

ეჭთენეჲის

შრომის პირობები საქართველოში

ერტი
ეჭთენი,
თერთეაჲი
ჰაჰიენი,
თეჰესეაჲი
საათი.

ავტორები: რეზა კარანაძე
ნენო ჩარკვიანი
სოფო ჯაფარიძე
დავით ოგესკაშვილი

2019

ექთნების შრომის პირობები საქართველოში

კვლევა

სოლიდარობის
ქსელი



ალტერნატიული
პროფკავშირი

კვლევა მომზადდა „სოლიდარობის ქსელის“ მიერ.

ავტორები: რევაზ კარანაძე

ნენო ჩარკვიანი

სოფო ჯაფარიძე

დავით ომსარაშვილი

„სოლიდარობის ქსელი - მშრომელთა ცენტრი“

თბილისი, 2019

აბსტრაქტი

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა, მიუხედავად რეფორმისა, პრობლემებით ხასიათდება. მათ შორის განსაკუთრებით მწვავე მედიცინის მუშაკების შრომის პირობებია. ჯანდაცვის სისტემის შესახებ ბოლოდროინდელი კვლევები ძირითადად ჯანდაცვის საბიუჯეტო კონტროლზე სვამს აქცენტს. ამ სფეროში დასაქმებულთა შრომითი მდგომარეობა ჯერ კიდევ არ არის კვლევის საგანი. სამედიცინო სფეროს სრული პრივატიზაციის პირობებში, სახელმწიფო ჯანდაცვის ბიუჯეტით მოქალაქეებზე მეტად კერძო კომპანიები სარგებლობენ. არსებული კვლევები სრულიად უგულებელყოფს მდგომარეობის გაანალიზების ალტერნატიულ ინტერპრეტაციას და უმეტესად, კვლევათა უმრავლესობა საბიუჯეტო ხარჯების შეკვეცის დასკვნით გვევლინება.

ქვეყანაში მოქალაქეთა (პაციენტთა) ჯანმრთელობის მდგომარეობა პირდაპირ კავშირშია მედიცინის მუშაკთა შრომის მდგომარეობასთან. შესაბამისად, მედ. მუშაკთა შრომის პირობების გამოკვლევა და ამ პერსპექტივით სამედიცინო სისტემის სწავლა ყველაზე კარგად გამოკვეთს ზოგად ხარვეზებსა და მათი აღმოფხვრის გზებს.

კვლევა ეყრდნობა საქართველოში დასაქმებული ექთნების ყოველდღიური სამუშაო გამოცდილებისა და შრომის პირობების შესწავლით მიღებულ ინფორმაციას. მასში თავმოყრილია ექთნების საცხოვრებელი და შრომითი მდგომარეობის შესახებ მონაცემები. მათ შორისაა: ექთნების სამუშაო გრაფიკი, ანაზღაურება, სამუშაო დატვირთვა, საავადმყოფოს მართვა და მასში მონაწილეობა, პრობლემური საკითხები და მათი გამოსწორების შესახებ აზრები.

ექთნების შრომის პირობები საქართველოში

სარჩევი

ფიგურები	5
ცხრილები	7
1. კვლევის მნიშვნელობა	8
2. ლიტერატურის მიმოხილვა	12
3. მეთოდოლოგია.....	17
3.1. მეთოდოლოგიის სტრუქტურა	17
3.2. რესპონდენტების შერჩევა.....	18
3.3. მთავარი შეზღუდვები.....	19
4. მონაცემების რაოდენობრივი ანალიზი	20
4.1. დემოგრაფიული მონაცემები	20
4.2. სამუშაო დატვირთვა და ხელფასი.....	22
4.3. შრომითი ურთიერთობების პრობლემები სამედიცინო დაწესებულებებში	39
4.4. სახელმწიფოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შეფასება.....	45
5. სამართლებრივი ანალიზი	47
5.1. სამუშაო დრო და ზეგანაკვეთური ანაზღაურება.....	49
5.2. შესვენებისა და დასვენების დრო.....	55
5.3. სამართლებრივი რეკომენდაციები	57
6. ძირითადი მიგნებები	59
7. დასკვნა და რეკომენდაციები	61
ბიბლიოგრაფია	64

ფიგურები

ფიგურა 1: გამოკითხულთა სქესი	20
ფიგურა 2: გამოკითხულთა ასაკი.....	21
ფიგურა 3: გამოკითხულთა განათლება.....	21
ფიგურა 4: გამოკითხულთა ოჯახური მდგომარეობა	22
ფიგურა 5: დასაქმების ადგილი.....	23
ფიგურა 6: პროფესიის მიხედვით დასაქმება	24
ფიგურა 7: ექთნების პოზიციაზე დასაქმებულთა პროფესია	25
ფიგურა 8: სამუშაო პოზიციები	25
ფიგურა 9: მორიგეობაზე ერთ ექთან ერთად გამოსული დამატებითი ექთნების რაოდენობა	27
ფიგურა 10: ვინ მორიგეობს ექთნების გარდა	27
ფიგურა 11: დღეში საშუალოდ რამდენ პაციენტს ემსახურებიან ექთნები.....	30
ფიგურა 12: ექთნების მოვალეობები.....	31
ფიგურა 13: ექთნების სამუშაო გრაფიკი.....	32
ფიგურა 14: კვირის განმავლობაში სამუშაო საათების რაოდენობა.....	34
ფიგურა 15: იღებენ თუ არა ექთნები ზეგანაკეთურ ანაზღაურებას	34
ფიგურა 16: ექთნების ხელფასი	35
ფიგურა 17: ოჯახის საერთო შემოსავალი.....	35
ფიგურა 18: მეორე სამსახურის ქონის მიზეზი	36
ფიგურა 19: ერთზე მეტ ადგილას დასაქმება	37
ფიგურა 20: სხვა სამსახურის შემთხვევაში თუ მუშაობენ სხვა პროფესიით	37
ფიგურა 21: ერთ სამუშაო ადგილზე დასაქმების ხანგრძლივობა (იგულისხმება ბოლო სამუშაო ადგილი).....	38
ფიგურა 22: ექთნების სამუშაოთი კმაყოფილება	39
ფიგურა 23: ექთნების კმაყოფილება სხვადასხვა ფაქტორებზე - 1	40
ფიგურა 24: ექთნების კმაყოფილება სხვადასხვა ფაქტორებზე - 2	40

ფიგურა 25: ექთნების კმაყოფილება სხვადასხვა ფაქტორებზე - 3	41
ფიგურა 26: სამსახურიდან წასვლის ფაქტორები.....	41
ფიგურა 27: ექთნის პროფესიის მიტოვების ფაქტორები.....	42
ფიგურა 28: საავადმყოფოების საკადრო პოლიტიკა: კადრები და მათი განვითარების დონე	43
ფიგურა 29: საავადმყოფოების საკადრო პოლიტიკა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	44
ფიგურა 30: პრობლემები ჯანდაცვის სისტემაში	46
ფიგურა 31: გამოსავლები ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების გადასაჭრელად	46

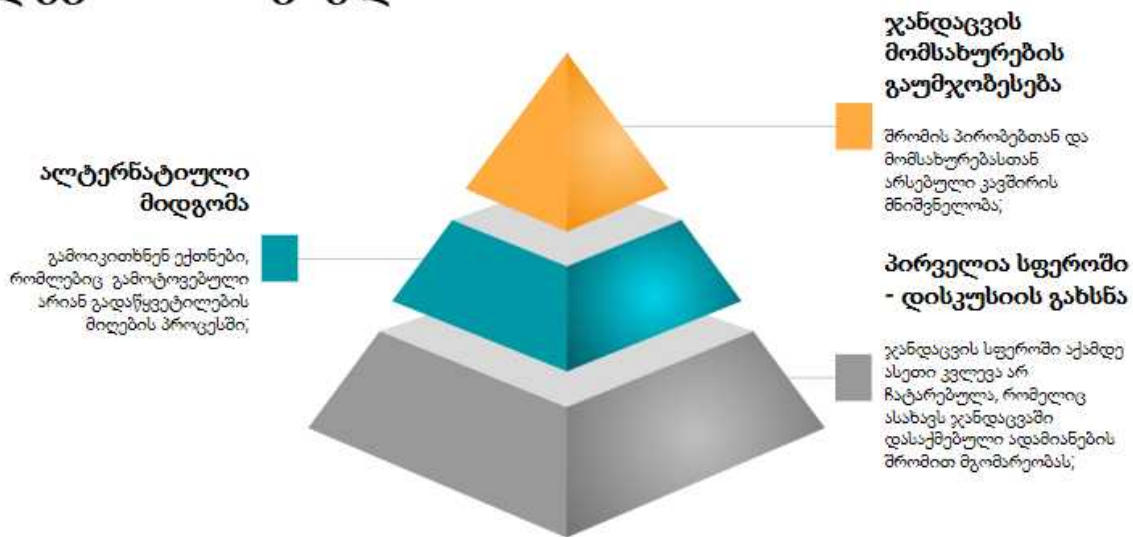
ცხრილები

ცხრილი 1: მთავარი ფაქტორები, რაც აუარესებს შრომის ხარისხს, იწვევს დაღლილობასა და შეცდომებს	16
ცხრილი 2: ექთნების ცუდი შრომის პირობები და პაციენტების მგომარეობა	16
ცხრილი 3: პაციენტების საშუალო რაოდენობა ერთ ექთანზე განყოფილებების მიხედვით	29

1. კვლევის მნიშვნელობა

კვლევა დამოუკიდებელი პროფკავშირის „სოლიდარობის ქსელი“ მიერ ჩატარდა, რათა გაიხსნას ახალი სივრცე ექთნების შრომის მდგომარეობის შესწავლის, ანალიზისა და დისკუსიისთვის. არსებული დისკურსი ექთნების შესახებ არაპროფესიონალიზმსა და ცოდნის ნაკლებობაზე უსვამს ხაზს. თუმცა კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ პრობლემების სათავე განათლების გარდა მედ. პერსონალის შრომის პირობებშიც უნდა ვეძებოთ. ინტუიტიურად თუ ფაქტებზე დაყრდნობით მოსახლეობის უმრავლესობამ იცის, რომ მშრომელთა მდგომარეობა ყველა სფეროში კაბალურია - მაღაზიებიდან დაწყებული მაღაროებით დამთავრებული. აღმოჩნდა, რომ არც ჯანდაცვის სფეროა გამონაკლისი.

კვლევის მნიშვნელობა



მიუხედავად იმისა, რომ შრომის უფლებების კუთხით რეფორმები 2013 წლიდან დაიწყო და დღემდე გრძელდება, დასაქმებულთა ყოველდღიური ცხოვრება ჯერაც არ უმჯობესდება ამ მიმართულებით.

მშრომელებმა, პროფკავშირებმა, არასამთავრობო ორგანიზაციებმა წარმატებულად გამოაშკარავეს საშიში და მავნე პირობები მძიმე ინდუსტრიასა და

მშენებლობაში, სადაც ხშირია ფატალური შემთხვევები. თუმცა, ჯანდაცვის სფერო, სადაც შრომის უფლებების დარღვევა პირდაპირ კავშირშია პაციენტის ზრუნვის ხარისხთან და ბევრ ფატალურ შემთხვევასთანაც, ადეკვატურად დღემდე არ არის გამოკვლეული.

აღნიშნული პრობლემების ანალიზისას ყოველთვის აქცენტს სვამენ ტექნოლოგიების დანერგვასა და საავადმყოფოების გარემონტებაზე. მაშინ როდესაც პაციენტების გამოჯანმრთელებაში ყველაზე ფუნდამენტურ როლს ადამიანური რესურსი - ექიმები და ექთნები თამაშობენ. ხარისხიანი ჯანდაცვა იწყება ზუსტად ექიმებიდან და ექთნებიდან.

აღნიშნული კვლევა არის უნიკალური და ფაქტობრივად, პირველი, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პრობლემებს დასაქმებულთა შრომის პირობების მიხედვით აანალიზებს. კვლევა ცხადყოფს, რომ გაბატონებული დისკურსი განათლების დონისა და ჯანდაცვის ხარისხის კავშირზე, ვერ იძლევა სწორ პასუხს. მხოლოდ, განათლების დონის ამაღლება ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ კრიზისულ სიტუაციას ვერ გამოასწორებს. კერძოდ, არგუმენტი განათლების დონეზე ვერ ხსნის მედ. პერსონალის მიერ დაშვებული შეცდომების საფუძველს (განათლება, თუ მძიმე სამუშაო პირობები). ამ სფეროში დასაქმებულებთან გასაუბრებიდან ირკვევა, რომ იმდენად მძიმეა შრომის პირობები ჯანდაცვის დაწესებულებებში და იმდენად მნიშვნელოვანი ამ ფაქტორის გავლენა ჯანდაცვის ხარისხზე, რომ ამ პრობლემის გამოსწორების გარეშე, რთულია ვიმსჯელოთ სხვა ფაქტორების გაუმჯობესების პრიორიტეტულობაზე, მათ შორის განათლების დონის ამაღლებაზე.

ზოგადად, ექთნის პროფესიის მიმართ უდიდესი უპატივცემულობა არსებობს. საქართველოში სამედიცინო პერსონალის მიხედვით, ექიმების რაოდენობა მოთხოვნას აჭარბებს, ხოლო ექთნები დეფიციტურ კადრებს წარმოადგენენ. არსებული პირობების მიხედვით, ექთნების პროფესია დაბალანაზღაურებადია, პროფესიული პასუხისგებლობა მაღალია, სამუშაოთი კმაყოფილება დაბალია, პროფესიული ავტორიტეტი და სამომავლო განვითარების პერსპექტივა მცირეა. მაშინ როდესაც, ექთნებს დამატებითი პროფესიული განათლება ესაჭიროებათ სამსახურის

დაწყებისთვის, ხოლო მაღაზიის კონსულტანტების შემთხვევაში ეს საჭირო არ არის, ორივე შემთხვევაში, დასაქმებულების ხელფასი ერთი და იგივეა. სამუშაო ტვირთი, პასუხისმგებლობა და ფსიქოლოგიური დაძაბულობა საკმაოდ დიდია განსაკუთრებით ექთნების შემთხვევაში. კადრების სიმცირე და სამუშაოს მოცულობის სიდიდე, ექთნებს აიძულებს პრიორიტეტების განსაზღვრას, თუ რა სამუშაო შეასრულონ, ვის დაუთმონ მეტი დრო, ვის ტკივილზე იფიქრონ და სხვა.

აღსანიშნავია, რომ ექიმის პროფესიის პრიორიტეტულობა მხოლოდ კულტურული ფაქტორებით არ არის განპირობებული, ძირითადად ეს ლოგიკური არჩევანია ბაზარზე არსებული შრომის პირობების გათვალისწინებით. ხოლო, ექთნის პროფესიას რაც შეეხება, არსებული პირობების მიხედვით, ის ითხოვს თავგანწირვას სათანადო დაფასების გარეშე.

ექთნის პროფესიისა და სამუშაოს სიმძიმიდან გამომდინარე, ხშირია მკურნალობისას დაშვებული შეცდომები. გადაღლილობისა და მძიმე პირობებში მუშაობის შედეგად ბევრს დაუშვია შეცდომა, რაც ხშირად საავადმყოფოს ადმინისტრაციის მხრიდან ექთნების მანიპულირების იარაღი ხდება. თუ დასაქმებულები სამუშაო ადგილზე დარღვევებზე პროტესტს გამოხატავენ, დამსაქმებელს შეუძლია მათი რეპუტაციის შელახვა და სამსახურიდან დათხოვნა. საბოლოოდ, დაზარალებული ექთნები რჩებიან. მათ შესაძლოა დაკარგონ შემოსავლის წყარო და პროფესია. დღესდღეობით, არ არსებობს ექთნების ეფექტური ინსტიტუციური დაცვა. მათ აღიქვამენ ყველაზე დაბალ პროფესიულ რგოლად და აქვთ დაქვემდებარებული სტატუსი. ეს სტატუსი მათ განაპირობებს მათ თავდაჯერებას და აჩენს აზრის გამოხატვის შიშს.

სამედიცინო პერსონალიდან მაღალი პროფესიული რგოლი - ექიმებისა და მენეჯმენტის დამოკიდებულება ექთნების მიმართ ელიტისტურია. ექთნებს დაბალი პროფესიული განათლების მქონედ და სისტემის პრაქტიკულ ნაწილად აღიქვამენ.

წინააღმდეგობის მცდელობები და საკუთარი უფლებებისთვის ბრძოლის გამოცდილება სხვადასხვა დროს არსებობდა, თუმცა ძირითადად უშედეგოდ. შესაბამისად, ჩამოყალიბდა რწმენა, რომ სახიფათო შრომის პირობებზე ხმის ამოღება

არაფერს შეცვლის და არანაირ სარგებელს არ მოიტანს. პირიქით, გაუჩენს დასაქმებულებს სადარდებელს. საბოლოოდ, ექთნები ირჩევენ უხილავ სტრატეგიას და ხმას არ იღებენ. სხვებისგან ფარულად ეძებენ სხვა სამსახურს ან ემიგრაციაში მიდიან.

ლოგიკურია, რომ საქართველოში დღესდღეობით ექთნების დეფიციტია. ქვეყანაში არ არსებობს შესაბამისი პირობები და მოტივაციის ფაქტორები, რაც მათ განათლების დონის ამაღლებისკენ ან პროფესიით დაინტერესებისკენ მოუწოდებს. აღნიშნული კვლევა პასუხობს კითხვას - რამდენად მიმზიდველია ახალგაზრდებისთვის ექთნობა?

ხშირია, ჯანდაცვის პრობლემების მხოლოდ და მხოლოდ არაკვალიფიციური მუშაკებით გამართლება, რაც მარტივი და მცდარი გამოსავალია. დღემდე, ყველას აქვს მოლოდინი, რომ გადაღლილი და გადამწვარი ექთნები რეალურ მატერიალურ დაბრკოლებებს, სამსახურში მორალურად სწორი და გმირული საქციელით გადალახავენ. თუმცა, ფაქტია, რომ ჯანდაცვის სისტემაში არის სისტემური პრობლემები, რომლებსაც ჭირდება სისტემური პასუხები. მხოლოდ განათლება ვერ იქნება პასუხი ამ გარემოში.

2. ლიტერატურის მიმოხილვა

ღირსეული შრომის გარემო უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს პაციენტების ხარისხიან მოვლასა და ექთნების ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე.

კვლევის ეს ნაწილი განიხილავს ექვს სხვადასხვა საერთაშორისო მეთოდოლოგიურ კვლევას შრომის გარემოს გავლენის შესახებ ექთნების და პაციენტების მდგომარეობაზე.

წარმოდგენილი პირველი კვლევა აანალიზებს სხვადასხვა მეცინიერულ კვლევებს შრომის ხანგრძლივობასა და ცვლებზე (Dall’Ora, Ball, Recio-Saucedo, & Griffiths, 2016). 35 კვლევის ანალიზის შემდეგ ასეთი დასკვნები გაკეთდა:

კვლევებმა აჩვენა, რომ არსებობს კორელაცია ზეგანაკვეთურ შრომასა და შემდეგ ფაქტორებს შორის:

- ❖ შეცოდმების დაშვების გაზრდილი ალბათობა
- ❖ კოგნიტური შესაძლებლობის დასუსტება
- ❖ დაბალი ხარისხის მოვლა
- ❖ პაციენტების უსაფრთხოების დარღვევები
- ❖ მკურნალობის დანიშნულების გამოტოვება

ამ კვლევების მიხედვით, ღამის ცვლა, რომელიც არის მცოცავი გრაფიკის ნაწილი ასუსტებს ადამიანის უნარებს. ამასთანავე, იზრდება ექთნების სამუშაოთი უკმაყოფილება.

დამატებით, ეს კვლევები აჩვენებს, რომ შესვენებებსა და მკურნალობის კარგ შედეგებს შორის არის კორელაცია. ხშირ შესვენებებს დადებითი გავლენა აქვს ყურადღების ამაღლებაზე გადაღლილობის დროს. ხოლო, ცვლებს შორის მცირე დასვენება (იგულისხმება ზედიზედ ცვლები) მავნებელია და იწვევს ქრონიკულ გადაღლილობას.

შემდეგი კვლევა არის აღწერითი და საკმაოდ მასშტაბური (Griffiths, 2014). მოიცავს 12 ევროპულ ქვეყანას, 32,000 ათასამდე ექთანსა და 488 საავადმყოფოს. კვლევის ჩატარების ძირითადი მიზეზი იყო 12 საათიანი სამუშაო გრაფიკის მავნებელი ეფექტების კვლევა, რადგან 8 საათიანი სამუშაო გრაფიკები 12 საათიანმა შეცვალა. კვლევამ აჩვენა რომ ექთნები, რომლებიც მუშაობდნენ 12 საათიანი გრაფიკებით

- ❖ ვერ ასწრებდნენ დავალებების შესრულებას
- ❖ ვერ იცავდნენ უსაფრხოების ნორმებს
- ❖ ვერ უზრუნველყოფდნენ ხარისხიან ზრუნვას

ქვემოთმოყვანილი კვლევა ჩატარდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში, რომელიც მოიცავდა 22,000 ექთანს, 577 საავადმყოფოს (Stimpfel & al., 2012). ამ კვლევის მიზანი იყო, იმის გამოკვეთა, თუ რა გავლენა აქვს ხანგრძლივ სამუშაო გრაფიკებს ექთნების მდგომარეობაზე.

შედეგებმა აჩვენა, რომ რაც უფრო ხანგრძლივია სამუშაო გრაფიკი, მით უფრო მეტია “გადაწვის” ალბათობა. „გადაწვა“ არის ტერმინი, რომელიც აღწერს ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას, რომელიც მოიცავს

- ❖ ფიზიკურ და ემოციურ გადაღლილობას
- ❖ ცინიზმის განვითარებასა და გულგრილობას
- ❖ არაეფექტურობის განცდას და წარუმატებლობის შიშს

კვლევის მიხედვით, პაციენტები უკმაყოფილოები იყვნენ გაწეული მომსახურებით იმ ექთნებისგან, რომლებიც ცვლაში 13 საათს და მეტს მუშაობდნენ, ხოლო კმაყოფილები იყვნენ იმ ექთნების მომსახურებით, რომლებიც 11 საათსა და ნაკლებს მუშაობდნენ.

კვლევამ გამოკვეთა, რომ პაციენტების ტკივილები არ იყო სრულად მართული, ექთნებთან კომუნიკაციის მაჩვენებელი იყო დაბალი. ისინი ვინც ხანგრძლივი გრაფიკით მუშაობდნენ ნაკლებად ეხმარებოდნენ პაციენტებს. საბოლოოდ, ექთნების სამუშაო საათების გასვლასთან ერთად იზრდებოდა პაციენტთა უკმაყოფილება.

შემდეგი კვლევა ეხება ზედიზედ 12 საათიანი ცვლების გავლენას ექთნების ფიზიოლოგიაზე (Thompson, 2019). ეს არის ექსპერიმენტული მეთოდის კვლევა, რომელიც ჩატარდა ლაბორატორიაში და მასში მონაწილეობას იღებდა 26 ექთანი და ექთნის ასისტენტი. მათ ჩაუტარდათ სამი ტესტი, რომელიც ზომავს ყურადღებას, რეაგირების სისწრაფეს და კუნთის ფუნქციებს.

კვლევამ აჩვენა რომ:

რეაგირების სისწრაფე და ყურადღება გაუარსედა და ზოგი კუნთის ფუნქციები შეიზღუდა (მაგალითად ხელის კუნთის, რომელიც ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად გამოყენებადია სხვადასხვა ფუნქციის შესრულებაში, მათ შორის ნემსის გაკეთება). ყოველი ცვლის შემდეგ ეს ფაქტორები უფრო და უფრო უარესდებოდა. საინტერესოა ის, რომ ზოგმა კუნთმა თავიდანვე დაკარგა სრულფასოვანი ფუნქცია 12 საათის შემდეგ, ხოლო აღდგენა არ მოხდა მეორე დღეს.

მორიგი კვლევა, ეთნოგრაფიული ხასიათისა, რომელიც მიმდინარეობდა 3 წლის მანძილზე (Ross & Rogers, 2018). ამ დაკვირვებით მკვლევარები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ხშირად ორგანიზაციული გადაწყვეტილებები რისკების მართვის კუთხით, რომლებიც არ ითვალისწინებდა ექთნებისთვის სამუშაო დატვირთვის შემცირებას (მაგ: ერთდროულად მრავალი საქმის შესრულება, გაზრდილი სამუშაოს დატვირთვის ხარისხი და რუტინული საკითხების მოგვარება) ხშირად ეწინააღმდეგობა ორგანიზაციის ოფიციალურად გაცხადებულ პოლიტიკას, რომელიც გათვლილი იყო პაციენტების უსაფრთხოებაზე.

