

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

MILDA KAVALIAUSKAITĖ

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS
PACIENTAMS, COVID-19 PANDEMIJOS METU

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

doc. dr. *Gediminas Kazėnas*

VILNIUS

2021

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS PACIENTAMS, COVID-19
PANDEMIJOS METU

Sveikatos vadybos ir politikos studijų magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 6211JX074

Vadovas

_____ doc. dr. Gediminas Kazėnas

2021 -05

Recenzentas

2021

Atliko

_____ stud. Milda Kavaliauskaitė

2021-05

VILNIUS

2021

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	5
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	6
SANTRUMPOS	7
ĮVADAS.....	8
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS COVID-19 PANDEMIJOS METU TEORINIAI ASPEKTAI.....	11
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų samprata ir klasifikacija	11
1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos	16
1.3. COVID-19 pandemija ir taikomos karantino priemonės Lietuvoje	19
1.3.1. Pirmojo karantino Lietuvoje ribojimai.....	25
1.3.2. Antrojo karantino Lietuvoje ribojimai	28
1.4. COVID-19 pandemijos poveikis sveikatos priežiūros sistemai	30
1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas COVID-19 pandemijos metu	34
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIENAMUMO COVID-19 PANDEMIJOS METU EMPIRINIO TYRIMO ANALIZĖ	39
2.1. Tyrimo metodika	39
2.2. Tyrimo rezultatų analizė.....	41
2.2.1. Respondentų socialdemografinių duomenų analizė.....	41
2.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas prieš COVID-19 pandemiją.....	44
2.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas COVID-19 pandemijos metu.....	49
IŠVADOS.....	63
REKOMENDACIJOS.....	64
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	67
SANTRAUKA	74

SUMMARY 75
PRIEDAI 76

LENTELIŲ SĄRAŠAS

<i>1 lentelė.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų klasifikacija.....	15
<i>2 lentelė.</i> COVID-19 viruso simptomai	21
<i>3 lentelė.</i> Respondentų lyties pasiskirstymas pagal amžių.....	42
<i>4 lentelė.</i> Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamą viet.....	42
<i>5 lentelė.</i> Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir išsilavinimą.....	43
<i>6 lentelė.</i> Respondentų atsakymų pasiskirstymas pagal amžių.....	50
<i>7 lentelė.</i> Respondentų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas prieš COVID-19 pandemiją, pasiskirstymas pagal lytį	58
<i>8 lentelė.</i> Respondentų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas COVID-19 pandemijos metu, pasiskirstymas pagal lytį	58
<i>9 lentelė.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pasiūlymai COVID-19 pandemijos metu	59

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

<i>1 pav.</i> Sveikatos sritys	12
<i>2 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtys ir poveikis	17
<i>3 pav.</i> Pasaulinė statistika, dienos atvejų skaičius visame pasaulyje	20
<i>4 pav.</i> Skirtumas tarp izoliacijos ir karantino.....	22
<i>5 pav.</i> Karantinuoti kareiviai Pirmojo pasaulinio karo pabaigoje.....	23
<i>6 pav.</i> COVID-19 pandemijos poveikis sveikatos priežiūros prieinamumui	35
<i>7 pav.</i> Respondentų užsiėmimas (proc.).....	43
<i>8 pav.</i> Respondentų dažniausiai naudojamos sveikatos priežiūros paslaugos (proc.).....	44
<i>9 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumai (proc.).....	45
<i>10 pav.</i> Laikas, per kurį respondentai atvyksta į gydymo įstaigą (proc.).....	46
<i>11 pav.</i> Laikas, per kurį respondentai atvyksta į gydymo įstaigą, pagal gyvenamą vietą (proc.).....	47
<i>12 pav.</i> Respondentų atvykimo į gydymo įstaigą būdai (proc.).....	48
<i>13 pav.</i> Respondentų registracijos pas gydytojus būdai COVID-19 pandemijos metu (proc.)	49
<i>14 pav.</i> Laikas, kurį trunka respondentas patekti pas gydytoją nuo registracijos momento COVID-19 pandemijos metu (proc.).....	51
<i>15 pav.</i> Respondentų lankymasis COVID-19 pandemijos metu dažnumas (proc.)	52
<i>16 pav.</i> Respondentams pakankamai skiriamas gydytojų konsultacijų laikas COVID-19 pandemijos metu (proc.)	52
<i>17 pav.</i> Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo poveikis respondentų sveikatai (proc.)	53
<i>18 pav.</i> Susisiekimo su sveikatos priežiūros įstaiga pokyčiai COVID-19 pandemijos metu (proc.).....	54
<i>19 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas COVID-19 pandemijos metu (proc.).....	55
<i>20 pav.</i> Problemos norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas COVID-19 pandemijos metu (proc.).....	56
<i>21 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimas prieš COVID-19 pandemiją ir jos metu (proc.)	57
<i>22 pav.</i> Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo COVID-19 pandemijos metu, modelis	66

SANTRUMPOS

AHRQ (angl. *Agency for Healthcare Research and Quality*) – Sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra.

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

BNS – naujienų agentūra, įsteigta 1990 metais Taline.

CDC (angl. *Centers for Disease Control and Prevention*) – Ligų kontrolės ir prevencijos centras.

COVID-19 – koronavirusas 2 (SARS-CoV-2).

MACPAC (angl. *Medicaid and CHIP Payment and Access Commission*) – mokėjimo ir prieigos komisija.

NCHS (angl. *National Center for Health Statistics*) – Nacionalinis sveikatos statistikos centras.

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija.

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

TLK – Teritorinė ligonių kasa.

IVADAS

Temos aktualumas. 2019 m. gruodžio mėnuo laikomas COVID-19 ligos pradžia. Kinijoje, Hubėjaus provincijos sostinėje Uhanė, kilo šios infekcijos epidemija, kuri ėmė plisti į kitas pasaulio šalis ir tapo pandemija. COVID-19 yra sunkus ūminis kvėpavimo sindromo koronavirusas 2 (SARS-CoV-2) (Zhang, ir kt., 2020). Lengvos stadijos simptomai daugiausia yra sausas kosulys, gerklės skausmas, karščiavimas, negalavimas ir nuovargis. Tačiau sunkiais atvejais plaučių uždegimas gali sukelti ūminį respiracinio distreso sindromą ir daugelio organų nepakankamumą, o galiausiai mirtį – mirštamumas nuo 2% iki 3% (Banerjee, 2020). Užsienio šalyse ir Lietuvoje atliktų viruso antikūnų epidemiologinių tyrimų rezultatai rodo, kad tikrasis užsikrėtusiųjų skaičius yra daug didesnis, nei nustatyta oficialiai. Nors ši pandemija jau seniai peržengė sveikatos sritį ir stipriai palietė daugelį gyvenimo sričių, vis tik didžiausia jos suvaldymo našta irtsakomybė tenka sveikatos priežiūros sistemai (Han, ir kt., 2020). Lietuvoje gydomų COVID-19 pacientų skaičius stacionarinėse gydymo įstaigose nuolat auga. Lapkričio 4 d. stacionare buvo gydomi 690 ligonių. Iš jų 296-iems reikėjo deguonies kaukių, 32 buvo ventiliuojami, o 57 pacientai buvo gydomi reanimacijos ir skubiosios pagalbos skyriuose. Išsamesnė stacionarinių duomenų analizė rodo, kad apie 4,5–5,0 proc. žmonių iš visų oficialiai identifikuotų COVID-19 atvejų yra gydomi ligoninėse (Sveikatos ekspertų taryba, 2020).

