

საბოლოო ანგარიში

COVID-19-ის გავლენის შეფასება
სამედიცინო სფეროში მომუშავე
ქალებზე საქართველოში



United Nations Entity for Gender Equality
and the Empowerment of Women

COVID-19-ის გავლენის შეფასება სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებზე საქართველოში



UN WOMEN

თბილისი, საქართველო,
დეკემბერი, 2020

ავტორები: ნანა ჭაბუკიანი, ლელა ჯავახიშვილი



სარჩევნი

ბადლობა	4
აბრევიატურები	5
კვლევის მოკლე შეჯამება	6
1. შესავალი	8
2. კვლევის მიზანი და ამოცანები	11
3. მეთოდოლოგია	13
3.1 სანყისი ეტაპი	14
3.2 სამაგიდე კვლევის ეტაპი	14
3.3 საველე სამუშაოების ეტაპი	14
3.3.1 კვლევის ინსტრუმენტები	14
3.3.2 შერჩევა; სამიზნე ჯგუფები და ადგილმდებარეობები	15
3.3.3 მონაცემების შეგროვება	15
3.4 ანალიზის ეტაპი	16
3.5 გენდერული სახელფასო სხვაობა სამედიცინო სექტორში - მეთოდოლოგია	17
3.6 მონაცემების შეგროვების ეთიკური საკითხები	18
3.7 კვლევის შეზღუდვები	18
4. კვლევის შედეგები	20
4.1 სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების სამუშაო პირობები და COVID-19-ის პანდემიის გავლენა	21
4.1.1 გაზრდილი სამუშაო საათები და დატვირთვა	21
4.1.2 შესვენება და შვებულების გამოყენება	23
4.2 ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საფრთხეები და დამცავი მექანიზმები პანდემიის პერიოდში	25
4.2.1 უსაფრთხოების საკითხები პანდემიის დროს	25
4.2.2 ფიზიკური ჯანმრთელობა და სადაზღვევო პაკეტი	27
4.2.3 ფსიქოლოგიური საფრთხე და დამცავი მექანიზმი	28
4.3 სახელმწიფოსა და დამსაქმებლებისგან მხარდაჭერა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებისთვის	30
4.3.1 ფინანსური და არაფინანსური მხარდაჭერა ხელისუფლების მხრიდან	30
4.3.2 ტრენინგი სამედიცინო პერსონალისთვის	32
4.3.3 მხარდაჭერა დამსაქმებლებისგან	33
4.4 ეკონომიკური უსაფრთხოება პანდემიის დროს	34
4.5 Covid-19-ის გავლენა აუნაზღაურებელი შრომისა და თავისუფალი დროის თვალსაზრისით	35
4.6 ანაზღაურებები და გენდერული სახელფასო სხვაობა	37
4.7 შევიწროება და/ან ძალადობა სამუშაო ადგილზე	42
5. დასკვნა და რეკომენდაციები	45
დანართი#1: გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი	49
დანართი#2: კვლევების ჩამონათვალი	51

მადლობა

WeResearch-ის გუნდი მადლობას უხდის რესპონდენტებს კვლევაში მონაწილეობისთვის და დათმობილი დროისთვის. განსაკუთრებული მადლობა გაეროს ქალთა ორგანიზაციისა და გაეროს მოსახლეობის ფონდის თანამშრომლებს კვლევაში შეტანილი მნიშვნელოვანი წვლილისათვის.

წინამდებარე გამოცემაში გამოთქმული მოსაზრებები ავტორისეულია და შესაძლოა, არ გამოხატავდეს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის (UN Women), გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), გაერთიანებული

ერების ორგანიზაციის ან მისი რომელიმე წევრი ორგანიზაციის, ასევე შვეიცარიის განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტოსა (SDC) და ავსტრიის განვითარების სააგენტოს (ADC) მოსაზრებებს.

ანგარიში მომზადდა პროექტის „ქალთა ეკონომიკური გაძლიერება სამხრეთ კავკასიაში“ ფარგლებში, შვეიცარიის განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტოსა (SDC) და ავსტრიის განვითარების სააგენტოს (ADC) ფინანსური მხარდაჭერით.

ავტორები:

ნანა ჭაბუკიანი
ლელა ჯავახიშვილი



აბრევიატურები

საქსტატი	საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
ADC	ავსტრიის განვითარების სააგენტო
EMC	ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი
GTUC	საქართველოს პროფესიული კავშირების გაერთიანება
ILO	შრომის საერთაშორისო ორგანიზაცია
PPE	პირადი დამცავი აღჭურვილობა
SDC	შვეიცარიის განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტო
UN Women	გაეროს ქალთა ორგანიზაცია
UNFPA	გაეროს მოსახლეობის ფონდი

კვლევის მოკლე შეჯამება

კვლევის მთავარ მიზანს სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებზე COVID-19-ის გავლენის შეფასება წარმოადგენდა. კვლევა მოცემული ჯგუფისთვის განეული მხარდაჭერის დადგენასა და იმის გარკვევას ემსახურებოდა, პანდემიის დროს დაკმაყოფილდა თუ არა მათი საჭიროებები. ამ მიზნით კვლევითმა გუნდმა თვისებრივი კვლევა ჩაატარა. კერძოდ, სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალებთან, რომლებიც პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე არიან (ექიმები, ექთნები, სანიტრები და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი), 39 სიღრმისეული ინტერვიუ ჩატარდა, ხოლო ხელისუფლებისა და არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებთან - ექვსი ექსპერტული ინტერვიუ. კვლევის მთავარი მიგნებები წარმოდგენილია ქვემოთ.

პანდემიამ მნიშვნელოვნად იმოქმედა სამედიცინო სფეროში დასაქმებული იმ ქალების სამუშაო პირობებზე, რომლებიც კოვიდ კლინიკებსა და ცხელების ცენტრებში მუშაობენ: შეიცვალა მათი სამუშაო ცვლები; გაიზარდა სამუშაო საათებისა და იმ პაციენტების რაოდენობა, რომლებსაც მკურნალობდნენ და/ან კონსულტაციას უწევდნენ და ამის გამო დამატებითი პასუხისმგებლობების აღება მოუხდათ. მათი სამუშაო რეჟიმი იმდენად დატვირთულია, რომ რესპონდენტებს დღის განმავლობაში დასვენების საშუალება არ აქვთ, რომ აღარაფერი ვთქვათ ყოველწლიურ შვებულებაზე. ასეთი მაქსიმალური დატვირთვა და არასაკმარისი დასვენება სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალთა შორის ზრდის პროფესიული გადაწვის რისკს. გადაღლას კი, შეიძლება, მძიმე შედეგები მოჰყვეს, რაც მუშაობისას დაშვებული შეცდომების მატებაში გამოვლინდება. სახელმწიფოსა და კლინიკის მხრიდან ეს საკითხი ჯერჯერობით დღის წესრიგში არ დამდგარა.

სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალები პანდემიისას გაზრდილი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საფრთხეების წინაშე დგანან. საქართველოს მთავრობამ სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, პანდემიის დასაწყისში, პირადი დამცავი აღჭურვილობით (PPE) მოამარაგა კლინიკები და უსაფრთხოების საკითხებზე ტრენინგი ჩაატარა, რითაც აქტიური ნაბიჯები გადადგა. თუმცა, სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების ფსიქოლოგიური კეთილდღეობისა და ფიზიკური ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად ღონისძიებები არ გატარებულა.

სახელმწიფოსგან ფინანსური დახმარების მიღება სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის ეკონომიკური მდგომარეობის სტაბილურობის მხრივ იყო მნიშვნელოვანი. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ახალი ინიციატივა (ოქტომბერი, 2020) სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ადამიანებისთვის ხელფასების გაზრდას გულისხმობდა. თუმცა პროცესი საკმაოდ ნელა მიმდინარეობდა და ჯერჯერობით ყველას არ მიუღია დახმარება. კვლევის ის მონაწილეები, რომელთა ანაზღაურება ჯერაც არ გაზრდილა, ამბობენ, რომ ინიციატივის შესახებ საკმარისი ინფორმაცია არ აქვთ და ფინანსური დახმარების მიღების პროცედურები და თარიღები ბუნდოვანია მათთვის.

სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალები ტრენინგებს დადებითად აფასებენ. ტრენინგები მოიცავდა თემებს: ინფექციის პრევენცია და კონტროლი; ონლაინ კონსულტაციები ტემპერატურის მქონე პაციენტებთან; COVID-19-ის მძიმე და კრიტიკული შემთხვევების მართვა; პირადი დამცავი აღჭურვილობის გამოყენება. კვლევის მონაწილეთა თქმით, ტრენინგები ინფორმატიული, პრაქტიკული და სასარგებლო იყო.

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის მონაწილეებს პანდემიის პერიოდში სამსახური არ დაუკარგავთ, მათი ეკონომიკური მდგომარეობა გაუარესდა. ამას რამდენიმე მიზეზი ჰქონდა: ა) სახელმწიფოსგან ფინანსური დახმარების მიუხედავად (განხილულია ზემოთ), კვლევის მონაწილეები კვლავაც მიუთითებენ სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების

გაზრდილი სამუშაოს მოცულობისა და ანაზღაურების შეუსაბამობაზე; ბ) პანდემიამდე სამედიცინო სფეროში მომუშავე ბევრი ქალი (ექიმები, ექთნები და სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების პერსონალი) ორ კლინიკაში მუშაობდა საკუთარი თავისა და ოჯახისთვის სათანადო ანაზღაურების გამოსამუშავებლად. პანდემიის პერიოდში კი მათ მოუწიათ ერთ-ერთი სამსახურის დატოვება; გ) სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების ოჯახის წევრებმა სამსახურები დაკარგეს და შესაბამისად, ისინი გახდნენ ოჯახის მარჩენალები.

ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ქალებს ანაზღაურებადი და აუნაზღაურებელი შრომის თვალსაზრისით ორმაგი დატვირთვა აქვთ და მაღალი დატვირთვის მიუხედავად, ისინი საშინაო მოვალეობებზე პასუხისმგებლებად რჩებიან კვლავაც. პანდემიამ საშინაო პასუხისმგებლობების გადანაწილებაში გარკვეული ცვლილებები შეიტანა. კვლევის ზოგიერთი რესპონდენტის თქმით, სამუშაოს დიდი მოცულობისა და დატვირთული რეჟიმის გამო, საოჯახო პასუხისმგებლობების აღება მათ აღარ შეუძლიათ. ასეთ შემთხვევებში პასუხისმგებლობები ოჯახის წევრებმა, მაგალითად, უფროსმა შვილებმა, დედებმა, ან ზოგჯერ პარტნიორებმა/მეუღლეებმა გადაიბარეს. პანდემიის დროს სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის სამსახურთან დაკავშირებული სტატუსი უფრო მნიშვნელოვანი გახდა, ვიდრე მათი, როგორც მომვლელების, დედებისა და ცოლების სტატუსი. ამის მიუხედავად, სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ

ბევრ ქალს მაინც უხდება აუნაზღაურებელი ზრუნვის პასუხისმგებლობასთან გამკლავება და როგორც ანაზღაურებადი, ისე აუნაზღაურებელი შრომის ტვირთი აქვს.

ეროვნულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სექტორში უფრო დაბალი ხელფასებია, რაც პირდაპირ აისახება ქალებზე, რომლებიც სექტორში დასაქმებულთა აბსოლუტურ უმრავლესობას და ექიმების უმეტესობას წარმოადგენენ. დაბალი ხელფასები არაპროპორციულად აისახება ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში დაბალ საფეხურზე და პოზიციებზე მყოფი ქალებზე. როგორც გენდერული სახელფასო სხვაობის ანალიზმა აჩვენა, მართალია, კაცები უმცირესობას წარმოადგენენ, მაგრამ ისინი უფრო მაღალ პოზიციებს იკავებენ. ქალი სამედიცინო პერსონალის თვისებრივი ანალიზის მიხედვით კი, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანების ანაზღაურება დაბალია და ხშირად არასაკმარისიც პირველადი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, რაც განსაკუთრებით პრობლემური სოფლად მომუშავე რესპონდენტებისთვის აღმოჩნდა.

კვლევის რესპონდენტები სამუშაო ადგილზე სექსუალური შევიწროების გამოცდილებაზე არ მიუთითებენ, თუმცა, ისინი პაციენტების მხრიდან სიტყვიერ შეურაცხყოფასა და აგრესიულ ქცევას აღნიშნავენ, რაც, მათი თქმით, პანდემიის პერიოდში უფრო გაიზარდა.

შესავალი

2020 წლის 11 მარტს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ COVID-19 გლობალურ პანდემიად გამოაცხადა. COVID-19-ის პირველი შემთხვევა საქართველოში 2020 წლის 26 თებერვალს დაფიქსირდა, 2020 წლის 8 დეკემბრისთვის კი ქვეყანაში 174,383 დადასტურებული შემთხვევა, 27,482 აქტიური შემთხვევა, 145,287 გამოჯანმრთელებული პაციენტი და 1,614 რეგისტრირებული გარდაცვალების შემთხვევა აღირიცხა.¹

ეპიდემიური აფეთქების საპასუხო აქტიური ზომების გატარება საქართველოს მთავრობამ იანვარშივე დაიწყო. COVID-19-ის პირველ შემთხვევას ქვეყანაში მკაცრი კარანტინი მოჰყვა, რაც ტრანსპორტირებასთან, ვაჭრობასთან, სერვისის მიწოდებასთან (რესტორნები, სასტუმროები და ა.შ.) დაკავშირებულ შემთხვევებს გულისხმობდა და ეს თითქმის გაზაფხულის ბოლომდე გაგრძელდა. ზაფხულში რეგულაციები შემსუბუქდა, თუმცა შემოდგომაზე ისევ გამკაცრდა. საქართველოს მთავრობამ, საკარანტინო რეგულაციების გარდა, ვირუსის გავრცელების რისკისა და ადამიანების სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე ნეგატიური გავლენის შესამცირებლად, COVID-19-ის ეფექტიანი მართვის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ღონისძიებები გაატარა.²

პანდემია განსხვავებულად მოქმედებს სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფებზე. ადამიანები, რომლებზეც პანდემიას არაპროპორციულად დიდი ნეგატიური გავლენა აქვს, მოწყვლად ჯგუფებად იწოდებიან.³ მეტიც, პიროვნება, რომელიც პანდემიის დასაწყისში

მოწყვლადად არ ითვლება, მთავრობის მიერ გატარებული პოლიტიკიდან, სოციალური პაკეტების ხელმისაწვდომობისა და შეზღუდვებიდან გამომდინარე, შეიძლება, მოწყვლადად იქცეს. ცხადია, COVID-19-ის პანდემიისას მოწყვლადი ჯგუფები მხოლოდ ხანდაზმულები ან ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები არ არიან, არამედ სხვადასხვა დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური ფონის მქონე პირებიც, რომელთაც, შესაძლოა, კრიზისთან ფინანსურად, მენტალურად ან ფიზიკურად გამკლავება გაუჭირდეთ.⁴ მაგალითად, მონაცემების მიხედვით, COVID-19 განსხვავებულად მოქმედებს კაცებსა და ქალებზე. გაეროს ქალთა ორგანიზაციის COVID-19-ით გამომწვეული სიტუაციის სწრაფი გენდერული შეფასების (RGA)⁵ მიხედვით, პანდემიის განსხვავებული გავლენები ქალებსა და კაცებზე, მათ შორის, საარსებო წყაროს, მოწყვლადობისა და აუნაზღაურებელი საშინაო შრომის განაწილებას მოიცავს.⁶

უნდა აღინიშნოს, რომ ქალებს შორისაც არსებობს სხვადასხვა სოციალური ჯგუფები, რომლებიც სხვებთან შედარებით უფრო მეტად ზიანდებიან პანდემიისგან. ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალები COVID-19-ის პანდემიის კონტექსტში, შეიძლება, მაღალი დონის მოწყვლადობის ჯგუფებად ჩაითვალოს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, მსოფლიო ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ადამიანების 70% ქალია და ისინი COVID-19-თან ბრძოლის წინა ხაზზე არიან.⁷ გარდა ამისა, ქალები მსოფლიოში ჯანდაცვის ობიექტებში მომსახურე პერსონალის უმრავლესო-

1 მონაცემები ხელმისაწვდომია stopcov.ge. (ბოლო ნახვა: 30 ნოემბერი, 2020)

2 საქართველოს მთავრობა, (2020). საქართველოს მთავრობის მიერ 2019 წლის 31 დეკემბერს მიღებულ #674 დადგენილებაში, „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ ცვლილების შეტანის თაობაზე. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=0>

3 The Lancet, (2020). Redefining vulnerability in the era of COVID-19. Lancet (London, England), 395(10230), 1089. [online] Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270489/> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

4 იქვე.

5 გაეროს ქალთა ორგანიზაცია. (2020). საქართველოში COVID-19-ით გამომწვეული სიტუაციის სწრაფი გენდერული შეფასება. ხელმისაწვდომია: <https://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/08/rapid-gender-assessment-of-the-covid-19-situation-in-georgia#view> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

6 იქვე.

7 WHO, (2019). Gender Equity in the Health Workforce: The Analysis of 104 Countries. ხელმისაწვდომია: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-20191-eng.pdf>. (ბოლო ნახვა: 30.11.2020)

ბას წარმოადგენენ (მაგ.: დამლაგებლები).⁸ ამასთან, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული ქალების რაოდენობა დასაქმებული -კაცების რაოდენობას აღემატება და 62%-ს შეადგენს.⁹ კოვიდ საავადმყოფოებში დასაქმებული ქალები ბრძოლის წინა ხაზზე არიან და, შესაბამისად, არა მხოლოდ

ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან, არამედ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობასთან დაკავშირებითაც, მაღალი რისკის წინაშე დგანან. ამავე დროს, მათ პანდემიისგან გამონვეულ სოციალურ-ეკონომიკურ გამონვევებთანაც უწევთ გამკლავება.

8 United Nations, (2020). policy brief: The impact of COVID-19 on women. ხელმისაწვდომია: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women#view>. (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

9 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, (2019). ქალები და კაცები საქართველოში. ხელმისაწვდომია: <https://www.geostat.ge/en/single-archive/3332>. (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

კვლევის მიზანი და
ამოცანები

კვლევის მთავარი მიზანი COVID-19-ის პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფი სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელ ქალებზე გავლენის სიღრმისეული, თვისებრივი შეფასება იყო. კვლევას უნდა დაედგინა, თუ რამდენად დაკულნი იყვნენ ამ ჯგუფის წევრები და რამდენად დაკმაყოფილდა მათი საჭიროებები პანდემიის დროს. მიზანი კი შემდგომი რეაგირებისა და ღონისძიებებისთვის საჭირო აუცილებელი ცვლილებების დადგენა გახლდათ. კვლევის კონკრეტული ამოცანებია:

- პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფი სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი ქალების სამუშაო პირობებისა და დასაქმების პრაქტიკის შესწავლა და გარკვევა, თუ რამდენად იმოქმედა პანდემიამ მათზე (მათ სამუშაო საათებზე, ანაზღაურებად და არაანაზღაურებად შვებულებაზე, ანაზღაურების ოდენობაზე, კომპენსაციაზე და ა.შ.);
- COVID-19-ის პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფი სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი ქალების წინაშე არსებული საფრთხეების (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალურ-ეკონომიკური) დადგენა;
- პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფი სამედიცინო პერსონალი ქალებისთვის დამსაქმებელთა მიერ შეთავაზებული უსაფრთხოების ზომებისა და მათდამი სამედიცინო პერსონალის წარმოდგენებისა და დამოკიდებულებების შესწავლა;
- სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების მიერ პანდემიის ფარგლებში მთავრობის მიერ შეთავაზებული მხარდაჭერის, მათ შორის ინფორმაციისა და სახელმწიფო სერვისების (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) ხელმისაწვდომობის შეფასება;

- COVID-19-ის პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელ ქალებზე განსხვავებული გავლენის შესწავლა სხვადასხვა მახასიათებლის მიხედვით (ურბანული სივრცე, რურალური სივრცე, სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი, სამედიცინო იერარქია - ექიმი, ექთანი და სხვ.);
- პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფი სამედიცინო პერსონალი ქალების საჭიროებებისა და გამკლავების სტრატეგიების შესწავლა მათი სხვა სოციალური როლებისა და ოჯახთან დაკავშირებული ზრუნვის პასუხისმგებლობის გათვალისწინებით;
- პანდემიის პირობებში სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელთა ეკონომიკური რესურსებისა და ოჯახისთვის ადეკვატური შემოსავლის შენარჩუნებისთვის საჭირო გამკლავების სტრატეგიებისა და ძირითადი საჭიროებების შესწავლა, განსაკუთრებით ოჯახის წევრის შემოსავლის დაკარგვის ან პანდემიასთან დაკავშირებული გაუთვალისწინებელი ხარჯების შემთხვევაში;
- სამუშაო ადგილზე შევიწროების ან/და ძალადობის შემთხვევებისა და მათზე COVID-19-ის შესაძლო გავლენის შესწავლა;
- COVID-19-ის პანდემიის გავლენის შესწავლა ქალებზე პანდემიის სხვადასხვა ფაზის დროს: ა) მკაცრი ზომების მიღების პერიოდში (მარტი-მაისი); ბ) შემსუბუქებული შეზღუდვებისას (ივნისი-აგვისტო) და გ) შემთხვევების გაზრდილი რაოდენობის პერიოდში (სექტემბერი-ოქტომბერი);
- საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში გენდერული სახელფასო სხვაობის ანუ ქალებისა და კაცების ანაზღაურებებს შორის სხვაობის ანალიზი, რომელიც კაცების ანაზღაურების პროცენტულ მაჩვენებელში გამოიხატება.¹⁰

10 Blau, Francine D., and Lawrence M. Kahn (2003). Understanding International Differences in the Gender Pay Gap. *Journal of Labor Economics*, vol. 21, No. 1 (January), pp. 106–44.

