხვევა, როდესაც გადატვირთულობის გამო, დროითი რესურსი ვერ გადაანაწილეს და პაციენტი, რომელსაც მათი ყურადღება სჭირდებოდა, უყურადღებოდ დარჩა.

რესპონდენტთა ნაწილი ასევე აღნიშნავდა, რომ კოვიდ-განყოფილებებში მორიგეობა იმ თვალსაზრისითაც იყო მათთვის განსაკუთრებით დამლელი და სტრესის შემცველი, რომ მათ უსაფრთხოების განსაკუთრებული ღონისძიებების გატარება უწევდათ. მათი თქმით, საკმაოდ სტრესული და დისკომფორტის შემქმნელია რამდენიმე საათის განმავლობაში უსაფრთხოების სამედიცინო აღჭურვილობით (ხალათები, ნიღბები და ა.შ.) მუშაობა.

კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან მომუშავე ექიმების ნაწილმა აღნიშნა, რომ ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც ისინი არა მხოლოდ ხანგრძლივი სამუშაო დროით იყვნენ გადატვირთულები, არამედ, უწევდათ ისეთი სამუშაოს შესრულებაც, რაც მათი ხელშეკრულებით და პოზიციით არ იყო გათვალისწინებული. ექიმებმაც და ექთნებმაც, ძირითადად მიუთითეს სანიტრის საქმიანობის შეთავსებაზე, სანიტრის შტატის არარსებობის გამო). აღსანიშნავია, რომ ამგვარი პრაქტიკა რესპონდენტების დიდი ნაწილისთვის ჩვეულებრივი აღმოჩნდა, კერძოდ, იმ რესპონდენტების დიდი ნაწილი, ვინც სხვა კადრის

მოვალეობების შეთავსებაზე საუბრობდა, ამას ჯგუფური მუშაობისთვის ბუნებრივად დამახასიათებელ სპეციფიკასთან აკავშირებდა და შრომითი უფლების დარღვევად არ აფასებდა.

აქვე აღსანიშნავია, რომ კვლევის თანახმად, რომელმაც საქართველოში პანდემიის ფონზე ექთნების სამუშაო უფლებრივი მდგომარეობა შეისწავლა, პანდემიის ექთნების 60%-სთვის შრომითი პირობები გაუარესდა და გამოკითხულთა 23.6%-ის თანახმად, საავადმყოფოში სიტუაცია „უკონტროლო“ გახდა.<sup>23</sup>

ამავე კვლევის თანახმად, პანდემიის დროს ერთ ექთანზე ცვლაში პაციენტების საშუალო რაოდენობა 11-19-დან 15-24-მდე გაიზარდა, ამავე დროს, გაიზარდა სამუშაო საათები (38.7%) და შემცირდა შესვენებების დროები (35.4%).<sup>24</sup>

აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ზოგადად პრობლემას წარმოადგენს ექთნების სიმწირე. იმ ფონზე, როდესაც ევროპის ქვეყნებში ერთ ექიმზე საშუალოდ 2-დან 5-მდე ექთანი მოდის, საქართველოში ეს ციფრი 0,6-ია, რაც იწვევს (როგორც პანდემიის პირობებში, ასევე, ზოგადად) ქართველი ექიმების ნაკლებ პროდუქტიულობას.<sup>25</sup>

უფრო შრომატევადი გახდა **ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული იმ ქალების საქმიანობაც, რომლებსაც პირდაპირი შეხება არ ჰქონიათ კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან.** მიუხედავად იმისა, რომ რესპონდენტების თანახმად, კორონავირუსთან დაუკავშირებელი გეგმური თუ სასწრაფო დახმარების მიმართვიანობა პანდემიის პირობებში შემცირებული იყო (სასწრაფო დახმარების სერვისში დასაქმებული ქალების თანახმად, ე.წ. ტრივიალური მიზეზებით, დაინფიცირების მაღალი რისკის გამო, სასწრაფო დახმარებას ნაკლებად იძახებდნენ), ხშირ შემთხვევაში, მათი საქმიანობაც უფრო შრომატევადი და სტრესული გახდა. ეს ხშირად განპირობებული იყო მათი კოლეგა ექიმების რისკის ჯგუფს მიკუთვნებით, რამაც დღის წესრიგში დააყენა მათი დროებითი უმუშევრობა ან/და თვითიზოლაციის საჭიროება. ამის გამო, ყოველდღიურ საქმიანობაში იმ ექიმებს გაეზარდათ დატვირთვა, ვინც მუშაობას ჩვეულ რეჟიმში განაგრძობდა.

### 1.3 ანაზღაურებასთან დაკავშირებული საკითხები

გამოკითხული ექიმების ნაწილმა აღნიშნა, რომ მათი ანაზღაურება გამომუშავებითა და დამოკიდებულია იმ პაციენტების რაოდენობაზე, რამდენსაც ისინი სამედიცინო

<sup>23</sup> კორონავირუსის პანდემია და ექთნების შრომის დირეზიონი, ჯანდაცვისა და მომსახურების სფეროების პროფკავშირი „სოლიდარობის ქსელი“, 2021, გვ. 29.

<sup>24</sup> იქვე.

<sup>25</sup> კვლევა - ჯანდაცვის სექტორი საქართველოში 2020, „გალტ ენდ თაგარტის“ ("Galt & Taggart") ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/3nvTuS9> [ბოლოს ნანახია 29.04..2021].

მომსახურებას გაუწევინ. ამგვარი ტიპის შრომითი შეთანხმების მქონე ექიმების თქმით, მათი ანაზღაურება პაციენტების რაოდენობის პროპორციულად გაიზარდა.

გამოკითხული ექიმების ნაწილმა კი აღნიშნა, რომ მიუხედავად ანაზღაურების მომატებასთან დაკავშირებული დაპირებისა, დამსაქმებელმა პირობა არ შეასრულა და შრომითი ტვირთის გაზრდისა და, რიგ შემთხვევებში, თვისობრივად ახალი სამუშაო ვალდებულებების შეთავსების მიუხედავად, ანაზღაურება უცვლელი დარჩა.