Temos ištirtumas. COVID-19 pandemijos ir jos poveikis sveikatos priežiūros sistemai bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui yra ypač aktuali tema, ir vis plačiau analizuojama tiek lietuvių, tiek ir užsienio mokslininkų. Schmidt, ir kt. (2020) tiria prieigos prie sveikatos priežiūros pandemijos metu: gerinamos planavimo pastangos įtraukiant bendruomenės pirminės sveikatos priežiūros praktiką ir visuomenės sveikatos suinteresuotąsias šalis. Cole (2020) analizuoja COVID-19 pandemijos poveikis sveikatos priežiūros prieinamumui JAV. Cheisler, ir kt. (2020) autoriai taip pat analizuoja JAV problemas susijusias su medicinos pagalbos atidėjimo ir vengimo dėl COVID-19 pandemijos taikomų apribojimų. Germain ir Yong (2020) tyrinėja COVID-19 pandemijos metu sveikatos priežiūros prieinamumo nelygybę Anglijoje: etninių mažumų ir moterų migrančių pavyzdžiu. Lietuvių autoriai taip pat vis daugiau dėmesio skiria sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui COVID-19 pandemijos metu. Kutkauskienė (2021) straipsnyje aptaria svarbiausius sprendimus, kuriais buvo siekiama perorganizuoti ir plėtoti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ekstremalios situacijos metu, įvertintos teisinės priemonės, užtikrinusios šių paslaugų prieinamumą ir saugą. Vilniaus universiteto tyrėjų komanda (2021) atliko tyrimą, kurio metu analizavo COVID-19 pandemijos įtaką žmogaus ir visuomenės sveikatai bei sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimui: kraujotakos sistemos ligų atvejais.

Problema. Dėl COVID-19 pandemijos nacionalinės sveikatos sistemos Europoje ir kitur patyrė didžiulį spaudimą. Sveikatos sistema visame pasaulyje parodė skirtingą pasirengimą tokio masto protrūkiui. Krizė išbandė jų atsparumą, t. y. sveikatos sistemų gebėjimą ir pajėgumą įsisavinti, veiksmingai reaguoti ir prisitaikyti prie sukrėtimų ir struktūrinių pokyčių palaikant kasdienes sveikatos priežiūros paslaugas. Nors COVID-19 pandemijos mastas ir pobūdis gali būti precedento neturintis, tai tiesiog naujausias nenuspėjamo šoko sveikatos sistemai pasireiškimas, turintis didžiulį poveikį ekonominei, socialinei ir vyriausybinei veiklai. Kaip pirmoji tokio masto pandemija globalizuotame pasaulyje ji pabrėžė daugelio gyvenimo aspektų priklausomybę nuo sveikatos priežiūros ir jos sąsajas su kitomis sistemomis, tokiomis kaip finansai, pramonė ir prekyba (European Commission, 2020). Nacionalinis vėžio institutas (2020) įvardino pagrindines keturias problemas, su kuriomis buvo susidurta dėl pandemijos paskelbto karantino metu: apsaugos priemonių gavimas, darbo organizavimas, komunikacijos su pacientais vėlavimas, kurio priežastis – nepakankamas personalo kiekis skambučių centro veiklai užtikrinti; bei riboti finansiniai resursai, kuriuos reikėjo paskirstyti tiek atlyginimų didinimui, tiek ir darbo perorganizavimui, skambučių centrui, apsaugos priemonėms.

Taigi, kyla probleminis klausimas, *koks sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra pacientams, COVID-19 pandemijos metu? Ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kokybiškai, saugiai ir laiku?*

Darbo objektas – sveikatų priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Darbo tikslas – ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Darbo uždaviniai:

1. Apibendrinti sveikatos priežiūros paslaugų sampratą ir klasifikaciją.
2. Išnagrinėti COVID-19 pandemijos poveikį sveikatos sistemai ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui.
3. Ištirti problemas, su kuriomis susiduria pacientai norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas prieš COVID-19 pandemiją, ir jos metu.
4. Pateikti rekomendacijas ir siūlymus, kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Tyrimo metodai – mokslinės literatūros analizė, lyginamoji analizė, anketinė apklausa, duomenų rinkimas ir analizė, apibendrinimas.

Darbo struktūra. Darbą sudaro įvadas, du skyriai, išvados, rekomendacijos, santrauka lietuvių ir anglų kalba, literatūros sąrašas ir priedai. Pirmojoje darbo dalyje pateikiamis sveikatos priežiūros paslaugos COVID-19 pandemijos metu teoriniai aspektai. Antrojoje magistro darbo dalyje pristatoma tyrimo metodologija. Tyrimo dalyje yra pristatomas teorinės dalies pagrindu paruoštas pacientų tyrimas, kurio tikslas – ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą VŠĮ Šiaulių centro poliklinikos pacientams, COVID-19 pandemijos metu. Šio tyrimo pagrindu buvo parengta ir atlikta pacientų anketinė apklausa, pateikti tyrimo rezultatai bei jų apibendrinimas. Remiantis gautais tyrimo rezultatais pateiktos rekomendacijos ir suskurtas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo COVID-19 pandemijos metu, modelis skirtas VŠĮ Šiaulių centro poliklinikai. Darbą sudaro 80 puslapių, 9 lentelės, 22 paveikslai, 81 literatūros šaltiniai, 2 priedai.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS COVID-19 PANDEMIJOS METU TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų samprata ir klasifikacija

Sveikata – tai įvairių veiksnių visuma, ir dažnai suvokiama, kaip visų organų tinkama veikla ir ligų nebuvimas, tačiau sveikata yra žymiai platesnė sąvoka (Šemiotaitė, 2015). Dažniausiai sveiku laikomas toks žmogus, kuris neserga jokia liga, nesiskundžia negalavimais, yra darbingas ir žvalus. Sveikatą galima interpretuoti objektyviai ir subjektyviai. Objektyviai mediciniškai sveikatos būklę nustato gydytojas: ištiria žmogaus patiriamus simptomus, atlieka laboratorinius ir instrumentinius tyrimus ir nustato ligos diagnozę arba konstatuoja, kad žmogus sveikas. Tačiau, net jei gydytojas neranda jokios ligos, subjektyviai žmogus gali jaustis prastai (Ugdymo plėtotės centras, 2012).

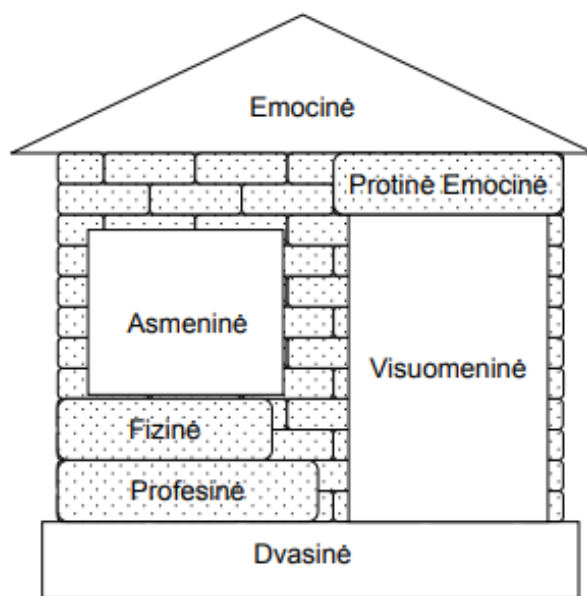
Tuo tarpu 1978 m. autorius Balogas išskyrė tris pagrindinius požiūrius į sveikatą, kurie naudojami iki šiol:

1. Tradicinės medicinos koncepcija. Šis požiūris į sveikatą iš esmės buvo priimtas pirmoje dvidešimtojo amžiaus pusėje, daugiausia tarp gydytojų ir medicinos personalo. Kaip aprašė Balogas (1978), tokia tradicinės medicinos sveikatos samprata buvo grindžiama prielaida, kad sveikata ir ligos yra objektyvūs ir stebimi reiškiniai. Prie šios nuomonės prisidėjo pokyčiai anatomijos, bakteriologijos ir fiziologijos srityse. Taigi sveikata buvo apibrėžta ne tik kaip tam tikrų požymių buvimas, bet tik kaip ligos, simptomų, požymių ar problemų nebuvimas. Svarbiausios šio požiūrio į sveikata problemos buvo ir tai, kad ji konceptualizavo sveikatą, pabrėždama ligą, ir kad ji nepaisė viso žmogaus, per daug akcentuodama specifines ligas ir kūno dalis. Be to, šis tradicinis požiūris į sveikatą daro prielaidą, kad egzistuoja dichotomija tarp sveikatos ir ligos, kuri, pasak Hinkle (1961), nebūtinai gali būti. Norėdami būti sveiki, individai nebūtinai turi būti absoliučiai be ligos, bet jie tikriausiai turės mažiau ligų nei nesveiki žmonės. Taigi ligos, simptomų ar problemų nebuvimas gali būti nepakankamai stiprus, kad apibūdintų sveiką būklę.