მეთოდოლოგია

კვლევითი სამუშაოები ოთხ ფაზად ჩატარდა: საწყისი ეტაპი, სამაგიდე კვლევის ეტაპი, სავლელ სამუშაოების ეტაპი და ანალიზის ეტაპი. თითოეული ეტაპი ინდივიდუალურად განხილულია ქვემოთ.

3.1 საწყისი ეტაპი

კვლევის გუნდმა საწყის ეტაპზე კვლევის დეტალური დიზაინი შეიმუშავა, რომელიც კვლევის მეთოდოლოგიასა და კვლევის ყველა ეტაპისთვის საკვანძო მიდგომებს მოიცავს, მაგალითად: შერჩევის დიზაინს/რესპონდენტების რეკრუტირების სტრატეგიას, მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტებსა და პროცედურებს, ანალიზის სტრატეგიას.

3.2 სამაგიდე კვლევის ეტაპი

სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებზე COVID-19-ის გავლენაზე არსებული ცოდნის/მონაცემების უკეთ გასაზრებლად, კვლევის გუნდმა საწყის ეტაპზე სრულფასოვანი სამაგიდე კვლევა ჩატარა, რისთვისაც საკვლევ თემასთან დაკავშირებით არსებული კვლევები და ლიტერატურა გაანალიზა. ამასთანავე, ქვეყნის კონტექსტის გასათვალისწინებლად, ჯგუფმა სახელმწიფოს მიერ COVID-19-თან დაკავშირებით შემუშავებული პოლიტიკის დოკუმენტები განიხილა და სამაგიდე კვლევის მიგნებების საფუძველზე შეიმუშავა გზამკვლევი სავლელ სამუშაოებისთვის.

3.3. სავლელ სამუშაოების ეტაპი

WeResearch-ის გუნდმა კვლევის ფარგლებში თვისებრივი კვლევის მეთოდები გამოიყენა. კერძოდ, მონაცემთა შესაგროვებლად სიღრმისეული ინტერვიუები და ექსპერტებთან ინტერვიუები ჩატარდა. სიღრმისეული ინტერვიუების მიზანს სამედიცინო

პერსონალი ქალების გამოცდილებებისა და მათ ყოველდღიურ საქმიანობაზე COVID-19-ის გავლენის კვლევა წარმოადგენდა, ხოლო ექსპერტებთან ინტერვიუები მთავრობისა და არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლების შეხედულებების მიხედვით სიტუაციის შესაფასებლად იქნა გამოყენებული.

3.3.1 კვლევის ინსტრუმენტები

სიღრმისეული ინტერვიუებისა და ექსპერტებთან ინტერვიუების ჩატარებამდე მკვლევართა გუნდმა, კვლევის მიზნების მიხედვით, ნახევრად-სტრუქტურირებული კვლევის გზამკვლევი შეიმუშავა. კვლევის ინსტრუმენტების შემუშავებისას გუნდი შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციისა (ILO) და სხვა ორგანიზაციების საუკეთესო პრაქტიკებსა და რეკომენდაციებს დაეყრდნო.¹¹

ოთხი სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფისთვის ოთხი განსხვავებული გზამკვლევი შეიმუშავდა: ერთი - სიღრმისეული ინტერვიუს გზამკვლევი სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის, სამი - ექსპერტებთან ინტერვიუს გზამკვლევი საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და არასამთავრობო ორგანიზაციებისთვის/ სამოქალაქო საზოგადოებისთვის.

სიღრმისეული ინტერვიუების გზამკვლევი მოიცავდა დემოგრაფიულ კითხვებსა და შემდეგ საკითხებს: სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების სამუშაო პირობებს; მათ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას; მათ ეკონომიკურ მდგომარეობასა

11 ILO publication on *Qualitative research on employment relationship and working conditions: preliminary guidelines*. ხელმისაწვდომია: https://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_248899/lang--en/index.htm (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
Liu Q, Luo D, Haase JE, et al., (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*, 8(6).
Felice, Carla & Di Tanna, Gian Luca & Zanus, Giacomo & Grossi, Ugo., (2020). Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. *Journal of Community Health*, 45.

Que J, Shi L, Deng J, et al., (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3).
Talaee, N. Varahram, M. Jamaati, H. Salimi, A. Attarchi, M. Kazempour dizaji, M. Sadr, M. Hassani, S. Farzanegan, B. Monjazebe, F and Seyedmehdi, M. (2020). Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. *Nature Public Health Emergency Collection*. June 6, 2020 (1-6). ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275852/> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

და ძირითად საჭიროებებს; სახელმწიფოს მიერ COVID-19-თან ბრძოლისთვის გატარებული ზომების შეფასებას; სამუშაო ადგილზე შევიწროებისა და ძალადობის შემთხვევების განხილვას. კითხვები რესპონდენტების სტატუსს (მაგ.: ექიმი, ექთანი და ა.შ.) იყო მორგებული, რათა ინტერვიუს დროს უშუალოდ მათი გამოცდილება შესწავლილიყო. ექსპერტებთან ინტერვიუების გზამკვლევიც მსგავს თემებს ფარავდა, თუმცა ყურადღება სამედიცინო პერსონალი ქალების მდგომარეობის შეფასებაზე გამახვილდა.

ღია კითხვების საშუალებით მონაწილეებს შეეძლოთ, პასუხები საკუთარი ცოდნისა და გამოცდილების მიხედვით გაეცათ. მეტიც, ღია კითხვები შესაძლებლობას აძლევდა ინტერვიუერს, ფოკუსი არ დაეკარგა კვლევაზე და თან რესპონდენტებისთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე წარემართა დისკუსია.

3.3.2 შერჩევა. სამიზნე ჯგუფები და ადგილმდებარეობები

კვლევის მონაწილეთა შესარჩევად კვლევის გუნდმა მიზნობრივი შერჩევა გამოიყენა. მიზნობრივი შერჩევის პრინციპები ხშირად გამოიყენება თვისებრივ კვლევაში დაკვლევის მიზნების შესაბამისი, კონკრეტული მახასიათებლების მიხედვით მონაწილეთა შერჩევას გულისხმობს.¹²

მოცემული კვლევის სამიზნე ჯგუფი კოვიდ კლინიკებში ან ცხელების ცენტრში დასაქმებული სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი ქალები იყვნენ, რადგან სწორედ ისინი იმყოფებოდნენ საქართველოში პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე. კვლევის კონტექსტში სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალებში ვგულისხმობთ ექიმებს, ექთნებს, სანიტრებსა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალს. კვლევა ამ კონკრეტულ ჯგუფებზე აქცენტირდება, რადგან კვლევის დაწყებისას COVID-19-ის მართვის პროცესში სამედიცინო პერსონალ ექიმებთან ერთად, სწორედ ექთნები, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი და სანიტრები მონაწილეობდნენ.

კვლევის სამიზნე ლოკაციებად თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, მარნეული და თეთრიწყარო განისაზღვრა. კვლევის გუნდმა თბილისი, ქუთაისი და ბათუმი შეარჩია იმიტომ, რომ ამ ქალაქებში COVID-19-ის ყველაზე მეტი შემთხვევა დაფიქსირდა. თბილისის, ქუთაისისა და ბათუმის საავადმყოფოები პირველები შეხვდნენ პანდემიას, შესაბამისად, მათ შემთხვევაში ზეგავლენაც უფრო დიდი იყო. მარნეული და თეთრიწყარო კი იმის გამო შეირჩა, რომ ამ ქალაქებს პანდემიის საწყის ეტაპზე, გაზაფხულზე, კარანტინი გადაადგილების მკაცრი შეზღუდვით შეეხოთ და კვლევის გუნდმა მათი გამოცდილების ასახვაც დაისახა მიზნად. გარდა ამისა, თეთრიწყარო აირჩა როგორც რურალური სივრცე, ხოლო მარნეული, როგორც ეთნიკური უმცირესობების შედარებით მაღალი წარმომადგენლობით გამორჩეული ტერიტორია.

WeResearch-მა თითოეულ ლოკაციაზე ადგილობრივი რეკრუტერები დაიქირავა. ისინი პასუხისმგებლები იყვნენ გუნდის მიერ დეტალურ სახელმძღვანელოში გაწერილი მოთხოვნების მიხედვით კონკრეტული რესპონდენტების მოძიებასა და დათანხმებაზე.

3.3.3 მონაცემების შეგროვება

WeResearch-მა საველე სამუშაოები 2020 წლის ოქტომბერ-დეკემბერში ჩაატარა. კვლევის გუნდი საველე სამუშაოებს ონლაინ და პირისპირ ინტერვიუების საშუალებით გეგმავდა, თუმცა, სექტემბერში COVID-19-ის შემთხვევების სწრაფი ზრდის გამო გადაწყვიტა, რომ ინტერვიუებისა და რესპონდენტების ჯანმრთელობა საფრთხეში არ ჩაეგდო და საველე სამუშაოები სრულიად ონლაინ ჩაეტარებინა. ამიტომ, სიღრმისეული ინტერვიუებიც და ექსპერტებთან ინტერვიუებიც ონლაინ პლატფორმა ზუმის (Zoom) საშუალებით შედგა. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, რესპონდენტებისთვის ზუმი ხელმისაწვდომი არ იყო ან ცუდი ინტერნეტ კავშირი ჰქონდათ, ამიტომ მათთან სატელეფონო ინტერვიუები ჩატარდა.

12 Berg, L.B. (2001). Qualitative Research methods for the Social Sciences. Boston: Allyn and Bacon. P.32

თავდაპირველად, კვლევის მეთოდოლოგია 25 სიდრმისეულ ინტერვიუს ითვალისწინებდა ექიმებსა და სანიტრებთან, ასევე 8 ფოკუს ჯგუფს ექთნებსა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალთან, თუმცა სამედიცინო პერსონალის დატვირთვამ განრიგმა ჯგუფური შეხვედრების ორგანიზება შეუძლებელი გახადა. აქედან გამომდინარე, 8 ფოკუს ჯგუფის ნაცვლად კვლევის გუნდმა 14 სიდრმისეული ინტერვიუ ჩაატარა. სულ 39 სიდრმისეული ინტერვიუ შედგა. ინტერვიუების რაოდენობა შემდეგნაირად

ნაწილდება: 18 ინტერვიუ - ექიმებთან, 7 - ექთნებთან, 7 - სანიტრებთან და 7 - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალთან. ყველაზე ახალგაზრდა რესპონდენტი 25 წლის იყო, ხოლო ყველაზე უფროსი - 67-ის. კლინიკები, რომელშიც ეს რესპონდენტები იყვნენ დასაქმებული, მოცემულია დანართში #2.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი აჩვენებს კვლევის მონაწილეთა რაოდენობას მათი სტატუსისა და ადგილმდებარეობის მიხედვით.

ცხრილი #1

ჩატარებული ინტერვიუების რაოდენობა ადგილმდებარეობის მიხედვით

	თბილისი	ქუთაისი	ბათუმი	მარნეული	თეთრიწყარო
ექიმი	8	3	4	3	0
ექთანი	2	1	2	1	1
სანიტარული პერსონალი	2	2	2	0	1
სასწრაფო დახმარების პერსონალი	2	2	1	2	0

სიდრმისეულ ინტერვიუებთან ერთად, ინტერვიუ ექსპერტებთანაც ჩატარდა სამთავრობო და არა-სამთავრობო სექტორში, კერძოდ: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, სოლიდარობის ქსელის, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრისა (EMC) და საქართველოს პროფესიული კავშირების გაერთიანების წარმომადგენლებთან (GTUC). კვლევის გუნდმა სულ 6 ექსპერტთან ჩაატარა ინტერვიუ.

რესპონდენტების ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე ყველა ინტერვიუს აუდიო ჩანერა განხორციელდა. ინტერვიუების შემდეგ ინტერვიუებმა თითოეული ინტერვიუს მოკლე შეჯამებები გააკეთეს, რომელიც ძირითად საკითხებსა და შესაბამის ციტატებს მოიცავდა.

3.4 ანალიზის ეტაპი

ანალიზის ეტაპზე WeResearch-მა მოპოვებული მონაცემები გააანალიზა და სამაგიდე კვლევის მიგნებებთან გააერთიანა. სამაგიდე კვლევის თვისებრივ მონაცემებთან ინტეგრაციისა და მონაცემების ტრიანგულაციისთვის, კვლევის გუნდმა თვისებრივი ანალიზის ჰიბრიდული ინდუქციური და დედუქციური თემატური კოდირების მეთოდი გამოიყენა. ეს ნიშნავს, რომ საწყისი კოდები კვლევის მიზნებიდან, ხოლო დამატებითი კოდები მონაცემებიდან გამომდინარეობდა. ჰიბრიდული კოდირების მიდგომა თვისებრივ ანალიზში გარკვეული მოქნილობის საშუალებას იძლევა, რადგან კვლევის დიზაინში გაუნრეღი, ახალი ან მოულოდნელი საკითხების გამოვლენის შემთხვევაში თემატური კოდების დამატება შესაძლებელია.

კვლევის გუნდმა ანალიზისთვის კონკრეტული ვადა გამოიყენა. კერძოდ, ანალიზი პანდემიამდელ და უშუალოდ პანდემიის პერიოდს მოიცავდა. პანდემიის პერიოდი სამ ფაზად იყოფა: ა) მკაცრი ზომების

მიღების პერიოდი (ლოქდაუნი) - მარტი-მაისი; ბ) შემსუბუქებული შებენიანი - ივნისი-აგვისტო და გ) შემთხვევების გაზრდილი რაოდენობა - სექტემბერი-ოქტომბერი. გარდა ამისა, მკვლევარებმა მონაცემები სამედიცინო პერსონალის იერარქიის (ექიმი,

ექთანი, დამხმარე პერსონალი) გათვალისწინებით გააანალიზეს.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი კვლევის მეთოდოლოგიას აჯამებს.

ცხრილი #2

კვლევის დიზაინი

მეთოდი	თვისებრივი კვლევა	
ტექნიკა	სიღრმისეული ინტერვიუ	ინტერვიუ ექსპერტებთან
სამიზნე ჯგუფი	ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ადამიანები (ექიმები, ექთნები, სანიტარული პერსონალი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი)	შემდეგი დაწესებულებების წარმომადგენლები: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; სოლიდარობის ქსელი; ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი (EMC) და საქართველოს პროფესიული კავშირების გაერთიანება (GTUC)
შერჩევის ზომა	39	6
შერჩევის მეთოდი	მიზნობრივი შერჩევა	მიზნობრივი შერჩევა
კვლევის არეალი	თბილისი, იმერეთი (ქუთაისი), აჭარა (ბათუმი), ქვემო ქართლი (მარნეული და თეთრიწყარო)	თბილისი
ინტერვიუს დაახლოებითი ხანგრძლივობა	45 წუთი	70 წუთი
საველე სამუშაოს ვადები	31 ოქტომბერი – 9 ნოემბერი, 2020	17 ნოემბერი – 9 დეკემბერი, 2020

3.5 გენდერული სახელფასო სხვაობა სამედიცინო სექტორში - მეთოდოლოგია

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში არსებული გენდერული სახელფასო სხვაობის ანალიზი (იხილეთ ქვეთავი 4.6. ანაზღაურება და გენდერული სახელფასო სხვაობა) მეორადი მონაცემების საფუძველზე შემუშავდა, კერძოდ, საქსტატის მიერ

2019 წელს ჩატარებული სამუშაო ძალისა და დაწესებულებების კვლევების მიხედვით. მეორადი მონაცემების რაოდენობრივი ანალიზი აღწერით სტატისტიკასა და უფრო რთულ სტატისტიკურ ანალიზს (მაგ. რეგრესიული ანალიზი) მოიცავდა შესწორებული და შეუსწორებელი გენდერული სახელფასო სხვაობის შესაფასებლად¹³.

13 გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2020. გენდერული სახელფასო სხვაობა და უთანასწორობა საქართველოს შრომის ბაზარზე. ხელმისაწვდომია: <https://www2.unwomen.org/-/media/field>

%20office%20georgia/attachments/publications/2020/gender%20pay%20gap%20georgia%20geo.pdf?la=en&vs=4411 (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

იქიდან გამომდინარე, რომ COVID-19-ის შემთხვევები დიდ ქალაქებში უფრო მეტი იყო და იქ საავადმყოფოები კოვიდ კლინიკებად გადაკეთდა, კვლევა ურბანულ სივრცეებზეა ორიენტირებული. ამის გამო რურალური სივრცეები კვლევაში ნაკლებადაა წარმოდგენილი.

დაბოლოს, კვლევა სექსუალური შევიწროებისა და ძალადობის თემაზე მოიცავს. თუმცა, უნდა ითქვას, რომ ინტერვიუების ჩატარებისას

ამ საკითხს შეზღუდული დრო დაეთმო. როგორც პრაქტიკა აჩვენებს, თუ კვლევა უშუალოდ სექსუალურ შევიწროებაზე არ არის ორიენტირებული, რესპონდენტები ნაკლებად ამახვილებენ ყურადღებას ამ მგრძობიარე საკითხზე. ზემოხსენებული თემის უფრო ღრმად შესწავლისთვის შეიძლება, ისეთი მეთოდოლოგიური მიდგომა იყოს საჭირო, რომელიც კონკრეტულად სამედიცინო სექტორში სექსუალური შევიწროებისა და ძალადობის საკითხზე იქნება ორიენტირებული.

კვლევის შედეგები

ანგარიშის ამ ნაწილში კვლევის შედეგებია მოცემული. ქვეთავების საკითხები კვლევის მიზნებიდან გამომდინარეობს და შემდეგ თემებს მოიცავს:

- სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების სამუშაო პირობები და COVID-19-ის პანდემიის გავლენა;
- ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საფრთხეები და დამცავი მექანიზმები პანდემიის პერიოდში;
- სახელმწიფოს მხარდაჭერა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებისთვის;
- ეკონომიკური უსაფრთხოება და გამკლავების სტრატეგიები პანდემიის დროს;
- COVID-19-ის გავლენა აუნაზღაურებელი ზრუნვის როლებსა და თავისუფალ დროსთან მიმართებაში;
- ხელფასები და გენდერული სახელფასო სხვაობა;
- სექსუალური შევიწროება სამუშაო ადგილზე.

თითოეული ქვეთავის ბოლოს მოკლე შეჯამებაა მოცემული.

4.1 სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების სამუშაო პირობები და COVID-19-ის პანდემიის გავლენა

COVID-19-მა უდიდესი გავლენა იქონია სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების სამუშაო რეჟიმზე. ინტერვიუების შედეგებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო პერსონალის სამუშაო რეჟიმში ცვლილებები პანდემიის დასაწყისში, გაზაფხულზე, დაიწყო. რეჟიმი ზაფხულში შემსუბუქდა, თუმცა შემოდგომაზე ისევ დაიტვირთა. ცვლილებები სამედიცინო პერსონალის წევრების არსებული როლებისა და პასუხისმგებლობების მიხედვით განსხვავდება (მაგ.: ექიმებისა და სანიტრებისთვის ცვლილებები განსხვავებულია). გაზრდილი სამუშაო საათები, დატვირთვა და შვებულების გამოყენება მომდევნო ქვეთავებშია განხილული.