*„ანაზღაურება იყო შეუსაბამო შრომასთან. დატვირთვა იყო უფრო მეტი, ვიდრე ჩვეულ რეჟიმში და ანაზღაურება არ იყო შესაბამისი. დედები, რომლებმაც შვილები დატოვეს, ელოდნენ ადეკვატურ ანაზღაურებას, მაგრამ ვერ მიიღეს“. - კვლევის რესპონდენტი აჭარიდან.*

*„ექთნების და სანიტრების უფლებები უხეშად დარღვეულია, ხორციელდება ჩვენი ექსპლუატაცია, თუმცა, რომ არ გაგვიშვან, ვხუჭავთ თვალს. [...]190 ლარი მაქვს ანაზღაურება და ორ კაცს ვარჩენ ამ თანხით“. - კვლევის რესპონდენტი აჭარიდან.*

ექთანი რესპონდენტების ინფორმაციით, მათი ანაზღაურება უშუალოდ უკავშირდება მორიგეობების რაოდენობას (მორიგეობა განსაზღვრულია გარკვეული თანხით) და მათი ხელფასის ოდენობა იმაზეა დამოკიდებული, თუ რა სიხშირით იმორიგეებენ.

რესპონდენტების ინფორმაციით, სისტემური პრობლემაა კუთვნილი ანაზღაურების დროულად ჩარიცხვა. მათი განცხადებით, ხელფასი 2-3 თვის დაგვიანებით (მაგ. სექტემბერში ჯერ კიდევ ელოდნენ ივნისის ანაზღაურების ჩარიცხვას, ასევე, თებერვალში ჯერ კიდევ ელოდებოდნენ დეკემბრის ხელფასის ჩარიცხვას და ა.შ.) ერიცხებათ. როგორც რესპონდენტებმა აღნიშნეს, დაგვიანებული ანაზღაურება სისტემური პრობლემაა, პანდემიამდეც ასე იყო და მათთვის ეს სიახლეს არ წარმოადგენს.

კვლევის თანახმად, კუთვნილი ანაზღაურების დროულად ჩარიცხვასთან დაკავშირებული პრობლემები ძირითადად შეეხო საკარანტინო სივრცეებს<sup>26</sup> და იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომლებიც პანდემიის პირობებში კოვიდ-მიმღებებად გადაკეთდა. აღსანიშნავია, რომ ეს დაწესებულებები პანდემიის პირობებში სახელმწიფო დაფინანსებით სარგებლობენ.

გამოკითხული ქალების უმრავლესობა, ანაზღაურების სიმცირეს ჯანდაცვის სექტორში არსებულ სისტემურ პრობლემად მოიხსენიებს და აღნიშნავს, რომ ჯანდაცვის სფერო ქვეყანაში არასაკმარისად არის დაფასებული იმ პირობებშიც კი, როდესაც მსოფლიოში პანდემიასთან

---

<sup>26</sup> აღსანიშნავია, რომ რამდენიმე რესპონდენტი გარდა საკუთარი გამოცდილებისა, მიუთითებდა იმაზე, რომ მათი ინფორმაციით, ანაზღაურების დროულად ჩარიცხვასთან დაკავშირებული პრობლემები მასშტაბურია.

დაკავშირებით შექმნილი ვითარების გამო, ამ სფეროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა შეეძინა. კვლევის რესპონდენტები ჯანდაცვის სექტორში ანაზღაურების სიმცირეს საზოგადოების მიერ მათი პროფესიის არასაკმარისად დაფასებას უკავშირებენ.

აღსანიშნავია, რომ რომ კვლევის თანახმად, რომელმაც საქართველოში პანდემიის ფონზე ექთნების სამუშაო უფლებრივი მდგომარეობა შეისწავლა, პანდემიამდე, ექთნის საშუალო ხელფასი საქართველოში შეადგენდა 250-დან 508 ლარამდე ოდენობას, ხოლო პანდემიისას ის გაიზარდა 283-582 ლარამდე.<sup>27</sup> ამავე კვლევის თანახმად, ანაზღაურების აღნიშნული ოდენობა ვერ პასუხობს ექთნების ფინანსურ საჭიროებებს, რაც ხშირად იმის მიზეზი ხდება, რომ ისინი ერთზე მეტ სამუშაო ადგილას იწყებენ მუშაობას, რაც გამოკითხულთა 31%-ის თანახმად, დავალებების ჯეროვნად შესრულების მხრივ ხელისშემშლელი ფაქტორია.<sup>28</sup>

ამის ფონზე, მნიშვნელოვანი და მისასალმებელი ნაბიჯია სახელმწიფოს მიერ, კორონავირუსთან ბრძოლაში ჩართული სამედიცინო პერსონალის დამატებითი ანაზღაურების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება. კერძოდ, საქართველოს მთავრობის 29 ოქტომბრის №652 დადგენილების მიხედვით, განისაზღვრა იმ პერსონალის დამატებითი ანაზღაურება (განსაზღვრული დანამატი უნდა შეადგენდეს საშუალო ხელფასის არანაკლებ 50%-ს), რომელიც ჩართულია ახალი კორონავირუსით გამოწვეული ინფექციის საეჭვო და/ან დადასტურებული შემთხვევების მართვაში.<sup>29</sup>

## 2. შრომის უსაფრთხოება

პანდემიის პირობებში ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული პირების უსაფრთხოებაზე განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) და აღნიშნავს, რომ პანდემიამ ნათლად გამოაჩინა, რამდენად მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პირთა დაცვა, ჯანმრთელობის სისტემების გამართული ფუნქციონირებისთვის.<sup>30</sup> ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, გარდა დაინფიცირების რისკისა, პანდემიამ დიდი ფსიქოლოგიური სტრესის წინაშე დააყენა ჯანდაცვის მუშაკები, რაც ხშირად, ოჯახისგან იზოლაციის პირობებში დაინფიცირების მუდმივ შიშში ცხოვრებას და სოციალურ სტიგმას გულისხმობს.