2. Pasaulio sveikatos organizacijos koncepcija. Ketvirtojo dešimtmečio pabaigoje Pasaulio sveikatos organizacija sukūrė holistinę sveikatos sampratą kaip „*visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne tik kaip ligos ar silpnumo nebuvimą*“ (1947 p. 1-2). Užuoat apsiribojus sveikata ligos nebuvimu, sveikata buvo labiau suprantama atsižvelgiant į absoliučių ir teigiamų savybių buvimą. Šis holistinis ir utopiškesnis požiūris į sveikatą apima ir praplečia tradicinės medicinos požiūrį, suvokdamas sveikatą kaip teigiamą gerovės būseną, kurioje fizinė sveikata yra tik vienas iš aspektų. Be to, socialiniai,

psichologiniai, fiziniai, ekonominiai ir politiniai aspektai buvo įtraukti į sveikatos apibrėžimą ir laikomi nepaprastai svarbiais sveikatos ir gerovės komponentais (Segre, Ferraz, 1997).

3. Ekologinė koncepcija. Daugiau ekologinių ir santykinų sveikatos sampratų atsirado septintajame ir aštuntajame dešimtmečiuose. Tokios perspektyvos nuo ankstesnių medicininių ir holistinių požiūrių skyrėsi daugiausia dviem aspektais: pirma, suprantant sveikatą kaip santykinę sąvoką, ir, antra, skiriant daugiau dėmesio aplinkos ir asmens gyvenimo kokybės sąsajoms. Šie ekologiniai ir santykiniai sveikatos apibrėžimai dažniausiai buvo grindžiami žmogaus funkcionavimo ir prisitaikymo prie aplinkos įvertinimu. Labiau į funkciją orientuotų perspektyvų metu sveikata buvo apibrėžta atsižvelgiant į pakankamą funkcinį pajėgumą, leidžiantį individams atlikti savo pareigas ir atsakomybę (Oberteuffer, 1960), arba pagal tam tikrą gyvenimo kokybę, leidžiančią asmenims gyventi laimingai, sėkmingai, vaisingai ir kūrybiškai (Hoyman, 1962). Parsons (1958) diferencijavo fizinės ir psichinės sveikatos funkcionavimą. Psichikos sveikatos lygis buvo apibrėžtas atsižvelgiant į asmens sugebėjimą atlikti institucionalizuotus socialinius vaidmenis, o somatinės sveikatos vertinimas buvo grindžiamas asmens veiksmingumu atliekant vertingas užduotis.



1 pav. Sveikatos sritys

Šaltinis: Gudžinskienė, V. (2007). Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai.

Vilnius: VPU leidykla.

LR Sveikatos sistemos įstatymo apibrėžimas skamba taip: „Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“ (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Lietuvos istorijos atžvilgius sveikatos sąvoka keitėsi, iš pradžių ji buvo laikoma viena iš asmeninių žmogaus vertybių. Vėliau dėmesys buvo skiriamas fizinei sveikatai, ir vis drąsiau buvo kalbama apie dvasinę sveikatą.

Autorės Gudžinskienės (2007) teigimu, sveikata susideda viena nuo kitos priklausančių sričių fizinės, emocinės, asmeninės, socialinės, profesinės ir dvasinės. Autorė sveikatą vaizduoja kaip namą (žr. 1 pav.), kurio sienos, pamatai, durys, stogas ir langai atitinka tam tikras sveikatos sritis. Šios sritys yra viena nuo kitos priklausomos ir neišvengiamai veikia viena kitą.

Trumpai apie kiekvieną sritį atskirai:

- **Psichinė sveikata** – apima subjektyvią gerovę, suvoktą saviveiksmingumą, savarankiškumą, kompetenciją, priklausomybę tarp kartų ir gebėjimo realizuoti savo intelektualinį ir emocinį potencialą pripažinimą. Tai taip pat buvo apibrėžta kaip gerovės būseną, kai asmenys atpažįsta savo sugebėjimus, gali įveikti įprastą gyvenimo stresą, produktyviai ir vaisingai dirbti bei prisidėti prie savo bendruomenės. Psichikos sveikata - tai asmenų ir bendruomenių kompetencijų tobulinimas ir įgalinimas jiems pasiekti savo pačių nusistatytus tikslus. Psichinė sveikata turėtų rūpėti mums visiems, o ne tik tiems, kuriuos kamuoja psichiniai sutrikimai (WHO, 2003).

- **Emocinė sveikata** - tai žmogaus sugebėjimas priimti ir valdyti jausmus iššūkių ir pokyčių dėka. Asmuo, kuris yra emociškai sveikas, gali leisti savo emocijoms virškinti. Kasdienis gyvenimo sunkumas suteikia galimybių praktikuoti reagavimą, o ne reakcijas, leidžiančias klestėti emocinei sveikatai. Emocinė sveikata apima ir emocinį intelektą, ir emocinį reguliavimą. Kai subjektyvus emocijų patyrimas yra tinkamas ilgalaikiu laikotarpiu, manoma, kad asmuo yra emociškai sveikas. Teigiamas poveikis bus pastebimas kasdienėje veikloje (Miller, 2019).

- **Fizinė sveikata** – lemia geras kūno ir visų organizmo sistemų funkcionavimo mechanizmus. Fizinė sveikata yra labai svarbi bendrai savijautai ir labiausiai matoma atsižvelgiant į įvairius sveikatos aspektus, įskaitant socialinę, intelektualinę, emocinę, dvasinę ir aplinkos sveikatą. Kai kurie akivaizdžiausi ir rimčiausi sveikatos negalavimai atsiranda fiziškai. Tiems, kurie stengiasi išlaikyti bendrą sveikatą, svarbu atsižvelgti į fizinę sveikatą (WHO, 2004).

- **Protinė sveikata** – yra susijusi su įvairiais būdais, kuriais mes renkame informaciją iš įvairiausių šaltinių ir gebame ta informacija pasinaudoti.

- **Visuomeninė (socialinė) sveikata** yra susijusi su visuomenės narių požiūriu į save. Tai dažniausiai susijusi su žmogaus sugebėjimu prisitaikyti prie visuomenės ar socialinės grupės, kuriai jis

priklauso. Tai atspindi asmens santykius su žmonėmis, t. y. su tais, su kuriais bendraujama: šeimos nariais, bendradarbiais, draugais ir pan.