15 COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიში. (2020). ქართულად ხელმისაწვდომია: http://gov.ge/files/76338_76338_444796_COVID-19angarishi...pdf (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

4.1.1 გაზრდილი სამუშაო საათები და დატვირთვა

სამედიცინო პერსონალში დაინფიცირების რისკის მინიმუმამდე შესამცირებლად, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ კოვიდ კლინიკებში ორკვირიანი ცვლები შემოიღო.¹⁵ ხელისუფლების წარმომადგენელთან ინტერვიუს მიხედვით, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების სამუშაო რეჟიმის მართვა გამონვევა იყო. პრობლემის გადასაჭრელად კლინიკებმა პერსონალის მართვის გეგმა შეიმუშავეს, რომლის თანახმადაც ცვლებში მომუშავე ქალები ერთმანეთის მონაცვლეობით მუშაობდნენ. COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიშის მიხედვით, სპეციალური დასასვენებელი ოთახები შეიქმნა იმ სამედიცინო პერსონალისთვის, რომელიც ორკვირიან ცვლებში მუშაობდა.¹⁶

შეცვლილი სამუშაო რეჟიმის გარდა, კვლევის ფარგლებში გამოკითხული ექიმები და ექთნები სექტემბერში სამუშაო საათების 8 საათიდან 12 საათამდე გაზრდაზეც მიუთითებენ.

„ცვლილება როგორ არ არის, ძალიან დაიტვირთა სამუშაო გრაფიკი, ფაქტობრივად, ვმუშაობთ დილიდან საღამომდე, ღამის საათებშიც ტელეფონი არ ჩერდება, მუდმივად ვართ ტელეფონზე.“ (ექიმი, 47 წლის, ქუთაისი).

სამუშაო დრო საქართველოს შრომის კოდექსით¹⁷ (თავი V) არის განსაზღვრული, ხოლო დადგენილი სტანდარტი კვირაში 40 საათია. ამის მიუხედავად, სამედიცინო სფერო „სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის მქონე საწარმოდ“¹⁸ ითვლება, რაც დამსაქმებელს უფრო გრძელი, 48 საათიანი, სამუშაო კვირის ქონის საშუალებას აძლევს. ეს საკითხი პრობლემურად ითვლება, რადგან ზეგანაკვეთური შრომა მხოლოდ ზოგადადაა განმარტებული და კონკრეტულ პოზი-

16 იქვე.

17 საქართველოს შრომის კოდექსი (2010). ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/en/document/view/1155567?publication=17>

18 სოლიდარობის ქსელი, (2018). ექთნების შრომის პირობები საქართველოში.

ციებს, პროფესიებსა და სანარმოებს არ მოიცავს. ეს მიდგომა უნივერსალურია ყველასთვის, ვინც ზეგანაკვეთურ შრომას ეწევა და კონკრეტული თანამდებობების სპეციფიკურ მახასიათებლებს არ ითვალისწინებს.¹⁹ ეს დამსაქმებელსა და დასაქმებულს შორის ასიმეტრიულ ძალაუფლებრივ ურთიერთობებს ქმნის.²⁰

ექიმების სამუშაოს მოცულობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რადგან პანდემიის პერიოდში მათი მთავარი პაციენტები მოუწიათ ზრუნვა და პასუხისმგებლობის აღება, ვიდრე მანამდე. პანდემიამდე ექიმების პასუხისმგებლობები პაციენტის მართვის პროცესის წარმართვას, მკურნალობასა და მონიტორინგს მოიცავდა. პანდემიის პერიოდში კი საკუთარი საქმის გარდა, მათ COVID-19-ით ინფიცირებულ პაციენტებთან სატელეფონი კონსულტაცია და ზოგ შემთხვევაში, „ცენტრალური ონლაინ კლინიკისთვის“²¹ მუშაობაც უწევდათ. აღნიშნული კლინიკა 2020 წლის ოქტომბერში საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ COVID-19-ის გაზრდილ შემთხვევებზე საპასუხოდ შექმნა. ონლაინ კლინიკის მიზანი COVID-19-ით ინფიცირებული ადამიანებისთვის კონსულტაციის გაწევა იყო. ონლაინ კონსულტაციების ჩატარება დამატებითი პასუხისმგებლობა გახდა ექიმებისთვის და პაციენტების მეტ რიცხვსა და, შედეგად, მეტ სამუშაო დატვირთვას გულისხმობდა. კვლევაში მონაწილე ექიმები აცხადებენ, რომ დიაგნოსტიკებასთან დაკავშირებული სირთულეებისა და მცდარი დიაგნოზის გაზრდილი რისკის გამო სატელეფონო კონსულტაციები გამომწვევაა.

გამოკითხული ექიმები, ასევე, მომატებულ პასუხისმგებლობასა და სამუშაო დატვირთვაზე საუბრობენ. ახლახანს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ პანდემიამდეც ძალიან მაღალი იყო პაციენტთა რიცხვი თითოეულ ექთანზე და ყოველდღიურად

10-11-ს შეადგენდა.²² ეს მაჩვენებელი სამჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში არსებულ ექთნებისა და პაციენტების რაოდენობრივ შეფარდებას.²³ პანდემიის პერიოდში პაციენტთა რიცხვი კიდევ უფრო გაიზარდა. როგორც სოფლად მომუშავე ექთნები აცხადებდნენ, ხანდახან, სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობის გამო, ექიმების ნაცვლად მათ უწევდათ პაციენტების მკურნალობა. სამედიცინო პერსონალის დაინფიცირების შემთხვევაშიც მათი პასუხისმგებლობის გადაბარება კოლეგებს (სხვა ექთნებს) უწევთ. რაც უფრო მცირეა კლინიკის სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, მით მეტია დამატებითი სამუშაოს მოცულობაც.

სანიტართა პერსონალის სამუშაო დატვირთვა შემთხვევების მატებასთან ერთად გაიზარდა. მათი პასუხისმგებლობები კლინიკის სისუფთავისა და პაციენტების ჰიგიენის უზრუნველყოფას მოიცავდა. გარდა ამისა, ინფექციური ნარჩენების მართვისთვის სანიტრებს დამატებითი ზომების მიღება დასჭირდათ. ვირუსის გავრცელების რისკების შესამცირებლად, მათ საავადმყოფოს სადებიზინფექციოდ დამატებითი ზომების მიღება და მისი ორჯერ უფრო ხშირად დალაგება უწევთ, ვიდრე მანამდე.

გამოკითხული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი ზარების გაზრდილ რაოდენობაზე საუბრობს. ზარები პანდემიის დასაწყისში, გაზაფხულზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რადგან ადამიანებს ვირუსის ეშინოდათ. ზაფხულში ზარების რაოდენობა შემცირდა, ხოლო შემოდგომაზე ისევ გაიზარდა.

თუ სამუშაო დატვირთვასა და საათებს სამი სხვადასხვა ფაზის: გაზაფხულზე - პანდემიის დასაწყისი; ზაფხულში - ნაკლები შეზღუდვა; შემოდგომაზე - COVID-19-ის შემთხვევების მნიშვნელოვანი ზრდა - მიხედვით ვიმსჯელებთ, დავინახავთ, რომ სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალებზე COVID-19-ის

19 იქვე.

20 იქვე.

21 ცენტრალური ონლაინ კლინიკის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://www.moh.gov.ge/en/news/5527/E2%80%9C%20Central-Online-Clinic%E2%80%9D-Becomes-Operational-at-the-Ministry-of-Health>

22 სოლიდარობის ქსელი, 2018. ექთნების შრომის პირობები საქართველოში.

23 იქვე.

გავლენა სხვადასხვა ფაზაში განსხვავდება. როგორც ინტერვიუს მონაწილეები აღნიშნავენ, მათ სამუშაო რეჟიმში პირველი ცვლილება გაზაფხულზე შევიდა, რადგან კლინიკები, სადაც ისინი მუშაობდნენ, კოვიდ კლინიკებად ან ცხელების ცენტრებად გადაკეთდა. ზაფხულის პერიოდში სამუშაოს მოცულობა შემცირდა, თუმცა, შემოდგომაზე, მომატებულ შემთხვევებთან ერთად ისევ გაიზარდა.

„ფაქტიურად ვიყავით მუშა მდგომარეობაში მუდმივად, როცა იყო დასვენების საშუალება შესაბამისად, შეძლებისდაგვარად ვისვენებდით, თუ არადა 2 კვირის განმავლობაში ვიყავით გამოუსვლელად. შემდეგ ზაფხულში გადავედით ჩვეულებრივი მუშაობის რეჟიმზე, ანუ დღის ექიმს ცვლიდა მორიგე ექიმი და მერე ისევ დღის ექიმი. ახლა (შემოდგომაზე) ვაგრძელებთ ესეთ მუშაობას, მაგრამ იმ ექიმს, რომელიც მუშაობს კოვიდრეანიმაციაში სხვა კლინიკაში ... ვენაცვლებით ჩვენ, ანუ მე თუ ვმუშაობდი, ვთქვათ, მარტო დღისით, ახლა საჭიროების მიხედვით რეანიმაციაშიც და ანესთეზიოლოგიაშიც ვმორიგეობ“ (ექიმი, 55 წლის, მარნეული).

რესპონდენტების მიერ პანდემიის პერიოდში იდენტიფიცირებული ძირითადი ცვლილებები ქვემოთ არის შეჯამებული:

- ექიმების სამუშაო ცვლები კლინიკებში 4 დღეში ერთხელ მუშაობიდან ორკვირიანი ცვლებით შეიცვალა;
- სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი ორ დღეში ერთხელ მუშაობს, პანდემიამდე კი მათ ოთხ დღეში ერთხელ უწევდათ მუშაობა;
- ექიმების პასუხისმგებლობებს ონლაინ კონსულტაციები დაემატა, რადგან 112-ის ზარების მართვა საავადმყოფოებზე გადანაწილდა;
- ექიმების დავალებებს პაციენტების დისტანციური (სატელეფონო) გასინჯვა დაემატა. დისტანციურმა გასინჯვამ ექიმებისთვის დიაგნოსტიკის პროცესი გაართულა და მცდარი დიაგნოზის დასმის რისკიც გაზარდა;

- ექთნების სამუშაო საათები გაიზარდა და საჭიროების შემთხვევაში მათ უფრო დიდხანს უწევთ მუშაობა;
- სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი რაოდენობის გამო, ექთნებს იმ დავალებების შესრულება უხდებათ, რომლებსაც, როგორც წესი, ექიმები ასრულებენ (ასე ხდებოდა სოფლის კლინიკებში);
- სანიტრების სამუშაო დატვირთვა გაიზარდა, რადგან მათ საავადმყოფოების დასუფთავება ორჯერ უფრო ხშირად უწევთ, ვიდრე მანამდე.

4.1.2 შესვენება და შვებულების გამოყენება

დამატებითი პასუხისმგებლობებისა და უფრო ხანგრძლივი სამუშაო საათების გამო, კვლევის რესპონდენტებისთვის დღის განმავლობაში გათულდა შესვენების გამოყენება. როგორც ინტერვიუებმა აჩვენა, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანებს დასასვენებლად ძალიან ლიმიტირებული დრო აქვთ და ამ დროს მხოლოდ პირველადი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად იყენებენ. რესპონდენტების თქმით, პაციენტების რაოდენობა იმდენად დიდია, რომ მათ დასვენების საშუალება არ აქვთ. ოფიციალურად, სამედიცინო პერსონალს შესვენებისთვის ერთი საათი აქვს დღეში, თუმცა პრაქტიკულად, პანდემიის პერიოდში, მხოლოდ 10-15 წუთით შეუძლიათ შესვენება. სამედიცინო სასწრაფო დახმარების შემთხვევაში, როგორც თავად აღნიშნავენ, ოფიციალურად ყოველი ექვსი ზარის შემდეგ 20 წუთიანი შესვენება აქვთ. მათი მონაცემები აჩვენებს, რომ ოფიციალური შესვენების დროის გამოყენება პრაქტიკაშიც შეუძლიათ. უფრო მეტიც, სამუშაო ცვლების შემდეგ ან დასვენების დღეებშიც ექიმებს მუდმივად უწევთ პაციენტებთან კომუნიკაცია და სატელეფონო კონსულტაციების ჩატარება. ეს საკითხი განსაკუთრებით პრობლემური სექტორებში გახდა. რესპონდენტების თქმით, გაზაფხულზე და ზაფხულში მათ ჯერ კიდევ შეეძლოთ დღის განმავლობაში დასვენება, ახლა კი ამაზე საუბარიც ზედმეტია.

„შესვენებას ერთ საათს გვაძლევს სამსახური უფლებას, მაგრამ რომ გითხრათ ეხლა ვიყენებთო, ტყუილია“ (ექთანი, 31 წლის, ქუთაისი).

„... მხოლოდ დასაბანად თუ მოახერხებ დასვენებაზე გასვლას და აი რომ შეჭამო ძალიან სწრაფად, რა თქმა უნდა, დროში ხარ შეზღუდული. იმიტომ, რომ ვთქვათ, შენს კოლეგას ვერ დატოვებ მართო იმიტომ, რომ ძალიან ბევრი საქმე აქვს და ცოდოა. გინდა რომ მიეხმარო. ძალიან ცოტა დრო გვაქვს საკუთარი თავისთვის“ (ექიმი, 25 წლის, თბილისი).

გარდა ამისა, რესპონდენტებს ყოველწლიური შვებულების გამოსაყენებლად შეზღუდული შესაძლებლობები ჰქონდათ. ზოგიერთმა რესპონდენტმა შვებულება ზაფხულის განმავლობაში დაგეგმა და ამიტომ, მისი გამოყენება მოახერხა. მათ კი, ვინც იგი სექტემბერისთვის დაგეგმეს, შვებულების გაუქმება მოუწიათ. ექსპერტებთან ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ კოვიდ კლინიკებს საკმარისი თანამშრომლები არ ჰყავდათ, რათა სამედიცინო პერსონალი შვებულებაში გაეშვათ. ამის გამო სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებს სრულფასოვნად დასვენება და დიდი სამუშაო დატვირთვის შემდეგ ძალების აღდგენა არ შეუძლიათ.

რესპონდენტებს განსხვავებული დამოკიდებულებები აქვთ ტიპურ სამუშაო დღეებში პანდემიის მიერ გამოწვეული ცვლილებების მიმართ. ერთი მხრივ, სამედიცინო პერსონალი იმდენად ერთგულია საკუთარი საქმის, რომ ხანგრძლივ საათებს, შესვენებისა და პანდემიის პერიოდში შვებულებისთვის გამოყოფილ ლიმიტირებულ შესაძლებლობებს ნორმად აღიქვამს. მეორე მხრივ, კი ისინი საუბრობენ გაზრდილ პასუხისმგებლობებზე, როგორც დიდ გამოწვევაზე; ასევე თვლიან, რომ

პაციენტების გაზრდილი რაოდენობით გამოწვეულ დამატებით პასუხისმგებლობებთან გასამკლავებლად საკმარისი რესურსები არ აქვთ.

„... როცა პაციენტების რაოდენობამ იმატა, როცა გარშემო ძალიან ბევრი პაციენტი გყავს, მოიხედავ და მასა ძალიან ბევრია, თუნდაც ის, რომ გარეთ გაიხედავ და გელოდება სასწრაფო, უკვე სტრესში ხარ, გინდა რომ ყველაფერი დროულად გააკეთო, ხარისხიანად. არ დარჩეს ვინმე უყურადღებოდ, უკმაყოფილო, დროულად გაეწიოს დახმარება. ამას განიცდი და ნერვიულობ რა თქმა უნდა, შინაგანად. ასეთი სიტუაცია, პანდემიამდე, ნაკლებად იყო. რა თქმა უნდა, იყო პაციენტების რაოდენობა, მაგრამ ეს სიტუაციები არ იქმნებოდა...“ (უმცროსი ექიმი, 25 წლის, თბილისი).

სამუშაოს დიდი მოცულობა და სათანადო დასვენების შესაძლებლობის არქონა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანებისთვის პროფესიული გადაწვისა და სამუშაოში შეცდომების დაშვების რისკს ზრდის. სხვადასხვა კვლევა აჩვენებს, რომ არსებობს კორელაცია ხანგრძლივ საათებსა და შემდეგ ფაქტორებს შორის: ა) შეცდომების დაშვების გაზრდილი რისკი; ბ) კოგნიტური უნარების დარღვევა; გ) უფრო დაბალი ხარისხის ზრუნვა; დ) პაციენტების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხების დარღვევა; ე) მკურნალობის კურსის დროს შეცდომების დაშვება.²⁴ მეორე მხრივ, შესვენებები კონცენტრაციას აუმჯობესებს.²⁵ სხვა კვლევები ხანგრძლივ საათებსა და გადაღლას შორის კავშირზე მიუთითებს. მათი მიხედვით, რაც უფრო მეტია სამუშაო საათების რაოდენობა, მით უფრო დიდია გადაღლის რისკი.²⁶ ამასთან, კვლევა აჩვენებს, რომ პროფესიული გადაწვის (გადაღლის) რისკი სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის უფრო მაღალია.²⁷ არასამთავრობო

24 Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing. A literature review. *International Journal of Nursing Studies* (57), 12 - 27. როგორც ციტირებულია, სოლიდარობის ქსელი, 2018. *ექთნების შრომის პირობები საქართველოში*. გვ. 12

25 იქვე.

26 Stimpfel, A., & al., W. e. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction.

Health Affairs (Project Hope), 31(11). როგორც ციტირებულია, სოლიდარობის ქსელი, 2018. *ექთნების შრომის პირობები საქართველოში*. გვ. 13

27 Ruchira W Khasne, W.R., Dhakulkar, S.B., C Mahajan, C.H., Kulkarni, P.A. Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian Journal for Critical Care Medicine*. 2020 Aug; 24(8): 664–671. ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7519601/> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

ორგანიზაციების წარმომადგენლები ქართულ კონტექსტში გადაღლის მაღალ რისკზე მიუთითებენ. ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანებისთვის ამ საკითხთან დაკავშირებით სიტუაცია საგანგაშოა.

„გადაწვა, Burn out რასაც ქვია არის, ყველაზე სერიოზული პრობლემა, (...) Burn out ისეთი საშინელი გრძნობაა, რომელიც გაკარგვინებს ემპათიას და რა ვიცი, გინდა, რომ შენი ექთანი ემპათიას გრძნობდეს და ემპათია თუ არ აქვს, მეშინია, თუ რას გააკეთებს და იმის მოლოდინიც არ აქვს, იმედიც არ აქვთ. Burn out-ს მე ვუყურებ (...) როგორც სამუშაო ადგილზე დაავადებას. შეიძლება არ ჩანდეს [ფიზიკურად], მაგრამ ფსიქოლოგიურად ისეთ დაზიანებულნი არიან...“ (სოლიდარობის ქსელი).

„სამედიცინო მუშაკების დატვირთვა გაზრდილია, ხელფასი იგივეა, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური წნეხიც ასევე გაზრდილია და არავინ არ იცის რამდენ ხანს გაგრძელდება“ (ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი).

ამ საკითხს ხელისუფლების წარმომადგენელიც დიდ გამოწვევად აღიქვამს და აცნობიერებს, რომ სამედიცინო სფერო ერთ დღეს, შეიძლება, პერსონალის ფიზიკური და ემოციური გადაღლის წინაშე დადგეს. ამის მიუხედავად, აღნიშნული პრობლემის გადასაჭრელად ჯერჯერობით ნაბიჯები არ გადადგმულა.

რომ შევავსოთ, პანდემიამ მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებზე. პაციენტების გაზრდილმა რიცხვმა და უსაფრთხოების ზომებისთვის საჭირო დამატებითმა სამუშაომ მათი ყოველდღიური რეჟიმი საგრძნობლად დატვირთა და როგორც უფრო ხანგრძლივი ცვლები/სამუშაო საათები, ისე დამატებითი პასუხისმგებლობები

შექმნა. დატვირთულ სამუშაო რეჟიმთან ერთად, ზოგიერთმა რესპონდენტმა ყოველწლიური შვებულება ვერ გამოიყენა. დაბოლოს, მათ დასასვენებლად იმდენად შეზღუდული დრო აქვთ დღის განმავლობაში, რომ მხოლოდ პირველადი საჭიროებების დაკმაყოფილებას თუ ახერხებენ. სამუშაოს დიდი მოცულობა და სათანადო დასვენების შესაძლებლობის არქონა სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალებს გადაღლისა და მუშაობისას შეცდომების დაშვების რისკის წინაშე აყენებს.