ამავე განცხადების თანახმად, პანდემიის პერიოდში ახალმა მოკვლევებმა გამოავლინა ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ყოველ მეოთხე მუშაკში დეპრესია და შფოთვისითი

<sup>27</sup> კორონავირუსის პანდემია და ექთნების შრომის დირეზიონა, ჯანდაცვისა და მომსახურების სფეროების პროფკავშირი „სოლიდარობის ქსელი“, 2021, გვ. 40.

<sup>28</sup> იქვე.

<sup>29</sup> დადგენილება მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/31yquPb> > წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>30</sup> წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/3rrlvKJ> > წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

აშლილობა, ასევე, უძილობასთან დაკავშირებული პრობლემები ყოველ მესამე გამოკითხულთა შორის.<sup>31</sup>

წინამდებარე კვლევის ფარგლებში, საქართველოს სახალხო დამცველმა გამოიკვლია, რამდენად უზრუნველყოფილი არიან ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები დაინფიცირების პრევენციის მიზნით მათთვის გამოყოფილი ხარისხიანი საშუალებებით, რამდენად რეგულარულად უზრუნველყოფდა დამსაქმებელი მათ ტესტირებას კორონავირუსზე, შეიცვალა თუ არა რესპონდენტების ფსიქოემოციური მდგომარეობა პანდემიის პირობებში, ასეთის არსებობის შემთხვევაში რა ღონისძიებები იქნა განხორციელებული დამსაქმებლის მხრიდან მათი მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით.

ექიმების შრომითი უსაფრთხოების კვლევის ფარგლებში, საქართველოს სახალხო დამცველმა ასევე გამოიკვლია, რამდენად დაცულები არიან ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები შრომის ადგილას სექსუალური შევიწროებისგან.

### 2.1. თავდაცვის ხარისხიანი საშუალებებით უზრუნველყოფა

თავდაცვის ხარისხიანი საშუალებებით სათანადოდ უზრუნველყოფა უშუალოდ არის დაკავშირებული როგორც ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე პირების, ისე მათთან კონტაქტში მყოფი პირების (ამ მხრივ, განსაკუთრებით აღსანიშნავია მათთან კონტაქტში მყოფი რისკის ჯგუფს მიკუთვნებული პაციენტები) უსაფრთხოებასთან.

გაეროს ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის (CEDAW) კომიტეტმა, კონვენციისა და კორონავირუსთან დაკავშირებული სახელმძღვანელო შენიშვნის დოკუმენტში აღნიშნა, რომ ქალებს არაპროპორციულად მაღალი ტვირთი აწევთ პანდემიის პირობებში, როგორც ოჯახის ავადმყოფ და უფროს წევრებზე ზრუნვის, ისე ჯანდაცვის სექტორში მათი მაღალი წარმომადგენლობის გამო. დოკუმენტის თანახმად, ამის გამო, ისინი ვირუსით დაინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ არიან და შესაბამისად, სახელმწიფოებმა უნდა იზრუნონ მათი ჯანმრთელობის დაცვაზე, ინფიცირების ადრეულ გამოვლენასა (მაგ., კორონავირუსზე რეგულარული ტესტირებების უზრუნველყოფა) და მკურნალობაზე, მათ ფსიქოემოციურ მხარდაჭერასა და სამედიცინო თავდაცვის ადეკვატური საშუალებებით უზრუნველყოფაზე.<sup>32</sup>

აღსანიშნავია, რომ წინამდებარე კვლევის მიზნებისთვის, სახალხო დამცველის აპარატს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შესყიდული სამედიცინო სათვალის, ვირუსისგან დამცავი ნიღბის, რესპირატორისა და სახის ფარის შესაბამისობისა და ინსპექტირების ანგარიშები და სერტიფიკატები მოაწოდა.

<sup>31</sup> კვლევა მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/3fzBO6f> > წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>32</sup> Guidance Note on CEDAW and COVID-19, CEDAW Committee, 2020.

კვლევის ფარგლებში გამოკითხულმა პირებმა აღნიშნეს, რომ თავდაცვის საშუალებების მომარაგებასთან დაკავშირებით პრობლემა შეექმნათ მხოლოდ მცირე პერიოდით, პანდემიის დასაწყისში (2020 წლის გაზაფხულზე), როდესაც სისტემა ჯერ კიდევ არ იყო სათანადოდ მომზადებული ამ მიმართულებით და მთელ ქვეყანაში შეიქმნა კრიზისი თავდაცვის საშუალებების მომარაგების კუთხით.

ამ საკითხთან დაკავშირებით, კვლევის ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ 2020 წლის ივლისის ჩათვლით, დაწესებულებაში პრობლემა იყო თავდაცვის საშუალებებით მომარაგება და ამ პერიოდში, 24 საათში მხოლოდ 3 პირბადის გამოყენების შესაძლებლობას აძლევდნენ.

ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, რომელიც მაღალმთიან ტერიტორიულ ერთეულშია დასაქმებული, ნოემბერში, დაწესებულებას, მთელი თვის განმავლობაში არ მიუღია კომბინიზონები.

ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, იყო პერიოდი, როდესაც პირბადეებით მომარაგებასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო, 25 პაციენტთან მუშაობის პირობებში, 24 საათში მხოლოდ 2 პირბადის მოხმარება შეეძლო. მნიშვნელოვანია, რომ რესპონდენტი საკუთარ დაინფიცირებას სწორედ ამ ფაქტს უკავშირებს.

თავდაცვის საშუალებებით მომარაგების განსაკუთრებული პრობლემა შეექმნათ ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ იმ ქალებს, რომლებიც ე.წ. კოვიდ-მიმღებ დაწესებულებებში არ მუშაობდნენ.