შემდგომი კვლევა აანალიზებს 13 კვლევას ექთნების შრომის დატვირთვაზე (Shin, Bae, & Sung-Heui., 2018). აქამდე თუ ვსაუბრობდით სამუშაოს ხანგრძლივობაზე, ახლა გადავდივართ სამუშაოს დატვირთვაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ გაანალიზებულ კვლევებს შორის იყო მეთოდოლოგიური შეუსაბამობა, ყველამ აჩვენა ერთი, რომ ექთნებსა და პაციენტებს შორის თანაფარდობას აქვს გავლენა მკურნალობის შედეგებზე. რაც უფრო მაღალია თანაფარდობა, უარესდება შედეგები.

მაღალი თანაფარდობა იწვევს მეტ „გადაწვას“ (ფიზიკური და გონებრივი გადაღლა).

ექთნებსა და პაციენტებს შორის თანაფარდობაში, ერთი პაციენტის დამატება იწვევს 8% სამუშაოთი უკმაყოფილების გაზრდას. სამუშაო ადგილის დატოვების სურვილს ზრდის ერთი კოეფიციენტით.

საბოლოოდ, თანაფარდობას აქვს გავლენა ექთნების შრომისუნარიანობასა და სამსახურით კმაყოფილებაზე.

ბოლო კვლევა ჩატარდა ფოკუს ჯგუფების მეთოდით (Van Oostveen & Mathijssen, 2015). მოიცავდა 44 ექთანს სხვადასხვა განათლებით: პროფესიული და ბაკალავრის ხარისხი

ამ კვლევაში კარგად ჩანს ექთნების კიდევ ერთი მთავარი პრობლემა: კერძოდ, ავტონომიისა და ავტორიტეტის ნაკლებობა. რადგან ექთნები ითვლებიან დაბალ რგოლად და აქვთ სხვა პრიორიტეტები, ექიმებსა და ჯანდაცვის ექსპერტებს ვერ უხსნიან მათ საჭიროებებს. ისინი ითხოვენ ობიექტურ შეფასების სისტემას, სადაც ხილვადი გახდება თავიანთი გამოცდილება, დავალებები და ყოველდღიური გამოწვევები.

ეს ნაწილი მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ გავიაზროთ რამდენად მავნებელი იერარქიული კულტურა არსებობს ამ სფეროში, რომელიც ხელს უშლის უკეთესი პოლიტიკის შექმნას ჯანდაცვის სისტემაში.

აქედან გამომდინარე, ზემოთხსენებული კვლევები ააშკარავენ მთავარ ფაქტორებს, რაც აუარესებს შრომის ხარისხს, იწვევს დაღლილობასა და შეცდომებს:

სმენის ხანგრძლივობა;	ამ ფაქტორების ზეგავლენა ერთმანეთზე;
სამუშაო საათების რაოდენობა კვირაში;	პაციენტთა მოვლა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა დაბალი ხარისხით;
ზეგანაკვეთური შრომა;	ექთნების შრომის უსაფრთხოების დაბალი მაჩვენებელი;
ცვლადი გრაფიკები;	სამუშაოთი დაბალი კმაყოფილება;
ღამის ცვლა;	მაღალი სტრესი და მღელვარება;
შესვენების შესაძლებლობა;	„გადაწვა“;
სამუშაო დატვირთვა;	ექთნების შენარჩუნება;

ცხრილი 1: მთავარი ფაქტორები, რაც აუარესებს შრომის ხარისხს, იწვევს დაღლილობასა და შეცდომებს

ცუდი სამუშაო პირობები არის მავნებელი ექთნებისთვის და პაციენტებისთვის:

<ul style="list-style-type: none"> ❖ სამუშაოთი უკმაყოფილების გაზრდა; ❖ სამუშაოს დატოვების სურვილის ზრდა; ❖ „გადაწვა“; ❖ ექთნების დაბალი შენარჩუნება; ❖ გაზრდილი სტრესი და მღელვარება; ❖ უსაფრთხოება (მაგ. ნემსისგან მიღებული დაზიანებები) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ პაციენტების მოვლის დაბალი ხარისხი; ❖ პაციენტების უსაფრთხოების დაბალი ხარისხი; ❖ პაციენტების დაბალი კმაყოფილების ხარისხი.
---	--

ცხრილი 2: ექთნების ცუდი შრომის პირობები და პაციენტების მდგომარეობა

3. მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდის მიხედვით. მეთოდი შეირჩა საკვლევი თემისა და ობიექტების მიხედვით. კერძოდ კვლევა აღწერიითი და შეფასებითი ხასიათისაა, რომლის ფარგლებში სამედიცინო პერსონალს ისევე როგორც სამუშაო გარემოს კონკრეტული ნაწილების, ასევე ჯანდაცვის სფეროს შეფასება და აღწერა უწევს. საქართველოში ჯანდაცვა ძირითადად კერძო მფლობელობაშია. ბაზრის სიჭრელიდან გამომდინარე, კვლევისთვის მნიშვნელოვანი იყო გამოკვეთა სტატისტიკურად გამართული მაჩვენებლები სფეროში არსებულ პრობლემებზე.

3.1. მეთოდოლოგიის სტრუქტურა

რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა ისევე როგორც პირისპირ ინტერვიუს, ასევე სატელეფონო კითხვარის მეშვეობით. კვლევის სამიზნე ჯგუფი ერთი მხრივ რთულად მისაწვდომია, რადგან სამუშაო დღის განმავლობაში მათი დატვირთვა მაღალი და ინტენსიურია, თუმცა მკვლევრების, როგორც პაციენტების სტატუსი აღმოჩნდა გადამწყვეტი კვლევის სამიზნე ჯგუფთან მისაღწევად.

პირისპირ ინტერვიუ სტრუქტურირებული კითხვარით შეირჩა სამიზნე ჯგუფთან კვლევამდე არსებული სამედიცინო სფეროს სტატისტიკური დეტალიზებისთვის. სამიზნე ჯგუფის მოცულობიდან გამომდინარე, პირისპირ ინტერვიუსთან ერთად კვლევა სატელეფონო ინტერვიუების საშუალებითაც ჩატარდა, რადგან ინტერვიუზე თანხმობის მაჩვენებელი მაღალი იყო, ამასთან შესაძლებელი იყო სხვა პოტენციურ რესპონდენტთან დაკავშირება.

სატელეფონო ინტერვიუს შემთხვევაში კვლევა ივსებოდა გუგლის (Google) საძიებო სისტემის ელექტრონული კითხვარის ფორმაში. მიღებული მონაცემები დამუშავდა ამავე ფორმაში.

3.2. რესპონდენტების შერჩევა

კვლევის გენერალურ ერთობლიობას სამედიცინო პერსონალი წარმოადგენს, კერძოდ საავადმყოფოებში მომუშავე ექთნები და სანიტრები. სამიზნე ჯგუფი შეირჩა რამდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორის ერთ-ერთი მთავარი სამედიცინო პერსონალის იმ ნაწილის გამოკითხვა იყო, რომელსაც უმეტესად ამ საკითხზე სამსჯელოდ არ განიხილავენ, რეალურად კი ისინი წარმოადგენენ საავადმყოფოს ხერხემალს. რესპონდენტების შერჩევა მოხდა შემთხვევითი შერჩევის საფუძველზე და მკვლევრების, როგორც პაციენტების უკვე არსებული კონტაქტების მეშვეობით. შემდგომ, კი თავად რესპონდენტების მიერ სხვებთან დაკავშირებით.

საქართველოში საავადმყოფოთა უმრავლესობა კერძო მფლობელობაშია. კერძო მფლობელებს შორის ევექსის კორპორაცია ბაზრის ყველაზე დიდ ნაწილს ფლობს, ამიტომ რესპონდენტთა დიდი ნაწილი მისი კლინიკებიდანაა წარმოდგენილი. კვლევაში მონაწილე სხვა ადამიანები კი სხვადასხვა ცნობილი და მასშტაბური კერძო და რამდენიმე სახელმწიფო კლინიკების დასაქმებულებს წარმოადგენენ. სულ გამოიკითხა 200 მედდა და სანიტარი. კვლევაში მონაწილეობაზე უარის თქმის მიზეზად ძირითადად სამსახურის დაკარგვის შიში გამოვლინდა, რომელიც “დრო არ მაქვს” პასუხით გამოიხატებოდა.

საველე სამუშაოები მიმდინარეობდა 2018 წლის ოქტომბრისა და ნოემბრის თვეებში.

3.3. მთავარი შეზღუდვები

კვლევის შეზღუდვებს წარმოადგენს სამედიცინო სფეროში არსებული პრაქტიკების შეფასება ერთ კონკრეტულ საფეხურზე მომუშავე ადამიანების მიერ. თუმცა, კვლევის მიზნობრივი ჯგუფის შერჩევა თავიდანვე გადაწყვეტილი იყო, შესაბამისად გათვალისწინებულია, რომ კვლევა ვერ ფარავს მედ. პერსონალს, როგორც ერთ ჯგუფს და შესაბამისად, რეპრეზენტატულია მხოლოდ სამედიცინო სფეროში მომუშავე ექთნებისა და სანიტრების გენერალური ერთობლიობისთვის.

ამასთანავე, მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენდა რესპოდენტებთან დაკავშირება. მათი უმეტესობა თავს არიდებდა ინტერვიუს, რადგან არ სჯეროდა კვლევის კონფიდენციალურობის და ჰქონდა სამსახურის დაკარგვის შიში. ამასთან, არსებობდა ეჭვები კვლევის დამკვეთებზე, თუ ვინ აწარმოებდა კვლევას - თავად საავადმყოფოს ადმინისტრაციული პერსონალი, თუ სხვა ორგანიზაცია.

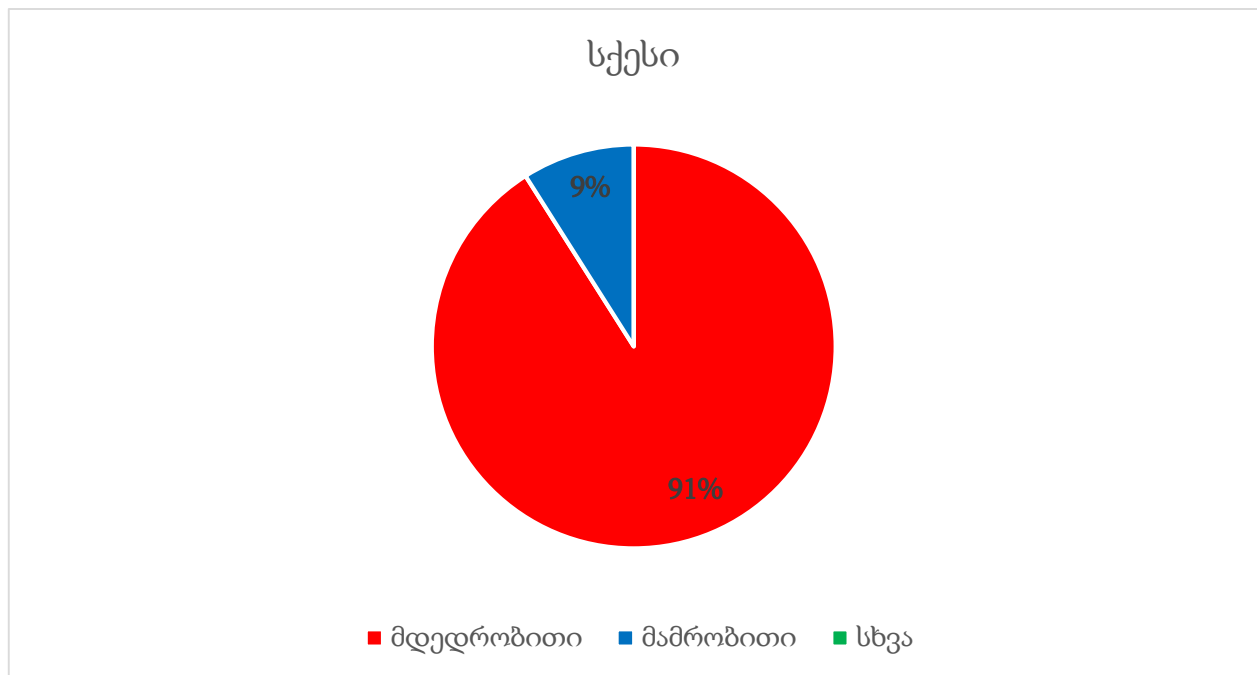
კვლევა ფარავს მხოლოდ თბილისს და ქალაქი ბათუმის მ. იაშვილის სახელობის საავადმყოფოს მედ. პერსონალს ექთნების სახით.

4. მონაცემების რაოდენობრივი ანალიზი

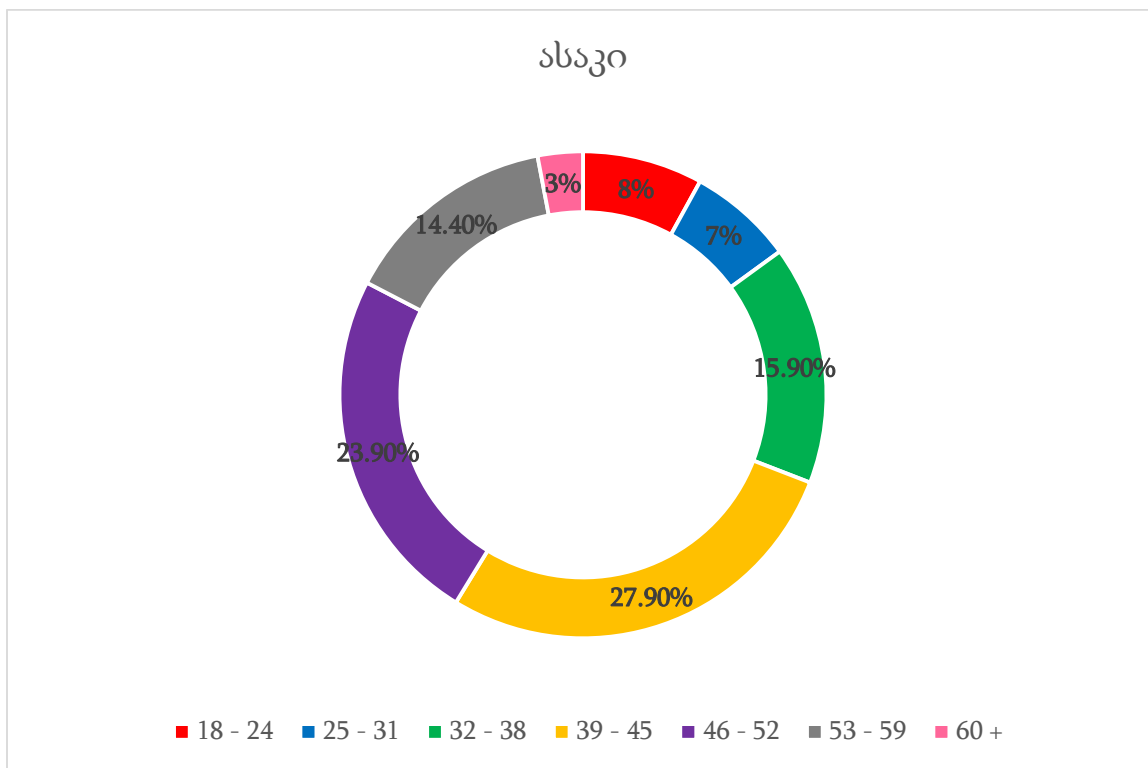
კვლევა რაოდენობრივი კვლევის მეთოდით ჩატარდა და მასში მონაწილეობდა 200 ექთანი. კვლევა ჩატარდა თბილისის მასშტაბით და შერჩეულ ერტობლიობაში მოხვდა სხვადასხვა ტიპის 10 სამედიცინო დაწესებულება.

კვლევის ამ ნაწილში განხილულია რესპონდენტთა ზოგადი დემოგრაფიული მონაცემები, შრომითი მდგომარეობა (საათობრივი დატვირთვა, შრომის დანაწილება, ხელფასი და სხვ.), სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული პრობლემები და ექთნების მიერ ჯანდაცვის პოლიტიკის შეფასება.

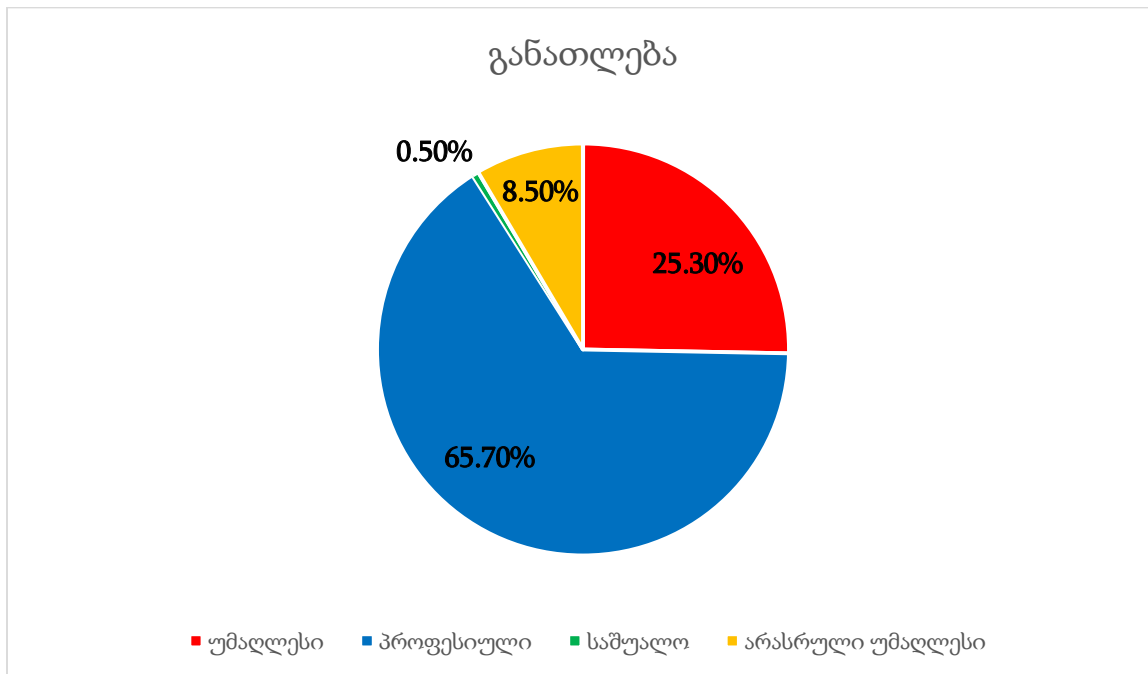
4.1. დემოგრაფიული მონაცემები



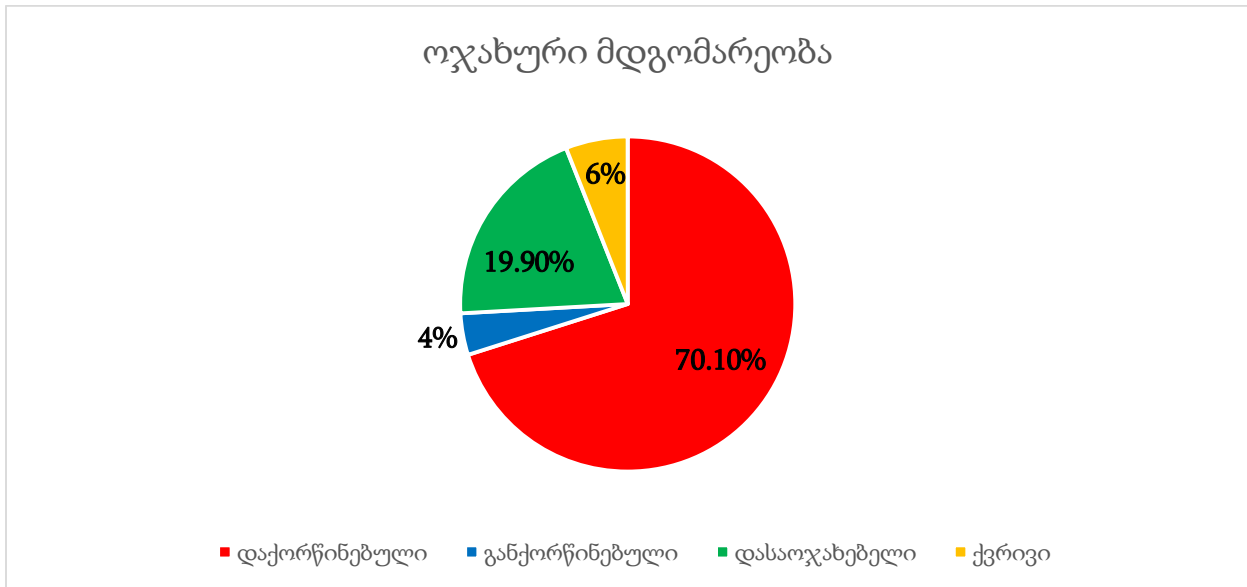
ფიგურა 1: გამოკითხულთა სქესი



ფიგურა 2: გამოკითხულთა ასაკი



ფიგურა 3: გამოკითხულთა განათლება



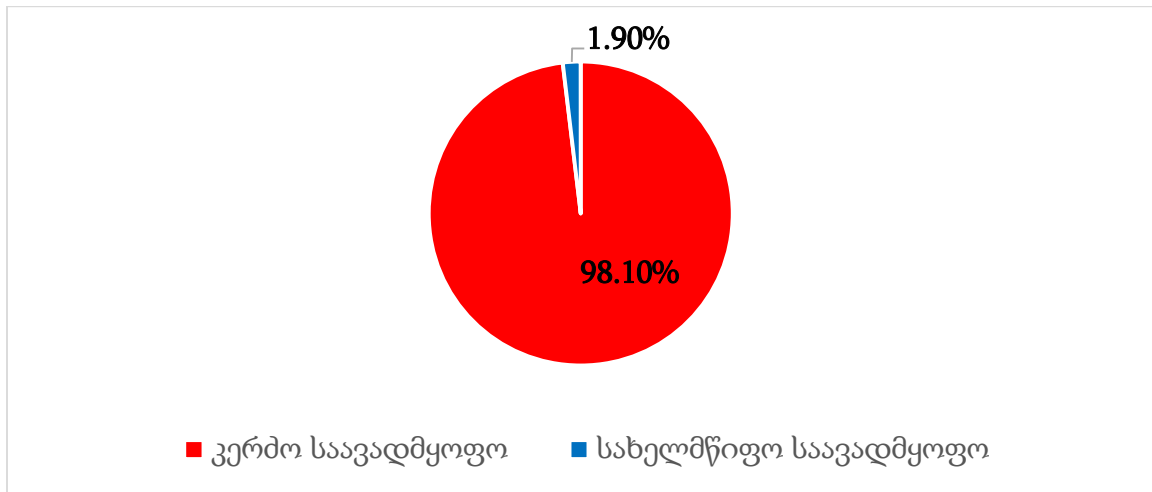
ფიგურა 4: გამოკითხულთა ოჯახური მდგომარეობა

4.2. სამუშაო დატვირთვა და ხელფასი

საქართველოში ჯანდაცვის დაახლოებით 90%-ზე მეტი კერძო სექტორის მფლობელობაშია. სამედიცინო სფეროს კერძო სექტორის მიერ დაკავება ბოლო 10 წელია მასიურად მიმდინარეობს. ბოლო დროს გახსნილ სხვადასხვა პროფილურ კერძო საავადმყოფოებთან ერთად, კერძო მფლობელობაში გადადის სახელმწიფო პოლიკლინიკებიც, რომლებიც პირველადი დიაგნოსტიკური კვლევების სერვისს სთავაზობდა საქართველოს მოსახლეობას. დღესდღეობით, სამედიცინო სფეროს კერძო ბაზრის წილის 35% კორპორაცია „ევექსის“ მფლობელობაშია, რომელიც თავის მხრივ საქართველოს ჯანდაცვის ჯგუფს (Georgian Healthcare Group – GHG) ეკუთვნის, ხოლო თავად ეს ჯგუფი საქართველოს ბანკს და მის ბიზნეს პორტფოლიოს.