4.2 ფიზიკური და ფსიქოლოგიური უსაფრთხოების და დამცავი მექანიზმები პანდემიის პერიოდში

4.2.1 უსაფრთხოების საკითხები პანდემიის დროს

პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფი სამედიცინო პერსონალი დაინფიცირების ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშაა. COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიშის მიხედვით, 2020 წლის ივნისისთვის, საქართველოს სამედიცინო პერსონალის 13% დაინფიცირებული იყო.²⁸ რისკების შემცირების მიზნით საავადმყოფოებში შემდეგი აქტივობები გატარდა: 1. საავადმყოფოებს სამედიცინო ფორმები/აღჭურვილობა და სადებიზ-ფექციო საშუალებები მიეწოდათ; 2. სამედიცინო პერსონალი PCR ტესტების გამოყენებით რეგულარულად მონმდება COVID-19-ზე. 3. სამედიცინო პერსონალი მუშაობის ორკვირიან ცვლაზე გადავიდა (როგორც წინა თავშია განხილული); 4. სამედიცინო პერსონალს უსაფრთხოების საკითხებსა და შესაბამის წესებზე ტრენინგები ჩაუტარდა (ტრენინგებს განვიხილავთ თავში „სახელმწიფოსგან მხარდაჭერა სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის“).

უსაფრთხოების საკითხები საგანგაშო იყო გაზაფხულზე, რადგან საავადმყოფოებში საკმარისი პირადი დამცავი აღჭურვილობა (PPE) არ ჰქონდათ. ამის გამო, საქართველოს ოკუპირე-

28 COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიში. (2020). ქართულად ხელმისაწვდომია: http://gov.ge/files/76338_76338_444796_COVID-19angarishi...pdf (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

ბული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ კლინიკების სადებიზინფექციო საშუალებებითა და ყველა საჭირო აღჭურვილობით მომარაგების პასუხისმგებლობა აიღო. სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებთან ინტერვიუების მიხედვით, ზაფხულის შემდეგ სამედიცინო პერსონალისთვის უკვე საჭირო რაოდენობის პირადი დამცავი აღჭურვილობა გამოიყო. დღესდღეობით, გამოკითხული სამედიცინო პერსონალი კმაყოფილია არსებული პირადი დამცავი აღჭურვილობის ხარისხითა და რაოდენობით, ასევე - მათ კლინიკებში გატარებული უსაფრთხოების სხვა ზომებით.

„უსაფრთხო, ნახეთ ეხლა... მე ვთვლი, რომ არის უსაფრთხო, იმიტომ, რომ შეუძლია ექიმს დამოუკიდებლად მიიღოს პაციენტი. შემოსასვლელში მას ხვდება ყველანაირი ის აღჭურვილობა, რაც არის გათვალისწინებული, რაც მოწოდებულია სახელმწიფოს მხრიდან. ოთახშიც რა ვიცი, ექიმი ალბათ ყველა ინდივიდუალურია პიროვნება, ყველა ექიმი ცდილობს იმას, რომ განიავების ხერხი იქნება, თუ რამე საჭირო დამატებით ღონისძიება, იქვე აწარმოოს, რომ გამორიცხოს ინფექციის გავრცელება“ (ექიმი, 31 წლის, ქუთაისი).

ზემოთქმულის მიუხედავად, დაინფიცირების შიში მუდმივად სდევს მათ ყოველდღიურ საქმეს. დროთა განმავლობაში, პაციენტების რაოდენობის ზრდასთან ერთად გაიზარდა მათი შიშიც და ისინი ნაკლებად დაცულად გრძნობენ თავს.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლის განცხადებით, COVID-19-თან დაკავშირებული რისკების შეფასებისა და, შესაბამისად, მართვისთვის ერთ-ერთი საკვანძო საკითხი კოვიდ ტესტების პოლიტიკაა. COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიშის მიხედვით, მთავრობამ კოვიდ კლინიკებისთვის, ცხელების ცენტრებისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალისთვის აპრილში სწრაფი ტესტები გამოიყენა. მას შემდეგ სამედიცინო პერსონალი რეგულარულად მოწმდება PCR ტესტის გამოყენებით, რაც COVID-19-ის გამოვლენის უფრო სანდო წყაროდ მიიჩნევა.²⁹

გატარებული ზომების მიუხედავად, კვლავაც არის გარკვეული შემთხვევები, რომლებიც სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებას საფრთხეს უქმნის. ეს ხდება მაშინ, როცა პაციენტის მდგომარეობა კრიტიკულად მძიმდება და ექიმებს აღჭურვის დრო არაქვთ. ასეთ შემთხვევებში პაციენტების დახმარება მათ პირადი დამცავი აღჭურვილობის გარეშე უწევთ. გარდა ამისა, ექიმებისა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალის თქმით, ბევრი პაციენტი საკუთარ სიმპტომებს მალავს და ექიმები პირადი დამცავი აღჭურვილობის გარეშე მკურნალობენ მათ, რა დროსაც უსაფრთხოების დაცვა ძალიან რთულია. სწორედ ამ პრობლემაზე საუბრობს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელიც.

„იყო ერთი ესეთი შემთხვევა, უბრალოდ, პაციენტი იყო უკიდურესად მძიმე, იყო ფაქტობრივად სიცოცხლესთან შეუთავსებელი მდგომარეობა, ან უნდა ყოფილიყო მყისიერი მოქმედება ან... მე არ ვიყავი ჩაცმული იმიტომ, რომ მქონდა მოსვენების საათი, ამ შემთხვევაში, რა თქმა უნდა, პაციენტი დავაყენეთ უფრო წინ, ცალსახად, რითიც შემეძლო უცბად წამებში, ფარი, ნიღაბი, ქუდი, ხელთათმანი კი, მაგრამ რასაც ქვია ეკიპირება, ეკიპირების ჩაცმა ვერ მოვასწარი იმიტომ, რომ იქ თითოეულ წამს ჰქონდა ძალიან დიდი მნიშვნელობა. მაგ მომენტში მქონდა განცდა, რომ ვაიმე, რომ არ მეცვა ეკიპირება, მაგრამ იმ მომენტში იმდენად მნიშვნელოვანი იყო პაციენტი, რომ ჩაცმაზე ვერ ვიფიქრებდი“ (ექიმი, 27 წლის, თბილისი).
„ძალიან მნიშვნელოვანია სასწრაფოს პერსონალი, რომელმაც არ იცის ვისთან მიდის, იქ რა თქმა უნდა პაციენტი სრულიად არ ასახავს მის მდგომარეობას და სიმპტომს მალავს“ (საქართველოს ოკუპირებული

29 იქვე.

ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

როგორც შესავალში ვახსენეთ, სამედიცინო სფეროში მომუშავეთა უმრავლესობა ქალია (70% მსოფლიოში³⁰ და 62% - საქართველოში³¹). ამას გარდა, თუ სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების მონაცვლადობას მათი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით შევადარებთ, შეიძლება ითქვას, რომ სოფლად მომუშავე ქალები უფრო მონაცვლადები არიან. ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლის განცხადებით, მიუხედავად იმისა, რომ COVID-19-ის შემთხვევები ქალაქებში უფრო მეტია, სოფლად მომუშავე სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი ქალები, არასაკმარისი რესურსებიდან გამომდინარე, ნაკლებად არიან დაცული. ეს კი აჩვენებს, რომ საზოგადოებაში არსებული გენდერული და სოციალური განსხვავებების გათვალისწინება მნიშვნელოვანია.

„ქალაქსა და სოფელს შორის ქალი მომუშავე ექიმების მუშაობაში დიდი განსხვავება არაა. თუმცა ერთადერთი ის არის, რომ ქალაქებში უფრო დიდი რაოდენობაა ინფიცირებული და უფრო მომზადებულია და ტონუსშია პერსონალი. რეგიონში კი უფრო ნაკლებადაა მოლოდინი [რომ შემთხვევები სწრაფად გაიზრდება]“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

ამის მიუხედავად, ექსპერტებთან ინტერვიუებმა ხელისუფლების წარმომადგენლებთან და ისეთი პოლიტიკის დოკუმენტების განხილვამ, როგორცაა

„2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“³², აჩვენა, რომ სახელმწიფოპოლიტიკა გენდერულად ნეიტრალურია, რაც ნიშნავს, რომ ის არ ითვალისწინებს არსებულ გენდერულ და სხვა სოციალურ განსხვავებებს და ინტერსექციური არ არის სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფებთან მიმართებაში.

4.2.2 ფიზიკური ჯანმრთელობა და სადაზღვევო პაკეტი

დაინფიცირების რისკის გარდა, COVID-19-თან დაკავშირებული მაღალი სამუშაო დატვირთვა და სტრესი სამედიცინო პერსონალის ფიზიკურ ჯანმრთელობაზეც ახდენს გავლენას. ზოგიერთი რესპონდენტი მუდმივ თავის ტკივილზე, უძილობასა და მადის დაკარგვაზე საუბრობს.

„ჯანმრთელობაზე ნამდვილად მოქმედებს, იმიტომ რომ ჯერ ეს ერთი, ფსიქოლოგიური სტრესია გარშემო რომ სულ ავად არის და ყველას დახმარება ჭირდება და რომ უნდა განვდე ამას. რომ აუცილებლად უნდა განვდე. შეიძლება გამოიხატოს ძლიერ თავის ტკივილში, უმადობაში, ღებინების შეგრძნებაში, უძილობაში და რა ვიცი, შეიძლება ისეთი დაღლილი იყო, დაწვე და თვალი ვერ მოხუჭო“ (ექიმი, 55 წლის, მარნეული).

ის რესპონდენტები, რომლებსაც ქრონიკული დაავადებები ჰქონდათ, აცხადებდნენ, რომ მათი მდგომარეობა გაუარესდა. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმები ზურგის მუდმივად ტკივილს უჩივიან, რადგან პაციენტების სახლში მკურნალობიდან გამომდინარე, პაციენტების სახლებამდე მათ მძიმე ინვენტარის ტარება უწევთ. ზოგიერთი რესპონდენტი ამ პერიოდისთვის არ უჩი-

30 WHO, 2019. Gender Equity in the Health Workforce: The Analysis of 104 Countries. ხელმისაწვდომია: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

31 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2019. ქალი და კაცი საქართველოში, 2019. ხელმისაწვდომია: <https://www.geostat.ge/en/single-archive/3332> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

32 დოკუმენტი საქართველოს მთავრობის დადგენილებაში ცვლილებების შეტანის შესახებ N674. 31 დეკემბერი, 2020 წელი „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5025938?publication=0>

ვის ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, თუმცა დარწმუნებული არიან, რომ მაღალი სამუშაო დატვირთვა და სტრესი მომავალში მნიშვნელოვნად აისახება მათ ჯანმრთელობასა და ფიზიკურ კეთილდღეობაზე.

„მეც მინდა რო ნორმალური მოხუცობა მექონდეს და მოხუცებულობაში შვილებისთვის ტვირთი არ ვიყო. და ფაქტიურად როცა თვეში 16 ღამე 24 საათიანი გრაფიკით ათენებ, ფაქტიურად ჩვენი ჯანმრთელობა იმდენად შეირყევა რომ ალბათ მოხუცებულობაში აღარ შემეძლება რამე გავაკეთო“ (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 43 წლის, ბათუმი).

ხაზი უნდა გაესვას იმასაც, რომ სამედიცინო პერსონალის წინაშე არსებული მაღალი რისკების მიუხედავად, გამოკითხული სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ადამიანების სადაზღვევო პაკეტები არ შეცვლილა იმის მიუხედავად, თუ როგორი ტიპის დაზღვევა აქვთ მათ, ანუ ცვლილებები არ შესულა არც ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში და არც კერძო სადაზღვევო კომპანიებში. როგორც რესპონდენტები აცხადებენ, სადაზღვევო პაკეტში ცვლილებების შესახებ არც მათ უფიქრიათ და ამ საკითხთან დაკავშირებით დამსაქმებლებისთვის არ მიუმართავთ. მსგავსი ცვლილების ინიციატივა დამსაქმებლებსაც არ წამოუყენებიათ. ასე, რომ სამედიცინო პერსონალის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად ამ მხრივ ნაბიჯები არ გადადგმულა. ხელისუფლების წარმო-

მადგენლის განცხადებით, კერძო სადაზღვევო კომპანიები საკუთარ პაკეტებს არ შეცვლიან და თუ სამედიცინო პერსონალი დაინფიცირდება, მათზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო იქნება.

4.2.3 ფსიქოლოგიური საფრთხე და დამცავი მექანიზმი

სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ადამიანების ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე COVID-19-ის გავლენაზე სხვადასხვა კვლევა მიუთითებს³³. ეს კვლევები აჩვენებს, რომ პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე ყოფნა „შფოთვის, უძილობისა და ზოგადი ფსიქოლოგიური პრობლემების მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია“³⁴.

კვლევის ფარგლებში ჩატარებულმა ინტერვიუებმა ისიც აჩვენა, რომ მაღალი სამუშაო დატვირთვისა და შემთხვევების სირთულიდან გამომდინარე, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალები უდიდესი სტრესის ქვეშ არიან და ეს, შესაბამისად, პრობლემას უქმნის მათ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობას. რესპონდენტების თქმით, სტრესული სიტუაციები გაზაფხულზევე დაიწყო და მას შემდეგ, პაციენტების ზრდასთან ერთად, სტრესის დონემაც იმატა. პაციენტების ძალიან დიდი რაოდენობის გამო სამედიცინო პერსონალი ფიქრობს, რომ ყველა პაციენტისთვის სათანადო ყურადღების დათმობას ვეღარ შეძლებს. ეს არის მომენტი, როცა ისინი თვლიან, რომ მეტად გაგრძელება აღარ შეუძლიათ და სამუშაოს მიტოვება სურთ. ზოგიერთი რესპონდენტი იხსენებს მომენტებს, როცა მათ ასეთი ოდენობის სატელეფონო ზარებთან გამკლავება აღარ შეეძლოთ და შფოთვის შეტევა ჰქონდათ.

33 Jack Tomlin, J. Dalgleish-Warburton, B. and Lamph, G. Psychosocial Support for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*. ხელმისაწვდომია: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01960/full> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

Liu Q, Luo D, Haase JE, et al., (2020). The experiences of healthcare providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*, 8(6). ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190296/pdf/main.pdf> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

Felice, Carla & Di Tanna, Gian Luca & Zanusi, Giacomo & Grossi, Ugo., (2020). Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. *Journal of Community Health*, 45. ხელმისაწვდომია: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7242177/pdf/10900_2020_Article_845.pdf (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

34 Que J, Shi L, Deng J, et al., (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3). ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7299004/pdf/gpsych-2020-100259.pdf> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

„ძალიან ბევრი ზარი იყო, დღეში მხოლოდ ჩემზე დაახლოებით 60-55 ზარი იყო, ყოველ დღე ახალი პაციენტები... იყო ისეთი პაციენტებიც, ვინც გადასაყვანი იყო, არ იყო ადგილები, ამას ძალიან განვიცდიდით. და ეს ამდენი ზარი, ტელეფონი არ ჩერდებოდა... თქვენ რომ გესაუბრებით, ასეთი საუბრის საშუალებაც არ მქონდა, ოჯახის წევრთანაც ვერ ვსაუბრობდი, ისეთ დღეში ვიყავი, მართლა კრიზისული სიტუაცია იყო. რამდენიმე დღე კიდევ ასე რომ გაგრძელებულიყო, ვერ შევძლებდი“ (ექიმი, 47 წლის, ქუთაისი).

სამედიცინო პერსონალის საქმე განსაკუთრებით სტრესულია პაციენტების გარდაცვალების გამო. როგორც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმები აღნიშნავენ, მათთვის ყველაზე სტრესული პაციენტის სასწრაფო დახმარების მანქანაში დაღუპვაა ისე, რომ საავადმყოფოში მის გადაყვანასაც ვერ ასწრებენ.

„ყოველი დღე ამ ქალის თვალები არ ამომდის გონებიდან. ქალი, რომელიც გვეხვეწებოდა გადარჩენას და ჩვენოთხისათვის განმავლობაში ვატარებდით ქურა-ქურა საავადმყოფოდან საავადმყოფოში და დავაბრუნეთ ოჯახში, 4 საათის შემდეგ ის ქალბატონი გარდაიცვალა. და ეს მე ვფიქრობ რომ ძალიან რთულია, და რომ შეიძლებოდა ეს ქალბატონი დროულად რომ მისულიყო საავადმყოფოში გადარჩენილიყო. [...]“ (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 43 წლის, ბათუმი).

სამედიცინო პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს სირთულისა და დიდი სამუშაო დატვირთვის გარდა, რესპონდენტები დამატებით სტრეს-ფაქტორებად პირადი დამცავი აღჭურვილობის ტარებას, დაღლილობასა და დაბალ ანაზღაურებას მიიჩნევენ. შედეგებმა პირადი დამცავი აღჭურვილობის მიმართ ორაზროვანი დამოკიდებულება გამოავლინა. ერთი მხრივ, ის

სამედიცინო პერსონალს დაკულობის განცდას უჩენს, მაგრამ აღჭურვილობის პირობებში სუნთქვის გაძნელებისა და მისი ჩაცმის სირთულიდან გამომდინარე, იგი სტრეს-ფაქტორადაც ითვლება.

ექსპერტებთან ინტერვიუების რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებს ოჯახებისა და შვილების ნახვა არ შეუძლიათ, რაც დამატებითი ემოციური სტრესია მათთვის. მეტიც, მათი თქმით, დიდი სტრესის მიზეზი არა მხოლოდ პაციენტების რაოდენობა, არამედ ისიცაა, რომ მუდმივად დაღლილები არიან და სათანადოდ დასვენების საშუალება არ აქვთ. ზოგიერთი ექთნისთვის კი კიდევ ერთი დამატებითი სტრესი დაბალი ანაზღაურებაა, რადგან საკუთარ ხელფასს შესრულებული სამუშაოს შესაფერისად არ მიიჩნევენ.

„[სამედიცინო პერსონალი ქალები] მოწყვეტილნი არიან ოჯახურ გარემოს, და ვერ ხდებოდა მათი შეხვედრა [შვილებთან] და ეს ემოციურადაც ძალიან დიდი ტვირთია...“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

ამ სტრესთან გასამკლავებლად სამედიცინო სფეროს სექტორის წარმომადგენლები პროფესიონალურ დახმარებას არაფორმალურ მხარდაჭერას არჩევენ. ინტერვიუების მიხედვით, მათი მთავარი მხარდაჭერები მათივე კოლეგები არიან. სამედიცინო პერსონალის მონაცემებიდან ჩანს, რომ ძალიან დიდი სტრესისა და შფოთვის დროს, ისინი კოლეგებსა და, ზოგ შემთხვევაში, კლინიკის ადმინისტრაციას მიმართავენ. რესპონდენტები აღნიშნავენ იმასაც, რომ კოლეგებთან კომუნიკაცია, ერთმანეთისთვის სირთულების გაზიარება და მხარდაჭერის მიღება ამ სტრესის დაძლევაში ეხმარებათ. ინტერვიუების შედეგების ანალიზის მიხედვით, ამ მომენტში სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების მიერ მათივე კლინიკებში შექმნილი არაფორმალური მხარდაჭერის სისტემა საკმაოდ ძლიერი და ფუნქციურია.

„პირიქით, რაც დავინახე ჩემს კოლეგებში აქ, უფრო გუნდურები გავხდით. მე რომ რაღაც მიჭირს, დარწმუნებული ვარ, რომ გვერდზე მანანა მყავს, სოსო, ქეთი, რომელიც ვიცი, რომ გადამფარავს, დამეხმარება“ (ექიმი, 33 წლის, თბილისი).

სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალები პროფესიონალურ მხარდაჭერას - ფსიქოლოგთან კონსულტაციას - არ მიმართავენ. რამდენიმე კლინიკაში სამედიცინო პერსონალისთვის ხელმისაწვდომია ფსიქოლოგთან კონსულტაცია, თუმცა, შედეგები აჩვენებს, რომ მათ ფსიქოლოგისთვის მიმართვას ურჩევნიათ, პრობლემები კოლეგების დახმარებით მოაგვარონ. როგორც რესპონდენტები აღნიშნავენ, საკუთარი პრობლემების ფსიქოლოგთან ახსნას დრო სჭირდება, კოლეგებს კი დამატებითი ახსნების გარეშეც ესმით მათი. ხელისუფლების წარმომადგენლები სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანების ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის მნიშვნელობას აანალიზებენ, თუმცა, ამ დროისთვის, სახელმწიფოს მხრიდან შესაბამისი ღონისძიებები არ გატარებულია.