## 2.2. რეგულარული ტესტირება კორონავირუსზე

გამოკითხული პირების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, ვირუსზე ტესტირება უტარდებოდათ ყოველ ორ კვირაში, ხოლო, ზოგიერთ შემთხვევაში, კვირაში ერთხელ, სისტემატურად.

ამ მიმართულებით პრობლემა გამოიკვეთა მაღალმთიან ტერიტორიულ ერთეულებში. აღნიშნულ ლოკაციებზე მომუშავე რესპონდენტების (ოჯახის ექიმების) მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, ტესტირება არ იყო მისაწვდომი მათ საცხოვრებელ და სამუშაო ადგილას და მუნიციპალური ტრანსპორტის არარსებობის გამო (რაც შეზღუდვებმა განაპირობა), ტესტირების გასავლელად კერძო ტრანსპორტის დაქირავება უწევდათ, რაც მათთვის მნიშვნელოვან ფინანსურ დანახარჯებთან (70-150 ლარი) იყო დაკავშირებული.

ამავე რესპონდენტების თქმით, ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ტესტი ვერ აუღიათ („ჩაუგდიათ“ ტესტირება) და მიუხედავად ამისა, მაინც გაუგრძელებიათ მუშაობა სამედიცინო დაწესებულებაში, რაც რისკის შემცველია.

*„ტესტირება ზოგადად ორკვირიანი ინტერვალებით ტარდება სამედიცინო პერსონალისთვის, მაგრამ მუნიციპალური ტრანსპორტის არარსებობის გამო [...] გადაადგილებისთვის მანქანას ვქირაობ, რაც 150 ლარი მიჯდება ერთ ჯერზე. ფაქტიურად, ჩემი ერთი თვის ხელფასი ორ*



ტესტირებაზე მგზავრობის ხარჯი გამოდის. ხშირად ვერც ვახერხებ და სწორედ ამ კვირაში გამიცდა გამოკვლევა“. - კვლევის რესპონდენტი სვანეთიდან.

კვლევამ სხვა ხარვეზებიც გამოავლინა, კერძოდ, ერთ-ერთი რესპონდენტის (გადაუდებელი სამსახურის მედდა) თქმით, სამსახურში ტესტირება მისი „ყვირილის“ შედეგია. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ბრძოლა მოუწია იმისთვის, რომ მისი სიმპტომებიანი თანამშრომლებისთვის ტესტირება ჩატარებინათ და ამ ტესტირებას ინფიცირებულები გამოუვლენია.

ასევე, სხვა რესპონდენტის თქმით (გადაუდებელი სამსახურის მედდა), მიუხედავად იმისა, რომ 10 დღეში ერთხელ იტესტებიან, აღმოჩნდა, რომ თანამშრომლების ნაწილი თავის დროზე არ ყოფილა დატესტილი. ამავე რესპონდენტის თქმით, დაწესებულებაში დაავადება თითქმის ყველა თანამშრომელმა გადაიტანა.

რესპონდენტებს არ აღუნიშნავთ უნდობლობა ჩატარებული PCR ტესტირების პასუხების სანდოობის მიმართ. მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ხშირი ტესტირება მათთვის სიმშვიდის ერთგვარი გარანტიაა.

### 2.3. პანდემიის გავლენა ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დეფინიციის თანახმად, ადამიანის ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღწევის უფლება მოიცავს როგორც ფიზიკურ, ისე მენტალურ ჯანმრთელობასაც. ისეთი განსაკუთრებული ვითარების დროს, როგორც პანდემიაა, ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენლების მენტალურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მნიშვნელობასა და ამ მიმართულებით სახელმწიფოს როლზე ყურადღებას ამახვილებენ საერთაშორისო ინსტიტუციები.<sup>33</sup>

მკვლევარები მიუთითებენ პანდემიასთან დაკავშირებული სტრესული ფონის უარყოფით ზეგავლენაზე ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ პირებზე.<sup>34</sup> მათი ნაწილი ასევე ამახვილებს ყურადღებას ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების მენტალური ჯანმრთელობის რისკებზე პანდემიის პირობებში და აღნიშნავს, რომ მათ ემუქრებათ შფოთვითი აშლილობის, დეპრესიის და პროფესიული გადაწყვის მაღალი საშიშროება.<sup>35</sup> აღსანიშნავია, რომ კვლევაში ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების

<sup>33</sup> იქვე.

<sup>34</sup> Natasha Shaukat, Daniyal Mansoor Ali, Janair Razzak, *Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review*. 200, July 2020. კვლევა მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2IX4B6C> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>35</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/34mgIXK> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

გამომწვევ მიზეზად დასახელებულია კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებზე ზრუნვასთან დაკავშირებული გადამზადება და მზადყოფნა.<sup>36</sup>

ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, ვირუსთან ბრძოლის წინა ხაზზე მომუშავე სამედიცინო მუშაკები უფრო დიდი ფსიქოლოგიური წნეხის ქვეშ იმყოფებიან, ვიდრე უკანა ხაზზე მომუშავე პირები.<sup>37</sup>

გამოკითხული რესპონდენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ მიუთითა პანდემიის უარყოფით გავლენაზე მათ ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე. რესპონდენტები საუბრობდნენ მომატებულ სტრესზე, რაც ჯერ კიდევ უცხო ვირუსით დაინფიცირების შიშით იყო გამოწვეული, ასევე ახსენებდნენ, დაინფიცირების შემთხვევაში, სხვა პირების დაინფიცირების შიშით გამოწვეულ სტრესსაც. აღნიშნული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ფაქტორია იმ რესპონდენტებისთვის, რომელთა ოჯახის წევრები რაიმე ნიშნით (ასაკობრივი ან სხვა) რისკის ჯგუფს განეკუთვნებიან.