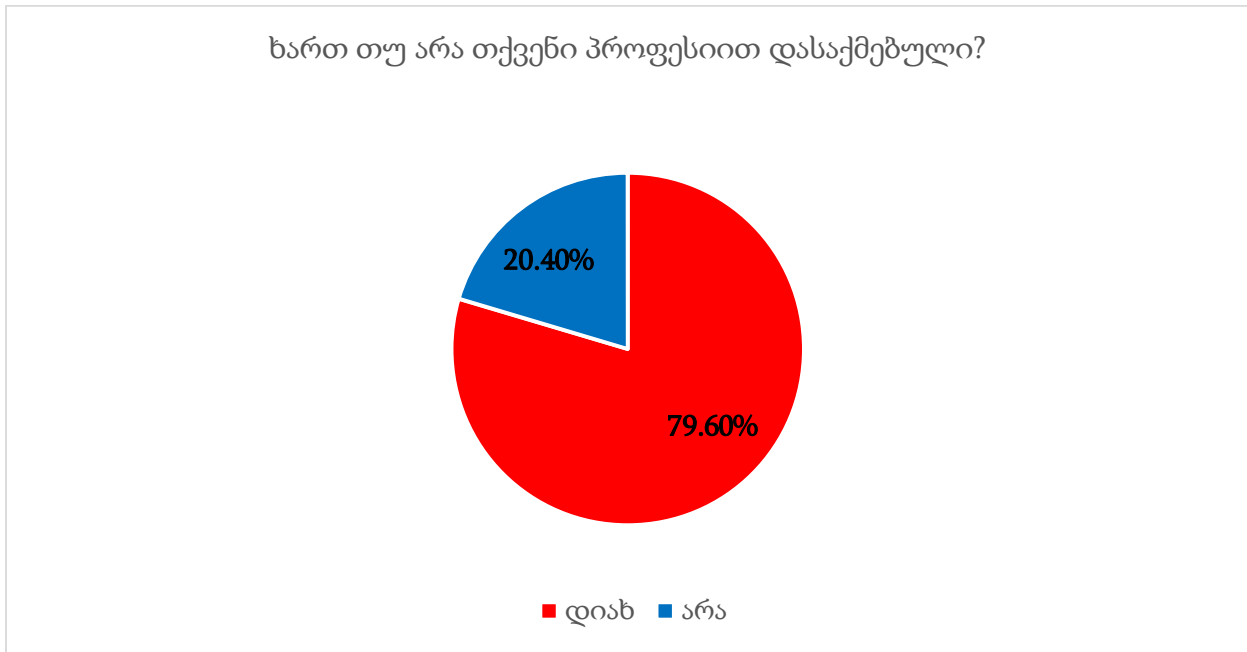
სამედიცინო სფეროს მასიურად კერძო მფლობელობაში გადასვლას მაღალტექნოლოგიური აღჭურვილობითა და ხარისხიანი გამოკვლევების ჩატარების შესაძლებლობებით ამართლებენ, თუმცა კვლევა ცხადყოფს, რომ მხოლოდ ეს ფაქტორი ვერ განაპირობებს ხელმისაწვდომობას ხარისხიან მკურნალობაზე და ამ კუთხით უფრო მნიშვნელოვანი როლი ადამიანურ რესურსს ენიჭება.

კვლევაში მონაწილეთა უმრავლესობა კერძო საავადმყოფოშია დასაქმებული. ისევე როგორც კორპორაციის „ევექსი“, ასევე კერძო პროფილურ საავადმყოფოებში.



ფიგურა 5: დასაქმების ადგილი

კვლევაში მონაწილეთა 20.40% პროფესიით ექთანი არ არის. აღნიშნული განპირობებულია, ერთი მხრივ, იმ ფაქტით, რომ საექთნო პროფესიის შესწავლა არ არის მოთხოვნადი ბაზარზე არსებული შრომის პირობებიდან გამომდინარე, ხოლო მეორე მხრივ, საგანმანათლებლო დაწესებულებათა რიცხვიც მცირეა. ექთნის პროფესიით დასაქმებულთა უმრავლესობას პროფესიული დიპლომი საბჭოთა კავშირში აქვს აღებული, როდესაც საექთნო ტექნიკური სასწავლებლები, ე.წ. ტექნიკუმები არსებობდა. მათ შორის ბევრია „ბებიაქალის“ პროფესიული დიპლომის მქონე, მაშინ როდესაც დღესდღეობით საქართველოში ეს პროფესია აღარ ისწავლება. ბოლო 30 წელია შრომის ბაზრის ცვლილებები სამედიცინო სფეროზეც აისახა და პროფესიის ცალკეული მიმართულებების გაქრობასთან ერთად, საექთნო პროფესიის მატერიალური გაუფასურებაც გამოიწვია.

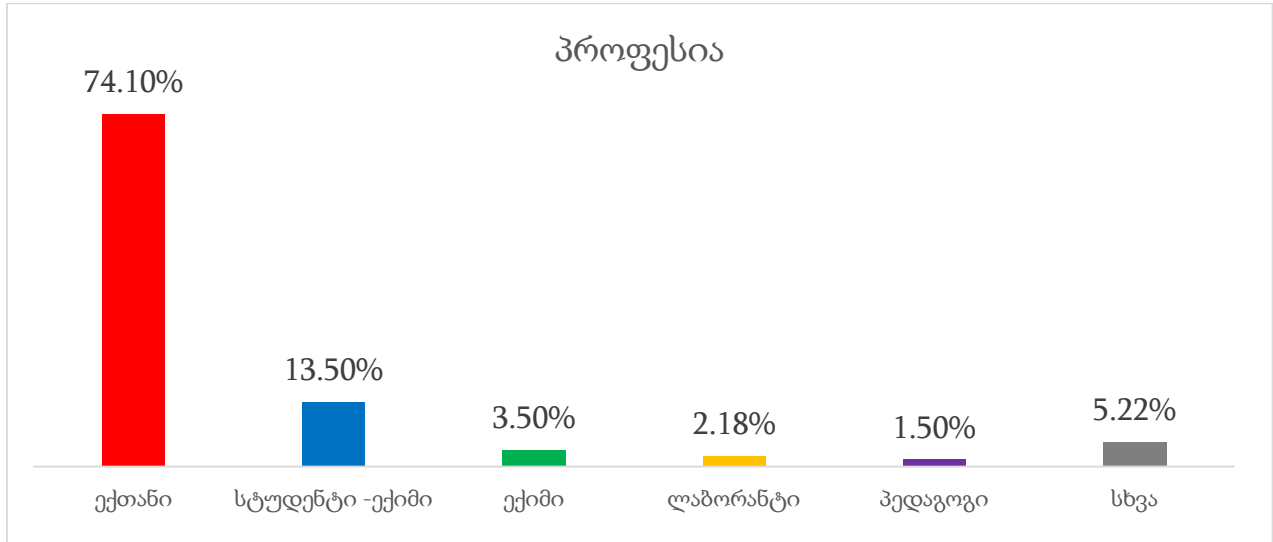


ფიგურა 6: პროფესიის მიხედვით დასაქმება

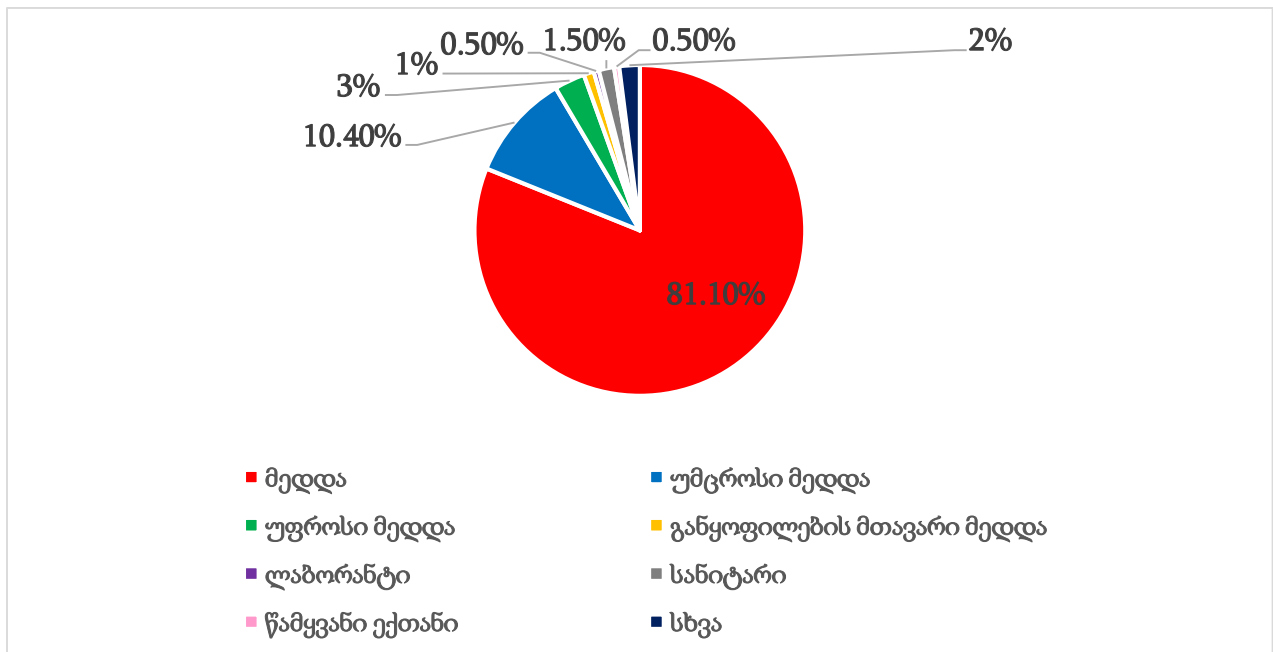
დღესდღეობით, სამედიცინო პროფესიის დაუფლების სურვილის მქონე სტუდენტი აბარებს სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში, ექიმის პროფესიის დაუფლების პერსპექტივით. რადგან „ექიმობა“ უფრო პრესტიჟული და მატერიალურად შედარებით მომგებიანია. ამის პარალელურად ექთნის პროფესიის დაუფლების მსურველები აბარებენ ძირითადად კოლეჯში, რომელთა შორის ერთ-ერთი დ. ტვილდიანის სახელობის პროფესიული სასწავლებელი კორპორაციის „ევექსი“ მფლობელობაშია. ჩაბარებული სტუდენტი სწავლობს უფასოდ, თუმცა შემდგომში ევექსის რომელიმე სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებიდან მიღებულ ხელფასს წლების განმავლობასი სესხის პრინციპით უბრუნებს სასწავლებელს.

საკმაოდ დიდია სამედიცინო უნივერსიტეტის დამამთავრებელი კურსის სტუდენტების დასაქმების შემთხვევები ექთნის პოზიციაზე, რაც ხშირად ორივე მხარისთვის მომგებიანია. სტუდენტებს საშუალება აქვთ პრაქტიკა ანაზღაურების სანაცვლოდ გაიარონ, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებას მუდმივად ჰყავს დაბალანაზღაურებადი, რიგში მდგომი კადრები. კვლევაში მონაწილე 80%-მდე ექთნის პროფესიის მქონე რესპონდენტები ძირითადად მაღალი სამუშაო სტაჟის მქონეები და საბჭოთა კავშირის პერიოდში მიღებული განათლების მქონე ადამიანები

არიან. ხშირია თავად საავადმყოფოს დონეზე პროფესიული მობილობა სხვადასხვა დონეზე¹.



ფიგურა 7: ექთნების პოზიციაზე დასაქმებულთა პროფესია

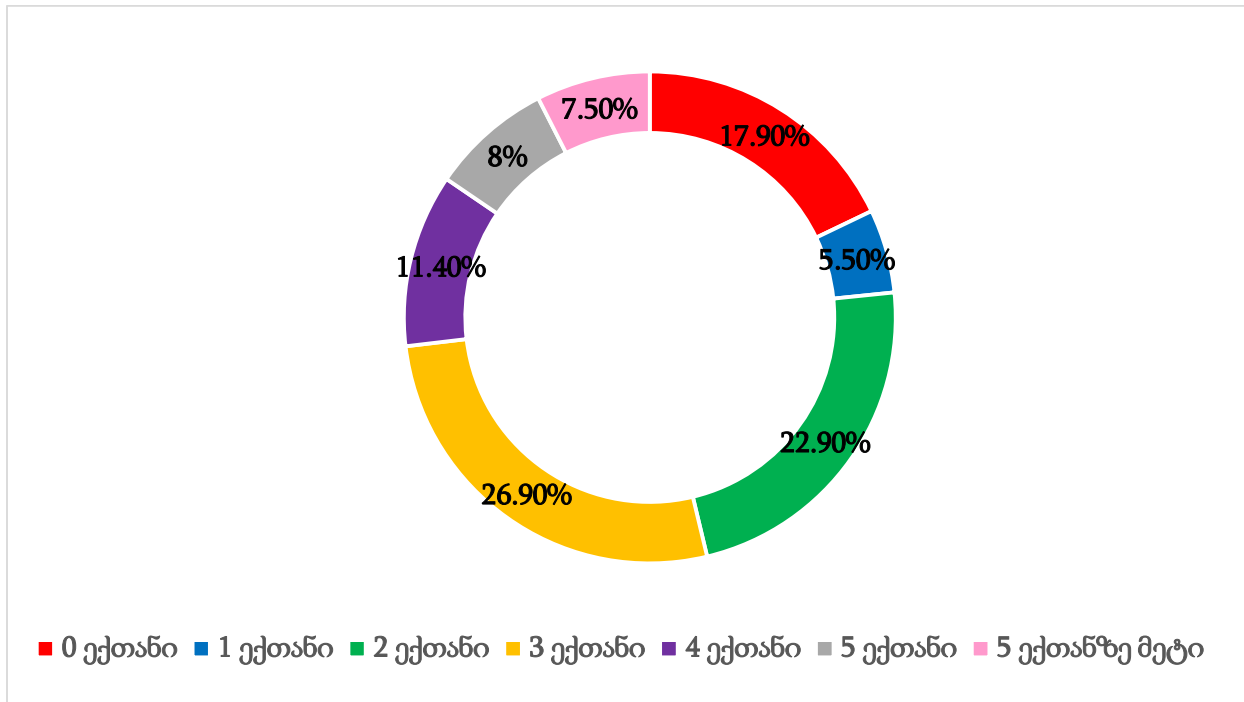


ფიგურა 8: სამუშაო პოზიციები

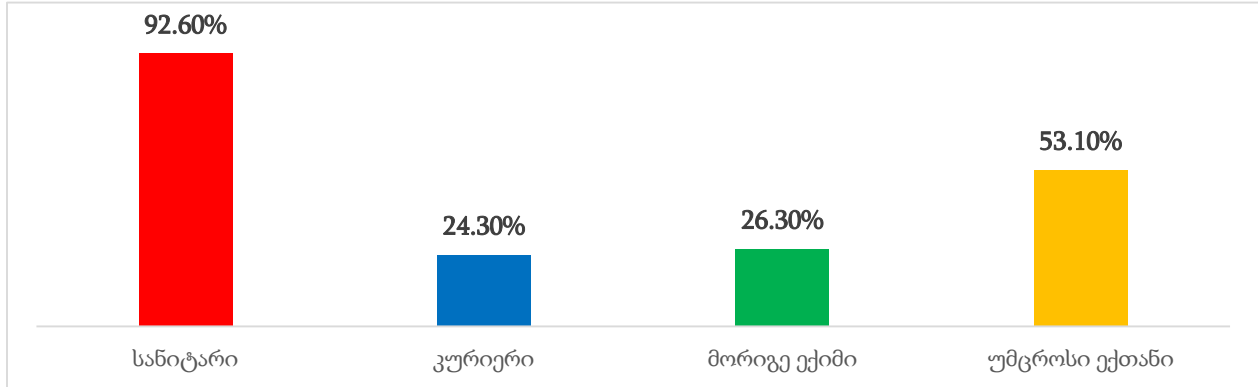
¹ კვლევისას გამოვლინდა ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ერთი პროფილით დასაქმებული ექთნები მრავალწლიანი გამოცდილების მიუხედავად, საავადმყოფოს საკადრო პოლიტიკიდან გამომდინარე, იძულებული არიან შეიცვალონ მიმართულება. მაგ: დაფიქსირდა შემთხვევა, როდესაც კერძო საავადმყოფოს ადმინისტრაციამ ხარჯების შემცირების მიზნით შეამცირა კადრები, რევმატოლოგიური განყოფილების ექთანი გადაიყვანეს ლაბორატორიაში, როგორც ლაბორანტი.

მას შემდეგ რაც სამედიცინო დაწესებულებები მხოლოდ და მხოლოდ საჯარო სიკეთის ფუნქციას არ ასრულებენ და კომპანიებისთვის ეს სფერო მოგების მნიშვნელოვანი წყარო გახდა, ნელ-ნელ შეიცვალა საავადმყოფოების საკადრო პოლიტიკა, საავადმყოფოს სტრუქტურა, სუბორდინაცია და უფლება-მოვალეობების გადანაწილება. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი, რაც კვლევაში მონაწილე ექთნების დიდ სადარდებელს წარმოადგენს, კორპორაციაში „ევექსი“ დაწყებული სტრუქტურის ცვლილებებია. თუ აქამდე განყოფილებაში ექიმის, ექთნის და სანიტრის პოზიციები არსებობდა, ახლა გამოჩნდა უმცროსი ექთნის, ექთნის დამხმარე პოზიციები, რომლებიც შედარებით დაბალანაზღაურებადია.

პოზიციებზე ასეთი გადანაწილება ტესტირების მეთოდით ხდება, რაზეც ძალიან ბევრი ექთანი აცხადებს პრეტენზიას. მათი დაკვირვებით, ტესტები არ შეესაბამება პროფესიულ უნარ-ჩვევებს და ხშირად უფრო მეტ ცოდნას მოითხოვს, ვიდრე საექთნო საქმიანობა. მათი თქმით, აღნიშნული ტესტირება იაფი მუშა-ხელის შექმნისთვისაა გამოგონილი და მედ. პერსონალს უფრო სტრესულ მდგომარეობაში აყენებს. ხშირია ექთნის პოზიციაზე 30 წლიანი სამუშაო გამოცდილების მქონე კადრების უმცროსი ექთნის პოზიციაზე გადაყვანა. ამასთან, მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ ის საკითხი, თუ რამდენად მცირდება დაქვემდებარების შემდეგ სამუშაოს მოცულობა. იქიდან გამომდინარე, რომ ექთნების უმრავლესობა მათი სამსახურის მთავარ პრობლემად სამუშაო დატვირთვას ასახელებს, ექთნობიდან უმცროსი ექთნის, ან ექთნის დამხარის პოზიციაზე გადაყვანილ ადამიანს მხოლოდ ხელფასი უმცირდება, მისი სამუშაო დატვირთვა კი კვლავ ისეთივე რჩება.



ფიგურა 9: მორიგეობაზე ერთ ექთან ერთად გამოსული დამატებითი ექთნების რაოდენობა



ფიგურა 10: ვინ მორიგეობს ექთნების გარდა

სამედიცინო სფეროს მარეგულირებელ ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან სტანდარტს ექთნებისა და პაციენტების რაოდენობრივი შეფარდება წარმოადგენს. 2017 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში ფედერალურ დონეზე მიღებულ კანონში ვკითხულობთ: „მინიმალური ექთნისა პაციენტის რაოდენობრივი შეფარდება განყოფილებების მიხედვით: ტრავმატოლოგიური გადაუდებელი გაყოფილება 1:1; საოპერაციო 2:1; კრიტიკული, ნეონატალური, გადაუდებელი, სამშობიარო,

პოსტანესთეზის განყოფილებებში 1:2; პედიატრიული განყოფილება 1:3; მაქსიმალური 6 პაციენტი ერთ ექთანზე მხოლოდ მშობიარობის შემდგომი, სტაბილური ზრუნვის ქვეშ მყოფი დედებისა და ბავშვების განყოფილებაშია დასაშვები (H.R.2392 - Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2017). საერთაშორისო სტანდარტები სხვადასხვა ქვეყნის მიხედვით იცვლება, თუმცა ორი რამ ერთი და იგივე რჩება, ექთნებისა და პაციენტების რაოდენობრივი შეფარდება სამედიცინო დაწესებულების განყოფილებების მიხედვით დგება და საშუალოდ 6 პაციენტამდე მერყეობს.

საქართველოში არც კანონის დონეზე და არც კერძო თუ სახელმწიფო საავადმყოფოს დონეზე არ არსებობს დადგენილება ექთნებისა და პაციენტების რაოდენობრივ შეფარდებაზე. ამ მიმართულებით რეგულაციების არარსებობის პირობებში კვლევამ აჩვენა, რომ ყველა განყოფილებაში პაციენტთა რიცხვი ერთ ექთანზე საშუალოდ 11². აღნიშნული სტატისტიკა მეტყველებს იმაზე, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში ზრუნვისა და ხარისხიანი ჯანდაცვის მიღების საშუალება ფაქტობრივად არ არსებობს. უფრო მეტიც, პაციენტის ჯანმრთელობასთან ერთად საფრთხე ექთნების ჯანმრთელობასაც ექმნება. ხშირია „გადაწვის“³ შემთხვევები სამსახურში, ხშირია სხვადასხვა მანიპულაციის გამოტოვების შემთხვევები, უფრო და უფრო დიდია რისკი პროფესიული დაავადების განვითარების ექთნებში და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია საფრთხე ექმნება პაციენტის ჯანმრთელობას.

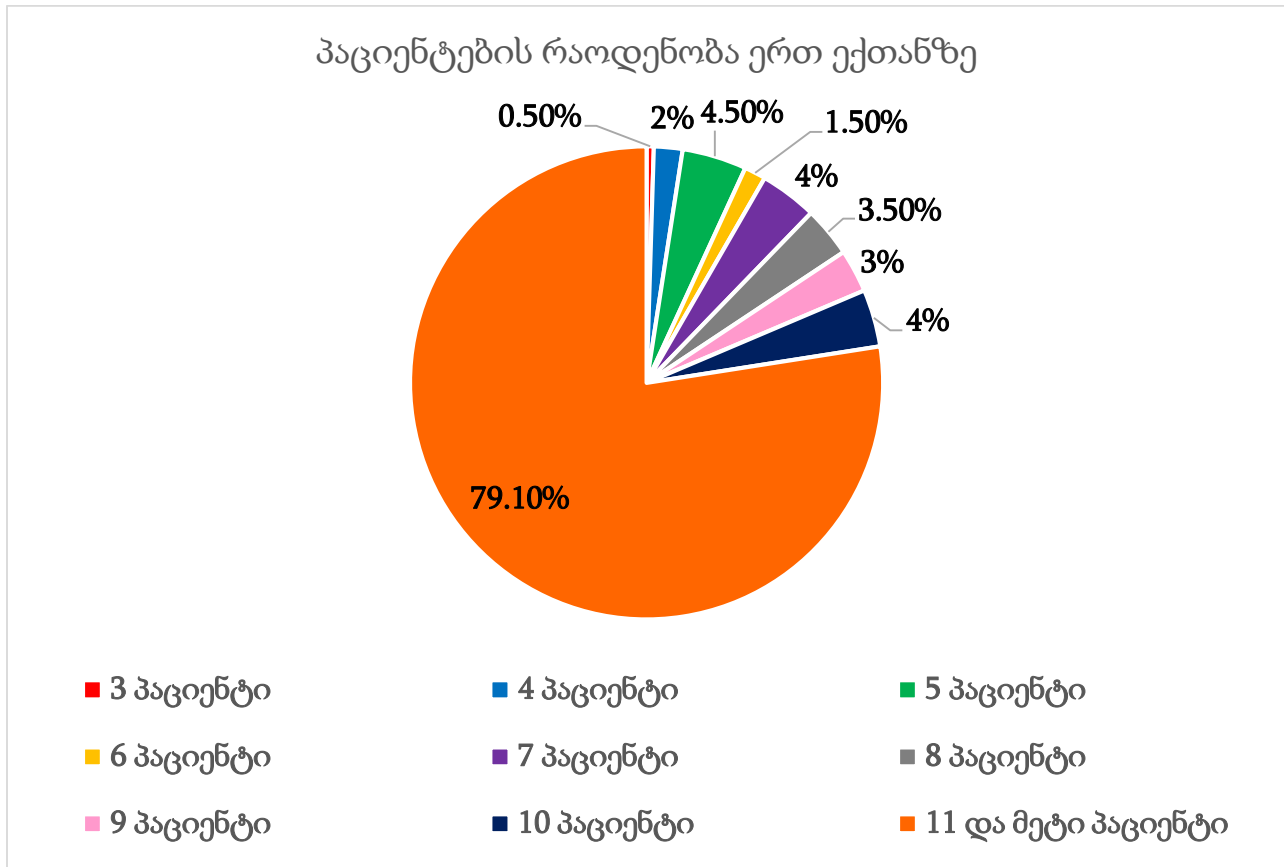
² ინტერვიუებში ექთნების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ პაციენტების რაოდენობა აჭარბებს 11-ს ცვლაში. არსებობს შემთხვევები, როდესაც ერთ ექთანზე ცვლაში 20 – 25 პაციენტიც მოდის. (მაგ: სასწრაფო დახმარება ე.წ. ემერჯენსი).