შეჯამებისთვის - კვლევამ გამოავლინა, რომ სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალები პანდემიისას გაზრდილი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საფრთხის წინაშე არიან. საქართველოს მთავრობის მხრიდან სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებისთვის მნიშვნელოვანი ზომები გატარდა, თუმცა, სახელმწიფო პოლიტიკა გენდერულად ნეიტრალურია და სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფებთან მიმართებაში ინტერსექციური არ არის. გარდა ამისა, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების ახლანდელი ფსიქოლოგიური სირთულეებისა და სამომავლო ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გადასაჭრელად ღონისძიებები არ გატარებულია.

35 საქართველოს მთავრობა. (2020). „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“

4.3 სახელმწიფოსა და დამსაქმებლები-სგან მხარდაჭერა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებისთვის

4.3.1 ფინანსური და არაფინანსური მხარდაჭერა ხელისუფლების მხრიდან

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სამედიცინო პერსონალის ეკონომიკური მდგომარეობის შესანარჩუნებლად გარკვეული აქტივობები გაატარა. სამინისტროს წარმომადგენლის თქმით, 2020 წლის ნოემბერში ახალი კანონი ამოქმედდა, რომელიც COVID-19-ის მართვაში სამედიცინო პერსონალის გაზრდილ ხელფასსაც მოიაზრებს. გადაწყდა, რომ კოვიდ კლინიკებსა და ცხელების ცენტრებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება 50%-ით გაზრდილიყო.³⁵ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო თანხას კლინიკებში გადარიცხავს, კლინიკები კი, თავის მხრივ, პასუხისმგებლები იქნებიან საკუთარი სამედიცინო პერსონალის ხელფასის ზრდაზე.

„კი, ფინანსური დახმარების თვალსაზრისით იყო აქტივობა, მინისტრის ინიციატივა, რომ დანამატი გაიცეს ამ დასაქმებულ პირებზე, უშუალოდ ვინც ჩართულნი არიან კოვიდის მართვაში. განისაზღვრა გარკვეული დანამატი, რომელსაც ფონდით ვაძლევთ კლინიკებს და კლინიკას ვალდებულება გაუჩნდა, რომ კონკრეტული პერსონალის მიხედვით, საათობრივი ანაზღაურება დაუმატონ“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის №674 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე.

ფინანსური დახმარება კლინიკებს ეტაპობრივად მიეწოდება. როგორც სიღრმისეულმა ინტერვიუებმა გამოავლინა, ზოგიერთმა ექიმმა და ექთანმა უკვე მიიღო ზეგანაკვეთური შრომის ანაზღაურება, თუმცა არა ყველამ. უფრო ზუსტად, მათ თითო სამუშაო საათისთვის დამატებით 3 ლარი მიიღეს. გარდა ამისა, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ზოგიერთი გამოკითხული პერსონალი ერთჯერად ფინანსურ წახალისებაზე მიუთითებს. კვლევის ფარგლებში ჩატარებულ ინტერვიუებში მონაწილე სანიტრები ფინანსურ მხარდაჭერას არ ახსენებენ. სამედიცინო სფეროში მომუშავე ის ქალები, რომლებსაც დამატებითი დახმარება არ მიუღიათ, ანაზღაურების გაზრდის მნიშვნელობაზე საუბრობენ და ჩივიან, რომ სახელმწიფოსგან ისინი არაფერს იღებენ.

„არანაირი მხარდაჭერა ჩვენ არ მიგვიღია სახელმწიფოსგან; ყოველ შემთხვევაში, მე არ მიმიღია... [...] რისკის ქვეშ ვაყენებთ საკუთარ თავს და ჯანმრთელობას და ანაზღაურება არის აბსოლუტურად იგივე“ (ექიმი, 39 წლის, თბილისი).

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ზოგიერთმა ექიმმა დამატებითი ანაზღაურება მიიღო, თუმცა სხვებს არ მიუღიათ. რესპონდენტების თქმით, ეს შეიძლება იმით აიხსნას, რომ ფინანსური დახმარება, პირველ რიგში, კოვიდ კლინიკებმა მიიღეს, ცხელების ცენტრებს კი ჯერაც არ მიუღიათ.

სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალებთან ჩატარებულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო პერსონალის ეკონომიკური დაცულობისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ფინანსური კომპენსაცია, თუმცა კომპენსაციასთან დაკავშირებული საკითხები რესპონდენტებისთვის საკმაოდ ბუნდოვანია. ისინი, ვისაც კომპენსაცია არ მიუღია, კვლავ ელოდებიან მას, მაგრამ არ იციან, როდის და რა პირობებით მიიღებენ თანხას. ექსპერტებთან ინტერვიუების რესპონდენტთა მიხედვით, ხელისუფლება სამედიცინო პერსონალისთვის ინფორმაციის მისაწოდებლად სხვადასხვა საშუალებას იყენებს, მათ შორის ვებ-გვერდს, ელექტრონულ პორტალსა და

ოფიციალურ წერილებს. ამის მიუხედავად, ჩანს, რომ გარკვეული ინფორმაცია სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებისთვის ხელმისაწვდომი კვლავაც არ არის.

სამედიცინო სექტორში დასაქმებულ ქალებს პრემია ან წახალისება (მაგ.: მადლობის წერილი, დასვენების დღეები და ა.შ.) არც კლინიკის ადმინისტრაციისგან და არც სახელმწიფოსგან მიუღიათ. ექსპერტებთან ინტერვიუებმა გამოავლინა, რომ ხელისუფლება ამ მხრივ აქტივობებს არ გეგმავს. კვლევის ფარგლებში ჩატარებული ინტერვიუების მონაწილე სამედიცინო პერსონალის გარკვეულმა ნაწილმა კერძო კომპანიებისგან ჯილდოს/წახალისების მიღება ახსენა. მაგალითად, კორპორაციული სოციალური პასუხისმგებლობის ფარგლებში ბანკებმა სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ადამიანებს მცირე ფულადი პრემიის სახით ჯილდო გადასცეს, რესტორნებმა უფასო საკვები შესთავაზეს, ერთმა ფარმაცევტულმა კომპანიამ კი მადლობის წერილი გაუგზავნა.

პანდემიაზე სახელმწიფოს რეაგირების შეფასებისას, კვლევაში მონაწილე ექსპერტები ამტკიცებენ, რომ COVID-19-ის პოლიტიკის შემუშავებისას, სახელმწიფომ არ გაითვალისწინა განსაკუთრებული მონყვლადი ჯგუფები და არცერთი სოციალური ჯგუფი. მათი კონკრეტული საჭიროებები ქვეყნის პოლიტიკაში არ აისახება, შედეგად კი პოლიტიკა გენდერულად მგრძობიარე არაა:

„მე ვფიქრობ, რომ სახელმწიფო კონკრეტულად არ ითვალისწინებს რომელიმე სოციალური ჯგუფის საჭიროებებს. არცერთმა სექტორმა გააკეთა ეს. ჯანმრთელობის სექტორი, რა თქმა უნდა, არ იყო გამონაკლისი“ (საქართველოს პროფესიული კავშირების გაერთიანება).

მეორე მხრივ, სახელმწიფოს წარმომადგენელი მიიჩნევს, რომ პოლიტიკა ყველასთვის უნივერსალური უნდა იყოს და როდესაც საქმე COVID-19-ს ეხება, ჯანდაცვის მუშაკთა სქესს მნიშვნელობა არ აქვს. ისევე, როგორც ქალი ვერ ასრულებს თავის მოვალეობებს სამუშაოს მიღმა, ეს არც მამაკაცს შეუძლია.

„ისინი, ვინც COVID პაციენტებთან მუშაობენ, არ მიდიან სახლში, არც ქალი და არც მამაკაცი. ეს ელემენტარული წესია. ისინი უნდა წავიდნენ კარანტინში. ამიტომ, ქალი ვერ ასრულებს ოჯახის საქმეს, ისევე როგორც კაცი ვერ ასრულებს საოჯახო საქმეს“ (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი).

პოლიტიკის მოკლე შინაარსი „COVID-19 გავლენა ქალებზე“ გენდერულად მგრძნობიარე პოლიტიკის შემუშავების მნიშვნელობას უსვამს ხაზს.³⁶ დოკუმენტის თანახმად, ქვეყნის ეკონომიკურმა და სოციალურმა პოლიტიკამ არსებული გენდერული განსხვავებები უნდა გაითვალისწინოს. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ, ზოგადად, ქალებს მამაკაცებთან შედარებით დაბალი შემოსავალი აქვთ და სახლში მუშაობის ტვირთიც მათ აწევთ.³⁷

4.3.2 ტრენინგი სამედიცინო პერსონალისთვის

პანდემიის დასაწყისში ერთ-ერთი ყველაზე დიდი პრობლემა პაციენტთა მკურნალობის პროცესის მართვა იყო. ამ გამოწვევაზე საპასუხოდ, საქართველოს მთავრობამ სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ჩატარება დაიწყო. ტრენინგის თავდაპირველი თემები შემდეგ საკითხებს მოიცავდა: ინფექციის პრევენცია და კონტროლი, ონლაინ კონსულტაციები ტემპერატურის მქონე პაციენტებთან, COVID-19-ის მძიმე და კრიტიკული შემთხვევების მართვა, ნაცხის აღების ტექნიკა.³⁸ 2020 წლის ივნისისთვის, ქალაქებში მომუშავე ექიმთა 90% და სოფლად მომუშავე ექიმების 75% გადამზადდა. მთლიანობაში, 2020 წლის ივნისის მონაცემებით, ტრენინგები 2500 ექიმს ჩაუტარდა. დამატებით, ფონდმა „ღია საზოგადოება - საქართველო“ (OSGF) 29 კლინიკისთვის კრიტიკული შემთხვევების მართვის ტრენინგები ჩაატარა. საქართველოს ოკუ-

პირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ კი ტრენინგები 29 კოვიდ კლინიკასა და ცხელების 16 ცენტრში გააგრძელა.³⁹

შედეგებმა აჩვენა, რომ კვლევის ფარგლებში გამოკითხულმა რესპონდენტებმა ტრენინგები გაიარეს და პანდემიის პერიოდში მუშაობასთან დაკავშირებით ინსტრუქციები მიიღეს. რესპონდენტთა თქმით, ტრენინგები ჩატარდა გაზაფხულზეც და შემოდგომაზეც.

„... რა არის, როგორია ეს ვირუსი, დაწყებული ამით, დამთავრებული პრაქტიკული კურსები ჩავკითხე. თუნდაც რა თანმიმდევრობით, როგორ უნდა ჩავიცვათ, გავიხადოთ თუნდაც ის ეკიპირება, კომბინიზონი და ა.შ... მაქსიმალურად წარმოდგენა შეგვიქმნეს რასთან გვექონდა საქმე და როგორ უნდა მოვქცეულიყავით“ (უმცროსი ექიმი, 25 წლის, თბილისი).

სამედიცინო პერსონალის უმეტესობისთვის ტრენინგები დისტანციურად გაიმართა, გამონაკლისი იყვნენ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმები. ონლაინ ტრენინგების ჩატარებამ დაინფიცირების რისკი შეამცირა, თუმცა იყო გარკვეული ტექნიკური პრობლემები. როგორც სამედიცინო პერსონალის ზოგიერთი წარმომადგენელი იხსენებს, ხელისუფლებამ ამბულატორიებს კომპიუტერები გადასცა, მაგრამ მათ ინტერნეტთან წვდომა არ ჰქონდათ. შედეგად, ზოგიერთ რესპონდენტს ტრენინგებში მონაწილეობა სახლიდან, არასამუშაო საათებში მოუწია. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოკითხულ ექიმებს ტრენინგები არ ჩატარებიათ. მენეჯერებისგან მათ მხოლოდ ინსტრუქციები და შესაბამისი სასწავლო მასალა მიიღეს.

36 United Nations, (2020). Policy Brief: The impact of COVID-19 on women. ხელმისაწვდომია: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women#view> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

37 იქვე.

38 საქართველოს მთავრობა. 2020. COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიში. ქართულად ხელმისაწვდომია: http://gov.ge/files/76338_76338_444796_COVID-19angarishi...pdf (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

39 იქვე.

მთლიანობაში, სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალები ტრენინგებს პოზიტიურად აფასებენ. მათი თქმით, ტრენინგები ძალიან საინტერესო, ინფორმატიული და პრაქტიკაში გამოსადეგი იყო და ახალ ცვლილებებთან ერთად დამატებით ინფორმაციას კვლავაც იღებენ.

4.3.3 მხარდაჭერა დამსაქმებლებისგან

სახელისუფლებო მხარდაჭერის გარდა, რესპონდენტები დამსაქმებლებისგან მიღებულ დახმარებაზეც საუბრობენ. როგორც ზოგიერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, დამსაქმებლებმა საავადმყოფოს პერსონალისთვის დასასვენებელი ოთახი შექმნეს. სხვები ერთჯერად ფინანსურ კომპენსაციაზე ან პერსონალის რაოდენობის გაზრდასა და ახლანდელი დასაქმებული ადამიანებისთვის სამუშაოს მოცულობის შემცირების პირობაზე საუბრობენ. ექთნები იხსენებენ, ასევე, ფაქტს, რომ ადმინისტრაციისგან უფასოდ ან დაბალ ფასად მიიღეს მედიკამენტები.

თუმცა, სხვა რესპონდენტებს დასაქმებულებისგან არანაირი სახის დახმარება არ მიუღიათ, რაც ადასტურებს, რომ სამედიცინო პერსონალისთვის დამსაქმებლის მხარდაჭერას სისტემური სახე არ აქვს და ეს მთლიანად დამსაქმებლის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული.

„მარტო ხარ დარჩენილი, არანაირი მხარდაჭერა არ გაქვს. მხარდაჭერა ისევ გაქვს კლინიკის უფროსი ექთნისგან. მოგება ვისაც რჩება და ვინც ბიზნესზე ორიენტირებულია, იმისგან მხარდაჭერა ჩვენ არ გვაქვს“ (ექთანი, 50 წლის, თბილისი).

ინტერვიუების მიხედვით, სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალთა შორის დამსაქმებლისგან მხარდაჭერის (ფინანსური და არაფინანსური) მეტი შანსი ექიმებსა და ექთნებს აქვთ, სანიტრები და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი კი არანაირ დახმარებას არ იღებს.

ექსპერტებთან ინტერვიუების რესპონდენტებს სჯერათ, რომ სამედიცინო პერსონალისთვის მთავარი ჯილდო საზოგადოების მხარდაჭერაა, რაც შეიძლება, სხვადასხვა კამპანიებსა და საჯარო პერფორმანსებში გამოიხატოს. მაგალითად, გაზაფხულზე სამედიცინო პერსონალისთვის მხარდაჭერი აქცია, „მადლობის ტაში“, გაიმართა.⁴⁰ ექსპერტებთან ინტერვიუების თანახმად, მსგავსი მორალური მხარდაჭერა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანებისთვის უმნიშვნელოვანესია.

„რალაცნაირად რომ გავამხნეოთ, ან მხარი დავუჭიროთ. მაგალითად მახსენდება ძალიან სასიამოვნო აქცია იყო თავიდან გაზაფხულზე, როცა ინფექციურის ექიმებს მართვებს ყვავილები, და ეს იყო ძალიან დიდი მუხტი მათთვის, რომ ადამიანებმა მათ მხარი დაუჭირეს. აი ასეთი ტიპის მხარდაჭერა ყველას სჭირდება“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

რომ შევაჯამოთ, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სამედიცინო პერსონალის წარმომადგენლების ფინანსური დახმარების უზრუნველსაყოფად ინიციატივა წამოაყენა. ფინანსური მხარდაჭერა ეტაპობრივად ხორციელდება, ამიტომ, შესაბამისად, იგი ჯერ არ მიუღია ყველა რესპონდენტს. სახელმწიფოსგან ფინანსური მხარდაჭერა ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებისთვის, თუმცა ხელფასების ზრდის პროცესი, როგორც ჩანს, ნელა მიმდინარეობს და გაზრდილ ანაზღაურებასთან ან კომპენსაციასთან დაკავშირებული ინფორმაცია ბუნდოვანია სამედიცინო პერსონალისთვის.

ფინანსური მხარდაჭერის გარდა, კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ სამედიცინო პერსონალის ყველა ნევრსტრენინგები ჩაუტარდა და/ან ინსტრუქცია

40 მხარდაჭერი აქციის შესახებ დამატებითი ინფორმაცია ქართულ ენაზე ხელმისაწვდომია აქ: <https://www.interpressnews.ge/ka/article/590723-ekimebis-mxardasacherad-sakartveloshi-madlierebis-tashi-gaimarta/>

მიენოდა პანდემიის პირობებში მუშაობის შესახებ. სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ადამიანები დადებითად და ინფორმატიულად აფასებენ ტრენინგებს, თუმცა, ქალ სამედიცინო პერსონალს პანდემიის პერიოდში დამატებითი მხარდაჭერა არ მიუღია სახელმწიფოსგან. პოლიტიკა გენდერულად მგრძობიარე არაა და დამატებითი სერვისები, რომლებიც მიმართული იქნებოდა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების სპეციფიკური საჭიროებებისკენ, როგორც მათი რთული ეკონომიკური მდგომარეობა და აუნაზღაურებელი შრომის ტვირთია, გათვალისწინებული არ არის.

4.4 ეკონომიკური უსაფრთხოება პანდემიის დროს

როგორც წინა თავში აღინიშნა, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ადამიანების ეკონომიკური მდგომარეობის სტაბილურობის მიზნით ღონისძიებები გაატარა, რაც კოვიდ კლინიკებსა და ცხელების ცენტრებში მომუშავე ადამიანების ანაზღაურების თანდათან მატებაში გამოიხატა. თუმცა, ფინანსურმა დახმარებამ სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების ეკონომიკური მდგომარეობა არ გააუმჯობესა, რადგან მათ, ზოგადად, დაბალი ანაზღაურება აქვთ. ახლახანს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხული ექთნების 84,6%-ის ხელფასი 500 ლარზე ნაკლებია.⁴¹ სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების თქმით, მათ ძალიან დაბალი ხელფასები აქვთ და ანაზღაურება სამუშაო საათების შესაბამისი არ არის.

იმის მიუხედავად, რომ სამედიცინო პერსონალს სამსახური არ დაუკარგავს და ზოგიერთი მათგანისთვის ანაზღაურება გაიზარდა, პანდემიის პერიოდში მათი ოჯახების ეკონომიკური მდგომარეობა მაინც გაუარესდა. პანდემიამდე სამედიცინო პერსონალის ზოგიერთი წევრი ერთმანეთთან ათავსებდა ორ კლინიკაში მუშაობას, რაც დამატებითი შემოსავლით უზრუნველყოფდა მათ.

41 სოლიდარობის ქსელი, 2018. ექთნების შრომის პირობები საქართველოში.

„ხელფასი მომატებული არის, მაგრამ, მე თუ მკითხავთ, საქართველოში მედპერსონალის ხელფასი მიზერულია. საათობრივი ანაზღაურება არის ძალიან ცოტა და, საბოლოო ჯამში, ბევრი თანამშრომელი ორ კლინიკაში მუშაობს, ხელფასი ისეთი რომ გამოუვიდეს, რომ ოჯახი არჩინოს. ერთ კლინიკაში არ გაქვს იმდენი საათის აღების უფლება, რომ კარგი ხელფასი გამოგივიდეს, კლინიკას აქვს შეზღუდული საათები, არ შეუძლია მეტი დაგასაქმოს, ამიტომ, ჩვენ იძულებულები ვართ, რომ [სხვა კლინიკებშიც] ვიმუშაოთ“ (ექიმი, 29 წლის, თბილისი).

კოვიდ პაციენტების რაოდენობის ზრდის შემდეგ სამედიცინო პერსონალს რამდენიმე ადგილზე მუშაობა აეკრძალა, რამაც უარყოფითად იმოქმედა მათ შემოსავალზე. სამინისტროს წარმომადგენლის განცხადებით, ეს საკითხი სახელმწიფო პოლიტიკის ნაწილი ვირუსის გავრცელების მინიმალიზების გამო იყო. რესპონდენტი თვლის, რომ სიტუაციის მართვა რთული იქნებოდა, თუ ექიმები რამდენიმე კლინიკაში იმუშავებდნენ. ამის გამო გადაწყდა, რომ საავადმყოფოებს შორის ექიმების მობილობა შეზღუდულიყო და დარწმუნებულიყვნენ, რომ ისინი მხოლოდ ერთ კოვიდ კლინიკაში მუშაობდნენ.