რესპონდენტები ასევე უთითებდნენ მომატებულ შფოთვებზე, გადაღლილობაზე, უძილობასთან დაკავშირებულ ჩივილებზე, ჩაკეტილობაზე.

მათმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ პანდემიის პირობებში, მათ ხშირად და დიდი ხნით უწევდათ განმარტოებით ყოფნა (მაგ., ბევრ მათგანს დასჭირდა თვითიზოლაციაში გადასვლა ინფიცირებულ პირთან კონტაქტში ყოფნის გამო და ა.შ.), რაც ასევე უარყოფითად აისახებოდა მათ ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე.

**უშუალოდ კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან მომუშავე რესპონდენტები** ასევე აღნიშნავდნენ, რომ ინფიცირებულ პაციენტებთან ურთიერთობა სტრესის შემცველი იყო, რადგან ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც ინფიცირებულებს არ ჰქონდათ ნდობა უწყებების მიმართ და მათი თქმით, „არ სჯეროდათ“ ვირუსის არსებობის. პაციენტების ნაწილი აღნიშნავდა, რომ ისინი არ ენდობოდნენ ჯანდაცვის სერვისის გამწვევ პირებს და აგრესიულად ეპყრობოდნენ მათ.

მათივე თქმით, მომატებული სტრესის ფონზე, ადგილი ჰქონდა კომუნიკაციასთან დაკავშირებულ სირთულეებს, კერძოდ, კოლეგებს შორის, წარმოიშვა გარკვეული კონფლიქტური სიტუაციები დასაქმების ადგილას.

ამ მიმართულებით, განსაკუთრებით საყურადღებოა **ე.წ. საკარანტინო სივრცეებში დასაქმებული ექიმებისა და ექთნების მდგომარეობა**. მათი თქმით, ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც საკარანტინო სივრცეებში განთავსებულ პირებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გამოხატული პრობლემები ჰქონდათ, რომელთა გამწვავებაც იზოლირებულ სივრცეში დიდი ხნით განთავსებით იყო გამოწვეული. ამგვარ სივრცეებში დასაქმებული პირების თქმით, ისინი ხშირად ხდებოდნენ ამ პირთა აგრესიის სამიზნეები, რომელთა

<sup>36</sup> იქვე.

<sup>37</sup> კვლევა მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: < <https://bit.ly/2QEef1q> > წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესება, თავის მხრივ, იზოლირებულ სივრცეში განთავსებით, ვირუსით შესაძლო ინფიცირების შიშით გამოწვეული შფოთვებით და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემით იყო განპირობებული.

საკარანტინო სივრცეებში დასაქმებული ექიმებისა და ექთნების ინფორმაციით, მათ ხშირად უწევდათ ფსიქოლოგის ფუნქციის შეთავსება.

მათივე მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, საკარანტინო სივრცეში განთავსებული პირების მხრიდან, არაერთხელ ჰქონდა ადგილი სუიციდის მუქარას. ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, ამგვარ შემთხვევებთან გამკლავების პროცესში, უარყოფითი გამოცდილება აქვს საპატრულო ეკიპაჟის წარმომადგენლებთან ურთიერთობის თვალსაზრისით. მისი თქმით, სუიციდის მუქარის ფაქტთან დაკავშირებით, მას სისტემურად უწევდა საპატრულო ეკიპაჟის გამოძახება, რომლის წარმომადგენლებიც განუმარტავდნენ, რომ საკარანტინო სივრცეში სუიციდის მუქარის შემთხვევებზე რეაგირება მათ კომპეტენციას სცდებოდა. ამავე რესპონდენტის თქმით, ასეთ შემთხვევებზე რეაგირებასთან დაკავშირებული პროტოკოლის გაუმართაობა მისთვის სტრესის წყარო იყო.

საკარანტინო სივრცეებში დასაქმებული ექთნებისა და ექიმებისთვის სტრესის წყარო იყო ამ სივრცეებში განთავსებული პირების არასაკმარისი და ხშირ შემთხვევაში, არასწორი ინფორმირებულობა საკარანტინო სივრცეში განთავსების ვადებთან დაკავშირებით. რესპონდენტების თანახმად, საკარანტინო სივრცეებში განთავსებული პირები არ იყვნენ ინფორმირებულები იმასთან დაკავშირებით, რომ სივრცის დატოვების უფლება საბოლოო ანალიზის აღებიდან 24 საათის შემდეგ (მე-13-ე დღეს) ექნებოდათ, რის გამოც, სივრცის დატოვებას ერთი დღით ადრე (მე-12 დღეს) მოითხოვდნენ, და ამასთან დაკავშირებით, ექიმები და ექთნები კვლავ აგრესიის სამიზნეები ხდებოდნენ.

ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული პირების ფსიქოემოციური მდგომარეობის საგრძნობი გაუარესების მიუხედავად, მხოლოდ ერთ კერძო სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ დაწესებულებამ დასაქმებული პირებისთვის, პანდემიის პირობებში, ფსიქოლოგი და სტრესის მართვის ტრენინგი უზრუნველყო. მიუხედავად მკვეთრად გამოხატული საჭიროებისა, ჯანდაცვის სექტორში მომუშავე დამსაქმებელი კომპანიები დასაქმებულ პირებს ფსიქოლოგის დახმარების სერვისს არ სთავაზობენ.