- **Asmeninė sveikata** – įtakos turi asmens sugebėjimas įsilieti į socialinę bei gamtinę aplinką, prisitaikyti prie pokyčių. Asmeninė sveikata reiškia asmens gerovę. Asmeninė sveikatos priežiūra žmonėms teikiama tiems, kurie patys nesugeba pasirūpinti savimi. Tai apima žmones, turinčius tam tikrus psichinius sutrikimus, fiziškai neįgalius žmones ir kt. Asmeninė sveikata - tai sugebėjimas pasirūpinti savo sveikata priimant sąmoningus sprendimus būti sveikiems. Tai reiškia ne tik fizinę asmens gerovę, bet ir emocinę, intelekto, socialinę, ekonominę, dvasinę ir kitas gyvenimo sritis.

- **Profesinė sveikata** – įgūdžių, gebėjimų ir mokėjimų pusiausvyra. Ji susijusi su tuo, ar išmano tai, ką daro, ar geba pažinti save ir pasinaudoti savo stipriosiomis asmenybės savybėmis (pusėmis) savo profesinėje veikloje.

- **Dvasinė sveikata** – padeda žmonėms gyventi geriau ir efektyviau bendrauti su aplinkiniu pasauliu. Priešingai nei praityje, šiandien sutariama dėl dvasingumo kaip teritorinio reiškinio (Fisher, 2011). Nepaisant daugybės apibrėžimų, pateiktų šiai sąvokai literatūroje, vis dar nėra vieningo apibrėžimo apie dvasingumą ir dvasinę sveikatą.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (1996, Nr. I-1367) sveikatos priežiūros paslaugos apibrėžiamos kaip įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimas skirstoma į dvi dalis: visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas, šios yra skirstomas į dar smulkesnes dalis. *Asmens sveikatos priežiūros paslauga*, tai „<...> tai paslaugos (įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus), kurias teikiant stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę“.¹ Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visai visuomenei, siekiant rūpintis visos visuomenės sveikatos gerove. Sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos diferencijuojamos atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų lygius, kurių Lietuvoje yra trys: pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra. Šių lygių sveikatos priežiūra skiriasi savo apimtimi, finansavimu bei teikiamomis paslaugomis.

Sveikatos paslaugų teikimas gali būti apibrėžiamas kaip veikla, kuria siekiama pagerinti sveikatą, palengvinti simptomus ar suteikti komfortą teikiant paslaugas, įskaitant patarimus, prevencines priemones, ankstyvą diagnostiką, gydymą ar asmeniui ar bendruomenei teikiamą priežiūrą. Šis terminas reiškia platų paslaugų, turinčių įtakos sveikatai, spektrą, įskaitant fizines ir psichines ligas. Tai apima paslaugas, kuriomis siekiama užkirsti kelią ligoms ir skatinti sveikatą bei teikti ūminę, ilgalaikę, reabilitacinę ir

¹<http://zodynas.vz.lt/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugos>

paliatyvią pagalbą. Apibrėžimas taikomas daugelio tipų sveikatos priežiūros specialistams (pvz., gydytojams, slaugytojams ir įvairiems kitiems sveikatos priežiūros specialistams) ir visoms priežiūros sritims nuo ligoninių ir slaugos namų iki gydytojų kabinetų, bendruomenės svetainių ir net privačių namų. Santykių tarp pirminės, antrinės ir tretinės priežiūros bei regionizacijos mastas ir regionavimas taip pat skirsis skirtingose sistemose. Sveikatos priežiūrą gali teikti patys pacientai, jų šeimos nariai, pirminės sveikatos priežiūros komandos, specialistai ir galiausiai ligoninės. Taigi sveikatos priežiūra yra susijusi ne tik su ligų išgydymu, bet ir su priežiūros bei atjautos teikimu (Wojtczak, 2011).

Visose bendruomenėse reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų spektras ir asmenų galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis labai skiriasi. Amerikos ligoninių asociacija (angl. AHA - American Hospital Association) darbo grupė rekomenduoja visose bendruomenėse išsaugoti ir saugoti prieigą prie aukštos kokybės, saugių ir veiksmingų paslaugų lygio. Amerikos ligoninių asociacija (American Hospital Association, 2018) išskiria devynias, o Valstybinė ligonių kasa (2021) išskiriant penkiolika sveikatos priežiūros paslaugų rūšių (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų klasifikacija

American Hospital Association (2018)	Valstybinė ligonių kasa (2021)
1) pirminė priežiūra;	1) prevencinės programos;
2) psichiatrijos ir narkotikų vartojimo paslaugos;	2) specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos;
3) skubios pagalbos skyrius ir stebėjimo tarnyba;	3) brangieji tyrimai ir procedūros;
4) prenatalinė priežiūra;	4) skubios medicinos pagalbos paslaugos;
5) transportavimas;	5) dienos stacionaro paslaugos;
6) diagnostikos paslaugos;	6) stebėjimo paslaugos;
7) globos namai;	7) ambulatorinės chirurgijos paslaugos;
8) odontologijos paslaugos;	8) dienos chirurgijos paslaugos;
9) ir tvirta persiuntimo struktūra, suteikianti visiems bendruomenės asmenims galimybę naudotis visomis sveikatos priežiūros paslaugomis.	9) stacionarinės paslaugos;
	10) greitosios medicinos pagalbos paslaugos;
	11) slaugos paslaugos;
	12) medicininė rehabilitacija;
	13) vaikų profilaktinių skiepimų kalendorius;
	14) skubios konsultacinės ir specializuotos

	skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos paslaugos; 15) odontologinės paslaugos.
--	---

Šaltinis: sudaryta autoriaus

Apibendrinant galima teigti, kad sveikata yra asmens ir visuomenės dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė. Sveikatos priežiūros paslaugas skirstomos į asmens ir visuomenės paslaugas, kurios susideda iš trijų lygmenų.

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos

Prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų yra labai svarbi vykdant sveikatos priežiūrą visame pasaulyje. Tačiau galimybė naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis išlieka sudėtinga sąvoka, kurią rodo įvairių autorių skirtingi šios sąvokos aiškinimai. Etimologiškai prieinamumas apibrėžiamas kaip būdas prieiti prie paslaugų, teisė ar galimybė naudotis jomis. Sveikatos priežiūros prieinamumas visada apibrėžiamas kaip prieiga prie paslaugos, teikėjo ar įstaigos, taigi apibrėžiama kaip galimybė ar lengvumas, kuriuo vartotojai ar bendruomenės gali naudotis tinkamomis paslaugomis proporcingai savo poreikiams (Levesque, Harris, Russel, 2013).