„მოგეხსენებათ, რომ საქართველოში ექიმები არ არიან ერთ კლინიკაში დამაგრებული და.. ეს ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით რთული იყო, ...ამდენად, ჩვენ შევზღუდეთ ერთგვარად ეს მოძრაობა [კლინიკებს შორის] და ვთქვით, რომ კოვიდ კლინიკაში დასაქმებული პერსონალი უნდა მუშაობდეს კოვიდ კლინიკაში“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

გარდა ამისა, როგორც ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენელი აცხადებს, არაკოვიდ კლინიკების პაციენტებს არ სურდათ, მათთვის იმ ექიმებს ემკურნალათ, რომლებიც, ამავდროულად,

კოვიდ კლინიკებშიც მუშაობდნენ. ამ ყველაფერმა კი უარყოფითად იმოქმედა სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების შემოსავალზე.

რესპონდენტები ამბობენ, რომ დაბალი ხელფასების გამო ისინი ოჯახის წევრებისა და ნათესავების ფინანსურ დახმარებაზე გახდნენ დამოკიდებული. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ მეუღლისა და დის დახმარების გარეშე, მათი ოჯახი ამ პერიოდს ვერ გადალახავდა.

„რომ არ ყოფილიყო მხარდაჭერა ჩემი დისგან, ჩემი მეუღლისგან, გავგიჭირდებოდა მხოლოდ ჩემზე დაყრდნობით [ოჯახის ფინანსური უზრუნველყოფა], მაგრამ საერთო ძალებით მგონი ფონს გავედით“ (ექიმი, 43 წლის, მარნეული).

პანდემიისას ბევრი რესპონდენტის ოჯახის წევრებმა დაკარგეს სამსახურები. შესაბამისად, ოჯახები, რომლებშიც შემოსავალი რამდენიმე ადამიანს ჰქონდა, მხოლოდ ერთი მარჩენალის იმედზე დარჩნენ, რამაც მნიშვნელოვნად იმოქმედა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებზე. ამ ფაქტის გამო გაუარესდა არა მხოლოდ მათი ოჯახების ეკონომიკური მდგომარეობა, არამედ ქალებს ოჯახის მარჩენალის ტვირთიც დაემატათ.

„ტრანსპორტირება რომ ცოტა შემცირდა, და სახლშიც დასვეს [მამა, რომელიც მძღოლად მუშაობდა] შემცირდა შემოსავალიც, შეგვეტყო, ისე არა რომ ვაიმე და რაღაცა, მაგრამ შეგვეტყო მაინც... მეც რა თქმა უნდა მაქვს ჩემი შემოსავალი, მამაჩემსაც კი შეუმცირდა, მაგრამ ყველანიარად ვცდილობთ რომ ვიმყოფინოთ“ (ექთანი, 34 წლის, თეთრიწყარო).

42 გაეროს ქალთა ორგანიზაცია საქართველო. (2018). ქალთა დაბალი ეკონომიკური აქტიურობა და არაფორმალურ სექტორში ჩართულობა საქართველოში. ხელმისაწვდომია: <https://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/12/womens-economic-inactivity-and-engagement-in-the-informal-sector-in-georgia> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

მონაცემთა ანალიზი აჩვენებს, რომ პანდემიამ სამედიცინო პერსონალზე მათი სტატუსის მიხედვით განსხვავებულად იმოქმედა. სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ სხვა ქალებთან შედარებით ეკონომიკური სირთულები ყველაზე აშკარად სანიტრებზე აისახა. პირველ რიგში, პანდემიის პერიოდში მათი ანაზღაურება არ გაზრდილა; მეორეც, კვლევის მონაწილეებს შორის, ძირითადად, სანიტრები იყვნენ ის ადამიანები, რომელთა ოჯახის წევრებმაც სამსახურები დაკარგეს.

შეჯამებისთვის - მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულმა სამედიცინო პერსონალმა სამსახური არ დაკარგა, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების ეკონომიკური მდგომარეობა მაინც გაუარესდა. სახელმწიფოსგან ფინანსური მხარდაჭერის მიუხედავად, სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების ანაზღაურება სამუშაო დატვირთვის შესაბამისი არ არის. სამედიცინო სფეროში მომუშავე ბევრ ადამიანს მოუწია ერთ-ერთი სამსახურის დატოვება, რაც მათ შემოსავალზე უარყოფითად აისახა. ამასთან, მაშინაც, როცა სამედიცინო პერსონალმა სამსახურის შენარჩუნება შეძლო, ბევრ შემთხვევაში, მათი ოჯახის წევრები უშუშევრად დარჩნენ. ეკონომიკური სირთულების დროს კვლევის მონაწილეები, ძირითადად, ოჯახებისა და ნათესავების მხრიდან დახმარებაზე არიან დამოკიდებული.

4.5 Covid-19-ის გავლენა აუნაზღაურებელი შრომისა და თავისუფალი დროის თვალსაზრისით

საქართველოში საშინაო შრომაზე პასუხისმგებლები ქალები არიან. მათ მიერ შესრულებული აუნაზღაურებელი საშინაო შრომა კაცებისაზე სამჯერ მაღალია და იგი კვირაში 45 საათს შეადგენს.⁴² პანდემიისას ზრუნვის შრომაზე მოთხოვნა იზრდება⁴³ და შესაბამისად, იმატებს ქალების საშინაო ტვირთიც. ამ მხრივ გამონაკლისს არც სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალები

43 United Nations, (2020). Policy Brief: The impact of COVID-19 on women. ხელმისაწვდომია: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women#view> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

წარმოადგენენ. კვლევის რესპონდენტები ოჯახის ფარგლებში საკუთარ საშინაო პასუხისმგებლობებზე საუბრობენ, რაც მოხუცებისა და ბავშვების მოვლას, საკვების გამზადებასა და დასუფთავებას მოიცავს. რესპონდენტებს უჭირთ საშინაო შრომაზე დახარჯული ზუსტი დროის დასახელება, თუმცა ამბობენ, რომ დიდ დროს უთმობენ მას და, როგორც წესი, ამ შრომას ყოველდღიურად ეწევიან.

„ვცხოვრობ მეუღლესთან და ორ შვილთან ერთად... სახლში ძირითადად მე ვაკეთებ ყველაფერს, ბავშვები სკოლაში დადიან, მერე ვამეცადინებ, მეუღლეც დაღლილი ბრუნდება სამსახურიდან. ვცდილობ, სამსახურის მერე მოვასწრო ყველაფერი... არ ვიცი ამას რამდენ დროს ვუთმობ, რადგან [საქმე] არასდროს მთავრდება“ (ქეთანი, 38 წლის, თეთრინყარო).

აღსანიშნავია, რომ პანდემიამ საშინაო პასუხისმგებლობების გადანაწილებაში ცვლილებები შეიტანა. კვლევის ზოგიერთმა მონაწილემ საშინაო შრომა გაზრდილ სამუშაო დატვირთვისთან ერთად გააგრძელა, თუმცა სხვებმა ან მთლიანად შეწყვიტეს საოჯახო საქმიანობა ან მათი ოჯახის წევრებმა დაიწყეს დახმარება და პასუხისმგებლობების გაზიარება.

ზოგიერთი რესპონდენტის თქმით, მათ მთლიანად მოუწიათ საშინაო შრომის შეწყვეტა. ასეთ შემთხვევებში სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ადამიანზე ოჯახის წევრები ზრუნავენ და მას დამატებითი პასუხისმგებლობები აღარ აქვს, თუმცა გამოკითხული სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალები ყველაზე ხშირად ოჯახის წევრებში პასუხისმგებლობების ხელახალ გადანაწილებაზე საუბრობენ. როგორც რესპონდენტები ამბობენ, მათ სამუშაო გადაინაწილეს და ზოგიერთმა ოჯახის წევრმა საკუთარ თავზე უფრო მეტი საშინაო პასუხისმგებლობა აიღო. ესენი, ძირითადად, მათი უფროსი ქალიშვილები, დედები, დედამთილები, ასევე - მათი მეუღლეები არიან.

„მე ძალიან გამიმართლა, მეუღლე რომ არ მეხმარებოდეს ალბათ მარტო შემწვარ კვერცხზე და პურსა და ყველზე ვიქნებოდი“ (ქეიმი, 52 წლის, ქუთაისი).

„... მე თუ დაღლილი ვარ, ჩემი რძალი ყველაფერს უმკლავდება და სახლში მაგისი პრობლემა არა მაქვს. თუ გინდა დავისვენო და რაღაცა. მე ამის პირობები სახლში მაქვს მეუღლისგანაც, შვილისგანაც და რძლისგანაც“ (სანიტარი, 61 წლის, თბილისი).

თუმცა ოჯახის წევრებისგან გაწეული დახმარების მიუხედავად, საშინაო პასუხისმგებლობები სამედიცინო სფეროში დასაქმებული იმ ქალებისთვის, რომლებსაც შვილები და განსაკუთრებით პატარა ბავშვები ჰყავთ, კვლავაც დიდ გამოწვევად რჩება.

„კი პანდემიამ, ანუ მორიგეობები რაც უფრო მეტი გაქვს, მეტად დატვირთული ხარ, შესაბამისად რაღაცა დაღლილიც მოდიხარ სახლში, არ გაქვს იმდენი საოჯახო საქმეები გაკეთების თავი რო გაწვდე ყველაფერს. მაგრამ რავი, მთავარი, შვილის მოვლას ვახერხებ და მერე უკვე დანარჩენს ჩემი დედამთილი აკეთებს“ (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 30 წლის, ქუთაისი).

სამედიცინო სფეროში მომუშავე იმ ქალებმა, რომლებსაც ოჯახისა და ახლობლების მხარდაჭერა აქვთ, საშინაო პასუხისმგებლობების შემცირება შეძლეს. როგორც ამბობენ, მათი ოჯახის წევრები რეალობას იღებენ, მათი საქმიანობის სირთულეებს აცნობიერებენ და მზად არიან დასახმარებლად. ქალები ამას მხარდაჭერად აღიქვამენ და მადლობლები არიან, თუმცა COVID-19-ის გენდერულ როლებსა და ურთიერთობებზე გავლენის ხანგრძლივ პერსპექტივაში განხილვას დამატებითი დაკვირვება და ანალიზი სჭირდება.

ზოგიერთი რესპონდენტი კი აცხადებს, რომ მათი პასუხისმგებლობა არ შეცვლილა და საშინაო საქმეს ისინი კვლავაც თავის თავზე იღებენ. ასეთები, ძირითადად, სანიტრები იყვნენ, რომელთაც ანა-

ზღაურებადი და აუნაზღაურებელი შრომის შეთავსება უნევთ. სამუშაო დღის შემდეგ საღამოობით ისინი საშინაო საქმეს ასრულებენ და ზოგჯერ შაბათ-კვირის მთელი დრო სახლის საქმეებს უნდა დაუთმონ. მათი საშინაო შრომის რეჟიმში ცვლილების არქონა იმით შეიძლება აიხსნას, რომ სხვა სამედიცინო პერსონალისგან განსხვავებით, სანიტრებს სამუშაო ცვლები არ შეცვლიათ. პანდემიის გამო მათი სამუშაო გართულდა, მაგრამ სამუშაო საათები არ გაზრდილა. შედეგად, მათ საშინაო შრომაშიც არაფერი შეცვლილა. იმ შემთხვევებში, როდესაც ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე ქალები საოჯახო საქმეებში ოჯახის წევრებისგან დახმარებას ვერ იღებენ, განსაკუთრებით აშკარაა ორმაგი დატვირთვა, რომელიც ანაზღაურებადი და აუნაზღაურებელი სამუშაოს შეთავსებაში ვლინდება.

„პანდემიამ არაფერი შეცვალა. ვაგრძელებ იგივე გრაფიკით, როგორც ადრე. ვცდილობ, ყველაფერი ისე დავგეგმო, რომ ჩემს ოჯახს ზიანი არ მიაყენოს და ვინმე უკმაყოფილო არ იყოს. მე მეტ-ნაკლებად ვუმკლავდები“ (სანიტარი, 46 წლის, ქუთაისი).

პანდემიამ გავლენა სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების თავისუფალ დროზეც იქონია. რესპონდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ მათთვის სამუშაოსა და თავისუფალი დროის ერთმანეთისგან გამიჯვნა ძალიან რთულია, არ აქვთ საკუთარ თავზე ზრუნვის, განტვირთვის, ჰობებისა და სიახლეების გაცნობის დრო.

„...მხატვრული ლიტერატურის და წიგნის კითხვაზე დრო არ მრჩება, რაც ძალიან მიყვარდა და ეგ ძალიან მანუხებს... ფაქტიურად წიგნისთვის დრო წამართვა“ (ექიმი, 36 წლის, თბილისი).

გარდა ამისა, მათ არც მეგობრებთან და ნათესავებთან სოციალიზაციისთვის აქვთ დრო, რაც ერთი მხრივ, უსაფრთხოების მიზნით, ხოლო, მეორე მხრივ, დროის ნაკლებობით არის გამოწვეული.

„აი ყველამ იცის (ნათესავებმა) როგორ რთულ ადგილზე ვმუშაობ და ვგრძნობ იმას, რომ ცოტა თავს იკავებენ და ამიტომ მეც ცოტა თავს ვიკავებ, რომ ზედმეტად ვინმეს რამე არ ვაკნო“ (ექიანი, 60 წლის, მარნეული).

ამ საკითხის მნიშვნელობის მიუხედავად, ხელისუფლების წარმომადგენლის განცხადებით, საშინაო შრომასთან დაკავშირებული პოლიტიკა მათ არ ჰქონიათ. გარდა ამისა, რესპონდენტის თქმით, კლინიკები კერძოა და მათზე დამოკიდებული, გაითვალისწინებენ თუ არა დასაქმებულების სამსახურის მიღმა არსებულ საჭიროებებს.

რომ შევაჯამოთ, პანდემიამ საშინაო პასუხისმგებლობების განაწილებაში ცვლილებები შეიტანა. სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ზოგიერთ ქალს სამუშაოს დიდი მოცულობის გამო საშინაო საქმეების შესრულება არ შეუძლია, ამიტომ ზოგიერთი საქმე ოჯახის წევრებმა ითავეს. პანდემიის პერიოდში, რომელიც ერთგვარად ნორმიდან გადახრილი პერიოდია, შეიცვალა ქალების როლი - მათი, როგორც სამედიცინო პერსონალის როლი უფრო გაძლიერდა, მზრუნველის, დედის, ცოლის, მეგობრისა და ა.შ როლთან შედარებით. ოჯახის წევრები მდგომარეობის სირთულეს იაზრებენ და ამიტომ, პასუხისმგებლობები გადაიბარეს.

4.6. ანაზღაურებები და გენდერული სახელფასო სხვაობა*

სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების მონათხრობიდან ჩანს, რომ მათი ხელფასები ძალიან დაბალია და ანაზღაურება სამუშაო საათებს არ შეესაბამება. როგორც ქვემოთ მოცემული ანალიზი აჩვენებს, დაბალი ხელფასები და გენდერული სახელფასო სხვაობა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დარგისა და ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგისთვის პრობლემა

* გენდერული სახელფასო სხვაობის ანალიზი განხორციელდა გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატი) მიერ ჩატარებული 2019 წლის სამუშაო ძალის კვლევის და 2019 წლის სანარმოებისა და ორგანიზაციების გამოკითხვის მონაცემებზე დაყრდნობით.

იყო პანდემიამდეც. იქიდან გამომდინარე, რომ კლინიკების უმეტესობა კერძოა, სახელმწიფოს არ შეუძლია სამედიცინო პერსონალისთვის ხელფასის გაზრდის მოთხოვნა, თუმცა, მას დარგის სამუშაოს სპეციფიკის მიხედვით მინიმალური ანაზღაურების დაკისრება და სახელმწიფო დონეზე თანაბარი ღირებულების მქონე შრომისთვის თანაბარი ანაზღაურების პრინციპის წარმოდგენა შეუძლია.

საქსტატის ხელფასების კვლევის მიხედვით,⁴⁴ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დარგში საშუალო ხელფასი 2019 წელს 1049.5 ლარი იყო, რაც ქვეყნის ეროვნულ საშუალო მაჩვენებელს - 1129.5 ლარს - ჩამორჩებოდა. იქიდან გამომდინარე, რომ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფერო დაძაბულ, ინტენსიურ მუშაობას მოითხოვს, ექიმებს, ექთნებსა და სოციალურ მუშაკებს მუშაობის დასაწყებად ზოგადი ეკონომიკის მაჩვენებელთან შედარებით, განათლების უფრო მაღალი საფეხურისა და პროფესიული გამოცდილების ქონა ესაჭიროებათ. ამიტომ აშკარაა, რომ მინიმალური დარგობრივი და პროფესიული ანაზღაურება აღნიშნული სფეროსთვის სასარგებლო იქნება. შედარებისთვის, სამშენებლო სექტორში, სადაც სამსახურების უმრავლესობას უმაღლესი განათლება არ სჭირდება, იმავე წელს, საშუალო ანაზღაურება 1631 ლარი იყო.⁴⁵ როგორც ზემოთ ითქვა, ახლახანს ექთნებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მათი (უმეტესად, ქალების) 84.6%-ის ხელფასი 500 ლარზე ნაკლებია.⁴⁶ თუ გავითვალისწინებთ, რომ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში ძირითადად ქალები არიან წარმოდგენილნი და სფეროში დასაქმებული ადამიანების 82%⁴⁷ და ექიმების 62%-ს შეადგენენ⁴⁸ - არსებული დაბალი ანაზღაურება თანაბარი ღირებულების შრომის თანასწორი ანაზღაურების პრინციპის გათვალისწინებას მოითხოვს.

ჩატარებულმა ინტერვიუებმა ის ეკონომიკური სირთულეები გამოავლინა, რასაც სამედიცინო

სფეროში დასაქმებული ქალები აწყდებიან. ზოგადად, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება დაბალია და რესპონდენტების თქმით, ხშირად, პირველადი საჭიროების დაკმაყოფილებისთვისაც არ არის საკმარისი. კვლევის მონაწილეების მონათხრობის მიხედვით, თანხა, რასაც ისინი იღებენ, არარელევანტურია იმ შრომასთან, რომელსაც ეწევიან და სიტუაცია კიდევ უფრო პრობლემურია თბილისის მიღმა რეგიონებში.

ზოგიერთი რესპონდენტის თქმით, ანაზღაურება თვიდან თვემდეც არ არის საკმარისი, სხვები კი აღნიშნავენ, რომ თანხის გამოყოფა პირველადი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლადაც უჭირთ:

„რა შემიძლია ვთქვა? ჩვენს ეკონომიკურ პრობლემებს ძლივს ვუმკლავდებოდით და ახლაც ძნელად ვუმკლავდებით. ეს შემოსავალი არ არის საკმარისი ჩვენი საჭიროებებისათვის. მაგრამ რა შეგვიძლია გავაკეთოთ? ჩვენ ვიბრძვით“ (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 60 წლის, მარნეული) „კომუნალური ხარჯების გადახდის შემდეგ, ჩემი ხელფასის ნახევარი აღარ არის“ (ექთანი, 31 წლის, ქუთაისი).

სხვა რესპონდენტები კი ამბობენ, რომ ანაზღაურება იმ შრომის შესაფერისი არ არის, რასაც ეწევიან.

„ვისურვებდი, რომ ექიმებს უფრო პატივს სცემდნენ და ანაზღაურება და სამუშაო გრაფიკი შესაბამისი იყოს. [უნდა აღინიშნოს], რომ ექიმებიც ადამიანები არიან და მათ უნდა ჰქონდეთ სამდღიანი დასვენება კანონის შესაბამისად და საკმარისი ანაზღაურება. ანაზღაურება საერთოდ არ შეესაბამება

44 დამატებითი ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/39/khelfasebi>

45 იქვე.

46 სოლიდარობის ქსელი, (2018). ექთნების შრომის პირობები საქართველოში.

47 UN Women calculations, based on 2018 LFS survey.

48 საქსტატი

იმ სამუშაოს, რომელსაც ექიმი ასრულებს” (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 46 წლის, თბილისი).

დაბალი ანაზღაურების საკითხი განსაკუთრებით პრობლემურია პატარა ქალაქებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალისთვის.

„ხელფასი ძალიან დაბალია. რეგიონების სამედიცინო პერსონალი უფრო მძიმე მდგომარეობაშია. (...) მეტი ყურადღება ექცევა თბილისს და რეგიონებს ყურადღება არ ექცევათ” (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 60 წლის, მარნეული)

ის ეკონომიკური სირთულეები, რასაც ქალები აწყდებიან, შეიძლება, გენდერულ სახელფასო სხვაობასთან ერთად კიდევ უფრო გაიზარდოს. სექტორის დონეზე არსებული ყოველთვიური გენდერული სახელფასო სხვაობა (ქალებისა და კაცების გამომუშავებულ ხელფასებს შორის განსხვავება, რომელიც პროცენტულად კაცების ანაზღაურებით გამოიხატება) ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში 35%-ს შეადგენს, რაც თითქმის უტოლდება 2019 წლის ეროვნულ მაჩვენებელს - 36%-ს.⁴⁹ იქიდან გამომდინარე, რომ საქსტატისთვის ხელფასების კვლევაში მიკრო მონაცემები ხელმისაწვდომი არ არის, ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში გენდერული სახელფასო

სხვაობის უკეთ საჩვენებლად სამუშაო ძალის კვლევა გამოიყენეს. ამის მიუხედავად, აღნიშნული ანალიზის შედეგები სიფრთხილით უნდა განვიხილოთ, რადგან მონაცემების ქვედარგამდე დავიწროება სტატისტიკურად მნიშვნელოვან შედეგებს არ იძლევა.