³ “Burn Out”

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში გამოსახულია ექთნებისა და პაციენტების თანაფარდობა რამდენიმე განყოფილების მიხედვით.

პაციენტების საშუალო რაოდენობა ერთ ექთანზე განყოფილებების მიხედვით	
კარდიოლოგიური	10 პაციენტი
რენიმაციული	11 პაციენტი
ინტენსიური	11 პაციენტი (ფიქსირდება შემთხვევები, როდესაც 1 ექთანზე მოდის დღეში 30 და მეტი პაციენტი)
ნევროლოგიური	11 პაციენტი
ონკოლოგიური	11 პაციენტი
აბდომინალური	11 პაციენტი
რესპირატორული	11 პაციენტი

ცხრილი 3: პაციენტების საშუალო რაოდენობა ერთ ექთანზე განყოფილებების მიხედვით



ფიგურა 11: დღეში საშუალოდ რამდენ პაციენტს ემსახურებიან ექთნები.

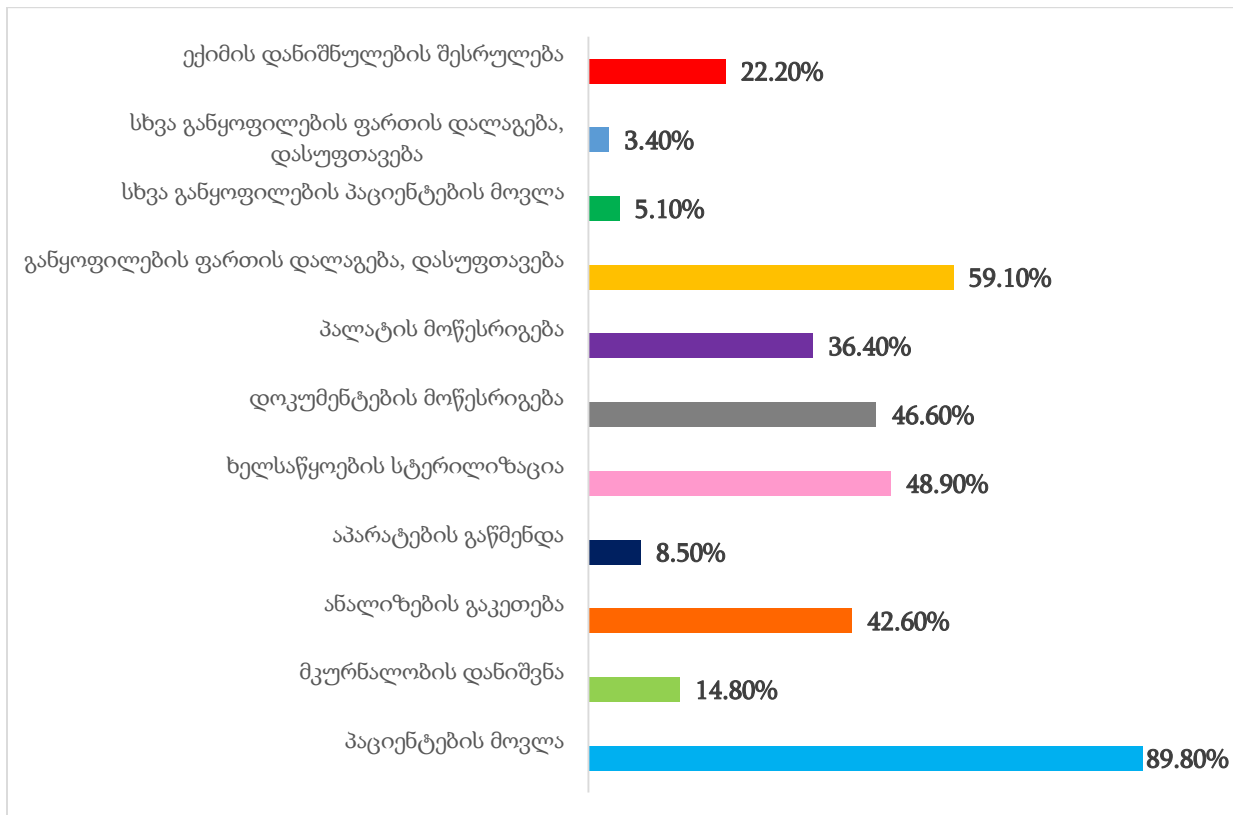
საერთაშორისო მაგალითებიდან, პორტუგალიაში პორტუგალიაში დადგენილია, რომ 1 ექთანზე საშუალოდ 3-4 პაციენტი უნდა მოდიოდეს, ხოლო არაუმეტეს 6 გადაუდებელ ან განსაკუთრებულ შემთხვევებში (Ordem do Enfermeiros, 2014).

კვლევაში ქალაქი ბათუმის მ. იაშვილის სახელობის საავადმყოფოს ექთნებიც მონაწილეობდნენ. ექთნებისა და პაციენტების რაოდენობრივი თანაფარდობის კუთხით, ბათუმში განსაკუთრებით კრიზისულია ტურისტული სეზონი, როდესაც პაციენტთა რაოდენობა ჩვეულებრივზე ბევრად მეტია. შესაბამისად, სარეზერვო კადრების არარსებობის გამო, იქ დასაქმებულებს ორმაგი დატვირთვით მუშაობა უწევთ. ექთნები აღნიშნავენ, რომ ამ პერიოდში მიუხედავად ორმაგი დატვირთვისა, მათი ხელფასი არ იზრდება⁴.

⁴ ყველაზე ნაკლები პაციენტების რაოდენობის დათვირთვა მოდის კარდიოლოგიურ განყოფილებაზე, როდესაც ხდება სამედიცინო განყოფილებების ერთმანეთთან შედარება. საშუალოდ 5 პაციენტი მოდის კარდიოლოგიურ განყოფილებაში.

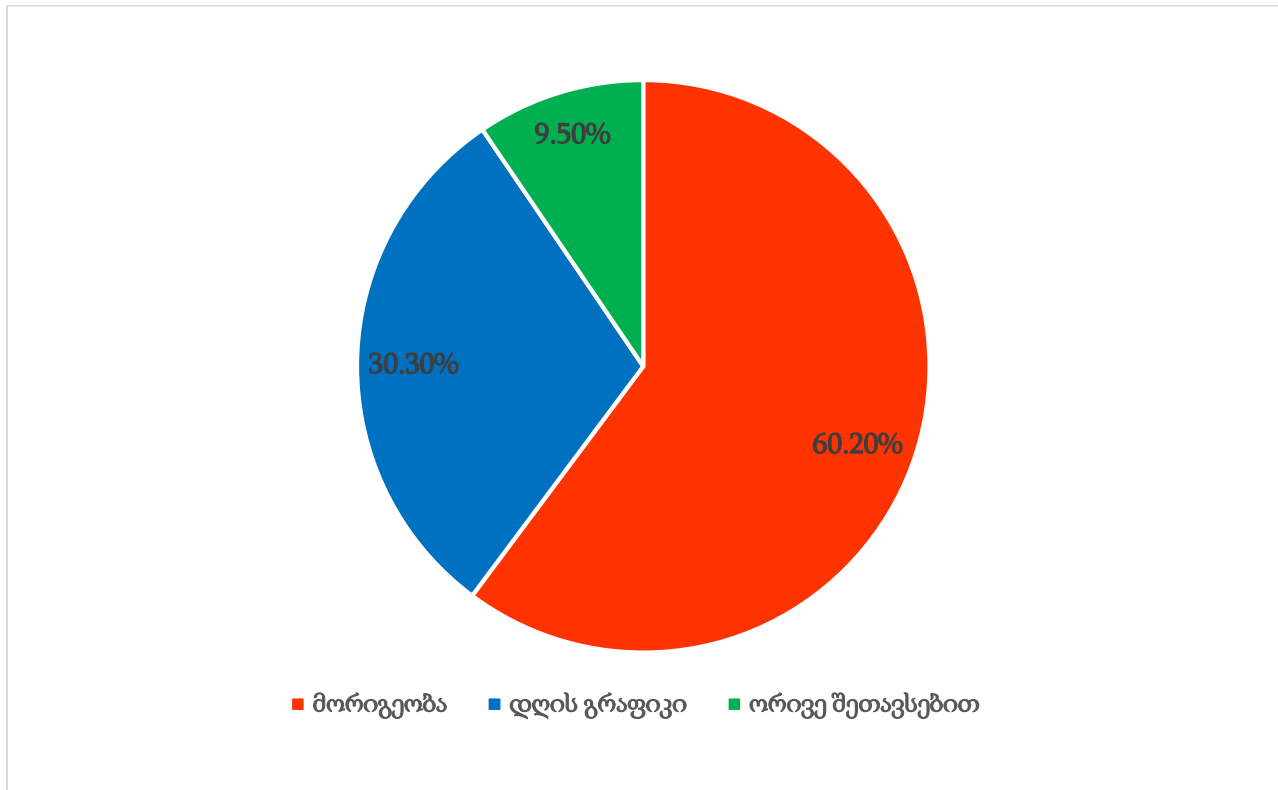
პაციენტის მკურნალობის დაწყებიდან, ექიმის მიერ დანიშნულების დაწერის შემდეგ სამუშაო ტვირთი და პასუხისმგებლობა სრულიად ექთანზე გადადის. სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრებისას ისინი ხშირად აღნიშნავენ, რომ ექთნები საავადმყოფოს ხერხემალს წარმოადგენენ. მათ ყველაზე მნიშვნელოვანი - პაციენტზე ზრუნვა აკისრიათ, რაც ხარისხიანი მკურნალობისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

კვლევის შედეგები კარგად ასახავს ექთნების სამუშაო მოვალეობებს და მათ პროფესიულ პასუხისმგებლობას. ისინი ასრულებენ ექიმის დანიშნულებას, ზრუნავენ პაციენტზე ფიზიკურად და მენტალურად, ავსებენ პაციენტის შესახებ დოკუმენტაციას, აწარმოებენ წამლების აღრიცხვას, აწესრიგებენ პალატებს და სამანიპულაციო იარაღებს, პაციენტებს უტარებენ საჭირო ანალიზებს და რა თქმა უნდა, ახორციელებენ სხვადასხვა ექიმის დანიშნულ მანიპულაციას.



ფიგურა 12: ექთნების მოვალეობები

სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების სამუშაო გრაფიკი ცვლადია, რადგან არსებობს მორიგეობების სისტემა. ძირითადად საავადმყოფოში არის სამი სამორიგეო განაკვეთი - დღის მედდა, 9:00 საათიდან 17:00 საათამდე; მორიგე მედდა - კვირის დღეებში 16 საათი; მორიგე მედდა - შაბათ-კვირას, 24 საათი⁵.



ფიგურა 13: ექთნების სამუშაო გრაფიკი

სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნების ხელფასი საათობრივი ტარიფის მიხედვით ითვლება. ერთ-ერთი საავადმყოფოს მაგალითზე, რაც ძირითად სურათსაც ასახავს, ნეონატოლოგიურ განყოფილებაში, დღის და ღამის მორიგე ექთნის საათობრივი ხელზე ასაღები სახელფასო ტარიფია - 2.56 ლარი; იქიდან გამომდინარე, რომ დღის მორიგე ექთნებს მცირე სამუშაო საათები აქვთ კვირის განმავლობაში, ისინი ხშირად მორიგეობებსაც იღებენ, რათა მათი თვიური ხელფასი საარსებოდ საკმარისი იყოს. აღნიშნული საავადმყოფოსთვისაც მომგებიანია, რადგან არც ერთ

⁵ ხშირია შემთხვევები, როდესაც დღის მორიგე ექთნები ღამის მორიგეობასაც ითავსებენ, რადგან ხელფასი საათობრივი განაკვეთით ითვლება. შესაბამისად, მეტი ნამუშევარი საათი მეტ ხელფასს უდრის.

დაწესებულებას არ აქვს სარეზერვო სია, შვებულებაში გასული თანამშრომლების ჩასანაცვლებლად. როდესაც ერთი ექთანი შვებულებაში გადის, მის სამუშაოს სხვა ასრულებს. ხშირად ამით დღის და ღამის მორიგე ექთნებიც სარგებლობენ. საბოლოოდ, საავადმყოფო არ ზრუნავს პაციენტისა და ექთნების ჯანმრთელობაზე, რადგან ხშირი მორიგეობებით იზრდება ექთნების გადაწვის შემთხვევები და ეცემა გაწეული ზრუნვის ხარისხი.

მედიცინის სფეროში დასაქმებულებისთვის სამუშაო საათების რაოდენობა კვირაში 48 საათით განისაზღვრება. საქართველოს მთავრობის დადგენილების მიხედვით სპეციფიკური რეჟიმის საწარმოების მიხედვით (საქართველოს მთავრობა, 2013), სამედიცინო სფერო სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის მქონე დაწესებულებებში⁶ შედის.

კადრების სიმცირიდან გამომდინარე, ხშირია ზეგანაკვეთური სამუშაო, რაც არც ერთ ექთანს შესაბამისად არ უნაზღაურდება. ისინი იღებენ დამატებითი საათებისთვის ანაზღაურებას, თუმცა გამოკითხულთა აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ გაზრდილი ტარიფით მათ არც ერთხელ არ აუღიათ ანაზღაურება ზეგანაკვეთურად ნამუშევარი საათებისთვის.⁷

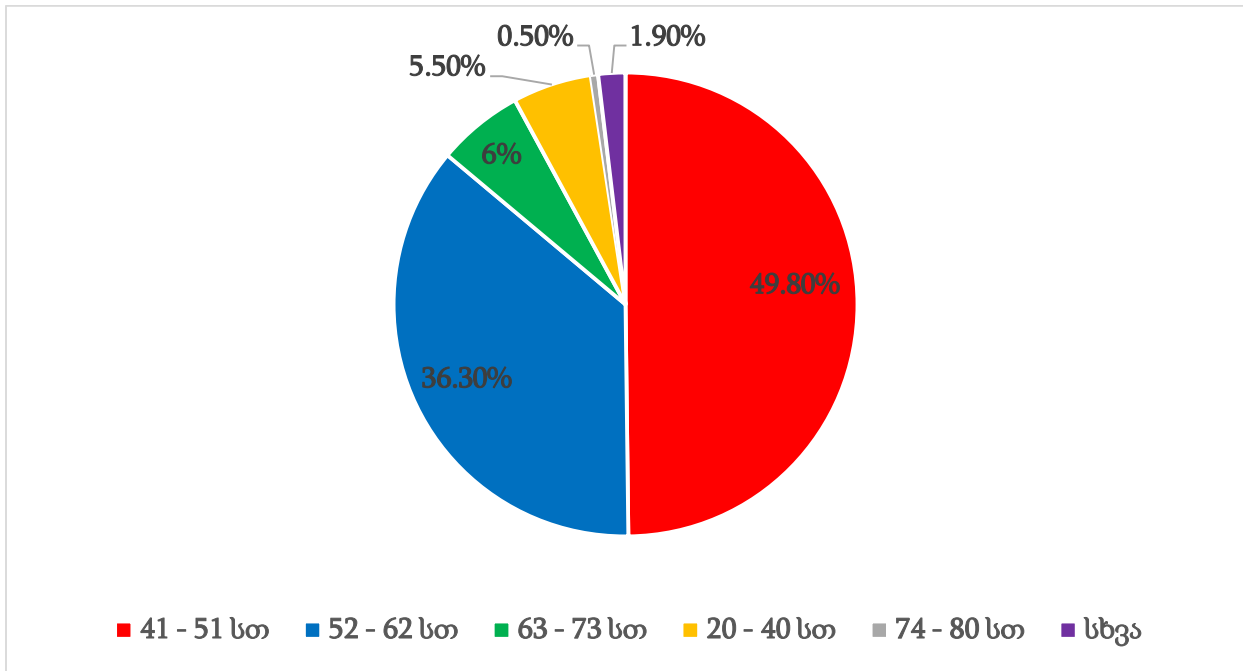
⁶ საქართველოს მთავრობის დადგენილება სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის მქონე საწარმოებისთვის 48 საათიან სამუშაო კვირას ადგენს. საქართველოს შრომის კოდექსის მიხედვით, სამუშაო კვირაში ნორმირებული საათების რაოდენობა 40-ს არ უნდა აღემატებოდეს. სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის მქონე საწარმოთა ჩამონათვალი, კი ფაქტობრივად ყველა სფეროს მოიცავს, რაც თავის მხრივ უსარგებლოს ხდის ჩანაწერს 40 საათიანი სამუშაო კვირის შესახებ. ჩამონათვალი მოიცავს სფეროებს ზოგადად და არა კონკრეტულ სამუშაო პოზიციებს, პროფესიებსა თუ წარმოების სახეებს.

⁷ საქართველოს შრომის კოდექსში ზეგანაკვეთური სამუშაოს შესახებ ჩანაწერი განსაზღვრავს დასაქმებულის მიერ მისი შესრულების აუცილებლობის შემთხვევებს. რაც შეეხება ტარიფს ზეგანაკვეთური სამუშაოს ანაზღაურების შესახებ, ის ჯერ კიდევ დაუდგენელია და განისაზღვრება ზოგადად გაზრდილი ტარიფით.

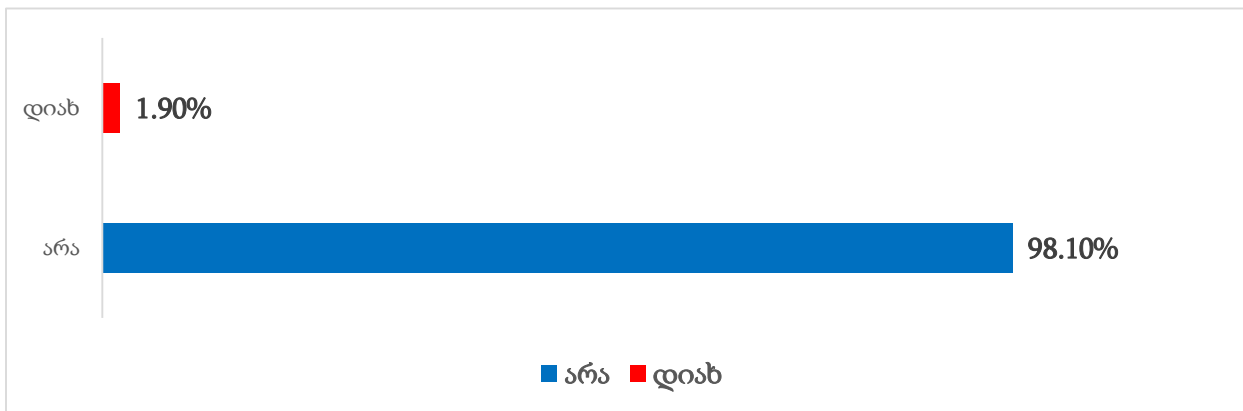
მუხლი. 17 - ზეგანაკვეთური სამუშაო

17(4) ზეგანაკვეთური სამუშაო ანაზღაურდება ხელფასის საათობრივი განაკვეთის გაზრდილი ოდენობით. ამ ანაზღაურების ოდენობა განისაზღვრება მხარეთა შეთანხმებით.

17(5) მხარეები შეიძლება შეთანხმდნენ ზეგანაკვეთური სამუშაოს ანაზღაურების სანაცვლოდ დასაქმებულისათვის დამატებითი დასვენების დროის მიცემაზე.

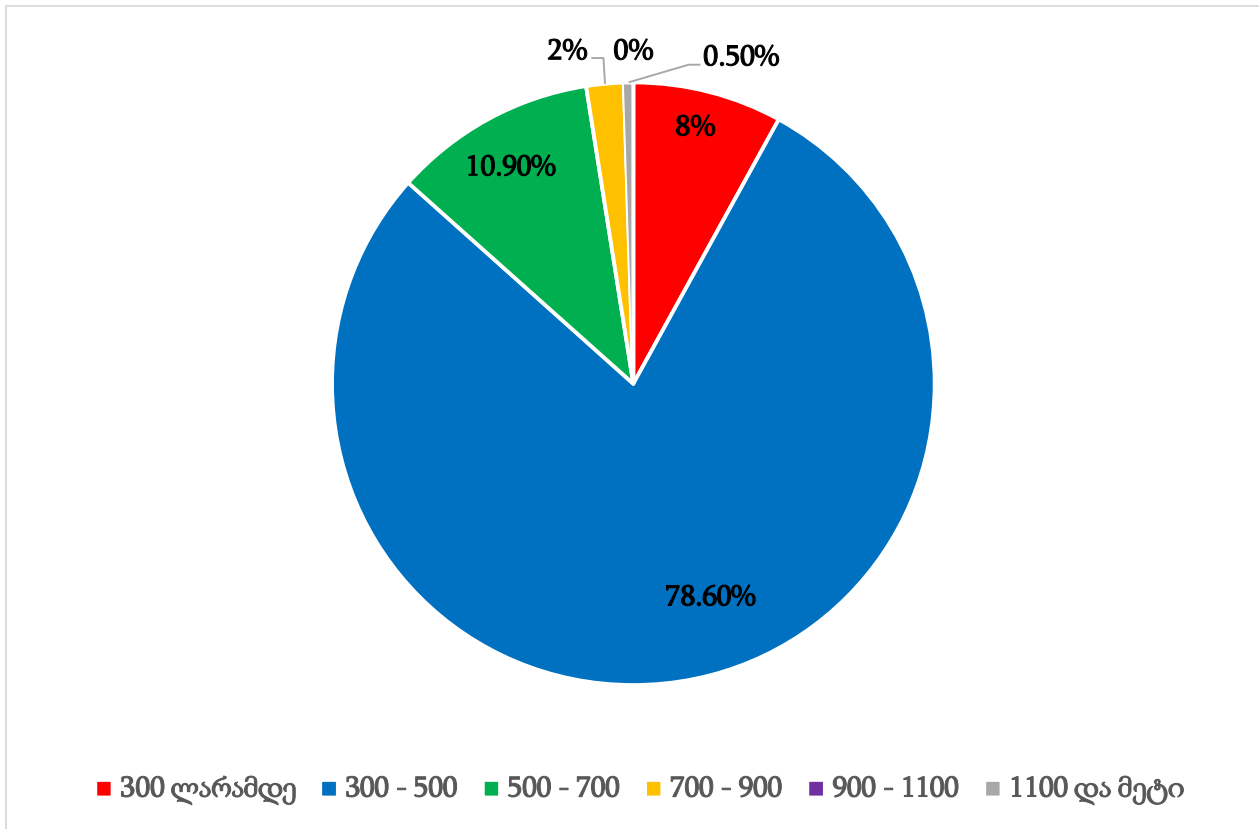


ფიგურა 14: კვირის განმავლობაში სამუშაო საათების რაოდენობა

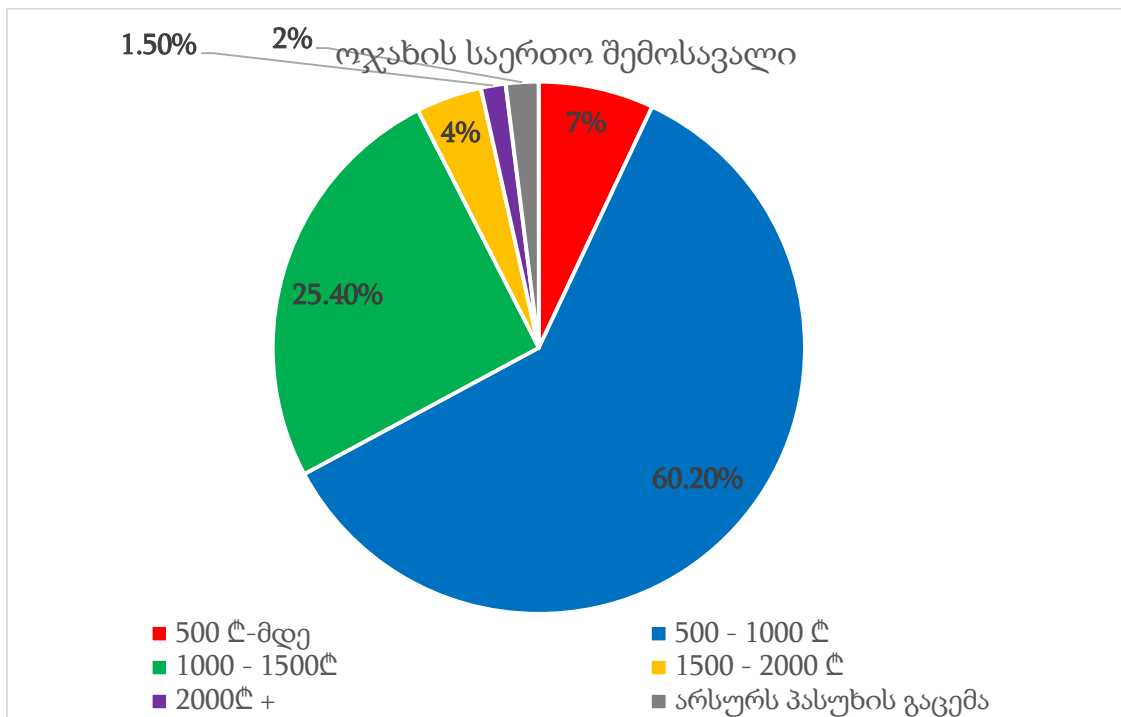


ფიგურა 15: იღებენ თუ არა ექთნები ზეგანაკეთურ ანაზღაურებას

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2018 წლის ანგარიშის მიხედვით, საშუალო ხელფასი დასაქმების სექტორების მიხედვით, კერძოდ ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დახმარების სფეროში 1047.5 ლარს შეადგენდა. ამასთან, კვლევამ აჩვენა, რომ ექთნები ერთ-ერთი ყველაზე დაბალანაზღაურებადი სამუშაო ძალაა ქვეყანაში. კერძოდ გამოკითხულთა 84.6%-ის ხელფასი 500 ლარზე ნაკლებია. ხელფასის სიმწირის გამო, გამოკითხულ ექთანთა 20,4% დასაქმებულია სხვა სამსახურშიც.