#### **2.4. სექსუალური შევიწროება დასაქმების ადგილას და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა**

ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ქალები, დასაქმების ადგილზე, ხშირად ექვემდებარებიან სექსუალურ შევიწროებას. ამას მოწმობს სხვადასხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები, რომელთა თანახმად, ქალი ექთნების 43.15% გამხდარა ვერბალური, არავერბალური,

ფიზიკური და ფსიქოლოგიური შევიწროების მსხვერპლი.<sup>38</sup> 1996 წელს თურქეთში ჩატარებული კვლევის თანახმად, ქალი ექთნების სექსუალური შევიწროების ფაქტების 44%-ს ადგილი ჰქონდა კაცი კოლეგების, 34% პროცენტს პაციენტების, 14%-ს პაციენტის ოჯახის წევრების მხრიდან.<sup>39</sup> ასევე, პაკისტანში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, რესპონდენტთა 10%-ის თანახმად, ისინი სექსუალური შევიწროების მსხვერპლნი კაცი ექიმების მხრიდან მაშინ გახდნენ, როდესაც ჯერ კიდევ სტუდენტები იყვნენ.<sup>40</sup> ამავე კვლევის თანახმად, გამოკითხული ექთანების 23,9%-ის ხედვით, სექსუალური შევიწროება პროფესიულ საფრთხეს წარმოადგენს და ასევე, გამოკითხულთა 22,5%-მა აღნიშნა, რომ იცნობენ ექთანს, რომელმაც სამსახური კაცი ექიმის მხრიდან განხორციელებული სექსუალური შევიწროების გამო მიატოვა.<sup>41</sup>

აღსანიშნავია, რომ სამუშაო ადგილას უფრო ხანგრძლივი დროის გატარების პირობებში (რაც ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალებისთვის პანდემიის თანმდევი გარემოებაა), სექსუალური შევიწროება და მასზე რეაგირების მექანიზმების შესახებ ინფორმირება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს. აქვე ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ მსოფლიოს მასშტაბით, ჯანდაცვის სექტორის სისტემებში ქალები უფრო დაბალ საფეხურზე (უმცროსი ექიმები, ექთნები, სანიტრები) მუშაობენ და კაცი კოლეგები ხშირ შემთხვევაში, მათ უფროსები, გადაწყვეტილებების მიმღებ პოზიციებზე მომუშავე პირები არიან, რითაც ქალ კოლეგებზე არა მხოლოდ გენდერული, არამედ, სამსახურებრივი ნიშნითაც ფლობენ ძალაუფლებრივ უპირატესობას, რაც ზრდის შევიწროების რისკს და ასევე აფერხებს შესაბამისი მექანიზმისთვის რეაგირების მიზნით მიმართვას.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს კანონმდებლობა დღეს უკვე განსაზღვრავს სექსუალური შევიწროების ცნებას და ადგენს შესაბამის მექანიზმებს, დარღვეული უფლების აღსადგენად.

ამ მიმართულებით, საქართველოს შრომის კოდექსი დამსაქმებლის ვალდებულებებსაც ითვალისწინებს და განსაზღვრავს, რომ *წინასახელშეკრულებო ურთიერთობისას შრომითი ხელშეკრულების დადებამდე დამსაქმებელი ვალდებულია კანდიდატს გააცნოს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული დებულებები პირთა მიმართ თანაბარი მოპყრობის პრინციპისა და მისი დაცვის საშუალებების შესახებ, აგრეთვე მიიღოს ზომები სამუშაო ადგილზე პირთა მიმართ თანაბარი მოპყრობის პრინციპის დაცვის უზრუნველსაყოფად, მათ შორის, დისკრიმინაციის ამკრძალავი დებულებები ასახოს შრომის*

<sup>38</sup> Woldegebrief Gebreegziabher Kahsay, Reza Negarandeh, Nahid Dehghan Nayeri, arzieh Hanaspour, *Sexual Harrassment against Female Nurses: a systematic reviw.* კვლევა მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/37qFPFm> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>39</sup> Kisa A, Dziegielewska SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. Health Services Management Research, 1996, 9:243–253. მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3FT1oOg> წყარო ბოლოს ნანახია: 12.10.2021.

<sup>40</sup> Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. Journal of the Pakistan Medical Association, 2000, 50:130–131. მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3IL7nMX> წყარო ბოლოს ნანახია 12.10.2021.

<sup>41</sup> იქვე.

*შინაგანაწესში, კოლექტიურ ხელშეკრულებებსა და სხვა დოკუმენტებში და უზრუნველყოს მათი შესრულება.<sup>42</sup>*

აღსანიშნავია, რომ კვლევის შედეგად, გამოიკვეთა ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების დაბალი ინფორმირებულობის ხარისხი ზოგადად, სექსუალური შევიწროების რაობის და მასზე რეაგირების მექანიზმების მიმართ. რესპონდენტების ის მცირე ნაწილი, რომლებიც ასეთი ფაქტების შესახებ ინფორმაციას ადასტურებდნენ და რომლებიც, მეტ ინფორმაციას ფლობდნენ ზოგადად სექსუალური შევიწროების რაობის შესახებ, აღნიშნავდნენ, რომ სექსუალური შევიწროება ჯანდაცვის სექტორში სისტემური პრობლემაა და არ არსებობს ამ სექტორში დასაქმებული ქალი, რომელიც სულ მცირე, სექსუალური ხასიათის („უხამსი“) კომენტარის სამიზნე არ გამხდარა კოლეგა ან/და უფროსი კაცების მხრიდან.

აქვე, აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა უდიდესი ნაწილი არ არის ინფორმირებული სექსუალურ შევიწროებაზე რეაგირების არსებული მექანიზმების შესახებ. რესპონდენტები აღნიშნავდნენ, რომ დამსაქმებელს მათთან არასდროს უსაუბრია ამ საკითხთან დაკავშირებით. მათივე თქმით, საჭიროების შემთხვევაში დამსაქმებლის იურისტს მიაკითხავენ.