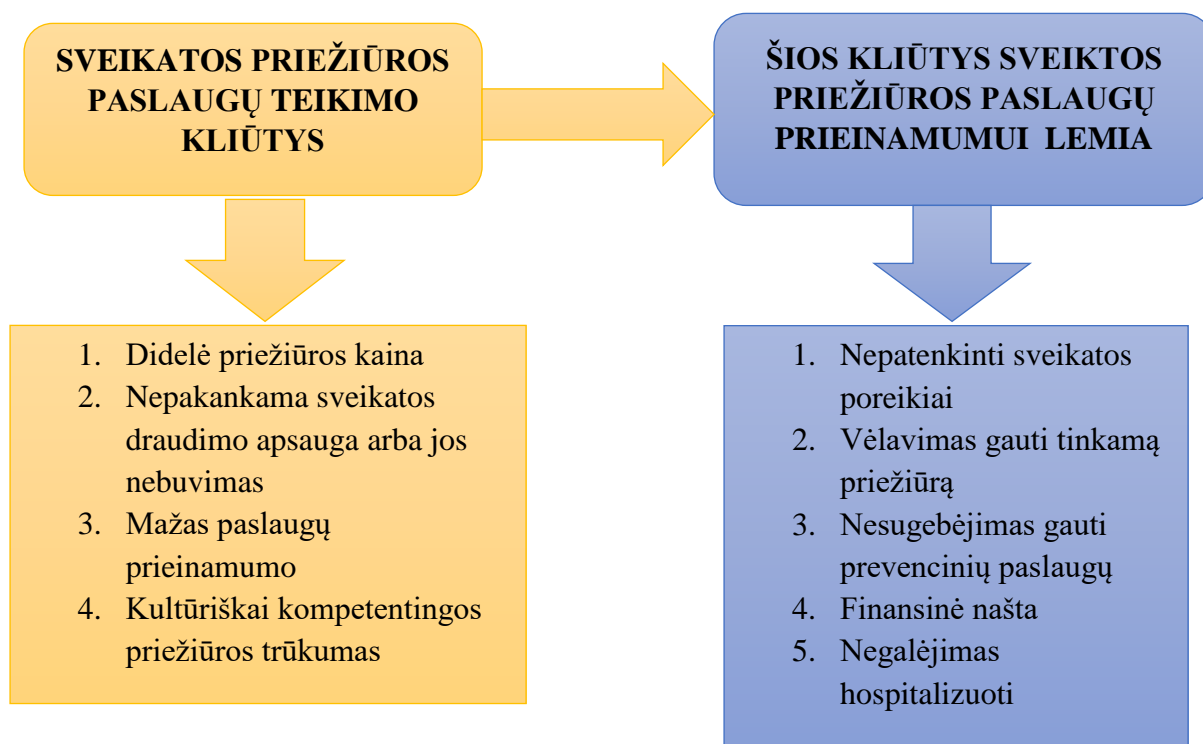
Prieinamumas prie sveikatos paslaugų taip pat reiškia savalaikį asmens sveikatos paslaugų naudojimą siekiant geriausių sveikatos rezultatų. Galimybė gauti sveikatos priežiūrą apibrėžiama kaip savalaikis asmens sveikatos paslaugų naudojimas siekiant kuo geresnio sveikatos rezultato. Norint to pasiekti, reikia pirmiausiai patekti į sveikatos priežiūros sistemą, t.y. įstaigą, kuriose pacientai gali gauti reikalingas paslaugas, ir rasti paslaugų teikėjus, kurie tenkintų pacientų poreikius ir su kuriais pacientai galėtų užmegzti santykius, pagrįstus abipusiu bendravimu ir pasitikėjimu (AHRQ, 2009). Gydytojai pažymi, kad svarbu laiku gauti sveikatos priežiūros paslaugas, nes tai gali padėti pacientams ir gydytojams užkirsti kelią ligoms, kontroliuoti ūminius epizodus ar valdyti lėtines ligas, kurios gali padėti išvengti sveikatos būklės pūmėjimo ar komplikacijų (NCHS, 2017).

Taigi, reikia 3 skirtingų žingsnių (AgencyforHealthcareResearchandQuality, 2016):

1. Įeiti į sveikatos priežiūros sistemą (paprastai per draudimą).
2. Patekti į vietą, kur teikiamos reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos (geografinė prieinamumas).

3. Susirasti sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, kuriuo pacientas pasitiki ir gali bendrauti (asmeniniai santykiai).

Sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016) teigia, kad galimybė gauti sveikatos priežiūros turi įtakos žmogaus fizinei, socialinei ir psichinei sveikatai bei gyvenimo kokybei. Prieinamumas prie sveikatos paslaugų dažnai skiriasi priklausomai nuo rasės, etninės priklausomybės, socialinės ir ekonominės padėties, amžiaus, lyties, negalios statuso, seksualinės orientacijos, lytinės tapatybės ir gyvenamosios vietos. Pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kliūtys (žr. 2 pav.) yra didelė priežiūros kaina, nepakankama sveikatos draudimo apsauga arba jos nebuvimas, mažas paslaugų prieinamumas, kultūriškai kompetentingos priežiūros trūkumas. Šios kliūtys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui lemia nepatenkintą sveikatos poreikį, vėlavimą gauti tinkamą paslaugą, nesugebėjimu gauti prevencinių paslaugų, finansine našta ir negalėjimu hospitalizuotis.



2 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtys ir poveikis

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)

Terminas „prieinamumas“ dažnai vartojamas apibūdinti veiksnius ar ypatybes, turinčius įtakos pirminiam kontaktui ar paslaugų naudojimui. Anderson ir Newman (2005) pateikia sveikatos priežiūros sistemos panaudojimo sistemą, apimančią predisponuojančius veiksnius, įgalinančius veiksnius ir ligos mastą. Levesque ir kt. (2013) apibrėžė galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis,

pateikdamipenkiasprieinamumo dimensijas: prieinamumą, priimtinumą, prieinamumą ir apgyvendinimą, prieinamumą ir tinkamumą. Jie suprato galimybę naudotis sveikatos priežiūros poreikiais; pasiekti, gauti ar naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, kad būtų patenkintas paslaugų poreikis. Prieinamumas gali būti vertinama kaip tęstinumas: net jei ir yra prieinama pagalba, prieigą prie jos gali lengvai paveikti daugybė veiksnių, pavyzdžiui, paslaugų teikėjų, kurie priims asmens draudimą, galimybė lengvai susitarti su tam tikru asmeniu. (AHRQ, 2009; MACPAC, 2016).

Gebėjimas ir polinkis naudotis paslaugomis. Žmonės negali naudotis priežiūros paslaugomis, jei jų nėra jų geografinėje vietovėje arba jei paslaugų teikėjai jų negydys dėl draudimo ar kitų problemų. Nustatyta, kad kaimo vietovėse trūksta pakankamai gydytojų, ypač psichinės sveikatos priežiūros paslaugų tiekimui (Douthit, ir kt., 2015). Darant prielaidą, kad paslaugos yra prieinamos, prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų gali trukdyti kitos kliūtys. Vienas iš jų yra neadekvatus susisiekimasis dėl to, kad kelionės laikas yra ilgas, dėl to, kad nėra viešojo transporto ir asmuo neturi automobilio ar kito alternatyvaus transporto, arba dėl to, kad transporto išlaidos yra per didelės. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali atsisakyti priimti pacientus, nes darbo laikas nėra patogus pacientams, arba pacientai neturi sveikatos draudimo. Teikėjai gali nesusikalbėti su pacientais dėl kalbos problemų, arba jų biurai gali būti nepasiekiami žmonėms su negalia(MACPAC, 2016; NCHS, 2016).

Draudimas ir mokėjimas už paslaugas. Galimybė gauti sveikatos priežiūrą yra susijusi su sveikatos draudimo prieinamumu. Magge ir kt. (2013) ištyrė, kad daugiau nei trečdalis mažas pajamas gaunančių suaugusiųjų buvo nepakankamai apdrausti (apibrėžta kaip daugiau nei 5 procentų namų ūkio pajamų išleidimas medicininei priežiūrai) ir kad atitinkamai 8 ir 13 procentų atidėjo medicininės priežiūros ar receptinių vaistų gavimą. Žmonėms sveikatos priežiūros paslaugos gali būti neprieinamos dėl didelių kainų, arba patiriamų finansinių problemų (Kielb, ir kt., 2017).

Heath (2018) pateikia pagrindines problemas, kurias sukelia ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas:

- **Ribotas registracijų vietų ir laiko prieinamumas.** Daugelis sveikatos priežiūros įstaigų siūlo įprastas darbo valandas pacientų registracijai. Dirbančiam suaugusiajam ar tėvams – gydymo įstaiga, kuri dirba nuo 8 iki 18 val. ne visada naudinga. Pacientams reikalingos patogios darbo valandos, leidžiančios apsilankyti pas gydytoją ne darbo valandomis. Be priežiūros kokybės, patogios priežiūros prieinamumas yra vienas iš svarbiausių pacientų priežiūros vietos sprendimų veiksnių. Pacientai nori turėti galimybę naudotis savo sveikatos priežiūros paslaugomis tada, kai jiems to reikia.