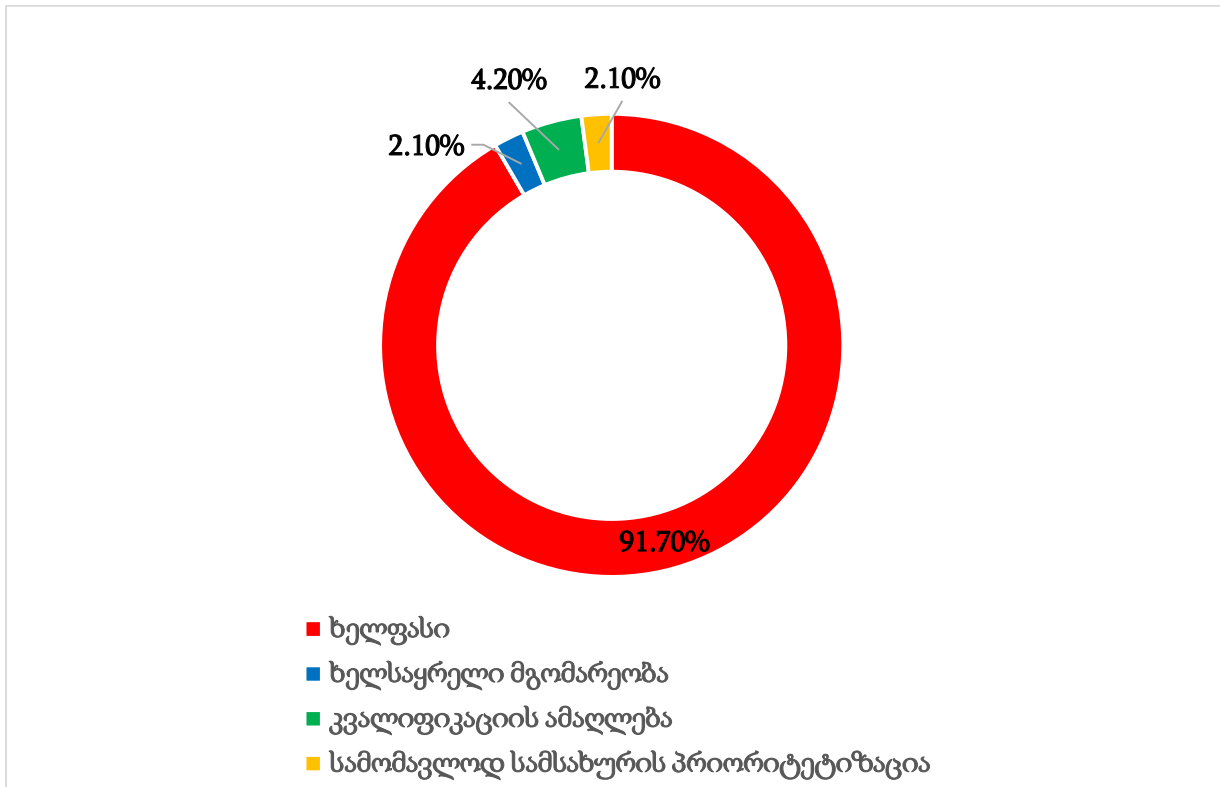


ფიგურა 16: ექთნების ხელფასი

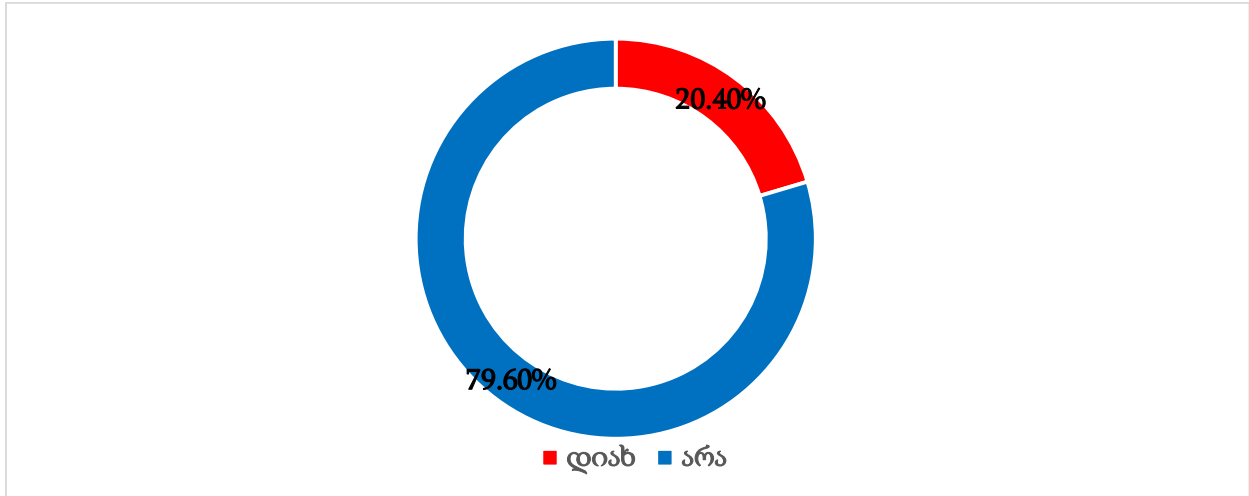


ფიგურა 17: ოჯახის საერთო შემოსავალი

ექთნების 91,7% სხვა სამსახურის ქონის მიზეზად დაბალ ხელფასს ასახელებს. იქიდან გამომდინარე, რომ რეგულაციები ჯანდაცვის ბაზარზე ფაქტობრივად არ არსებობს, ბაზარზე ძლიერი კორპორაციები, როგორცაა „ვექსი“ აწესებენ საერთო სტანდარტებს. ის ფაქტი, რომ ასეთი მძიმე სამსახურის მქონე ადამიანებს მეორე ისეთივე დატვირთვის მქონე სამსახურის ქონა უწევთ, გამომდინარეობს იქიდან, რომ მინიმალურ სახელფასო სისტემას ბაზარი ისე არეგულირებს, როგორც კერძო კომპანიების ინტერესებს აწყოფს. ამასთან ყველაზე ახლო პროფესიები, სადაც ექთნები მეორე სამსახურს ეძებენ არის ოჯახში ძიძად ან მომვლელად დასაქმება, ან ინდივიდუალური კონტაქტების მეშვეობით სხვადასხვა მანიპულაციების (გადასხმა, ნემსის გაკეთება და სხვ.) ოჯახებში სერვისის გაწევა.

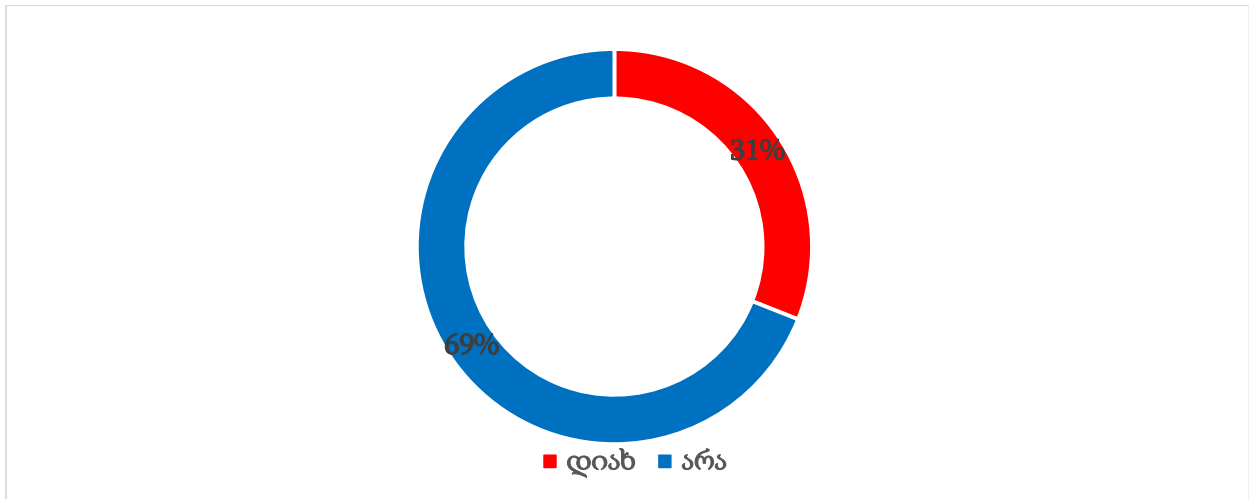


ფიგურა 18: მეორე სამსახურის ქონის მიზეზი



ფიგურა 19: ერთზე მეტ ადგილას დასაქმება

სამედიცინო დაწესებულებებში ექთნის პოზიციაზე მომუშავეთა უმეტესობა ქალია. შესაბამისად, გასათვალისწინებელია მათი „მეორე ცვლა“ - საშინაო საქმიანობა, რასაც სამსახურიდან დაბრუნების შემდეგ სახლში განაგრძობენ. დამის მორიგე ექთნების შემთხვევაში, მეორე დღეს დაბრუნებულები ენერჯის აღდგენის და გამოძინების მაგივრად, კვლავ ფეხზე დგანან და უვლიან ოჯახის წევრებს.

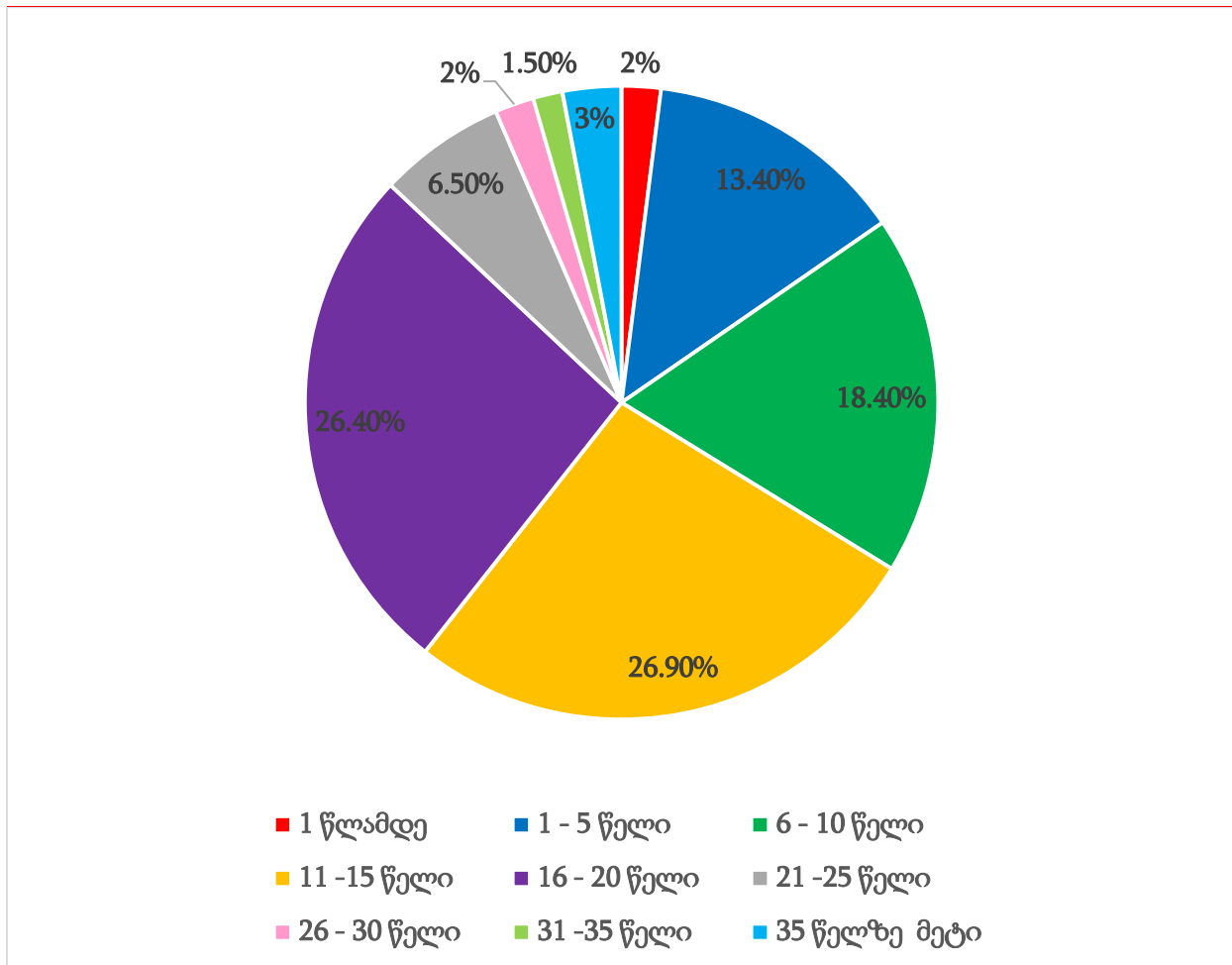


ფიგურა 20: სხვა სამსახურის შემთხვევაში თუ მუშაობენ სხვა პროფესიით

კვლევამ აჩვენა, რომ დასაქმების ხანგრძლივობა ექთნების შემთხვევაში საკმაოდ მაღალია. გამოკითხვაში მონაწილეობდნენ ისეთებიც, რომლებიც პირველი საექთნო პერსონალი იყვნენ სხვადასხვა საავადმყოფოებში მათი გახსნისას. საავადმყოფო და სამსახური ფაქტობრივად მათი ცხოვრების განუყოფელი ნაწილია. გამოკითხულთა

72,8% 10 წელზე მეტი ერთ სამუშაო ადგილზეა დასაქმებული და მათი უმრავლესობა სხვადასხვა ფაქტორებზე კმაყოფილების შესახებ კითხვაში თანამშრომლებს 1-დან 5-მდე (სადაც 1 ნიშნავს სრულიან უკმაყოფილო, ხოლო 5 - სრულიან კმაყოფილი) მაქსიმალური ქულით აფასებენ.

შეიძლება ითქვას, რომ ინტერვიუებიდან ირკვევა, რომ სწორედ საავადმყოფოსთან და თანამშრომლებთან მიკუთვნებულობის განცდა და პროფესიული პასუხისმგებლობა არის ის ფაქტორი, რაც ხშირ შემთხვევაში დასაქმებულთათვის სამსახურში დარჩენის მიზეზია. რა თქმა უნდა, მნიშვნელოვანია ის ფაქტორიც, რომ დასაქმებულთა უმრავლესობა საშუალო ასაკისაა და საქართველოს შრომის ბაზრისთვის შეუსაბამო. ამ გარემოებების გათვალისწინებით, კოლექტიური წინააღმდეგობის არარსებობაც იხსნება იმასთან ერთად, თუ რატომ არ სთავაზობენ სამედიცინო დაწესებულებები ექთნებს უკეთეს სამუშაო პირობებს.

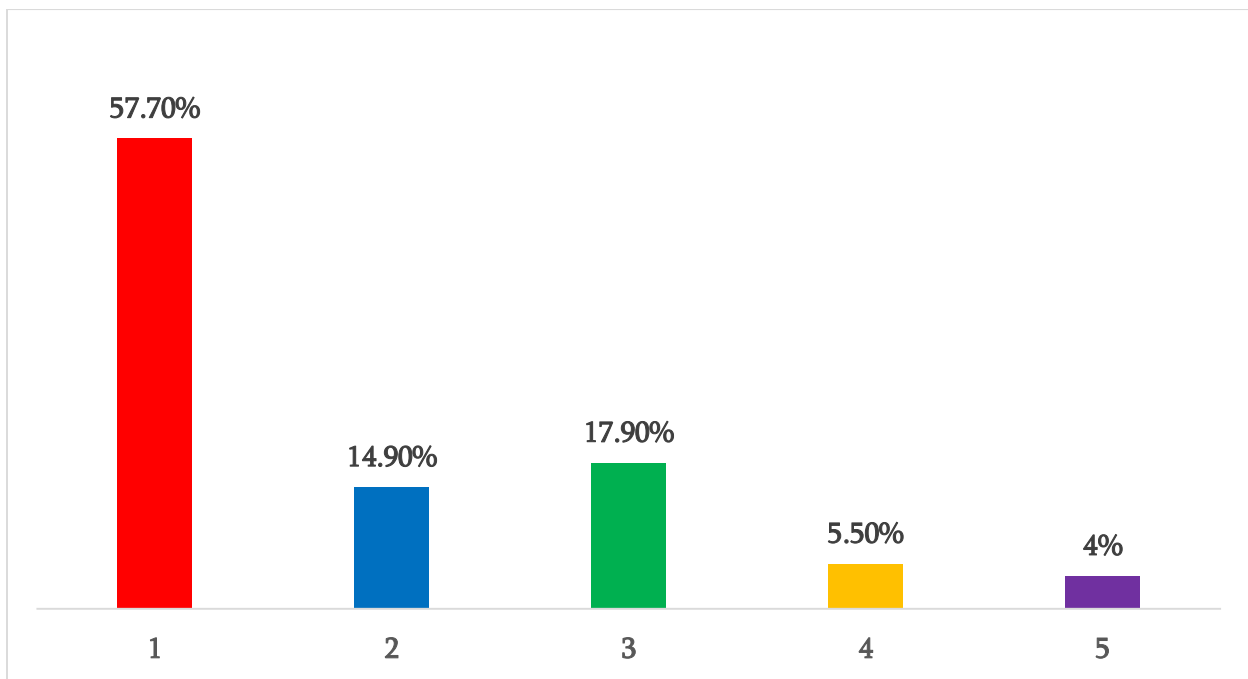


ფიგურა 21: ერთ სამუშაო ადგილზე დასაქმების ხანგრძლივობა (იგულისხმება ბოლო სამუშაო ადგილი)

4.3. შრომითი ურთიერთობების პრობლემები სამედიცინო დაწესებულებებში

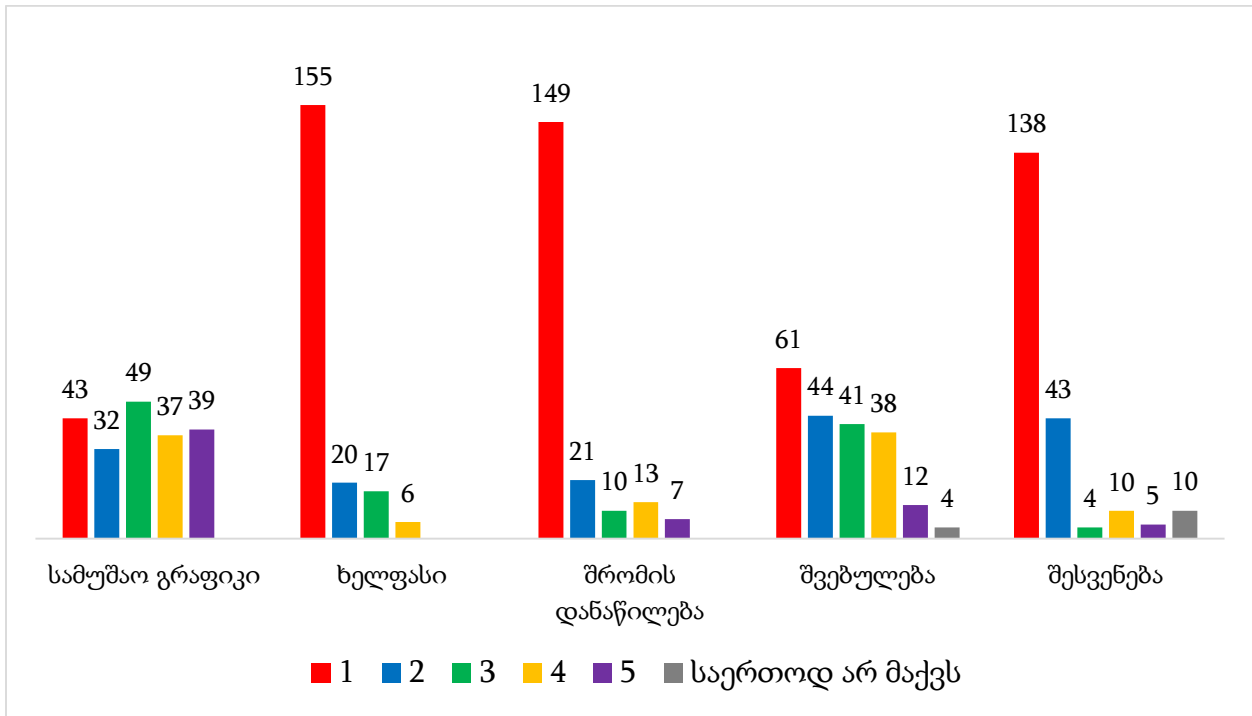
ექთნების სამუშაოთი კმაყოფილების ხარისხი და ამ კმაყოფილებისა თუ უკმაყოფილების გამოწვევი მიზეზები ძირითადად ხელფასსა და სამუშაო დატვირთვას უკავშირდება.

შემდეგი დიაგრამა გვიჩვენებს ექთნების სამსახურით კმაყოფილებას. მოცემულია ხუთბალიანი სისტემა, სადაც 1 არის ყველაზე დაბალი შეფასების კოეფიციენტი, ხოლო 5, კი ყველაზე მაღალი.