გამომდინარე იქიდან, რომ პანდემიის პირობებში, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ქალებს უფრო ხანგრძლივი მორიგეობები უწევთ, დღის წესრიგში დადგა მათი მენსტრუაციული მენეჯმენტის უკეთესი შესაძლებლობების არსებობის საჭიროება დასაქმების ადგილას. კერძოდ, UNICEF-ის თანახმად, პანდემიის პირობებში, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები დამატებით გამოწვევებს აწყდებიან მათი მენსტრუაციის მენეჯმენტის კუთხით და აღნიშნული გამოწვევები მოიცავს: სამედიცინო დაწესებულებების დაბალ ცნობიერებას მენსტრუაციული ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის კუთხით ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების საჭიროებების შესახებ; აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებული საჭიროებების დოკუმენტირების არარსებობას; მენსტრუაციული ჰიგიენის საშუალებების არ არსებობას/ნაკლებობას; სპეციალური სამედიცინო თავდაცვის საშუალებების მოხმარების პარალელურად მენსტრუაციული ჰიგიენის დაცვის გართულებას;<sup>43</sup> სველი წერტილების არ არსებობას/გაუმართაობას, რაც აფერხებს ქალებს, დაიცვან ბაზისური, მათ შორის, მენსტრუაციული ჰიგიენა; მტკივნეული მენსტრუაციის შემთხვევაში, მუშაობასთან დაკავშირებულ გამოწვევებს.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> საქართველოს შრომის კოდექსი, მუხლი 11.2.

<sup>43</sup> სამედიცინო თავდაცვის საშუალებების (PPE) მოხმარება ხელს უშლის ქალებს, სწრაფად გამოიცვალონ მენსტრუაციული პროდუქტები, რაც არაპრაქტიკულს ხდის მენსტრუაციის პირობებში მუშაობას და ქალებს უბიძგებს, გააცდინონ აღნიშნულ დღეებში სამსახური ან მიიღონ ორალური კონტრაცეპცია, რათა გადაავადონ მენსტრუაცია სამუშაო დღეებში.

<sup>44</sup> Mitigating the impacts of COVID-19 and menstrual health and hygiene, UNICEF Brief (Oct 2020); წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://uni.cf/3aMiWxc> წყარო ბოლოს ნანახია: 12.10.2021.

ზემოაღნიშნული გამოწვევების საპასუხოდ, აღნიშნული დოკუმენტის რეკომენდაციას ქალი დასაქმებულების საჭიროებების შესახებ მოკვლევის ჩატარება, მენსტრუაციის დღეებში, ქალებისთვის სულ მცირე, 4 საათში ერთხელ მაინც შესვენების უზრუნველყოფა, ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებისა და მოსასვენებელი ადგილების უზრუნველყოფა და სხვა. <sup>45</sup>

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დაწესებულების ჰიგიენის დაცვის სტანდარტებისთვის გლობალურ დონეზე განსაზღვრული ინდიკატორები ბაზისურია და ისინი ბევრ მნიშვნელოვან საკითხს, არ მოიცავს<sup>46</sup>, (მაგალითად, დასაბანი (საშხაპე) სივრცის არსებობა). თუმცა, შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთობლივ დოკუმენტში, რომელიც პანდემიის პირობებში ჯანდაცვის მუშაკების ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას ეხება, აღნიშნულია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს მოსასვენებელი სივრცეები, მენსტრუაციული ჰიგიენის სათანადოდ დაცვისთვის შესაფერისი ინფრასტრუქტურა და პრივატული სივრცე, სადაც ქალები შეძლებენ, რომ დაიბანონ.<sup>47</sup>

მოკვლევამ დაადგინა, რომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებები არ არის დასაქმებულების საჭიროებების შესაბამისად აღჭურვილი, მაგალითად, ექიმებს და ექთნებს სამუშაოს შესრულების ადგილას არ აქვთ დასაბანი სივრცეები და მოსასვენებელი ადგილები, რაც მნიშვნელოვანია ჰიგიენის ნორმების სათანადოდ დასაცავად, ასევე, მათი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისთვის.

რადგანაც ექიმებისა და ექთნების დიდი ნაწილი ქალია და ჰიგიენის სათანადოდ დაცვა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მენსტრუაციის დღეებში, ინფრასტრუქტურის შესაბამისი გამართულობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ხდება პანდემიის პირობებში.

რესპონდენტები საშხაპეებისა და შესაბამისი მოსასვენებელი ოთახების არ არსებობაზე ან გაუმართაობაზე საუბრობდნენ. ამასთანავე, აღნიშნავდნენ, რომ განსაკუთრებული სამედიცინო თავდაცვის აღჭურვილობის ფონზე (რომელიც ჰაერს არ ატარებს), მენსტრუაციის დღეებში მუშაობა განსაკუთრებით რთული და დისკომფორტის მომგვრელია, ამიტომაც, ისინი მორიგეობებს კოლეგებთან ცვლიან (მათი თქმით, ეს თავად თანამშრომლებს შორის შეთანხმების საფუძველზე წყდება და მენეჯმენტთან პრობლემა არ შექმნიათ).

### 3. პანდემიის გავლენა სოციალურ ცხოვრებაზე

<sup>45</sup> იქვე.

<sup>46</sup> WASH in Health care facilities Global Baseline Report 2019; p.44. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3FVZP1O> წყარო ბოლოს ნანახია: 12.10.2021.

<sup>47</sup> COVID-19: Occupational health and safety for health workers; interim guidance; 2 February 2021; ILO, WHO, წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3AOQZPM> წყარო ბოლოს ნანახია: 12.10.2021.