- **Geografiniai, gydytojų trūkumo problema.** Kaimo vietovėse gyvenantys pacientai turi didesnę tikimybę laiku prieiti prie savo gydytojo nei pacientai, gyvenantys mieste ar priemiestyje. Sveikatos priežiūros įstaigos pasitelkė telemediciną (angl. *telemedicine*), kad pašalintų priežiūros spragas, kurias sukelia geografinės kliūtys. Tiesioginė vartotojui skirta telemedicina leidžia pacientams naudotis savo kompiuteriais ar išmaniaisiais telefoniniais norint susisiekti su sveikatos priežiūros specialistais. Daugelis mažesnių įstaigų kaimo vietovėse taip pat naudos telemediciną, kad susisiektų su sveikatos specialistais daugiau miesto vietovėse, todėl pacientams nereikės nuvažiuoti didelį atstumą norint gauti intensyvią ar specializuotą pagalbą.
- **Transporto kliūtys.** Net kai pacientas kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą ir suplanuoja susitikimą, transporto kliūtys gali neleisti pacientams atvykti į gydymo įstaigą. Fiziškai negalintys vairuoti pacientai, susidūrę su finansinėmis kliūtimis ar kitaip negalintys nuvykti į gydymo įstaigą, dažnai lieka be sveikatos priežiūros.

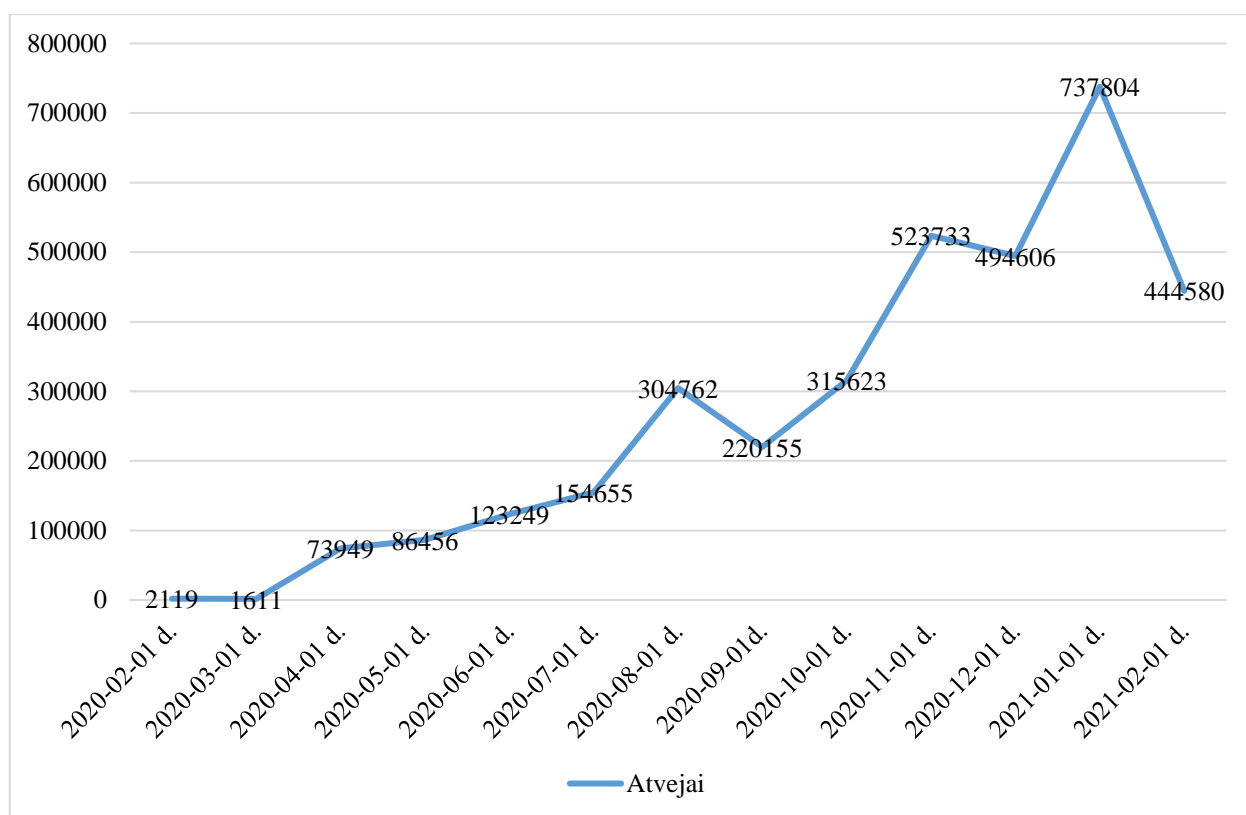
Apibendrinti galima teigti, kad sveikatos priežiūros prieinamumas pacientams yra aktuali problema. Pacientas gali susidurti su įvairiais veiksniais, kurie lemia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą: gebėjimas ir polinkis naudotis paslaugomis, draudimas ir mokėjimas už paslaugas, ribotas registracijų vietų ir laiko prieinamumas, transporto kliūtys, geografinis prieinamumas ir gydytojų trūkumas.

1.3. COVID-19 pandemija ir taikomos karantino priemonės Lietuvoje

COVID-19 yra sunkus ūminis kvėpavimo sindromo koronavirusas 2 (SARS-CoV-2). Tyrimai parodė, kad šis virusas sukelia blogesnes pasekmes ir didesnę mirtingumą vyresnio ir senyvo amžiaus žmonėms ir tiems, kurie serga gretutinėmis ligomis, tokiomis kaip hipertenzija, širdies ir kraujagyslių ligos, diabetas, lėtinės kvėpavimo takų ligos ir lėtinė inkstų liga. Atlikdama epidemiologinį tyrimą, Kinijos vyriausybė susiaurino ligos kilmę, ir išsiaiškino, kad virusas pateko į Huanano jūros gėrybių rinką Uhane. Virusinė seka turėjo 96% panašumą į šikšnosparnių koronavirusą, be jokių šikšnosparnių perdavimo žmogui įrodymų. Buvo iškelta hipotezė, kad virusas žmonėms išplito per tarpinį šeimininką – pangolinus, kurie iš Malaizijos buvo įvežti į Kiniją ir parduodami Huanano jūros gėrybių rinkoje (Zhang, ir kt., 2020).

Vėlesnis plitimas iš žmogaus į žmogų pradėjo tai, kas vėliau virto pandemija. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) paskelbė COVID-19 kaip pandemiją 2020 m. Kovo 11 d. 2020 m. Kovo 23 d. iš 168

skirtingų šalių buvo pranešta apie 362 019 patvirtintų COVID – 19 atvejų, iš kurių mirė 15 488 žmonės, o bendras prognozuojamas atvejų mirštamumas - 4,3% (CoronavirusResourceCenter, 2020). 2020 m. lapkričio mėnesio duomenimis pasaulyje mirė mažiausiai 1 303 783 žmonės, kuriems buvo patvirtinta COVID-19 liga. Bendras patvirtintų užsikrėtimo šia liga atvejų skaičius atitinka 53 380 442 (BNS, ELTA, 2020). Remiantis PSO statistikos duomenimis (žr. 3 pav.) didžiausias sergamumas 2020 metais buvo gruodžio mėnesį tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje (2020 m. gruodžio 30 d. 3911 atvejai). Iki 2021 m. vasario mėnesio visame pasaulyje yra užfiksuoti apie 103 mln. užsikrėtimo atvejų ir virš 2 mln. mirčių nuo COVID-19 viruso. Lietuvoje nustatyta apie 184 tūkst. susirgimo atvejų ir 3 tūkst. mirčių (WHO CoronavirusDisease (COVID-19) Dashboard, 2021).