სამუშაო ძალის კვლევის ანალიზმა ნედლი (შეუსწორებელი) და შესწორებული გენდერული სახელფასო სხვაობა გამოავლინა. თუ ნედლი (შეუსწორებელი) გენდერული სახელფასო სხვაობა შესადარებელი ინდიკატორების მახასიათებლებს არ ითვალისწინებს და მთლიანად ქალისა და კაცის ხელფასებს შორის განსხვავებას ეყრდნობა, შესწორებული გენდერული სხვაობა ქალებისა და კაცების მახასიათებლებსა და სამუშაოსთან დაკავშირებულ ფაქტორებს - ძირითადად, განათლებას, სამუშაო გამოცდილებასა და სხვადასხვა სამუშაო მახასიათებლებს - პროფესიას, მუდმივი კონტრაქტის არსებობასა და სხვ. ითვალისწინებს (მეტი დეტალისთვის გაეცანით გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2020. გენდერული სახელფასო სხვაობა და უთანასწორობა საქართველოს შრომის ბაზარზე⁵⁰).

მესამე ცხრილი ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში ნედლ (შეუსწორებელ) გენდერულ სახელფასო სხვაობას აჩვენებს. საათობრივ გენდერულ სახელფასო სხვაობაზე გენდერი ახდენს გავლენას - ამ ქვედარგში ქალები საქართველოში კაცებთან შედარებით ყოველთვიურად 20.8%-ით, ხოლო საათობრივად 9%-ით დაბალ ანაზღაურებას იღებენ.

⁴⁹ გაეროს ქალთა ორგანიზაციის კალკულაციები საქსტატის მონაცემებზე დაყრდნობით ხელმისაწვდომია: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/39/khelfasebi>

⁵⁰ გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2020. გენდერული სახელფასო სხვაობა და უთანასწორობა საქართველოს შრომის ბაზარზე. ხელმისაწვდომია: <https://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/analysis-of-the-gender-pay-gap-and-gender-inequality-in-the-labor-market-in-georgia> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

ცხრილი #3

გენდერული სახელფასო სხვაობა შერჩეულ სექტორებში (2019)

	ადამიანის ჯანდაცვის სფერო			მთლიანი ეკონომიკა		
	მამაკაცები	ქალები	გენდერული სხვაობა	მამაკაცები	ქალები	გენდერული სხვაობა
	ლოგარითმული ყოველთვიური ანაზღაურება		%	ლოგარითმული ყოველთვიური ანაზღაურება		%
ყოველთვიური ხელფასი	6.321	6.113	-20.8%	6.443	6.109	-33.4%
საათები	48.4	42.7	-11.8%	48.4	40.7	-15.9%
საათობრივი ანაზღაურება	0.996	0.904	-9.2%	1.132	0.995	-13.7%
შესწორებული გენდერული სახელფასო სხვაობა			0.2%			-24.8%

წყარო: UN Women-ის კალკულაცია სამუშაო ძალის კვლევაზე დაყრდნობით. წონები გამოყენებულია შესაბამისად.

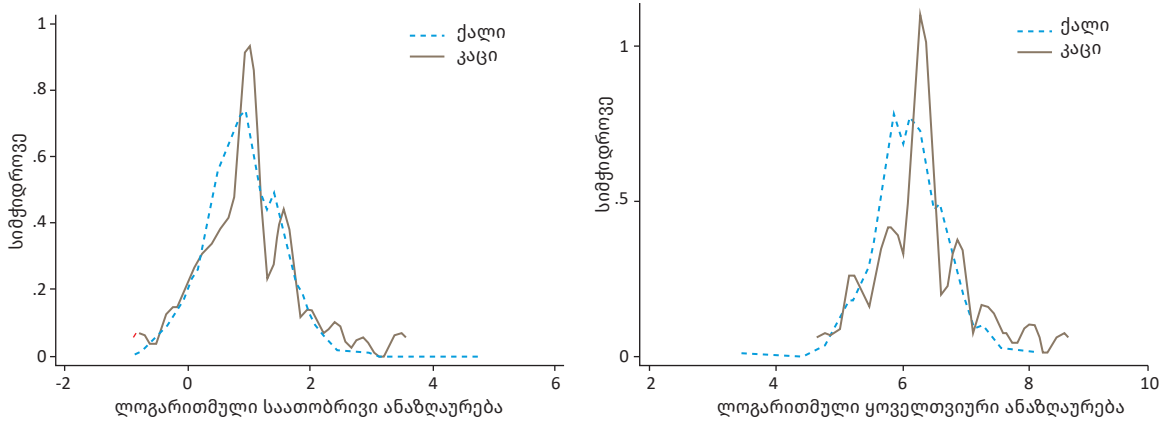
ყოველთვიური გენდერული სახელფასო სხვაობა ადამიანის ჯანმრთელობის სფეროს ქვესექტორში საათობრივ გენდერულ ანაზღაურებასთან შედარებით თითქმის ორმაგია, რაც მიანიშნებს, რომ კაცები ქალებზე მეტ საათს მუშაობენ. ეს დასკვნა ამ ქვედარგსა და, ზოგადად, ეკონომიკაში, ნეგატიურ გენდერულ საათობრივ სხვაობაზე დაკვირვებიდან გამომდინარეობს.

ხელფასების ეროვნული ეკონომიკის დონეზე შედარებისას ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში არსებული სხვაობა უფრო მცირე ჩანს, თუმცა, ჩვენ არ გვაქვს მაჩვენებელი რომელიც არსებული

სხვაობის სტატისტიკურ მნიშვნელოვნებაზე მიუთითებს. ამაზე დასაკვირვებლად ჩვენ რეგრესია ჯერ ლოგარითმულ გენდერულ ანაზღაურებაზე, შემდეგ კი გენდერსა და სხვა მახასიათებლებზე ვანარმოეთ. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში, დავითვალეთ შესწორებული გენდერული სახელფასო სხვაობა, რაც ქვემოთ, მეორე ცხრილშია მოცემული. მართალია, ნედლი სახელფასო სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ არის, თუმცა, ისიც უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ეს (დიდი სტანდარტული შეცდომები) შესაძლოა, სექტორული დისეგრეგირებისას შერჩევის ზომის შემცირებით იყოს გამოწვეული.

გამოსახულება # 1

ლოგარითმული საათობრივი (მარცხნივ) და ყოველთვიური (მარჯვნივ) ანაზღაურების გენდერული და ჯანდაცვითი საქმიანობის მიხედვით გადანაწილება (2019)



წყარო: UN Women-ის კალკულაციები სამუშაო ძალის კვლევაზე დაყრდნობით. წონები გამოყენებულია შესაბამისად.

ამის მიუხედავად, სხვაობის შესწორებისას სურათი უფრო ნათელი ხდება. პირადი და სამუშაო ძალის მახასიათებლების მოსწორება ნედლი სხვაობის მაგნიტუდას ამცირებს ან მეტიც, პოზიტიურად გარდაქმნის მას, რაც ნიშნავს, რომ ამ სფეროებში კაცებს დასაქმებულ ქალებზე უკეთესი მახასიათებლები აქვთ. ეს დასკვნა განსხვავდება იმისგან, რაც მთლიანი ეკონომიკისთვის მივიღეთ, თუმცა ჯანდაცვის სექტორისთვის ეს ლოგიკურია: კაცები უფრო ხშირად გვევლინებიან ექიმებად მაშინ, როცა ქალები უფრო ხშირად ექთნებისა და ბებიაქალების პოზიციებზე არიან. ეს მიანიშნებს, რომ განათლება და დასაქმების საფეხური ამ სფეროში დასაქმებული კაცების შემთხვევაში უფრო მაღალია. თუ დავაბუსტებთ, ეს ნიშნავს, რომ იმის მიუხედავად, რომ ექიმების იმისა რომ ექიმებს შორის უმეტესობა ქალია (62%), კაც სამედიცინო პერსონალს შორის პროპორციულად უფრო მეტი ექიმი, ვიდრე ქალ სამედიცინო პერსონალს შორის.

ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში გენდერული სახელფასო სხვაობის ანალიზმა პირდაპირი გენდერული დისკრიმინაცია არ გამოავლინა, რადგან შესწორებული გენდერული სახელფასო სხვაობა არ არსებობს, თუმცა, მან ნათელი გახადა ყოველთვიურ და საათობრივ ანაზღაურებებში გაზომვადი გენდერული სახელფასო სხვაობები - კაცები უფრო მეტად არიან მაღალ თანამდებობებზე, მათ მეტი სამუშაო გამოცდილება და კვალიფიკაცია აქვთ, რაც ქალებით

დომინირებულ ქვედარგში სისტემურ გენდერულ უთანასწორობაზე მიუთითებს. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში დასაქმებული ადამიანებისა და ექიმების უმრავლესობას ქალები შეადგენენ. ყოველთვიურ და საათობრივ გენდერულ სახელფასო სხვაობას შორის განსხვავებამ აჩვენა, რომ კაცებს მეტად აქვთ საშუალება, მეტი ანაზღაურებადი სამუშაო საათი ჰქონდეთ, რაც ეხმარება წინა ქვეთავს, რომელიც ქალების საშინაო შრომისა და ანაზღაურებადი სამუშაოს პასუხისმგებლობებით განპირობებულ კარიერულ გამოწვევებს ეხება. იმის მიუხედავად, რომ ანალიზი სტატისტიკურად უმნიშვნელოა და ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში გენდერული სახელფასო სხვაობის დამატებით სრულფასოვან კვლევას მოითხოვს, ჩვენ არ უნდა უგულებელვყოთ ის გენდერული სხვაობები, რომლებიც აღნიშნულმა კვლევამ გამოავლინა. თუმცა, იქიდან გამომდინარე, რომ საქსტატის ოფიციალურ მონაცემებზე დაყრდნობილი ყოველთვიური გენდერული სახელფასო სხვაობა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში უფრო მაღალია (35%), ვიდრე ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში (20.8%), დამატებითმა ანალიზმა, შესაძლოა, უფრო მეტი გენდერული უთანასწორობა გვაჩვენოს. თუმცა, დაბალი გენდერული სახელფასო სხვაობა შეიძლება იმითაც იყოს გამოწვეული, რომ ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში უმეტესად ქალები არიან დასაქმებულნი. რომ შევაჯამოთ, ანალიზით რამდენიმე ძირითადი

პრობლემა გამოიკვეთა, კერძოდ: ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სექტორში ეროვნულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით დაბალი ანაზღაურებაა, რაც პირდაპირ ახდენს გავლენას ქალებზე, რომლებიც აღნიშნულ სექტორში დასაქმებულთა და ექიმთა უმრავლესობას წარმოადგენენ; გარდა ამისა, დაბალი ხელფასები არაპროპორციულად ისახება იმ ქალებზე, რომლებიც ადამიანის ჯანდაცვის ქვედარგში დაბალ პოზიციას იკავებენ - გენდერულმა სახელფასო სხვაობის ანალიზმა გამოავლინა, რომ კაცები უმცირესობას წარმოადგენენ, თუმცა მაღალი თანამდებობები უკავიათ. როგორც ქალი სამედიცინო პერსონალისთვის ტვირთი ანალიზმა აჩვენა, ხელფასები დაბალია და ხშირად პირველადი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად არ არის საკმარისი, რაც განსაკუთრებით სოფლად მომუშავეებს აწუხებთ; ყოველთვიური გენდერული სახელფასო სხვაობა გამოვლინდა როგორც ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სექტორებში, ისე ადამიანის ჯანმრთელობის ქვედარგში, რაც სისტემურ გენდერულ დისკრიმინაციაზე მიუთითებს.

იდენტიფიცირებულ გამოწვევებთან გასამკლავებლად რეკომენდებულია სექტორის დონეზე დიფერენცირებული მინიმალური ხელფასის მიღება და თანაბარი ღირებულების მქონე შრომისთვის თანაბარი ანაზღაურების პრინციპის დანერგვა. რეკომენდაციები თანხვედრაშია იმ ვალდებულებებთან, რომლებიც საქართველოს შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მე-100, თანაბარი ანაზღაურების, კონვენციის რატიფიცირების შედეგად ეკისრება. გარდა ამისა, ქალი სამედიცინო პერსონალის დასაქმებასა და ოჯახთან დაკავშირებულ პასუხისმგებლობებთან იდენტი-

ფიცირებული გამოწვევების გამო, საქართველოს მთავრობისთვის რეკომენდებულია შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის #156, ოჯახის მქონე დასაქმებული ადამიანების პასუხისმგებლობების, კონვენციის რატიფიცირების განხილვა და მისი მთავარი პრინციპების იმპლემენტაცია საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში.

4.7 შევინროება და/ან ძალადობა სამუშაო ადგილზე

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში მსოფლიოში ძალადობასა და ჯანმრთელობაზე სექსუალური ძალადობისა და სექსუალური შევიწროების პრობლემის სიმძიმეს უსვამს ხაზს⁵¹. სამედიცინო სფეროში სექსუალური შევიწროების შემთხვევებზე სხვადასხვა კვლევები ფოკუსირდება და ამ კვლევებში კაცი ექიმების მიერ ქალი ექთნების სექსუალურ შევიწროებაზე საუბარი.⁵² სექსუალური შევიწროების საკითხი საქართველოშიც დიდი პრობლემაა.⁵³ კვლევის მიხედვით, „ქალების 20%-ს აქვს სექსუალური შევიწროების გამოცდილება ადამიანისგან, რომელიც მისი პარტნიორი არ იყო“, ეს მოიცავს უადგილო მიშტერებასა და ყურებას (15%), პირად ცხოვრებაზე მომაბზრებელ კომენტარებს (7%), სექსუალური ხასიათის კომენტარებს ან ხუმრობებს (6%)⁵⁴ და არასასურველ შეხებას, ჩახუტებასა და კოცნას (6%). გარდა ამისა, ქალების 10% მიუთითებს, რომ სამუშაო ადგილზე გამოუცდიათ სექსუალური შევიწროება.⁵⁵

კანონი სექსუალურ შევიწროებაზე საქართველოში 2019 წელს მიიღეს და სამუშაო ადგილზე სექსუალური შევიწროება საქართველოს შრომის კოდექსითაა რეგულირებული. საქართველოს შრომის კოდექსი სამუშაო ადგილზე შევიწროებას (მათ შორის

51 Krug EG et al., eds. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. ხელმისაწვდომია: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/.

52 Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. Journal of the Pakistan Medical Association, 2000, 50:130–131. Cited in Krug EG et al., eds. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.

Kisa A, Dziegielewska SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. Health Services Management Research, 1996,

9:243–253. Cited in: Krug EG et al., eds. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.

53 გაეროს ქალთა ორგანიზაცია. (2018). ქალთა მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა საქართველოში გვ. 51. ხელმისაწვდომია:

<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20georgia/attachments/publications/2018/national%20vaw%20study%20report%20eng.pdf?la=ka&vs=0> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

54 იქვე.

55 იქვე.

სექსუალურ შევიწროებას) შემდეგნაირად განმარტავს: „დისკრიმინაციად ჩაითვლება პირის პირდაპირ ან არაპირდაპირ შევიწროება, რომელიც მიზნად ისახავს ან იწვევს პირის ღირსების შელახვას და მისთვის დამაშინებელი, მტრული, დამამცირებელი, ღირსების შემლახველი ან შეურაცხყოფელი გარემოს შექმნას“⁵⁶ (თავი II, მუხლი 4.5). არსებობს კვლევები, რომელიც აჩვენებს, რომ გაზრდილმა სამუშაო საათებმა და დატვირთვამ, შეიძლება, შედეგად სექსუალური შევიწროების გაზრდილი რაოდენობა გამოიწვიოს⁵⁷. აქედან გამომდინარე, ამ საკითხის კვლევის თეორიულ ჩარჩოში მოხსენება მნიშვნელოვანი იყო.

კვლევის რესპონდენტები არ აღნიშნავენ, რომ გამოუცდიათ სექსუალური შევიწროება და ამბობენ, რომ სამუშაო ადგილზე მსგავსი შემთხვევის შესახებ არ სმენიათ. ისინი ხაზს უსვამენ, რომ მათ კლინიკებში ოჯახური გარემოა და მოძალადის ან მსხვერპლის არსებობა ასეთ გარემოში ვერ წარმოუდგენიათ. უნდა ითქვას, რომ სექსუალური შევიწროება ქართულ კულტურაში მიღებულია, ხოლო „მეგობრული შევიწროება“ მამაკაცი მეგობრებისგან ნორმალიზებულია და პრობლემად არ აღიქმება.⁵⁸

ზოგიერთი რესპონდენტი სიტყვიერი შეურაცხყოფის (არასასურველი კომპლიმენტები) შემთხვევებს ახსენებს, თუმცა, ძალიან ბუნდოვნად საუბრობს მასზე და კონკრეტულ შემთხვევებს ვერ იხსენებს. თუ ჰიპოთეტურად რესპონდენტს შეავიწროებდნენ, მხარდამჭერებად იგი კოლეგებს, კლინიკის ადმინისტრაციასა და პოლიციას მიიჩნევდა. ხელი-სუფლების წარმომადგენლები ამბობენ, რომ კლინიკებში სექსუალური შევიწროების შემთხვევები არ დაფიქსირებულა, თუმცა ასეთი შემთხვევა თუ იქნება, გამოიძიებენ.

56 საქართველოს შრომის კოდექსი. ხელმისაწვდომია:

<https://matsne.gov.ge/en/document/view/1155567?publication=17>

57 United Nations, (2020). Policy Brief: The impact of COVID-19 on women. ხელმისაწვდომია: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women#view> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

„ასეთ შემთხვევაში ძირითადად უნდა იყოს შესწავლა, უნდა იყოს ეს საკითხი შესწავლილი და სანამ არ დამტკიცდება ნამდვილად იყო თუ არა შევიწროება, მაქამდე ნამდვილად ვერ გავიგებთ. რა თქმა უნდა, ასეთის დაფიქსირების შემთხვევაში იქნებოდა შესწავლილი.“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალები პაციენტების მხრიდან შეურაცხყოფასა და აგრესიულ ქცევაზე საუბრობენ. ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, პაციენტებისგან ძალიან ხშირია სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობის შემთხვევები, რაც ზოგჯერ სრულიად უმიზეზოდ ხდება.

„ძალიან ხშირია როდესაც გავიგებენ, შეურაცხყოფას გაყენებენ თავზე გაღუნავენ ყველაფერს იმის გამო, რომ ან დაავიანენ ან მთვრალია და უბრალოდ ხუმტური აქვს“ (ქეთანი, 43 წლის, ბათუმი).

შეურაცხყოფა განსაკუთრებით პრობლემური სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალისთვისაა. მათი წარმომადგენლების თქმით, პაციენტებისგან შეურაცხყოფისა და ფიზიკური ძალადობის რისკიც ყოველთვის არის. ისინი ამბობენ, რომ პანდემიის დროს მათ მიმართ აგრესია გაიზარდა. ერთი მხრივ, ეს გამოწვეულია პანდემიისას ვიზიტების საგრძნობი ზრდით, ხოლო მეორე მხრივ, როგორც ისინი ამბობენ, ადამიანები სამედიცინო პერსონალის მიმართ უფრო აგრესიულები გახდნენ.

58 გაეროს ქალთა ორგანიზაცია. (2018). ქალთა მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა საქართველოში გვ. 51. ხელმისაწვდომია: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20georgia/attachments/publications/2018/national%20vaw%20study%20report%20eng.pdf?la=ka&vs=0> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

„ძალიან ბევრი შემთხვევა ყოფილა შეურაცხყოფის [პაციენტის მხრიდან], შეურაცხმყოფელი რაღაცეები წამოსულა პაციენტების ოჯახის წევრების მხრიდან, მაგრამ ეს ყველაფერი განეიტრალებულია იმიტომ რომ შენ უნდა იყო განონასწორებული და უნდა მოაგვარო ისე, რომ ეს არ გადაიზარდოს კონფლიქტში“ (სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალი, 46 წლის, თბილისი).