პანდემიის პირობებში ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული პირების ფიზიკურ უსაფრთხოებაზე ასევე განსაკუთრებულად ამახვილებს ყურადღებას ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) და ამბობს, რომ ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული პირების დაავადების გამავრცელებლად აღქმის და სტიგმის გამო, ხშირად იჩენს თავს ამ პირებზე თავდასხმისა და მათი დისკრიმინაციის ფაქტები.<sup>48</sup> კერძოდ, ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ თავდასხმები გამოიხატება ფიზიკურ დაპირისპირებაში, სერვისის გაცემაზე უარის თქმაში, ბინიდან გაგდებაში, კიბერსივრცეში თავდასხმაში, იარაღით თავდასხმაში და ა.შ.<sup>49</sup> ორგანიზაციის თანახმად, ამგვარი თავდასხმების გამომწვევი მიზეზი დავადებასთან დაკავშირებული სტიგმაა, რის ჩამოყალიბებაშიც ხშირად წვლილი მიუძღვის ვირუსთან დაკავშირებული არამართებული ინფორმაციის გავრცელებას.<sup>50</sup>

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში პანდემიასთან ბრძოლის საწყის ეტაპზე, საზოგადოებაში ვირუსთან, მათ შორის, მისგან დაცვის გზებთან დაკავშირებული ინფორმირებულობა დაბალი იყო, რის გამოც, საზოგადოებაში ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული პირების მიმართ გარკვეული შიში გაჩნდა, რომელსაც, კვლევის თანახმად, რიგ შემთხვევებში დისკრიმინაციული/მამარგინალიზებული გამოხატვა ჰქონდა.

კვლევის რესპონდენტების დიდი ნაწილის ინფორმაციით, ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც თავი დისკრიმინირებულად, საზოგადოებისგან გარიყულად უგრძნიათ მართო იმის გამო, რომ პანდემიის პირობებში ჯანდაცვის სექტორში მუშაობენ. მათი თქმით, საზოგადოების ნაწილმა ისინი დაინფიცირების მაღალი რისკის მატარებელ პირებად აღიქვა.

მაგალითად, რეგიონებში მცხოვრები რესპონდენტების თანახმად, საზოგადოების ამგვარმა მიდგომამ მათ სამედიცინო დაწესებულებიდან სახლში (ხშირად, მეზობელ სოფელში) ტრანსპორტირების საკითხი გაურთულა იმ პერიოდებში, როდესაც დამსაქმებელი ტრანსპორტით არ უზრუნველყოფდა. მათი თქმით, ადგილობრივი მცხოვრებლები, რომლებიც ადრე ტრანსპორტირებას სთავაზობდნენ და ხშირად, ტაქსის მძღოლებიც, ახლა უკვე მათ ტრანსპორტირებაზე უარს აცხადებდნენ, ვირუსის გადადების რისკის გამო.

რესპონდენტების თანახმად, ადგილი ჰქონდა შემთხვევებს, როდესაც მათ ან მათ კოლეგას საჯარო ტრანსპორტის მგზავრებმა ტრანსპორტიდან ჩასვლა სთხოვეს, როდესაც გაიგეს, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში მუშაობდნენ. ადგილი ჰქონდა უკმაყოფილების გამოხატვას მეზობლების მხრიდან, როდესაც ისინი პროდუქტის შესაძენად უბნის მაღაზიაში შედიოდნენ. მათი თქმით, ხშირად ურეკავდნენ ახლობლები და სთხოვდნენ, თავი შეეკავებინათ ამა თუ იმ სოციალურ შეკრებაზე მისვლისგან.

იმ რესპონდენტების თქმით, რომლებსაც უშუალოდ ჰქონდათ შეხება კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან, ხშირი იყო შემთხვევები, როდესაც დასაქმების ადგილას თავს

---

<sup>48</sup> ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/31rNj7h> წყარო ბოლოს ნანახია: 14.04.2021.

<sup>49</sup> იქვე.

<sup>50</sup> იქვე.

გრძნობდნენ არაკოლექტიური მოპყრობის სამიზნეებად. მათი თქმით, კოლეგები, რომლებიც უშუალოდ კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან არ მუშაობდნენ, სამუშაო ადგილზე საერთო სივრცეებით სარგებლობის გამო, უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები როგორც ოჯახში, ისე საჯარო სივრცეში, ძალადობის მომეტებული რისკის ქვეშ არიან.

ასევე, აღსანიშნავია, რომ ე.წ. ოჯახის საქმეების გადანაწილებიდან, ზრუნვის ტვირთის გენდერული განსაზღვრულობიდან და იქიდან გამომდინარე, რომ ამ საქმემ პანდემიის პირობებში საგრძნობლად მოიმატა, ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ქალების შრომითი ტვირთი ორმაგად გაიზარდა პანდემიის პირობებში, როგორც სახლში, ისე დასაქმების ადგილას.

#### 4. რეკომენდაციები

- უზრუნველყოფილ იქნას ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების ინფორმირების ამაღლება სექსუალური შევიწროების რაობასთან და მასზე რეაგირების მექანიზმებთან დაკავშირებით. სამედიცინო დაწესებულებაში ამგვარი ეფექტიანი მექანიზმის არარსებობის პირობებში, შემუშავდეს იგი და დასაქმებულ პირებს მიეწოდოს მის შესახებ ინფორმაცია. უზრუნველყოფილ იქნას კონფიდენციალური შეტყობინების განთავსების შესაძლებლობა სექსუალური შევიწროების ფაქტებისთვის;
- უზრუნველყოფილ იქნას ფსიქოლოგის სერვისზე წვდომა ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალებისთვის;
- ჯანდაცვის სფეროში, განსაკუთრებით, კორონავირუსით ინფიცირებულ პაციენტებთან უშუალოდ მომუშავე ქალები, ოჯახსა და ქალთა მიმართ ძალადობის პრევენციისკენ მიმართულ ღონისძიებებში სამიზნე ჯგუფად განისაზღვრონ;
- გატარდეს ცნობიერების/ინფორმირებულობის ასამაღლებელი ღონისძიებები მოსახლეობაში კორონავირუსთან დაკავშირებული სტიგმის შესამცირებლად;
- სამედიცინო დაწესებულებების სალიცენზიო მოთხოვნებში გაიწეროს საშხაპებისა და მოსასვენებელი ოთახების გამართვის საკითხი;
- განისაზღვროს ერთი ექთნისა და ერთი ექიმის ზრუნვის ქვეშ ერთდროულად მყოფი პაციენტების მაქსიმალური ოდენობა ყველა სამედიცინო განყოფილებისთვის ცალ-ცალკე.