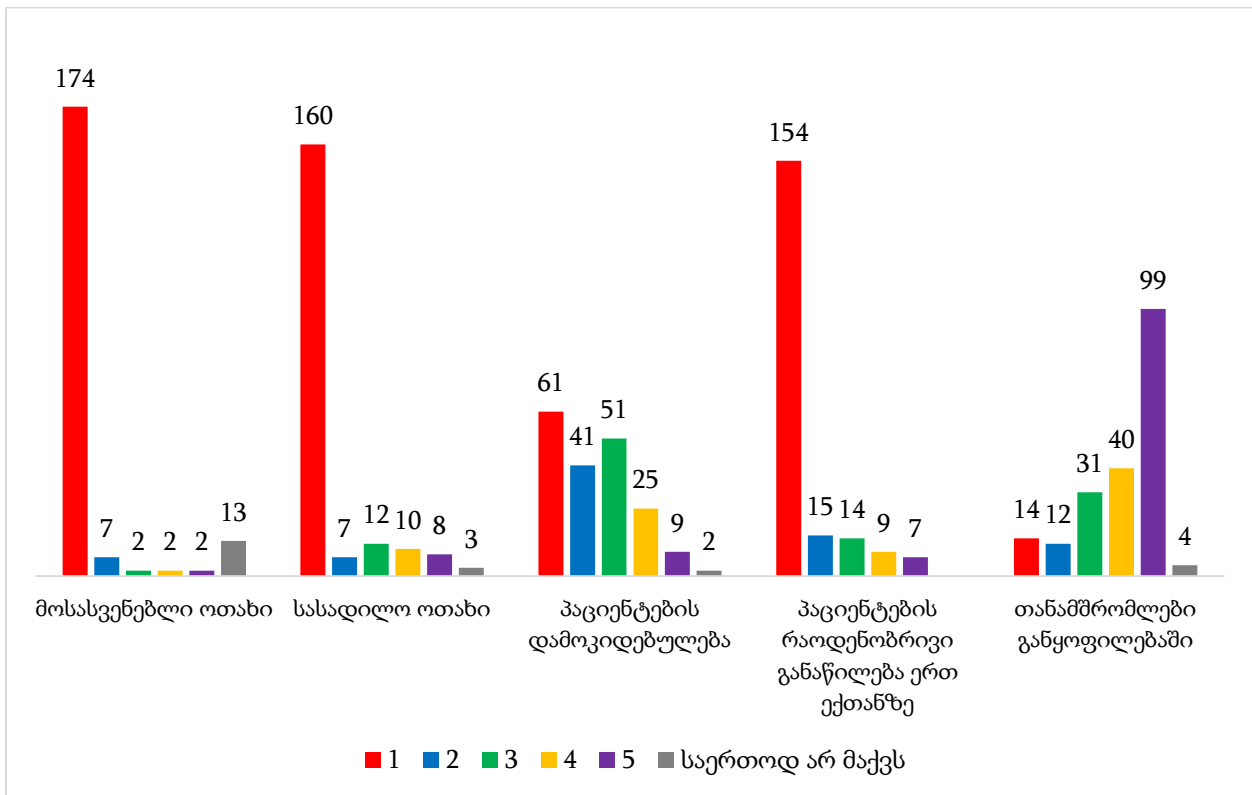


ფიგურა 22: ექთნების სამუშაოთი კმაყოფილება

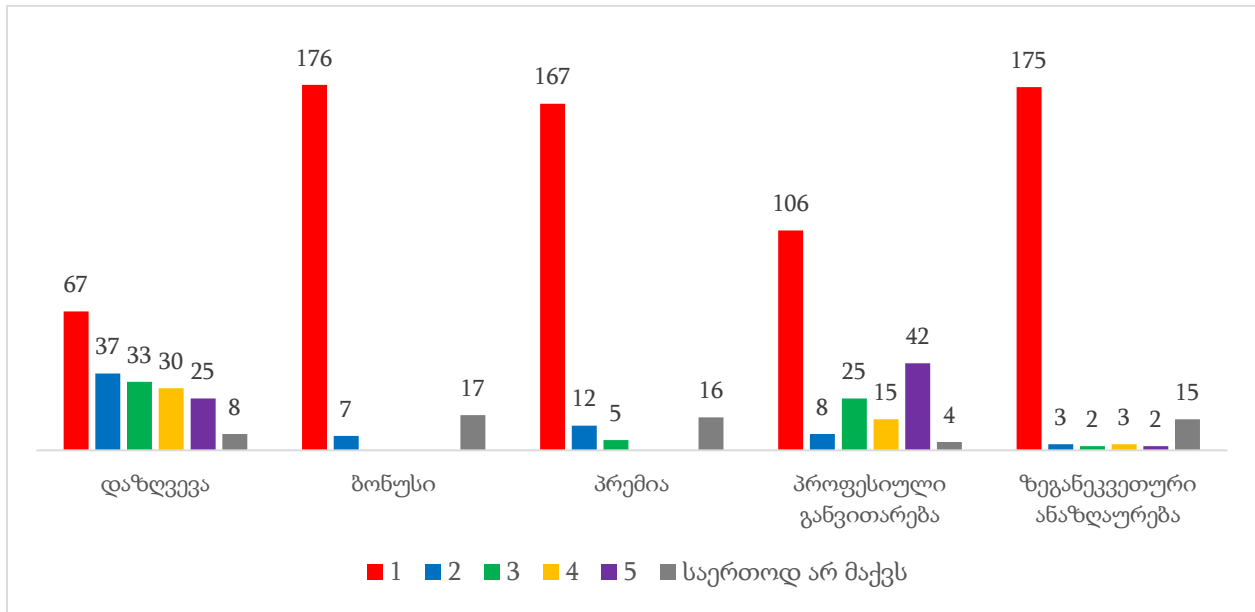
მომდევნო დიაგრამები გვთავაზობს ექთნების კმაყოფილებისა და უკმაყოფილების შეფასებას სხვადასხვა ფაქტორების გათვალისწინებით, რომლებიც მათ ხვდება სამუშაო გარემოში. ამ შემთხვევაშიც გამოყენებულია ხუთბალიანი შეფასების სისტემა, სადაც 1 არის ყველაზე დაბალი, ხოლო 5 არის ყველაზე მაღალი.



ფიგურა 23: ექთნების კმაყოფილება სხვადასხვა ფაქტორებზე - 1

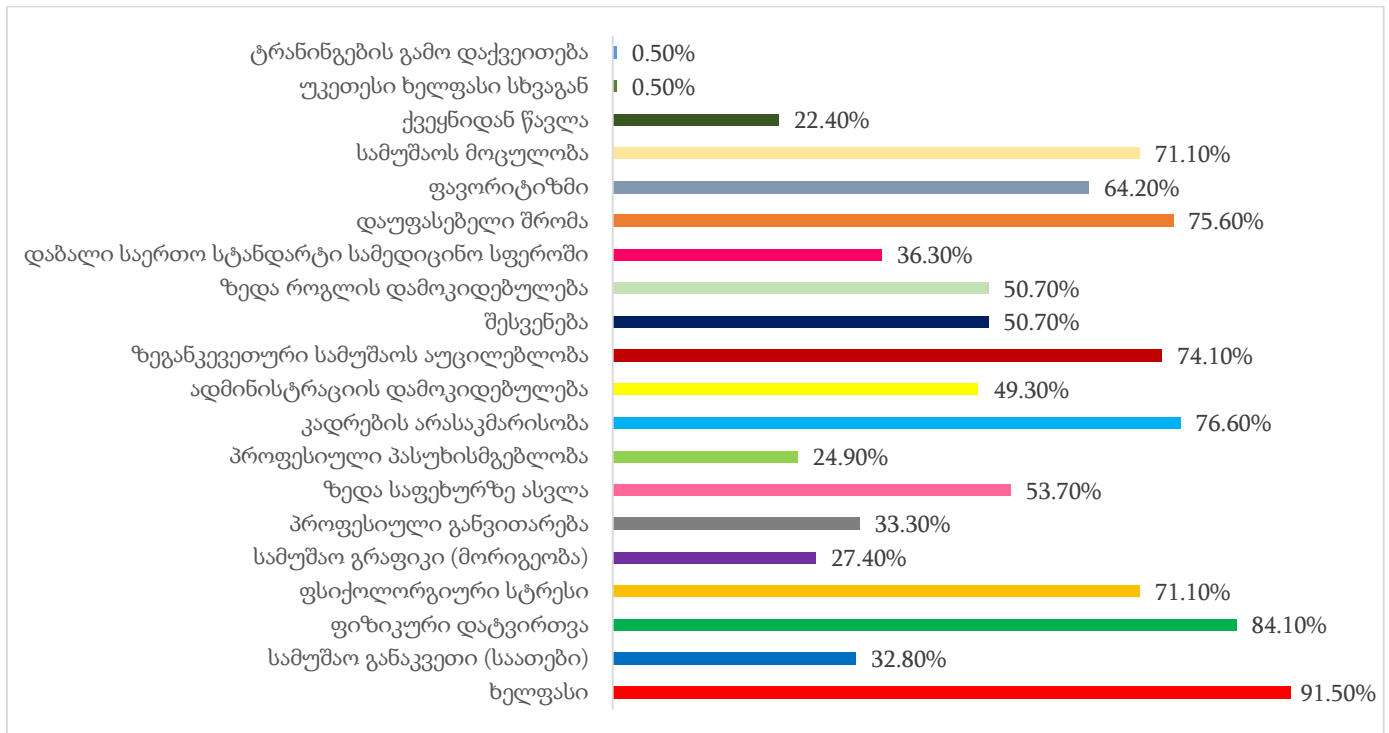


ფიგურა 24: ექთნების კმაყოფილება სხვადასხვა ფაქტორებზე - 2

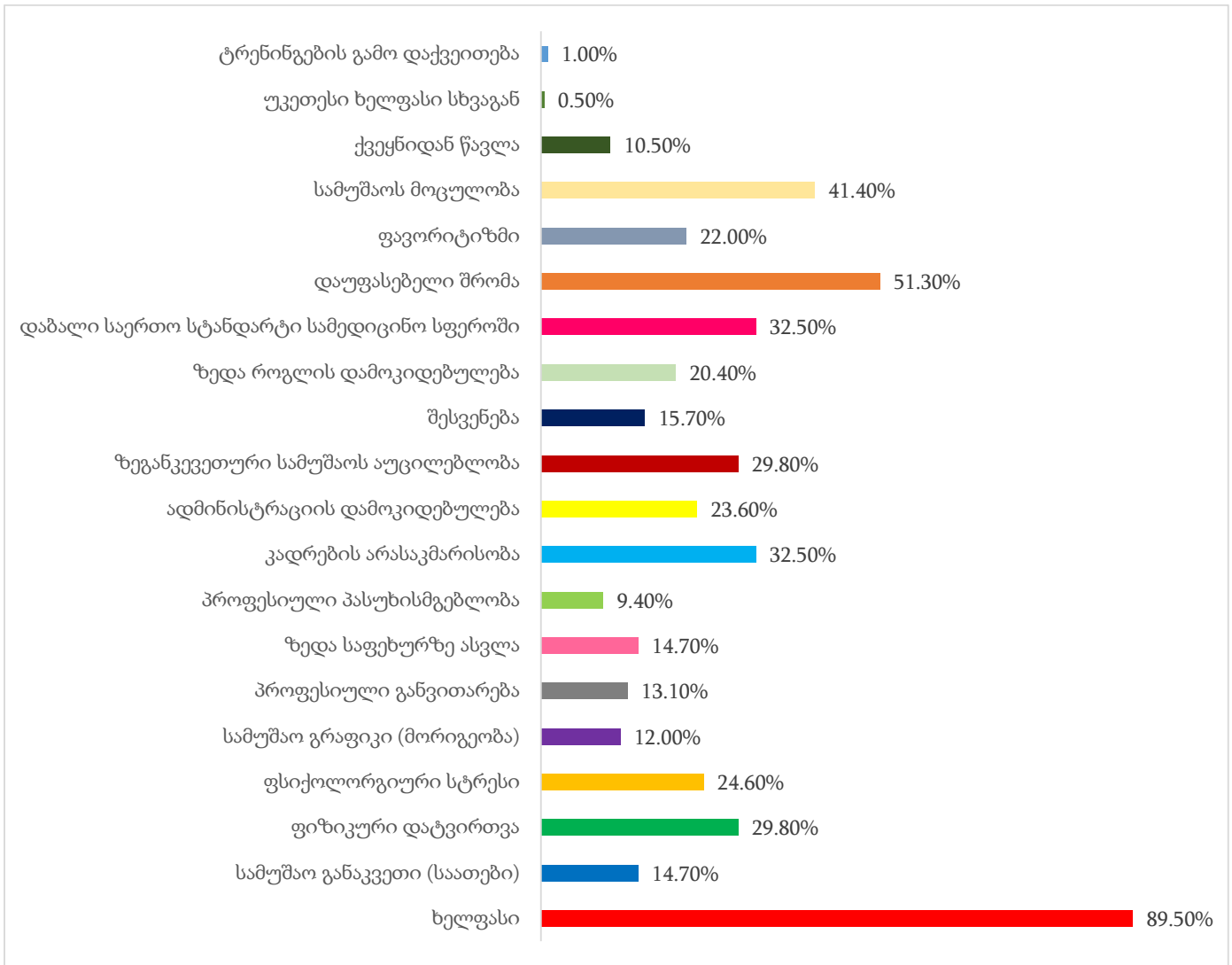


ფიგურა 25: ექთნების კმაყოფილება სხვადასხვა ფაქტორებზე - 3

სამსახურიდან წასვლის მთავარ მიზეზებად გამოკითხულები ხელფასს, სამუშაოს მოცულობას, ფიზიკურ დატვირთვას, კადრების ნაკლებობასა და დაუფასებელ შრომას ასახელებენ. ხოლო ექთნის პროფესიაზე უარის თქმის საფუძვლად ხელფასსა და დაუფასებელ შრომას.



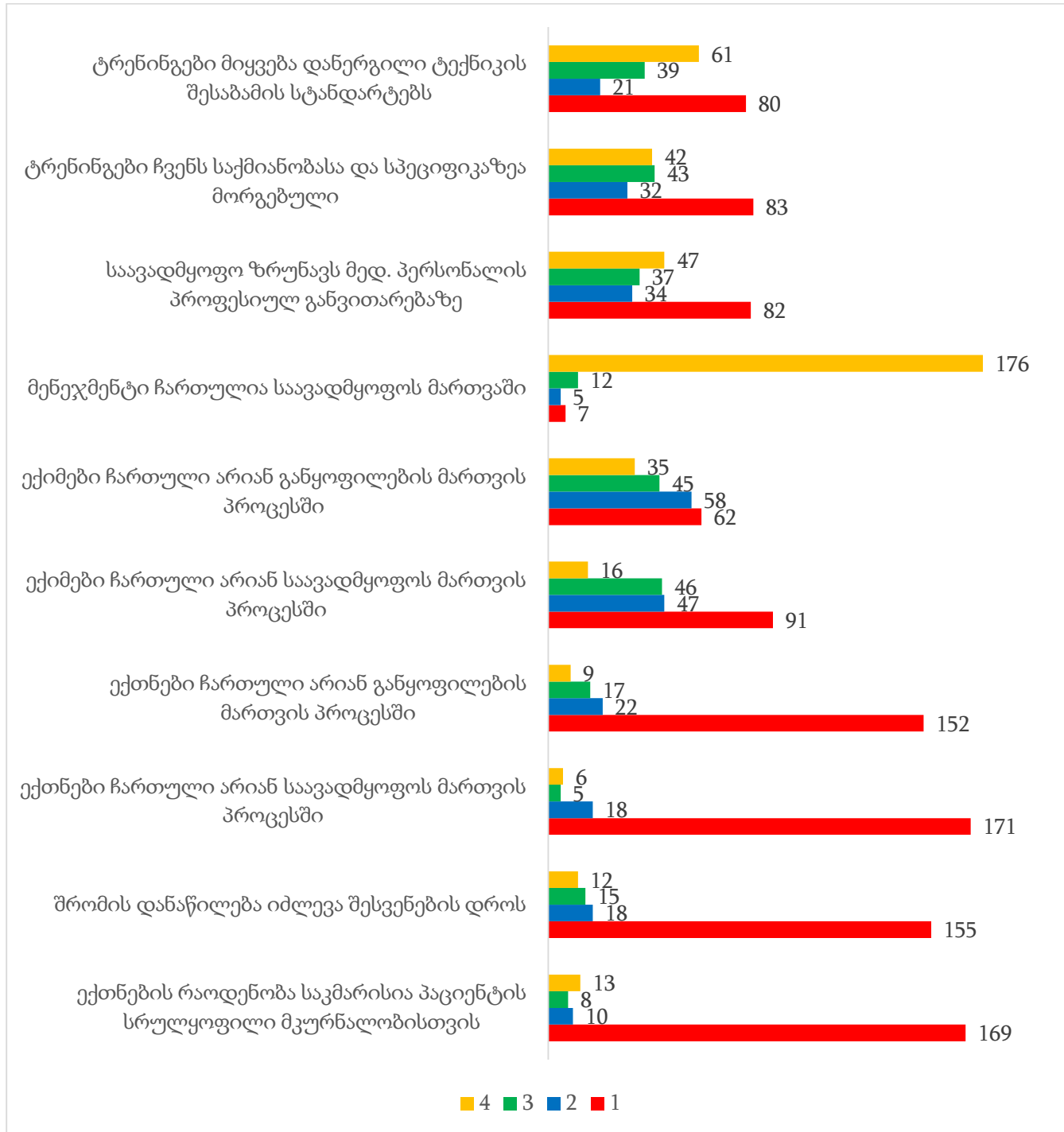
ფიგურა 26: სამსახურიდან წასვლის ფაქტორები



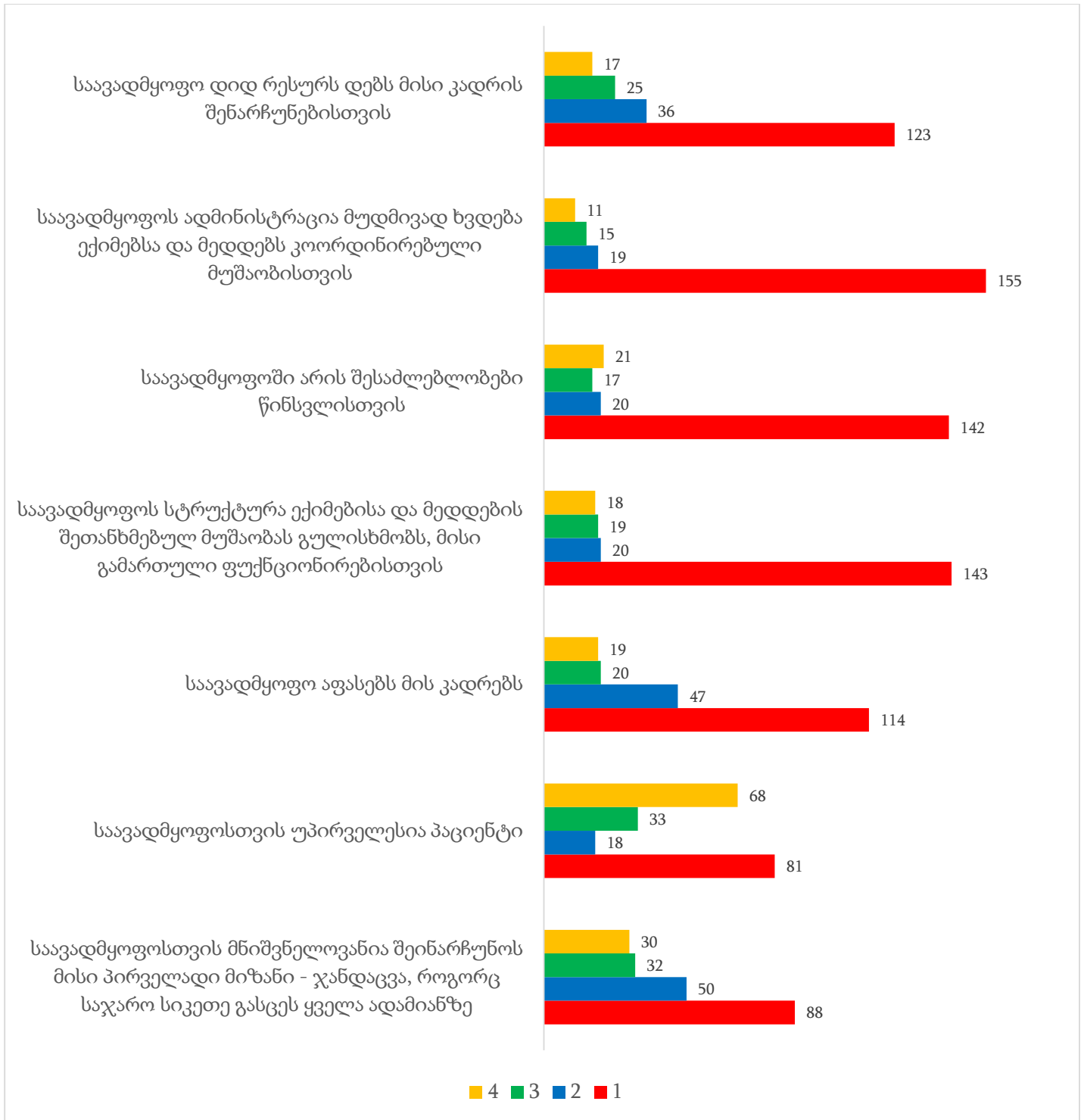
ფიგურა 27: ექთნის პროფესიის მიტოვების ფაქტორები

შემდეგ გრაფებში გამოსახულია ექთნების მიერ საავადმყოფოების პოლიტიკის 4 ბალიანი შეფასების სისტემა. ამ სისტემაში 4 არის ყველაზე მაღალი ქულა, ხოლო 1 ყველაზე დაბალი. ექთნები მთავარ პრობლემებად ხელფასებს, სამუშაო გარემოსა და სამუშაო დატვირთვას მიიჩნევენ. ამასთავე, სამსახურით კმაყოფილების ხარისხი ძალიან დაბალია უკლებლივ ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში. ექთნების 85,5% საერთოდ არაა საავადმყოფოების მართვის პროცესში ჩართული, ხოლო მათი 76% სრულებით გამორიცხულია განყოფილების მართვიდან. საავადმყოფოს ხშირად მართავენ ბიუროკრატები. მაგ: კვლევებიდან დგინდება, რომ გამოკითხულთა 88% მიუთითებს, იმაზე, რომ მენეჯერები სრულიად აკონტროლებენ საავადმყოფოს მართვის ყველა ასპექტს. გამოკითხული ექთნების 85,9% სახელმწიფო კონტროლის და

რეგულაციების აღდგენასა და გამკაცრებას, ხოლო 76,7% სამედიცინო დაწესებულებების ნაციონალიზაციას ასახელებენ ჯანდაცვის სისტემაში პრობლემების გადაჭრის მთავარ გზად.



ფიგურა 28: საავადმყოფოების საკადრო პოლიტიკა: კადრები და მათი განვითარების დონე



ფიგურა 29: საავადმყოფოების საკადრო პოლიტიკა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

4.4. სახელმწიფოს ჯანდაცვის პოლიტიკის შეფასება

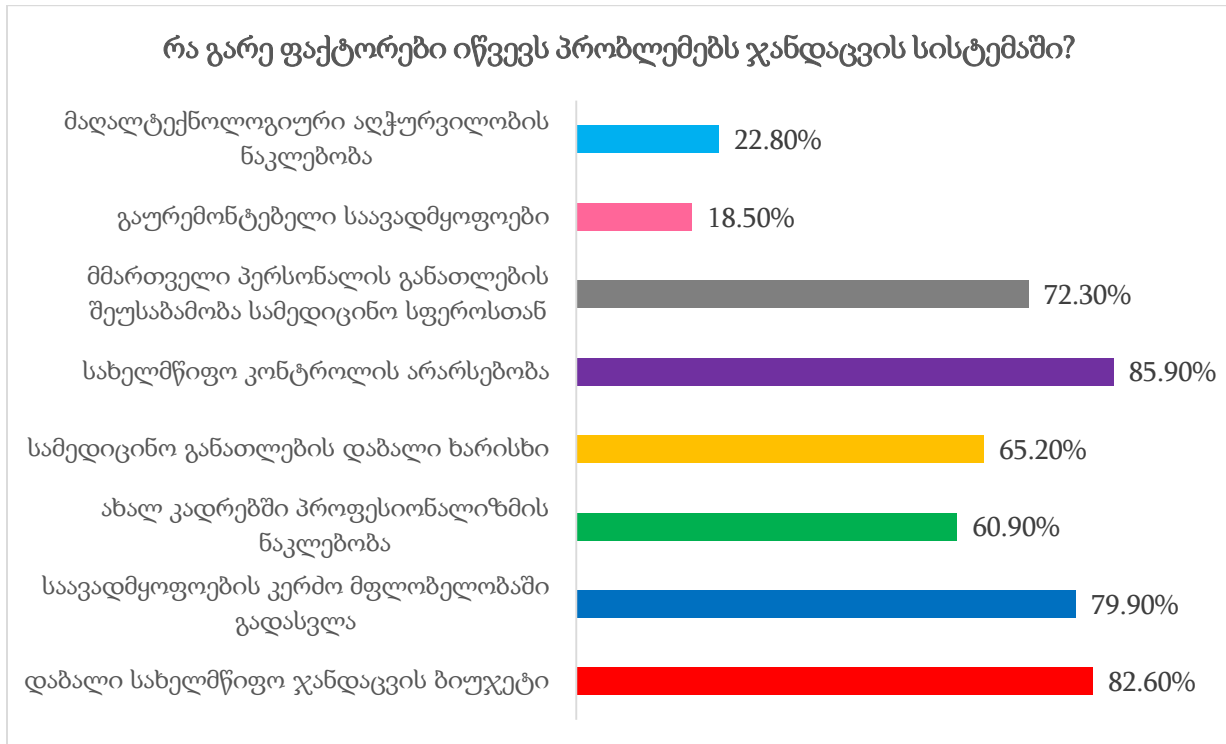
ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ პრობლემებს ძირითადად ბიუჯეტის სიმცირეს უკავშირებენ. კვლევაში მონაწილე ექთნების გარკვეული რაოდენობა სწორედ სახელმწიფო ჯანდაცვის ბიუჯეტის გაზრდას ასახელებს არსებული პრობლემების მოგვარების ერთ-ერთ გზად. აღსანიშნავია, რომ არსებული დამოკიდებულება გარკვეულწილად ლოგიკურია, რადგან საზოგადოების უმეტესობისთვის რთულია გარედან იმ „ბიზნეს-ურთიერთობის“ დანახვა, რაც უკვე კერძო საავადმყოფოებსა და სახელმწიფოს შორის არსებობს. თუ დაახლოებით 10 წლის წინ მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვაზე დამოკიდებული იყო სახელმწიფოს ბიუჯეტზე და ბაზარზე კერძო სექტორის წილი არ იყო ამდენად მასიური, ახლა სისტემა სრულიად შეიცვალა.