3 pav. Pasaulinė statistika, dienos atvejų skaičius visame pasaulyje

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis WHO CoronavirusDisease (COVID-19) Dashboard (2021)

Ligų kontrolės ir prevencijos centrai pranešė, kad nors vyresni nei 65 metų asmenys sudaro 17% visų JAV gyventojų, jie sudaro: 31% COVID-19 infekcijų, 45% hospitalizacijų, 53% intensyvių priėmimo į globos skyrių ir 80% mirčių dėl šios infekcijos (CentersforDiseaseControlandPrevention, 2020). Tai rodo, kad vyresni ir senyvo amžiaus asmenys dažniau serga COVID-19 ir jų rezultatai yra blogesni,

palyginti su bendrąja populiacija. Pasaulinės sveikatos organizacijos (WHO, 2020a) teigimu, COVID-19 įvairius žmones veikia skirtingai. Dauguma žmonių, užsikrėtusių COVID-19 virusu, patirs lengvą ar vidutinio sunkumo kvėpavimo takų ligą ir pasveiks nereikalaudami specialaus gydymo. Vyresnio amžiaus žmonės ir tie, kuriems serga lėtinėmis ligomis kaip širdies ir kraujagyslių ligos, diabetas, kvėpavimo takų ligos ir vėžys, labiau linkę susirgti sunkia ligos forma. Dažniausiai pasitaikantis simptomai (žr. 2 lentelę) karščiavimas, sausas kosulys ir nuovargis. Rečiau pasitaikantys simptomai: gerklės skausmas, viduriavimas, konjunktyvitas, galvos skausmas, skonio ar kvapo praradimas, odos išbėrimas arba rankų ar kojų spalvos pakitimai. Sunkūs simptomai: pasunkėjęs kvėpavimas ar dusulys, krūtinės skausmas ar spaudimas bei kalbos ar judesio praradimas.

2 lentelė. COVID-19 viruso simptomai

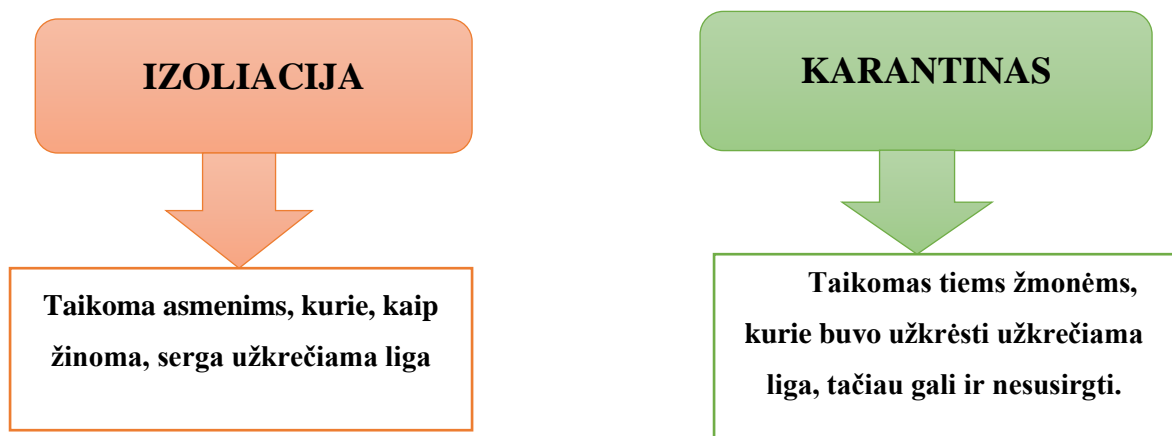
DAŽNIAUSI SIMPTOMAI	REČIAU PASITAIKANTYS SIMPTOMAI	SUNKŪS SIMPTOMAI
<ul style="list-style-type: none"> • Karščiavimas (37,8 ° C • Sausaskosulys • Nuovargis 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerklės skausmas • Viduriavimas • Konjunktyvitas • Galvos skausmas • Skonio ir kvapo praradimas • Odos išbėrimas arba rankų ar kojų odos spalvos pakitimai 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasunkėjęs kvėpavimas ar dusulys • Krūtinės skausmas ar spaudimas • Kalbos ar judesio praradimas

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis WHO (2020c)

Lengvos stadijos simptomai daugiausia yra sausas kosulys, gerklės skausmas, karščiavimas, negalavimas ir nuovargis. Tačiau sunkiais atvejais plaučių uždegimas gali sukelti ūminį respiracinio distreso sindromą ir daugelio organų nepakankamumą, o galiausiai mirtį. Mirtingumas yra nuo 2% iki 3%, o tai yra daug mažiau, palyginti su ankstesniais giminingais organizmais, tokiais kaip sunkus ūminis respiracinis sindromas. Kitaip tariant, COVID-19 yra labiau užkrečiamas. COVID-19 sunkumas ir mirtingumas buvo tiesiogiai susiję su amžiumi ir imuninės sistemos sutrikimais, nes 15% pirmųjų mirčių bangų Kinijoje buvo vyresni nei 60 metų. Kinijos ligų kontrolės ir prevencijos centro duomenimis, 60–69 metų amžiaus žmonių mirtingumas yra 3,6%, o 80 ir daugiau metų jis gali siekti 18% (Banerjee, 2020). Remiantis medicinos centro duomenimis (Oxford COVID-19 EvidenceService, 2020), vyresnių nei 60 metų pacientų mirties atvejų skaičius (angl. *casefatality rate*) nuo COVID-19 yra apie 4%, vyresnių nei 70 metų pacientų - 8% ir vyresnių nei 80 metų pacientų - apie 15%. Jaunesniems nei 45 metų asmenims

mirties atvejų skaičius yra 0,0026–0,3%. Geriausias būdas užkirsti kelią ir sulėtinti perdavimą yra gerai informuoti apie COVID-19 virusą, jo sukeltą ligą ir jos plitimą. COVID-19 virusas pirmiausia plinta seilių lašeliais arba išskyromis iš nosies, kai užsikrėtęs asmuo kosėja ar čiaudėja (WHO, 2020a).

Ligų kontrolės ir prevencijos centras (angl. *The Centers for Disease Control and Prevention* - CDC) yra JAV vyriausybės agentūra, atsakinga už ligų nustatymą, stebėjimą ir plitimo kontrolę. Padedant CDC, valstybiniai ir vietos sveikatos departamentai sukūrė pasirengimo ekstremalioms situacijoms ir reagavimo planus. Be ankstyvo nustatymo, greito diagnozavimo ir gydymo antibiotikais ar antivirusiniais vaistais, šiuose planuose naudojamos dvi pagrindinės tradicinės strategijos - *karantinas ir izoliacija* - siekiant sustabdyti ligų plitimą (žr. 4 pav.). Tai yra įprasta sveikatos priežiūros praktika, skirta kontroliuoti užkrečiamos ligos plitimą ribojant žmonių sąlytį su ja (American RedCross, 2020).