რომ შევაჯამოთ, როგორც კვლევის რესპონდენტები აცხადებენ, სექსუალური შევიწროება არ გამოუცდიათ და არც ასეთი შემთხვევების შესახებ სმენიათ. ისინი საკუთარ სამუშაო გარემოს ადარებენ ოჯახს და ამბობენ, რომ ოჯახის მსგავს გარემოში სექსუალური შევიწროების არსებობა შეუძლებელია,, თუმცა, კვლევის მონაწილეები პაციენტებისგან შეურაცხყოფისა და აგრესიული ქცევების გაზრდილ შემთხვევებს აფიქსირებენ. ეს განსაკუთრებით რელევანტური სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალისთვისაა.

დასკვნები და
რეკომენდაციები

კვლევამ გამოავლინა, რომ COVID-19-მა მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალებზე (ექიმებზე, ექთნებზე, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალსა და სანიტრებზე), განსაკუთრებით კი მათ ანაზღაურებულ და აუნაზღაურებელ შრომაზე, ეკონომიკურ მდგომარეობასა და სოციალურ პასუხისმგებლობებზე. თითოეული თავის ინდივიდუალური განხილვა და შესაბამისი რეკომენდაციები ქვემოთაა მოცემული.

სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალების სამუშაო პირობები და COVID-19-ის პანდემიის გავლენა მათზე

პანდემიამ მნიშვნელოვნად იმოქმედა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალთა სამუშაო დატვირთვაზე, რაც გამოიხატა მეტ პასუხისმგებლობასა და პაციენტში, უფრო მეტ სამუშაო საათსა და უფრო ხანგრძლივ ცვლებში. სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელ ქალებს სამუშაო დღის განმავლობაში დასასვენებლად დრო ძალიან ცოტა ან საერთოდ არ აქვთ. გარდა ამისა, სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი რაოდენობის გამო, კვლევის მონაწილეები აცხადებენ, რომ შვებულების აღება ვერ შეძლეს. დიდი სამუშაო დატვირთვა და სათანადო დასვენების შესაძლებლობის არქონა გადანავის (ფიზიკური და სულიერი ძალების გამოცლის) რისკს ზრდის, რაც, თავის მხრივ, ქალი სამედიცინო პერსონალის მიერ სამუშაოს არაჯეროვნად შესრულების რისკსაც აძლიერებს.

რეკომენდაციები: სამუშაო საათები და შესვენების დროები კლინიკებში ოფიციალურადაა რეგულირებული, თუმცა, ქალი სამედიცინო პერსონალი მას ვერ იყენებს. სამუშაო საათები უკეთ რეგულირებადი უნდა იყოს ქალებისთვის დასასვენებლად საკმარისი დროის უზრუნველსაყოფად.

საქართველოს მთავრობამ და კლინიკების ადმინისტრაციებმა სამედიცინო პერსონალის გადანავის რისკების შესამცირებლად აქტიური ზომები უნდა მიიღონ. საჭიროა გადანავის რისკების ზუსტი შეფასება და მისი ნეგატიური ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანისთვის სათანადო ზომების გატარება.

ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საფრთხეები და დამცავი მექანიზმები პანდემიის პერიოდში

პანდემიასთან ბრძოლის წინა ხაზზე მყოფ სამედიცინო პერსონალს დაინფიცირების ყველაზე მაღალი რისკი აქვს. ამ რისკის შესამცირებლად საქართველოს მთავრობამ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა. კვლევის მონაწილეები მთავრობის მიერ მიღებულ ზომებს დადებითად აფასებენ, თუმცა სამედიცინო პერსონალი მაინც მაღალი რისკის ქვეშაა მაშინ, როდესაც პაციენტები რეალურ სიმპტომებს მაღავენ. დაინფიცირების მაღალი რისკის გარდა, სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალები პანდემიისას გაზრდილი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საფრთხეების წინაშე არიან. რესპონდენტები დიდ სტრესზე მიუთითებენ, რაც მათ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე აისახება. ამ საკითხის გადასაჭრელად მთავრობისა და კლინიკების მიერ ღონისძიებები არ გატარებულა, ამიტომ შფოთვისთან გამკლავების მთავარ საშუალებად კვლავ არაფორმალური მხარდაჭერის სისტემა რჩება. გარდა ამისა, არ განხორციელებულა სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების ახლანდელ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობასა და სამომავლო ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ღონისძიებები.

რეკომენდაციები: სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების ფსიქოლოგიური კეთილდღეობისთვის კლინიკებმა სათანადო სერვისები უნდა შეიმუშაონ. მაგალითად, რეკომენდებულია, რომ კლინიკებმა ფორმალური მხარდაჭერის სისტემა, ე.ი. ფსიქოლოგიური კონსულტაცია შემოიღონ. იმ კლინიკებმა, რომლებსაც უკვე აქვთ ასეთი სერვისი, უნდა გააძლიერონ აღნიშნული მიმართულება და სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალები ამ სერვისის გამოსაყენებლად წაახალისონ.

უნდა ჩატარდეს აქტიური საინფორმაციო კამპანიები, რათა საზოგადოების ინფორმირების დონე გაიზარდოს იმასთან მიმართებით, თუ რა შეიძლება მოჰყვეს არაგულწრფელობას მათ სიმპტომებთან დაკავშირებით.

მხარდაჭერა სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის სახელმწიფოსა და დამსაქმებლებისგან

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სამედიცინო პერსონალის წარმომადგენლების ფინანსური მხარდაჭერისთვის ახალი ინიციატივა წამოაყენა. სამედიცინო სფეროში დასაქმებულმა ქალებმა, რომლებმაც ფინანსური დახმარება მიიღეს, პანდემიისას მეტ-ნაკლებად შეძლეს სტაბილური ეკონომიკური მდგომარეობის შენარჩუნება, თუმცა, ამ დროისათვის დახმარება ყველას არ მიუღია. გაზრდილი ანაზღაურებისა და კომპენსაციის შესახებ ინფორმაცია ბუნდოვანია მათთვის, ვისაც ეს შეთავაზება ჯერ არ მიუღია, რადგან მათ არ იციან ინიციატივის დეტალები.

რეკომენდაციები: საქართველოს მთავრობამ სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ ქალებს ფინანსურ მხარდაჭერასთან დაკავშირებით, მისი მიღების პირობებისა და ვადების ჩათვლით, დეტალური ინფორმაცია უნდა მიიწოდოს, რათა გაზრდილი ანაზღაურების მიღებამდე მათ საკუთარი ფინანსური რისკები გათვალონ.

ფინანსური მხარდაჭერის გარდა, სამედიცინო პერსონალის ყველა წევრისთვის, ვინც კვლევის ფარგლებში ინტერვიუში მონაწილეობდა, პანდემიის პირობებში მუშაობასთან დაკავშირებით ტრენინგები ჩატარდა და/ან ინსტრუქციები მიენიჭათ. სამედიცინო პერსონალი დადებითად აფასებს ტრენინგებს და მიიჩნევს, რომ ისინი ინფორმაციული იყო.

რეკომენდაციები: ტრენინგები უნდა გაგრძელდეს და მეტი სამედიცინო პერსონალი მოიცვას.

ეკონომიკური დაცულობა და გამკლავების სტრატეგიები პანდემიის დროს

მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულ სამედიცინო პერსონალს სამსახური არ დაუკარგავს, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების ოჯახების ეკონომიკური მდგომარეობა გაუარესდა. პირველ რიგში, რესპონდენტები კვლავ მიუთითებენ გაზრდილ სამუშაო დატვირთვასა და ანაზღაურების შეუსაბამობაზე; მეორე, ახალი რეგულაციებიდან

გამომდინარე, რომლებიც სამედიცინო პერსონალს ორ სხვადასხვა კლინიკაში მუშაობას უკრძალავს, სამედიცინო სფეროში დასაქმებულმა ქალებმა შემოსავლის დამატებითი წყარო დაკარგეს; მესამე, სამედიცინო სფეროში მომუშავე ბევრი ქალის ოჯახის წევრმა სამსახური დაკარგა, ამიტომ უამრავი ოჯახი გახდა ისეთი, სადაც შემოსავალი მხოლოდ ერთ ადამიანს აქვს. ამან ინტერვიუებში მონაწილე ქალების ეკონომიკური ტვირთი გაზარდა.

რეკომენდაციები: სახელმწიფომ პრობლემა სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების გაზრდით მოაგვარა, თუმცა, რეკომენდებულია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან ეკონომიკური მხარდაჭერის პროცესი უფრო სწრაფად წარიმართოს, რათა ქალმა სამედიცინო პერსონალმა დროულად ისარგებლოს ამ ინიციატივით. გარდა ამისა, პროგრამამ სანიტრებიც უნდა მოიცვას.

Covid-19-ის გავლენა აუნაზღაურებელი შრომის როლებისა და თავისუფალი დროის თვალსაზრისით

პანდემიამ სამედიცინო სფეროში მომუშავე ქალების სოციალურ როლებში ცვლილებები შეიტანა. „ფორსმაჟორული“ სიტუაციიდან გამომდინარე, მათი პროფესიული, სამსახურთან დაკავშირებული სტატუსი უფრო მნიშვნელოვანი გახდა, ვიდრე მათი, როგორც მზრუნველების, დედებისა და ცოლების სტატუსი. საშინაოსაქმეების შესასრულებლად დროის ნაკლებობამ ტრადიციულად გადანაწილებული გენდერული როლები შეცვალა და სამედიცინო სფეროში მომუშავე ზოგიერთი ქალის შემთხვევაში, მათი ოჯახის წევრების, მაგალითად, უფროსი შვილების, დედების ან პარტნიორების/მეუღლეების ჩართვას შეუწყო ხელი. ამის მიუხედავად, უნდა ითქვას, რომ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელ ბევრ ქალს მაინც უწევს აუნაზღაურებელი ზრუნვის პასუხისმგებლობასთან გამკლავება, მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახი მას გარკვეულ მხარდაჭერას უწევს.

რეკომენდაციები: სამედიცინო სფეროში მომუშავე ადამიანებს აუნაზღაურებელი ზრუნვის სახით ორმაგი ტვირთი აქვთ, შესაბამისად, პანდემიის დროს წარმოქმნილი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად სპეციალური ზომების მიღება შეიძლება, განსაკუთრებით - ბავშვზე ზრუნვის

სერვისების თვალსაზრისით. გარდა ამისა, ქალი სამედიცინო პერსონალის დასაქმებასა და ოჯახთან დაკავშირებულ პასუხისმგებლობებთან იდენტიფიცირებული გამოწვევების გამო, საქართველოს მთავრობისთვის რეკომენდებულია საოჯახო პასუხისმგებლობების მქონე დასაქმებულების შესახებ ILO-ს 1981 წლის 156-ე კონვენციის რატიფიცირების განხილვა და მისი მთავარი პრინციპების საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში იმპლემენტაცია.

დამატებითი კვლევა უნდა ჩატარდეს გენდერული როლებისა და პასუხისმგებლობების გადანაწილებაზე COVID-19-ის გავლენის შესაფასებლად.

ანაზღაურებები და გენდერული სახელფასო სხვაობა

ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა რამდენიმე ძირითადი პრობლემა: ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სექტორში დაბალი ანაზღაურებებია, რაც პირდაპირ გავლენას ახდენს ქალებზე, რომლებიც სექტორში დასაქმებულ ადამიანთა და ექიმების უმრავლესობას წარმოადგენენ. გარდა ამისა, დაბალი ხელფასები არაპროპორციულად აისახება ადამიანის ჯანმრთელობის ქვესექტორში დაბალ პოზიციაზე მყოფ ქალებზე, რადგან გენდერული სახელფასო სხვაობის ანალიზის მიხედვით, კაცები უმცირესობას წარმოადგენენ, თუმცა უფრო მაღალ თანამდებობებს იკავებენ. ქალი სამედიცინო პერსონალის თვისებრივმა ანალიზმა აჩვენა, რომ სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ადამიანების ხელფასი დაბალია და ხშირად საკმარისი არ არის საბაზისო საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ამ მხრივ განსაკუთრებით ცუდ ვითარებას აღწერენ სოფლად მომუშავე რესპონდენტები. გენდერული ნიშნით ფართო, ყოველთვიური სახელფასო სხვაობა ჩანს როგორც ჯანდაცვის, ისე სოციალური დაცვის სექტორებსა და ადამიანის ჯანმრთელობის ქვესექტორში, რაც, სულ მცირე, სისტემურ გენდერულ დისკრიმინაციაზე მიუთითებს.

რეკომენდაციები: იდენტიფიცირებულ გამოწვევებზე საპასუხოდ რეკომენდებულია მთელი სექტორის დონეზე დიფერენცირებული მინიმალური ხელფასის შემოღება და თანაბარი ღირებულების შრომის თანასწორი ანაზღაურების პრინციპის დაცვა. რეკომენდაციები თანხვედრაშია იმ ვალდებულებებთან, რომლებიც საქართველოს შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მე-100 კონვენციის, თანაბარი ანაზღაურების, რატიფიცირების შედეგად ეკისრება.

შევიწროება და/ან ძალადობა სამუშაო ადგილზე

კვლევის რესპონდენტები არ აღნიშნავენ, რომ სამუშაო ადგილზე გამოუცდიათ სექსუალური შევიწროება, ან სმენიათ ამის შესახებ, თუმცა, პაციენტების მხრიდან შეურაცხყოფისა და აგრესიული ქმედებების გახშირებაზე კი მიუთითებენ. ეს განსაკუთრებით რელევანტურია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალის შემთხვევაში.

რეკომენდაცია: მიუხედავად იმისა, რომ კვლევამ სექსუალურ შევიწროებასთან დაკავშირებული შემთხვევები არ გამოავლინა, რეკომენდებულია, კლინიკებმა განავითარონ/მხარი დაუჭირონ სექსუალური შევიწროების შემთხვევების შეტყობინების მექანიზმს, სამუშაო ადგილზე სექსუალური შევიწროების შემთხვევების ანონიმური დაფიქსირების შესაძლებლობისთვის.

სამედიცინო პერსონალში სექსუალურ შევიწროებასთან დაკავშირებით უნდა გაიზარდოს ინფორმირებულობა.

უნდა შემუშავდეს მხარდაჭერის მექანიზმი სამედიცინო სფეროში დასაქმებული ქალებისთვის, განსაკუთრებით კი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პერსონალისთვის, რათა ისინი დაცული იყვნენ პაციენტების მხრიდან შეურაცხყოფისა და ძალადობისგან.

დანართი #1: გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი

პოლიტიკის დოკუმენტები

- საქართველოს მთავრობა, (2020). საქართველოს მთავრობის მიერ 2019 წლის 31 დეკემბერს მიღებულ #674 დადგენილებაში, „2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ ცვლილების შეტანის თაობაზე. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=0>
- საქართველოს შრომის კოდექსი (2010). ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/en/document/view/1155567?publication=17>
- COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებების ანგარიში. (2020). ქართულად ხელმისაწვდომია: http://gov.ge/files/76338_76338_444796_COVID-19angarishi...pdf (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- Anti-Crisis Plan of the Government of Georgia. ხელმისაწვდომია: <https://stopcov.ge/ka/Gegma>

კვლევის ანგარიშები

- გაეროს ქალთა ორგანიზაცია (2020). საქართველოში COVID-19-ით გამოწვეული სიტუაციის სწრაფი გენდერული შეფასება. ხელმისაწვდომია: <https://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/08/rapid-gender-assessment-of-the-covid-19-situation-in-georgia#view> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- გაეროს ქალთა ორგანიზაცია (2020). გენდერული სახელფასო სხვაობა და უთანასწორობა საქართველოს შრომის ბაზარზე. ხელმისაწვდომია: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20georgia/attachments/publications/2020/gender%20pay%20gap%20georgia%20geo.pdf?la=en&vs=4411> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- გაეროს ქალთა ორგანიზაცია (2018). ქალთა დაბალი ეკონომიკური აქტიურობა და არაფორმალურ სექტორში ჩართულობა საქართველოში. ხელმისაწვდომია: <https://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/12/womens-economic-inactivity-and-engagement-in-the-informal-sector-in-georgia> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- გაეროს ქალთა ორგანიზაცია (2018). ქალთა მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა საქართველოში გვ. 51. ხელმისაწვდომია: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20georgia/attachments/publications/2018/national%20vaw%20study%20report%20eng.pdf?la=ka&vs=0> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2019. ქალი და კაცი საქართველოში, 2019. ხელმისაწვდომია: <https://www.geostat.ge/en/single-archive/3332> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- სოლიდარობის ქსელი, (2018). *ექსტენსიის შრომის პირობები საქართველოში*
- Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A., & Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing. A literature review. *International Journal of Nursing Studies* (57), 12 - 27.
- ILO publication on *Qualitative research on employment relationship and working conditions: preliminary guidelines*. ხელმისაწვდომია: https://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_248899/lang--en/index.htm (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)
- Liu Q, Luo D, Haase JE, et al., (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*, 8(6).
- Ruchira W Khasne, W.R., Dhakulkar, S.B., C Mahajan, C.H., Kulkarni, P.A. Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based vSurvey. *Indian Journal for Critical Care Medicine*. 2020 Aug; 24(8): 664–671. ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7519601/> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

Solidarity Network, (2018). Working Conditions of Nurses in Georgia.

United Nations, (2020). *Policy brief: The impact of COVID-19 on women*. ხელმისაწვდომია: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women#view> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

Que J, Shi L, Deng J, et al., (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3).

WHO, (2019). Gender Equity in the Health Workforce: The Analysis of 104 Countries. ხელმისაწვდომია: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf> (ბოლო ნახვა: 30 ნოემბერი, 2020)

სტატიები

Blau, Francine D., and Lawrence M. Kahn (2003). Understanding International Differences in the Gender Pay Gap. *Journal of Labor Economics*, vol. 21, No. 1 (January), pp. 106–44.

Felice, Carla & Di Tanna, Gian Luca & Zanus, Giacomo & Grossi, Ugo., (2020). Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. *Journal of Community Health*, 45.

Jack Tomlin, J. Dalgleish-Warburton, B. and Lamph, G. Psychosocial Support for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*. ხელმისაწვდომია: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01960/full> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

Liu Q, Luo D, Haase JE, et al., (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*, 8(6). ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190296/pdf/main.pdf> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

Stimpfel, A., & al., W. e. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs (Project Hope)*, 31(11). Cited in Solidarity Network, 2018. *Working Conditions of Nurses in Georgia*. P. 13

Talaei, N. Varahram, M. Jamaati, H. Salimi, A. Attarchi, M. Kazempour dizaji, M. Sadr, M. Hassani, S. Farzanegan, B. Monjazebi, F and Seyedmehdi, M. (2020). Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. *Nature Public Health Emergency Collection*. June 6, 2020 (1-6). ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275852/> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

The Lancet, (2020). Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet (London, England)*, 395(10230), 1089. [online] ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270489/> (ბოლო ნახვა: 9 დეკემბერი, 2020)

დანართი #2:

კლინიკების ჩამონათვალი

თბილისი:

1. პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა
2. რესპუბლიკური საავადმყოფო
3. დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი
4. თბილისის შავი ზღვის ჰოსპიტალი
5. ივ. ბოკერიას სახელობის ჰოსპიტალი
6. ი. ციციშვილის სახელობის ბავშვთა ახალი კლინიკა
7. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი
8. კლინიკა „ჯერარსი“

აჭარა (ბათუმი)

9. ბათუმის N1 პოლიკლინიკა
10. ბათუმის სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ცენტრი
11. საზღვაო ჰოსპიტალი
12. ბათუმის რესპუბლიკური საავადმყოფო
13. სარფის საბაჟო პუნქტის სამედიცინო პუნქტი
მ. იაშვილის სახელობის ბათუმის დედათა და ბავშვთა ცენტრალური ჰოსპიტალი

იმერეთი (ქუთაისი)

14. ქუთაისის დ. ნაზარიშვილის სახელობის საოჯახო მედიცინისა და საოჯახო მედიცინის რეგიონული სასწავლო ცენტრი
15. ქუთაისის საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი
16. „მედიქალსიტი“ ქუთაისი

ქვემო ქართლი (მარნეული, თეთრიწყარო)

17. „ჯეო ჰოსპიტალს“ – მარნეული
18. მარნეულის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი
19. თეთრიწყაროს კლინიკა
20. თეთრიწყაროს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრი“



United Nations Entity for Gender Equality
and the Empowerment of Women

UN Women Georgia Country Office
#3 Kavsadze street,
office suite #11, 0179
Tbilisi, Georgia
Tel: (995 32) 222 06 04;
(995 32) 222 08 70

www.unwomen.org
www.georgia.unwomen.org