2017 წლისთვის საყოველთაო ჯანდაცვისთვის 660 მლნ ლარი იყო გამოყოფილი, თუმცა საინტერესოა რეალურად ვის მოხმარდა ეს ფული – პაციენტებს, თუ კერძო კომპანიას? იქიდან გამომდინარე, რომ ჯანდაცვის სფეროს 80-90% კერძო მფლობელობაშია, რთულია სახელმწიფოს პოლიტიკაზე საუბარი, რამდენადაც ის სრულად გამორიცხულია ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებიდან. სახელმწიფოს მხრიდან გამოყოფილი საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტი, რომელიც მოქალაქეების ჯანმრთელობის დაცვას უნდა მოხმარდეს, პაციენტის გავლით კერძო კომპანიის მოგებად იქცევა. არსებული პოლიტიკური სიტუაციიდან გამომდინარე იცვლება საავადმყოფოების ფინანსური სქემები, რომლებიც ერგება ყოველი წლის ბიუჯეტს და ჯანდაცვას, როგორც საქონელს მაქსიმალურად მაღალ ფასად ყიდის.

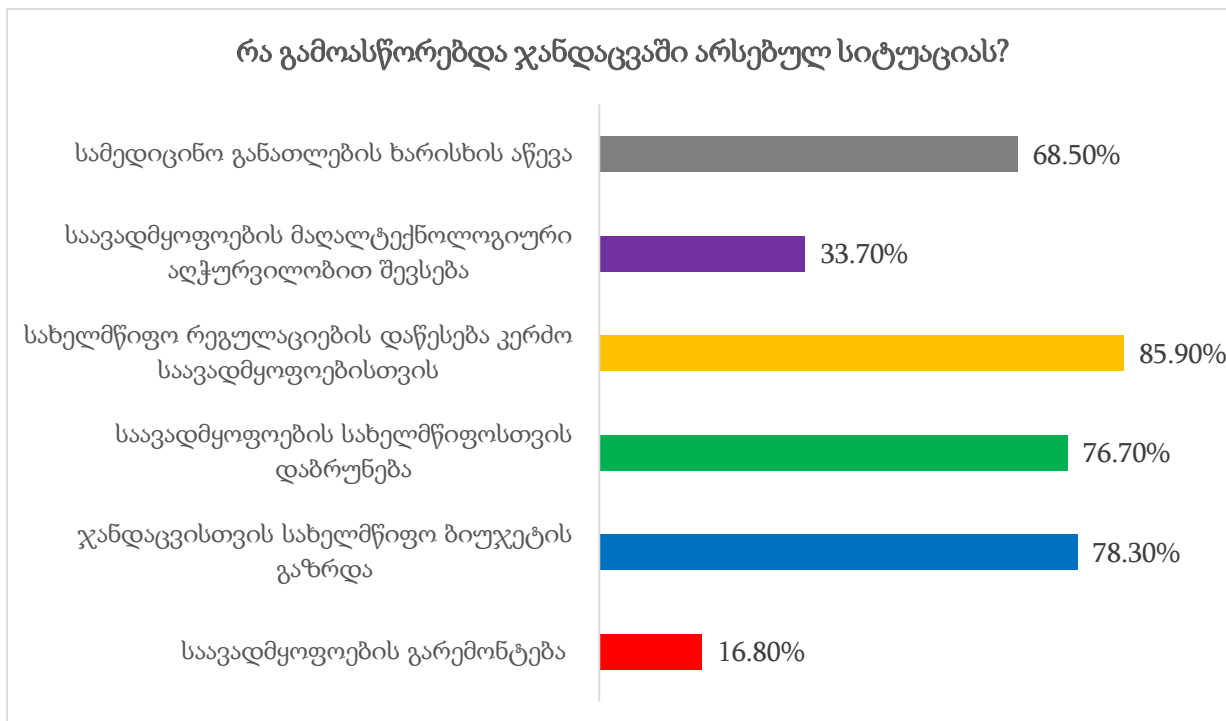
სამედიცინო დაწესებულებები ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ინვესტიციას ძირითადად ტექნიკური აღჭურვილობის გათანამედროვეებაში დებენ. კერძო კლინიკების უმრავლესობა რეკლამას ახალი ტექნოლოგიებით იკეთებს, თუმცა მათ გამორჩევათ ადამიანური რესურსი, რომელსაც პაციენტის ზრუნვა ევალება.

ფაქტია, ინფრასტრუქტურული განვითარება არ განაპირობებს მკურნალობის მაღალ ხარისხს. ამას კვლევაში მონაწილე ექთნებიც ადასტურებენ. თუ სამედიცინო

დაწესებულებებისთვის პრიორიტეტი არ გახდება მედ. პერსონალის შრომის პირობები, სისტემაში არსებული კრიზისის დაძლევა შეუძლებელი გახდება.



ფიგურა 30: პრობლემები ჯანდაცვის სისტემაში



ფიგურა 31: გამოსწორება ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების გადასაჭრელად

5. სამართლებრივი ანალიზი

ექთნების, როგორც ჯანდაცვის მუშაკების როლი უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის პოლიტიკის სწორად განვითარებისათვის. სამწუხაროდ, მათი შრომითი პირობები და უფლებრივი მდგომარეობა ხშირად დაფარულია საზოგადოებისათვის.

1977 წლის 1 ივნისს გამართულ შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის 63-ე სესიაზე კიდევ ერთხელ იქნა აღიარებული ჯანდაცვის სფეროში საექთნო პერსონალის სასიცოცხლო მნიშვნელობის როლი მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის დაცვისა და გაუმჯობესების მიზნით. სესიაზე ხაზი გაესვა სახელმწიფოს როლს, რომელმაც საექთნო პერსონალის დასაქმებასა და სამუშაო პირობების გაუმჯობესებას ხელი უნდა შეუწყოს. აღნიშნულ სესიაზე შემუშავებულ/მიღებულ იქნა შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის 149-ე კონვენცია, რომელიც ეხება ექთნების შრომით-სამართლებრივ მდგომარეობას (International Labour Organization, 1977). მიუხედავად იმისა, რომ მრავალი წელია ამ კონვენციის მიღებიდან გასული, სამწუხაროდ საქართველოში ბევრი საკითხი კვლავ მოუწესრიგებელია და პრობლემად რჩება.

ღირსეული სამუშაო პირობები და ანაზღაურება პიროვნების თავისუფალი განვითარებისა და კეთილდღეობის ზრდისათვის უმნიშვნელოვანესია. თუმცა წინამდებარე კვლევამ კიდევ ერთხელ ნათლად აჩვენა საქართველოში დასაქმებულ ექთანთა არასახარბიელო მდგომარეობა, რაც გამოიხატება გადაჭარბებულ სამუშაო დროში, დამატებითი ვალდებულებების დაკისრებასა და ისეთი უფლებამოსილების გამოყენების შეუძლებლობაში, როგორც არის შვებულება, დასვენების დრო და შესვენება. მოცემულ საკითხებზე კვლევის შედეგები, რიგ შემთხვევებში, შემაშფოთებელია.

ამასთან, კვლევამ კიდევ ერთხელ გამოკვეთა, რომ შრომის ინსპექციას არსებული მანდატის პირობებში არ აქვს ის უფლებამოსილებები, რაც მის ფუნქციონირებას არაეფექტურს ხდის. შესაბამისად, დასაქმებულთა უმეტესობა სრულფასოვნად ვერ იყენებს შრომის კოდექსით მინიჭებულ უფლებამოსილებებს.

ამასთან, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს შრომის კოდექსის შესაბამისად შრომითი ხელშეკრულება იდება აუცილებლად წერილობითი ფორმით, თუ შრომითი ურთიერთობა 3 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება, უმეტესობა ექთნისთვის პრობლემად რჩება წერილობითი ხელშეკრულებების არარსებობა (საქართველოს შრომის კოდექსი, 2019). არსებულ მანკიერ პრაქტიკას კი იყენებენ დამსაქმებლები, რომლებიც დასაქმებულ ექთნებს სხვადასხვა ვალდებულებებს აკისრებენ, რომლებიც, როგორც წესი, არ უნდა მოიაზრებოდეს ექთნის პოზიციაზე დასაქმებული პირის ვალდებულებად.

როგორც კვლევამ აჩვენა, ექთნების უმეტესობას მორიგეობაზე 11 და მეტი პაციენტის მოვლა უწევს, რაც საერთაშორისო სტანდარტებთან მიმართებით ორჯერ მეტია. აღნიშნული შეფარდება საფრთხეს უქმნის ისევე როგორც ექთანს, ასევე პაციენტის ჯანმრთელობას, შესაბამისად, აუცილებელია სახელმწიფო დონეზე სტანდარტის დაწესება, რომელიც კერძო და საჯარო კლინიკებში არსებულ მძიმე შრომის პირობებს დაარეგულირებს.

სამუშაო დროსთან ერთად მნიშვნელოვანია სამუშაო მოცულობის საკითხი და რეგულირება. კვლევაში მონაწილე ექთნების უმრავლესობისთვის სამუშაო დატვირთვა ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორია სამსახრიდან წამოსვლის და ზოგადად, საექთნო პროფესიის მიტოვების. აღნიშნული საკითხი გარკვეულ წილად, ებმის პაციენტთა და ექთანთა რაოდენობრივ შეფარდებას და ასევე, გამოკვეთს ვალდებულებათა იმ დიდ ჩამონათვალს, რისი შესრულებაც ექთნებს უწევთ. აუცილებელია შემუშავდეს საკანონმდებლო რეგულაციები ექთნების ყოველდღიურ სამუშაოს მოცულობასთან და პაციენტების რაოდენობასთან დაკავშირებით.

ჩატარებული წინამდებარე კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შეგვიძლია გამოვყოთ საქართველოში დასაქმებულ ექთანთა შრომით-სამართლებრივი ურთიერთობის თანმდევი შემდეგი სახის პრობლემები:

5.1. სამუშაო დრო და ზეგანაკვეთური ანაზღაურება

სამუშაო დრო ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია შრომით-სამართლებრივ ურთიერთობაში. დასაქმებული სწორედ ნამუშევარი საათების მიხედვით იღებს ხელფასს. სამუშაო დრო ასევე უკავშირდება დასაქმებულთა ჯანმრთელობას, შრომის ნაყოფიერებას, დასაქმებულთა პირად და სამოქალაქო ცხოვრებისათვის დათმობილ დროს.

ნორმირებული სამუშაო საათები კვირაში დადგენილია იმისათვის, რომ დასაქმებულის ჯანმრთელობას დიდხნიანი მუშაობის შედეგად ზიანი არ მიაღწეს. შესაბამისად კანონმდებელს სხვა ყველაფერთან ერთად სურს დაიცვას დასაქმებულის ჯანმრთელობა და სიცოცხლე.

საქართველოს შრომის კოდექსის მე-14 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად დამსაქმებლის მიერ განსაზღვრული სამუშაო დროის ხანგრძლივობა, რომლის განმავლობაშიც დასაქმებული ასრულებს სამუშაოს, არ უნდა აღემატებოდეს კვირაში 40 საათს, ხოლო სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის მქონე საწარმოში, სადაც წარმოების/შრომითი პროცესი ითვალისწინებს 8 საათზე მეტი ხანგრძლივობის უწყვეტ რეჟიმს, – კვირაში 48 საათს. სპეციალური სამუშაო რეჟიმის დარგების ჩამონათვალს განსაზღვრავს საქართველოს მთავრობა. სამუშაო დროში არ ითვლება შესვენების დრო და დასვენების დრო (საქართველოს შრომის კოდექსი, 2019).

საქართველოში ზემოთ აღნიშნული ორი მუხლიდან მოქმედია 48 საათიანი სამუშაო კვირის განმარტების შესახებ ჩანაწერი, რადგან საქართველოს მთავრობის მიერ დადგენილ დარგთა ჩამონათვალში ქვეყანაში არსებული თითქმის ყველა ეკონომიკური საქმიანობა და სფერო შედის. სამწუხაროდ არ არსებობს ქმედითი მექანიზმი 40 საათიანი სამუშაო კვირის შესახებ მუხლის აღსრულებისთვის. კანონის დამრღვევის მიმართ არ არსებობს სანქცია.

გაურკვეველია, არის თუ არა ვალდებული დამსაქმებელი აწარმოოს დასაქმებულთა სამუშაო დროის აღრიცხვა. აღრიცხვის გარეშე ხშირად რთულია დასაქმებულის მიერ ნამუშევარი საათების დათვლა. თუ ამას თავად დამსაქმებელიც

ვერ აკონტროლებს, რა თქმა უნდა, ამის კონტროლს ვერ მოახდენს სახელმწიფო. აქედან გამომდინარე, სრულიად უფუნქციოდ რჩება შრომის კოდექსის მე-14 მუხლი.

როგორც უკვე ავლინებთ, სამუშაო დრო პირდაპირ კავშირშია დასაქმებულის ჯანმრთელობასთან. თუმცა ამასთან ერთად ზოგიერთი პროფესიის მქონე დასაქმებულის მიერ ჭარბმა და არანორმირებულმა სამუშაოს შესრულებამ, შესაძლოა სხვა ადამიანებსაც შეუქმნას საფრთხე. ერთ-ერთი ასეთი პროფესიაა ექთანი. კვლევის შედეგები კითხვის ნიშნის ქვეშ სვამს საკითხს, შესაძლებელია თუ არა პაციენტის ჯანმრთელობას ზიანი სამუშაოთი გადაღლილმა ექთანმა შეუქმნას?

საკონსტიტუციო სასამართლომ საქმეზე N2/2/565 აღნიშნა, რომ „შრომის თავისუფლება, უდავოდ, ფარავს პირის უფლებას, შეთანხმდეს იმ სამუშაოს შესრულებაზე, რომელიც მას სურს და მისთვის არის მისაღები, ხოლო შრომის შედეგად მიღებულ შემოსავალზე პირის სასიცოცხლო დამოკიდებულებამ შეიძლება შექმნას ვითარება, რომლის ფარგლებშიც დასაქმებული იძულებული გახდება, დათანხმდეს მისთვის შემოთავაზებულ, ამკარად კაბალურ სამუშაო პირობებს, რაც სახელშეკრულებო თავისუფლების ფარგლებში დასაქმებულისათვის სამართლებრივი თვალსაზრისით, თავისუფალი არჩევანის არსებობის მიუხედავად, რეალურად შეიძლება შრომით იძულებას წარმოადგენდეს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ადამიანთა შრომის თავისუფლების გარანტირებისათვის, გარკვეულ შემთხვევაში, საჭიროა შრომითი ურთიერთობების სახელმწიფოს მიერ რეგულირება, დასაქმებულის დასაცავად გარკვეული იმპერატიული ნორმების დადგენა, რომელიც დაიცავს მას დამსაქმებლის თვითნებობისაგან და გამორიცხავს დამსაქმებლის შესაძლებლობას, აიძულოს დასაქმებულები, იმუშაონ მათ ღირსებასა და შრომის თავისუფლებასთან არათავსებად პირობებში“.

უმნიშვნელოვანესია იგივე საქმეზე საკონსტიტუციო სასამართლოს განმარტება სამუშაო დროსთან დაკავშირებით: „საქართველოს კონსტიტუციის 30-ე მუხლის პირველი და მე-4 მუხლების მიზანია, უზრუნველყოს ადამიანის ღირსებასთან თავსებადი, მეტწილად მისი სურვილით არჩეული შრომითი პროცესი. სამუშაო დროის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვანი ელემენტია ადამიანის შრომის თავისუფლების

ეფექტური რეალიზებისათვის. გადაჭარბებულად დიდმა სამუშაო დროის ხანგრძლივობამ, რომელიც არ აძლევს დასაქმებულს ნორმალურად დასვენების და ენერჯის აღდგენის შესაძლებლობას, შეიძლება შეუქმნას საფრთხე მის ჯანმრთელობას ან ნორმალურ სოციალურ ყოფაცხოვრებას. იმ შემთხვევაში, თუ სახელმწიფო არ დაიცავს ადამიანებს ასეთ პირობებში მუშაობისაგან, ის ფაქტობრივად აიძულებს მათ, იმუშაონ საკუთარი ჯანმრთელობის ან სოციალური ცხოვრების ხარჯზე, ან დარჩნენ შემოსავლის გარეშე. ამკარაა, რომ პირის მიერ ასეთ პირობებში მუშაობის არჩევა გამოწვეულია მხოლოდ მისთვის სხვა არჩევანის არარსებობით, შესაბამისად, მის მიერ სამუშაოს შესრულება უფრო მეტად ემსგავსება იძულებას, ვიდრე შრომის თავისუფლების რეალიზებას“ (საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლო, 2016).

წინამდებარე კვლევამ გამოკვეთა საქართველოს შრომის კოდექსში არსებული ხარვეზები. ერთ-ერთი ასეთი ხარვეზია კვირაში სამუშაო დროის მაქსიმალური, ზღვრული ოდენობის არარსებობა.

გასათვალისწინებელია, რომ შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტის მოსაზრებით, „ზეგანაკვეთური სამუშაო შესაძლებელია მივიჩნიოთ როგორც იძულებითი შრომა, თუ მისი ლიმიტი განუსაზღვრელია ეროვნული კანონმდებლობით ან შეუთანხმებელია კოლექტიური ხელშეკრულებით. ასეთ შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, რომ მომუშავეებს თეორიულად აქვთ უფლება უარი განაცხადონ სამუშაოზე, პრაქტიკულად მათი ნებაყოფლობა ნიშნავს იმას, რომ ისინი იძულებულნი არიან მინიმალური ხელფასის მისაღებად და სამუშაოს შესანარჩუნებლად აიტანონ ასეთი მდგომარეობა.“

კვლევამ გამოკვეთა, რომ ზეგანაკვეთური სამუშაოს მაქსიმალური ოდენობის არარსებობა მკვეთრად აუარესებს ექთანთა შრომის მდგომარეობას. მედ. მუშაკების ხელფასი საათობრივი ტარიფით განისაზღვრება. იმის გამო, რომ ექთანთა საათობრივი ანაზღაურება ძალიან მცირეა, ეს, გარკვეულ წილად, აიძულებს მათ ზეგანაკვეთურად იმუშაონ, რათა საბოლოო თვიური ხელფასი გაიზარდონ. საავადმყოფოები სარგებლობენ ექთნების მძიმე სოციალური და ეკონომიკური

მდგომარეობით. ისინი ახალისებენ ამ პრაქტიკას, თუმცა გადამწვარი ექთნის მიერ დაშვებულ შეცდომაზე პასუხისმგებლობას სრულად ირიდებენ. მნიშვნელოვანია, ხაზი გავუსვათ იმას, რომ მედ. პერსონალის მიერ დაშვებული ყველა ის შეცდომა, რაც მისი გადაღლილობით და სამუშაო დატვირთვით არის გამოწვეული, ასევე არის საავადმყოფოს ადმინისტრაციის პასუხისმგებლობა, რადგან ისინი არიან სამუშაო ადგილზე ასეთი საკადრო პოლიტიკის და სტრუქტურის კვლავმწარმოებლები.

როდესაც სახელმწიფო ვერ აკონტროლებს დასაქმებულთა სამუშაო დროს, ხოლო კომპანია შეგნებულად არ აკეთებს ამას, დასაქმებულს რჩება ერთადერთი გზა: მიმართოს სასამართლოს. თუმცა აქ გასათვალისწინებელია, რომ თუ იგი ზეგანაკვეთური სამუშაოს ანაზღაურებას ითხოვს, სწორედ მას უწევს დაამტკიცოს, რომ ასეთი სამუშაო შეასრულა. სამწუხაროდ, იმ პირობებში როდესაც დამსაქმებელი უმეტესწილად სამუშაო დროს არ აღრიცხავს, თითქმის შეუძლებელია ასეთი მტკიცებულების ქონა.

ამასთან ჩვენ უნდა გავითვალისწინოთ, თუ ვინ მიდის დღეს სასამართლოში და რამდენად ეფექტურია სასამართლოს გზით დავის განხილვა. უპირველეს ყოვლისა, სასამართლოში დავის წარმოების მიზნით მიდიან ძირითადად ის დასაქმებულები, რომლებმაც სამუშაო ადგილი უკანონოდ დაკარგეს. სასამართლოში დავა მიმდინარეობს მაშინ, როდესაც მხარეთა შორის ურთიერთობა გაწყდება. შრომითი ურთიერთობის არსებობის პერიოდში მშრომელები საკუთარი უფლებრივი მდგომარეობის გამოსწორების მიზნით სასამართლოს, როგორც წესი, არ მიმართავენ. ვინაიდან მათ აქვთ სამსახურის დაკარგვის შიში. სასამართლოსადმი მიმართვიანობას აფერხებს ისიც, რომ დავის განხილვა წლობით შეიძლება გაგრძელდეს. ვინაიდან შრომითი ურთიერთობების უმეტესობა არ არის ხანგრძლივი და მშრომელებს ხშირად უწევთ სამუშაო ადგილების შეცვლა. ხოლო, მაშინ როდესაც სასამართლო რაიმე გადაწყვეტილებას გამოიტანს, დიდი ალბათობით მისი აღსრულების ინტერესი მომჩივან მხარეს დაკარგული აქვს.

კვლევის შედეგები ზეგანაკვეთური სამუშაოს ანაზღაურების შესახებ ძალიან მძიმეა. გამოკითხულ ექთანთა 98.10%-ს დამსაქმებელი არ უხდის ზეგანაკვეთური

სამუშაოსთვის შესაბამის ანაზღაურებას. ფაქტორბივად, ადამიანები შრომობენ ანაზღაურების გარეშე და აღნიშნული ქმედება არ უნდა იქნეს განხილული როგორც შრომით-სამართლებრივი საკითხი, რადგან საქართველოს შრომის კოდექსის მიხედვით: „შრომითი ურთიერთობა არის შრომის ორგანიზაციული მოწესრიგების პირობებში დასაქმებულის მიერ დამსაქმებლისათვის სამუშაოს შესრულება ანაზღაურების სანაცვლოდ. შესაბამისად ის ნამუშევარი, რომელიც არ ანაზღაურდა თამამად შეიძლება მიჩნეულ იქნეს იძულებით შრომად და მონობად.

სამუშაო დრო პირდაპირ კავშირშია უსაფრთხო შრომასთან. გარდა ამისა თანამედროვე საზოგადოებაში ადამიანს უნდა მიეცეს იმის საშუალება, კავშირი ჰქონდეს სამუშაოსგან დამოუკიდებელ სამყაროსთან, წარმართოს პირადი ცხოვრება, მიიღოს მონაწილეობა სხვადასხვა საზოგადოებრივ აქტივობაში. დასაქმებულს უნდა ჰქონდეს თავისუფალი დრო იმისთვის, რომ იგი თავისუფალი ნების საფუძველზე განკარგოს.

„ევროპარლამენტისა და საბჭოს №2003/88/EC დირექტივის „სამუშაო დროის ორგანიზების გარკვეული ასპექტების შესახებ“ მე-6 მუხლის „ბ“ პუნქტის შესაბამისად, წევრმა სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ საჭირო ზომები იმის უზრუნველსაყოფად, რომ მუშაკთა შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის მოთხოვნების გათვალისწინებით სამუშაო დროის საშუალო ხანგრძლივობა ყოველი შვიდდღიანი პერიოდისთვის ზეგანაკვეთური სამუშაოს ჩათვლით არ აღემატებოდეს 48 საათს (European Union (The EU Parliament and the Council), 2003).

სახელმწიფომ საკანონმდებლო აქტებით უნდა აღიაროს, რომ აუცილებელია დასაქმებულებს მიეცეთ დასვენების დღეები, როგორც ფიზიკური ასევე ფსიქოლოგიური დასვენების მიზნით. აღნიშნული დასვენების დღეები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ პირთათვის, რომელთა სამუშაო გარემო როგორც წესი, სტრესულია.

ამასთან გადაჭარბებული დროით მუშაობის შემდეგ დასაქმებული შედარებით არაპროდუქტიულია, რაც შესასრულებელ სამუშაოზეც აისახება. არაჯეროვნად შესრულებულ სამუშაოზე კი დამსაქმებელი პასუხისმგებლობას დასაქმებულს

აკისრებს. კომპანიები ხშირად აღნიშნული საფუძვლით დასაქმებულებს სამსახურიდანაც ათავისუფლებენ.

წინამდებარე კვლევამ აჩვენა, რომ დასაქმებულთათვის რეალური პრობლემაა ზეგანაკვეთური ანაზღაურების ოდენობის განსაზღვრა.

ამ დრომდე შრომის კოდექსის მიერ მოუგვარებელ პრობლემად რჩება ასევე ზეგანაკვეთური ანაზღაურების ოდენობის დადგენა. შრომის კოდექსში არსებული ჩანაწერი, რომ ზეგანაკვეთური სამუშაო უნდა ანაზღაურდეს ხელფასის საათობრივი განაკვეთის გაზრდილი ოდენობით, არის ბუნდოვანი და უმეტეს შემთხვევაში, მხარეთა შორის დავის წარმოშობის მაპროვოცირებელი.

უფრო მეტიც, როგორც წესი ზეგანაკვეთური ანაზღაურების ოდენობაზე ჩანაწერი საერთოდ არ არის ხელშეკრულებაში, მაშინ როდესაც, როგორც ჩვენი კვლევაც აჩვენებს დასაქმებულთა უმეტესობას უწევს ზეგანაკვეთური სამუშაოს შესრულება.

საჭიროა კანონმდებელმა უკეთესად, არაორაზროვნად ასახოს კანონმდებლობაში ზეგანაკვეთური ანაზღაურების ოდენობა და გაცემის წესი.

კვლევამ ასევე გამოკვეთა, რომ საჭიროა ღამის სამუშაოზე დასაქმებულებს კანონმდებლობით მიენიჭოთ დამატებითი უფლებები. თუმცა მანამდე საჭიროა შრომის კოდექსით ნათლად გამოიკვეთოს, თუ ვინ ასრულებს ღამის სამუშაოს.

5.2. შესვენებისა და დასვენების დრო

ექთნების შრომის პირობების შესახებ კვლევამ აჩვენა, რომ შესვენებისა და დასვენების დროის გამოყენების საკითხი დასაქმებულთათვის პრობლემატურია. ვინაიდან ისინი, როგორც წესი, სრულყოფილად ვერ იყენებენ დასვენების და შესვენების დროებს.

დასვენების დრო არის სამუშაო დროებს შორის, ხოლო შესვენების დრო სამუშაო დროის შუალედში არსებული პერიოდი, რომელიც დასაქმებულს შეუძლია თავისუფლად განკარგოს საკუთარი შეხედულებისამებრ (European Council , 2000).

მართალია, დირექტივა 2003/88/EC შესვენების დროის პირდაპირ რეგულირებას არ ახდენს, თუმცა მის მეოთხე მუხლში ვკითხულობთ, რომ თუ სამუშაო დრო ექვს საათს აღემატება, მაშინ დასაქმებული უნდა იყოს უზრუნველყოფილი შესვენებით. აღნიშნული დირექტივა ასევე ლიმიტს აწესებს ცვლაში მუშაობისა და ღამით მუშაობის დროებში.

ექთნების უმეტესობას უწევს ღამის სამუშაოს შესრულება. დირექტივა 2003/88/EC შესაბამისად, ღამის საათებში დასაქმებულის მუშაობა არ უნდა აღემატებოდეს 24 საათიან პერიოდში 8 საათს. აგრეთვე ღამის საათებში მომუშავე პირმა, რომელიც ასრულებს ფიზიკურად ან ფსიქოლოგიურად მძიმე სამუშაოს, არ უნდა იმუშაოს 8 საათზე მეტ ხანს იმ 24 საათიან პერიოდში, რომელშიც ის ასრულებს ღამის სამუშაოს (მუხლი 8). აქვე დირექტივა ღამის საათებში მომუშავეებისათვის აწესებს უფასო სამედიცინო შემოწმების ინსტიტუტს, რომლის მიხედვითაც დასაქმებულები უფასოდ უნდა გაისინჯონ და შემოწმებული უნდა იყოს მათი ჯანმრთელობა, რადგან გაირკვეს არიან თუ არა ისინი ფიზიკურ შესაბამისობაში ღამის სამუშაოსთან. ამასთან, განგრძობადმა პერიოდულმა კვლევებმა უნდა დაადგინოს რა გავლენას ახდენს ღამის სამუშაო დასაქმებულთა ჯანმრთელობაზე.

სახელმწიფომ უნდა გაატაროს ყველა ღონისძიება იმისათვის, რათა სრულყოფილად იქნეს დაცული დასაქმებულთა უსაფრთხოება და ჯანმრთელობა, რისთვისაც უნდა განისაზღვროს მაქსიმალური სამუშაო დრო ადეკვატური დასვენებისა და შესვენების დროები და სხვ.

დასვენებასა და შესვენების უფლებაზე ასევე მიუთითებს ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების შესახებ ევროკავშირის ქარტიის 31-ე მუხლი, რომლის მიხედვით, ყველა დასაქმებულს აქვს უფლება როგორც ყოველდღიურ, ასევე ყოველკვირეულ დასვენებაზე.

გასათვალისწინებელია, რომ ევროკავშირის ქვეყნების სასამართლომ არაერთ გადაწყვეტილებაში აღნიშნა, რომ სამუშაო დროდ ითვლება ის დროც, რომლის განმავლობაში ის იმყოფებოდა სამუსაო ადგილას დამსაქმებლის მითითებით, მაგრამ არ ასრულებდა სამუშაოს. საქართველოში ექთნების სამუშაო პრაქტიკამ კი აჩვენა, რომ როგორც წესი ისინი შესვენების დროს თუ იყენებენ, აღნიშნული პერიოდს ვერ განკარგავენ საკუთარი ნების შესაბამისად და ყოველ წუთას გამოძახების მოლოდინში არიან.

საქართველოს შრომის კოდექსის მიხედვით, სამუშაო დრო და დასვენების დრო არის შრომის ხელშეკრულების არსებითი პირობები. სამუშაო დროში არ ითვლება შესვენებისა და დასვენების დრო. ამასთან სამუშაო დღეებს (ცვლებს) შორის დასვენების ხანგრძლივობა არ უნდა იყოს 12 საათზე ნაკლები. სამწუხაროდ აღნიშნული დათქმა, ხშირ შემთხვევაში, ვერ მუშაობს, ვინაიდან კვლევამ აჩვენა, რომ ექთნების უმრავლესობა მინიმუმ ორ სამსახურში არის დასაქმებული. შესაბამისად ხშირად ექთნებს ვერ ეძლევათ საშუალება გამოიყენონ 12 საათიანი დასვენების დრო. მძიმე სოციალური და ეკონომიკური პირობების გამო, აღნიშნულის კონტროლი არც დასაქმებულებს და არც დამსაქმებელს აწეობს.

ვინაიდან საქართველოს შრომის კოდექსში არ არის მოცემული არც დასვენების და არც შესვენების დროების დეფინიცია და მასში ასევე არ არის განსაზღვრული დასაქმებულთათვის სავალდებულო შესვენების დროის ხანგრძლივობა (აღნიშნული საქართველოს კანონმდებლობამ მთლიანად მხარეთა შესათანხმებელ პირობად დატოვა), მოუწესრიგებელი შიდა ნორმატიული აქტების, უმეტესწილად შინაგანაწესისა და წერილობითი ხელშეკრულების არარსებობის ფონზე, დასაქმებულები ვერ იყენებენ შესვენების დროს ჯეროვნად.

რიგ შემთხვევებში, მიუხედავად იმისა, რომ ექთნებს ხელშეკრულებით ან შინაგანაწესით განსაზღვრული აქვთ შესვენების დრო, პრაქტიკაში მას ვერ იყენებენ ჯეროვნად. აღნიშნულს განაპირობებს:

1. როგორც ექთნების ნაწილი პირად საუბრებში ამბობს, სამუშაო ადგილებზე, ზოგიერთ შემთხვევაში, საერთოდ არ არსებობს დასაქმებულთა მოსასვენებელი ოთახ(ებ)ი .
2. შესვენების დროს ექთნები ვერ განკარგავენ პირადი სურვილის შესაბამისად და სულ არიან „გამომახების მოლოდინში“. არ აქვთ უფლება დატოვონ სამუშაო ადგილი.
3. კადრების რაოდენობის სიმცირის გამო, ექთნებს თავად უწევთ უარის თქმა შესვენების დროის გამოყენებაზე, რათა სხვა დასაქმებულები არ ჩააგდონ გაუარესებულ მდგომარეობაში.

5.3. სამართლებრივი რეკომენდაციები

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, კვლევის შედეგების მიერ წამოჭრილი პრობლემებისა და მანკიერი პრაქტიკის აღმოსაფხვრელად, სხვადასხვა აქტივობებთან ერთად მიგვაჩნია, რომ დაუყოვნებლივ საჭიროა:

საქართველოს შრომის კოდექსში შევიდეს შემდეგი სახის ცვლილებები:

ა. ევროკავშირის დირექტივებისა, სხვა საერთაშორისო რეკომენდაციებისა და ნორმატიული აქტების შესაბამისად საქართველოს შრომის კოდექსში დაიხვეწოს სამუშაო დროის მარეგულირებელი ნორმები. კერძოდ:

- ❖ დადგინდეს დამსაქმებლის ვალდებულება აღრიცხოს დასაქმებულთა მიერ ნამუშევარი საათების ოდენობა. დასაქმებულებს მიენიჭოს აღნიშნული ინფორმაციის მიღების უფლებამოსილება.
- ❖ განისაზღვროს ზეგანაკვეთური სამუშაოს მაქსიმალური საათობრივი ოდენობა კვირაში.
- ❖ განისაზღვროს ზეგანაკვეთური სამუშაოს ანაზღაურების მინიმალური ოდენობა.
- ❖ განისაზღვროს ყოველდღიური სამუშაო დროის მაქსიმალური ოდენობა.
- ❖ საქართველოს შრომის კოდექსმა განმარტოს შესვენებისა და დასვენების დროების შინაარსი.
- ❖ დადგინდეს ყოველდღიური შესვენებს დროის სავალდებულო მინიმალური ოდენობა.
- ❖ დადგინდეს ღამის სამუშაოზე დასაქმებული პირისათვის დამატებითი უფლებამოსილებები, როგორც არის: დამატებითი შესვენების და დასვენების დროების გამოყენება, უფასო პერიოდული სამედიცინო შემოწმება, ანაზღაურების გაზრდილი ტარიფი და ა.შ.
- ❖ დადგინდეს ღამის სამუშაოს მაქსიმალური საათობრივი ზღვარი.

ბ. საქართველოს კანონმდებლობით უნდა დადგინდეს ექთნებისა და პაციენტების რაოდენობის მაქსიმალური თანაფარდობა ერთ სამუშაო დღეში. აქვე გვსურს ავღნიშნოთ, რომ მსგავსი საკანონმდებლო აქტი შესაძლებელია შემუშავებულ იქნეს მხოლოდ და მხოლოდ ფართომასშტაბიანი და ღრმა კვლევების საფუძველზე.

გ. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შრომის პირობების ინსპექტირების დეპარტამენტს საჭიროა მიენიჭოს უფრო ფართო უფლებამოსილება, ვიდრე დღეს აქვს, რათა სრულად, თავისუფლად და ობიექტურად შეძლოს სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულ მშრომელთა სამუშაო პირობების ინსპექტირება.

6. ძირითადი მიგნებები

- ❖ კვლევის ერთ-ერთ მთავარ და საგანგაშო მიგნებას წარმოადგენს ექთნის საქმიანობის მავნეობა და სიმძიმე. არსებული შრომის პირობების მდგომარეობით ექთნების სამუშაო უნდა შედიოდეს მძიმე, მავნე და საშიშპირობებიან სამუშაოთა ნუსხაში.
- ❖ გამოკითხული ექთნების 91% ქალია. დანარჩენი 9% ძირითადად სტუდენტია, რომელიც ექიმის პროფესიას ეუფლება.
- ❖ კვლევამ აჩვენა, რომ ექთნები ერთ-ერთი ყველაზე დაბალანაზღაურებადი სამუშაო ძალაა ქვეყანაში. კერძოდ გამოკითხულთა 84.6%-ის ხელფასი 500 ლარზე ნაკლებია.
- ❖ სამედიცინო დაწესებულებებში არ არსებობს შრომის უფლებების რეგულირების მინიმალური სტანდარტები.
- ❖ გამოკითხულთა 95% 40 საათზე მეტს მუშაობს.
- ❖ გამოკითხულთა 100% არ იღებს ზეგანაკვეთური სამუშაოსთვის ანაზღაურებას.
- ❖ გამოკითხულთაგან არც ერთს აქვს შესვენების დადგენილი გრაფიკი.
- ❖ გამოკითხულთა 69% უკმაყოფილოა ცვლაში შესვენების დროით, ხოლო 30,5% ვერ სარგებლობს შებამისი ანაზღაურებადი შვებულებით.
- ❖ ექთნების 87%-ს არ აქვს მოსასვენებელი ოთახი სამუშაო ადგილზე, ხოლო 80%-ს არ მიუწვდება ხელი სასადილოზე.
- ❖ არც კერძო და არც სახელმწიფო დონეზე არ არსებობს სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულთა სამუშაოს სიმძიმისა და დატვირთვის შესახებ რეგულაცია.
- ❖ საშუალოდ ერთი ექთანი ემსახურება 11 პაციენტს.
- ❖ ხელფასის სიმწირის გამო, გამოკითხულ ექთანთა 20,4% დასაქმებულია სხვა სამსახურშიც.
- ❖ ექთნების 91,7% სხვა სამსახურის ქონის მიზეზად დაბალ ხელფასს ასახელებს.
- ❖ მეორე სამსახურში სხვა პროფესიით დასაქმებულია გამოკითხულთა 31%.

- ❖ ექთნების უმრავლესობას უწევს, როგორც პაციენტის მოვლა, ასევე სხვა საქმიანობის შესრულებაც. მაგ: გამოკითხული ექთნების 59,1% აღნიშნავს, რომ მათ უწევთ პალატებისა და განყოფილების ფართის დალაგებაც; ხოლო 46,6% ითვისებს ბიუროკრატიულ საქმიანობას.
- ❖ ექთნების 74,5% ხაზს უსვამს კლინიკებში სამუშაოს არასწორ დანაწილებას.
- ❖ გამოკითხულთა 57,7% ძალიან უკმაყოფილოა სამუშაოთი.
- ❖ გამოკითხულთა 72,8% 10 წელზე მეტი ერთ სამუშაო ადგილზეა დასაქმებული.
- ❖ 84,1% მიიჩნევს, რომ ფიზიკური დატვირთვა შეიძლება გახდეს სამსახურიდან წავლის მიზეზი.
- ❖ 50,7% მიუთითებს მენეჯმენტის მხრიდან ცუდ დამოკიდებულებას სამსახურის შესაძლო დატოვების მიზეზად.
- ❖ მიუხედავად, იმისა, რომ ქვეყანაში ექთნების რაოდენობა არაა სამარისი, გამოკითხულთა 89,5% დაბალ ხელფასს და 51,3% დაუფასებელ შრომას ასახელებს ექთნის პროფესიაზე უარის თქმის შესაძლოს მიზეზებად.
- ❖ ნიშანდობლივია ის ფაქტიც, რომ ექთნების 85,5% საერთოდ არაა სავადმყოფების მართვის პროცესში ჩართული, ხოლო მათი 76% სრულებით გამორიცხულია განყოფილების მართვიდან.
- ❖ საავადმყოფებს ხშირად მართავენ ბიუროკრატები. მაგ: კვლევიდან დგინდება, რომ გამოკითხულთა 88% მიუთითებს, იმაზე, რომ მენეჯერები სრულიად აკონტროლებენ საავადმყოფოს მართვის ყველა ასპექტს.
- ❖ გამოკითხული ექთნების 85,9% სახელმწიფო კონტროლის და რეგულაციების აღდგენასა და გამკაცრებას, ხოლო 76,7% სამეციდინო დაწესებულებების ნაციონალიზაციას ასახელებენ ჯანდაცვის სისტემაში პრობლემების გადაჭრის მთავარ გზად.

7. დასკვნა და რეკომენდაციები

ექთნების შრომის პირობების შესახებ კვლევამ გამოვლინა, რომ ჯანდაცვის სფეროში უმნიშვნელოვანესია შრომის პირობების გაუმჯობესება. მაშინ როდესაც სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე მედ. პერსონალის შრომის პირობები შემაშფოთებლად მძიმეა, შეუძლებელია რომელიმე კლინიკას ხარისხიან ჯანდაცვაზე ჰქონდეს აქცენტი.

კვლევა აჩვენებს, რომ დასაქმებული ექთნების 95%-ზე მეტს უწევს ხანგრძლივი ცვლებით კვირაში 40 საათზე მეტი მუშაობა (მაგ: გვხვდება 16 და 24 საათიანი ცვლები; 72 საათში 48 საათიანი სამუშაო დროც, სადაც შესვენება ან დასვენება თითქმის არ არსებობს). ამასთანავე, ექთნების 79,1%-ს უწევს ცვლაში 11 ან მეტი პაციენტის მომსახურება. აქედან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ ექთნები მაღალი სამუშაო დატვირთვის გამო ხშირად „გადაიწვებიან“. დაქანცულობა და სამუშაო დატვირთვა არის ძირითადი მიზეზები იმისა, რომ პაციენტები უკმაყოფილო რჩებიან მიწოდებული სერვისის ხარისხით. „გადაწვა“ აქვეითებს ექთნების შრომისუნარიანობას და აძლიერებს მათ ფიზიკურ და გონებრივ გადაღლას. ექთნებში მატულობს სტრესი და მდეღვარება.

აღსანიშნავია, რომ ასეთ პირობებში მუშაობა საფრთხელ უქმნის პაციენტების და ამავედროულად, ექთნების უსაფრთხოებას. ტენდენცია აჩვენებს, რომ იზრდება ექთნების სამუშაოთი უკმაყოფილება და მათ უჩნდებათ სამუშაოს დატოვების სურვილი. კვლევა ცხადჰყოფს, რომ გამოკითხული ექთნების 84,1% ფიზიკურ დატვირთვას და 71,1% ფისქოლოგიურ სტრესს ასახალებენ სამსახურიდან წასვლის გამომწვევ მთავარ სურვილად.

თუმცა, ყველაზე დიდი პრობლემა, რაც სამუშაო დატვირთვასთან ერთად მკვეთრად ამძიმებს დასაქმებულთა მდგომარეობას, არის ხელფასი. ექთნების 86,6% თვიურად იღებს 500 ლარზე ნაკლებ ხელფასს, ხოლო ექთნების 67,2%-ის საოჯახო შემოსავლი არ აღემატება თვეში 1000 ლარს. მიუხედავად იმისა, რომ მათ უწევთ

ზეგანაკვეთური სამუშაოს შესრულებაც, ექთნების 98,1% საერთოდ არ იღებს ზეგანაკვეთურ ანაზღაურებას.

ექთნების ავტონომია და მათი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართვა საკმაოდ იშვიათია სამედიცინო დაწესებულებებში. გამოკითხულთა მხოლოდ 3% აღნიშნავს, რომ მათი აზრი გათვალისწინებულია კლინიკის მართვის პროცესში და 4,5% ამბობს, რომ ისინი ჩართული არიან განყოფილების მართვის პროცესში.

აღნიშნული კვლევა, ავლენს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ხარვეზები მეტ წილად უკავშირდება მედ. პერსონალის შრომის პირობების კაბალურობას, ვიდრე იმ გავრცელებულ მოსაზრებებს, რომლებსაც ხშირად აღნიშნავენ ხოლმე (მაგ. მოუწესრიგებელი ინფრასტრუქტურა, მაღალტექნოლოგიური აღჭურვილობის ნაკლებობა, მედ. პერსონალის არაპროფესიონალიზმი და განათლების დავალი დონე). კვლევის მიხედვით, ექთნების 79,9% ჯანდაცვის სფეროს მთავარ პრობლემად ასახელებს საავიაციოებისა თუ სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაციას, ხოლო ექთნების 85,9% სახელმწიფო კონტროლის არარსებობას.

სამედიცინო დაწესებულებების მასიურმა პრივატიზებამ ბოლო წლებში ვერ გამოასწორა ექთნების შრომის პირობები. მან ხელი ვერ შეუწყო პაციენტებისთვის შესაბამისი ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებას. უფრო მეტიც, კლინიკების უმრავლესობაში გაიზარდა სამუშაო დატვირთვა და შემცირდა, ან იგივე დარჩა ხელფასი.

გამოკითხულთა უმრავლესობა, კერძოდ 85,9% მომხრეა სახელმწიფო რეგულაციები დაწესდეს კერძო სამედიცინო დაწესებულებებზე ან გამკაცრდეს არსებული. ექთნების 76,7% მიიჩნევს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების სახელმწიფოს საკუთრებაში დაბრუნება დაეხმარება ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემების გადაჭრას.

ამ მოსაზრებებთან ერთად, მნიშვნელოვანია გათვალისწინებულ იქნას შემდეგი რეკომენდაციებიც:

- ❖ საჭიროა სახელმწიფომ და საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა ამ კუთხით აწარმოონ კვლევები, რათა მოხდეს პრობლემების სიღრმისეული გამოკვლევა და მათი გადაჭრისთვის სამოქმედო გეგმის მომზადება.
- ❖ ძლიერი პროფკავშირული მოძრაობა გადამწყვეტია ექთნების სიტუაციის გამჯობესებაში, როგორც სამუშაო ადგილზე, ასევე, მის გარეთ.
- ❖ როგორც განყოფილების, აგრეთვე სავადმყოფოს მართვის პროცესში ექთნების ჩართვა (ან სხვა სახის სამედიცინო დაწესებულების) გახდის სამუშაო ადგილებს სტრუქტურულად მოწესრიგებულს.
- ❖ აუცილებელია მინიმალური საათობრივი ანაზღაურების დაწესება, რაც შეზღუდავს ერთზე მეტი სამსახურის ქონას და მისგან გამოწვეულ გადაღლილობასა და დაშვებულ შეცდომებს.
- ❖ სამართლებრივი კუთხით მნიშვნელოვანია შრომის კოდექსში ცვლილებების განხორცილება, რომელიც გავრცელდება ჯანდაცვის სფეროზე.
- ❖ შრომის ისნპექციამ უნდა შეიმუშავოს განსაკუთრებული მიდგომა ჯანდაცვის სფეროსთან მიმართებით, სფეროს სპეციფიკიდან გამომდინარე.

ბიბლიოგრაფია

- Buchan, M. J., Temido, M., Fronteira, I., & Lapão, L. V. (February 2013 r.). Nurses in advanced roles: A review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi: 10.1590/S0104-11692013000700006 · Source: PubMed
- 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.
- European Council . (2000). European Industrial Relations Dictionary, Rest Periods. Получено из https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/rest-periods?fbclid=IwAR2C6TfQc-UCXTLi7zq2nD6wAQnw9Ad8cTdpQb_c-YYilxfiBH3BXuCJQ
- European Union (The EU Parliament and the Council). (2003). Directive 2003/88/EC of the European Parliament and of the Council of 4 November 2003 concerning certain aspects of the organisation of working time. Получено из <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32003L0088>
- Griffiths, P. e. (2014). . “Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety”. *Medical Care*, 52(11).
- H.R.2392 - Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2017. (2017). (b) *MINIMUM DIRECT CARE REGISTERED NURSE-TO-PATIENT RATIOS*.
- International Labour Organization. (1977). C149 - Nursing Personnel Convention, 1977 (No. 149). Geneva, Switzerland. Получено из https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312294
- Ordem do Enfermeiros. (30 Maio 2014 r.). Norma Para O Cálculo De Dotações Seguras Dos Cuidados De Enfermagem. Получено из https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

?fbclid=IwAR264EVIrgoWrlExXT37PBBg6mAllsDbSBASyE5dNV1M-
nwEzFtngRiRs94

- Ross, C., & Rogers, C. &. (2018). Safety culture and an invisible nursing workload. *Collegian*.
- Shin, S. &., Bae, J.-H. &., & Sung-Heui. (2018). Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Outlook*. 66. 10.1016/j.outlook.2017.12.002.
- 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).
- Thompson, B. J. (7 February 2019 r.). Does work-induced fatigue accumulate across three compressed 12 hour shifts in hospital nurses and aides? *PloS one*, 14,2. doi:10.1371/journal.pone.0211715
- Van Oostveen, C. J., & Mathijssen, E. &. (2015). Nurse staffing issues are just the tip of the iceberg: A qualitative study about nurses' perceptions of nurse staffing. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1300–1309.
- საქართველოს მთავრობა. (12 დეკემბერი 2013 რ.). სპეციფიკური სამუშაო რეჟიმის დარგების ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ. თბილისი, საქართველო: საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2118778?publication=0#DOCUMENT:1>
- საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლო. (19 აპრილი 2016 რ.). საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება; №2/2/565;. <https://matsne.gov.ge/document/view/3272760?publication=0>
- საქართველოს შრომის კოდექსი. (2019). საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1155567?publication=9>;
- საქართველოს შრომის კოდექსი. (2019). მუხლი 17. ზეგანაკვეთური სამუშაო. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1155567?publication=10#!>

დირსეული შრომითი ბარაბო



სარისხიანი ჯანდაცვის
სანიღარო!