4 pav. Skirtumas tarp izoliacijos ir karantino

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis American RedCross (2020)

Terminas karantinas apibūdina specialų ir laikiną režimą, bei su juo susijusias administracinio ir sanitarinio pobūdžio priemones, kurios skirtos apsaugai nuo epideminių ir užkrečiamųjų ligų. Šios ligos yra greitai plintančios, o jomis gali užsikrėsti žmonės ir gyvūnai. Iš pradžių identifikuojami individai, kurie gali būti sergantys ir užkrato nešiotojai. Tuomet įvedami laisvės ir socialinio kontakto ribojimai, kitaip tariant karantinas. Kaip teigia žymus sociologijos profesorius William C. Cockerham, karantino ribojimai gali trukti įvairiai, pagal ligos pobūdį nustatytą laiką iki tol, kol karantinuojami individai nebekelia grėsmės užkrėsti sveikus individus. Taigi, laiku reaguojant ir įvedant karantino ribojimus, galima valdyti, sulėtinti užkrečiamų ligų plitimą, sustabdyti epidemijas. Penktame paveiksle vaizduojama fotografija iš Kanados Viktorijos Universiteto bibliotekos, William Okell Holden Dodds fondo, Pirmojo pasaulinio karo

nuotraukų archyvo. Ji puikiai atspindi karantino dvasią ir parodo, kaip tuomet, Pirmojo pasaulinio karo pabaigoje atrodė karantinuoti kareiviai. Jie laikomi aptvertoje teritorijoje, kas byloja, jog nei įeiti, nei išeiti iš jos nėra leidžiama (Cockerham, 2016).



5 pav. Karantinuoti kareiviai Pirmojo pasaulinio karo pabaigoje.

Šaltinis: Fotografija iš Pirmojo pasaulinio karo albumo nuotraukų archyvo, William Okell Holden Dodds fondo, Viktorijos Universiteto Kanadoje.

Pati sąvoka karantinas yra kilusi iš italų kalbos *quarante*, kuri reiškia skaičių 40. Šis kildinamas iš tokios pačios reikšmės lotynų kalbos žodžio *quadraginta* (Cockerham, 2016). Senovės Graikijoje buvo manoma, kad ligos, pasireiškiančios per 40 dienų laikotarpį, yra ūmios ir itin pavojingos. Vėliau, prieš Kristaus gimimą, Hipokratas, garsiausias antikinės Graikijos gydytojas, aprašė daugelį užkrečiamųjų ligų, kurioms buvo taikoma 40 dienų sergančio asmens izoliacija nuo sveikų savo bendruomenės narių. Laikyta, kad keturiasdešimtą dieną po užsikrėtimo virusu yra kritinė, po jos užkrėsti aplinkinių sergantysis nebegali, tad izoliacija nebereikalinga. Šis principas gyvavo per visą antikinės Graikijos medicinos laikotarpį (Gensini, Conti, 2004). Seniausias karantino paminėjimas randamas Senajame Testamente, jame yra įsakymų, kad užkrečiamomis ligomis (ypač išskiriant raupą ir maro atvejus) sergantis asmenys turi būti izoliuoti, netgi nurodymai sudeginti jų rūbus, norint išvengti bet kokio kontakto su užkratu. Taigi, jau tuo laikmečiu buvo suprantama, kad viena geriausių priemonių prieš virusų plitimą yra tam tikri suvaržymai, šiuo atveju, sergančiųjų laisvės, kontaktavimo su kitais asmenimis. Žinoma, laikui bėgant karantino samprata keitėsi, o sąvoka „karantinas“ apibrėžta ir įtraukta į Oksfordo anglų kalbos žodyną 1663 m. Ji apibūdino keturiasdešimt dienų periodą, kurio privalėjo laikytis užkrečiamomis ligomis sergantys ligoniai ir laikytis izoliacijos nuo sveikųjų (Heggenhougen, 2008).

Šiuolaikinis karantinas naudojamas, kai asmuo ar tiksliai apibrėžta žmonių grupė buvo paveikti labai pavojingos ir labai užkrečiamos ligos, yra išteklių karantine esančių žmonių priežiūrai, karantinui įgyvendinti ir palaikyti bei pagrindinėms paslaugoms teikti. Šiuolaikinis karantinas apima daugybę ligų kontrolės strategijų, kurios gali būti naudojamos atskirai arba kartu, įskaitant (American RedCross, 2020):

1. Trumpalaikė, savanoriška izoliacija namuose.
2. Žmonių grupių susirinkimo apribojimai (pavyzdžiui, mokyklos renginiai).
3. Viešų renginių atšaukimas.
4. Viešų susibūrimų sustabdymas ir viešų vietų (pvz., Teatrų) uždarymas.
5. Kelionių apribojimai (oro, geležinkelio, vandens, motorinių transporto priemonių, pėsčiųjų).
6. Masinio tranzito sistemų uždarymas.
7. Patekimo į teritoriją ir iš jos apribojimai.

COVID-19 viruso pandemijai vis labiau plečiantis visame pasaulyje valstybės narės turėjo įgyvendinti išsamų visuomenės sveikatos priemonių rinkinį, pritaikytą vietinėms aplinkybėms ir ligos epidemiologijai. Pagrindinis tikslas yra kontroliuoti COVID-19 viruso perdavimą ir užkertant kelią susijusioms ligoms ir mirtims. Šioje visapusiškoje strategijoje svarbiausia yra kelios pagrindinės visuomenės sveikatos priemonės, nutraukiančios perdavimo grandines, įskaitant:

- 1) identifikavimas, išskyrimas, tyrimai ir klinikinė priežiūra visais atvejais;
- 2) kontaktų atsekimas ir karantinas;
- 3) skatinti fizinį atstumą mažiausiai 1 metrą kartu su dažna rankų higiena ir kvėpavimo etiketu.

Šie trys komponentai turėtų būti svarbiausi kiekviename nacionaliniame COVID-19 strategijoje (WHO, 2020b). Karantinas reiškia „*įtariamų (...) sergančių asmenų veiklos apribojimą ir (arba) atskyrimą nuo kitų taip, kad būtų išvengta galimo infekcijos ar užteršimo plitimo*“ (International Health Regulations, 2005). 2020m. kovo 2d. surengtas Europos Vadovų Tarybos pasitarimas, kurio metu buvo kalbama apie visas įmanomas priemones valdyti infekcijos plitimą ir didinti apsaugojimą nuo jos (Europos Vadovų Taryba, 2021). Bendrai sutarta, kad svarbiausi aspektai:

- 1) Efektyvus viruso valdymas;
- 2) Aprūpinimas medicinine įranga ir medicininėmis apsaugos priemonėmis;
- 3) Mokslinių tyrimų, susijusių su Covid-19 ar vakcinų kūrimu, skatinimas;
- 4) Ekonominių pasekmių švelninimas ir pašalinimas;
- 5) Socialinių pasekmių valdymas.

Lietuvoje siekiant suvaldyti COVID-19 viruso plitimui 2020 m. kovo 16 d. buvo paskelbtas pirmasis karantinas, kuris tęsėsi iki birželio 16 d. Antrasis karantinas Lietuvoje buvo paskelbtas 2020 m. lapkričio 4 d. ir šiol vis dar tęsiasi. Toliau darbe bus apibendrinti pagrindiniai apribojimai, kurie taikomi abiejų karantinų metu.

1.3.1. Pirmojo karantino Lietuvoje ribojimai

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (SAM, 2020) duomenimis, Lietuvoje pirmasis COVID-19 atvejis pasiekė dar 2020 metų vasario 28 d., kai buvo nustatytas pirmasis koronavirusu užsikrėtusi atvejis moteriai grįžusiai iš Italijos. Siekiant stabdyti COVID-19 viruso tolimesnį plitimą Lietuva kovo 16 d. buvo paskelbtas visuotinis karantinas. Lietuvos Vyriausybė 2020 m. nuo kovo 16 d. iki kovo 30 d. pasirinko formaliai švelnesnį nei Vokietijos ir Italijos regionuose pritaikytą reagavimo į tą pačią grėsmę modelį: karantiną kaip ekstremalaus viešojo valdymo režimą (Šileikis, 2020).

COVID-19 valdymo strategijos keturi pagrindiniai prioritetai Lietuvoje:

1. Efektyvaus virusų valdymo kontrolės mechanizmo sukūrimas.
2. Sveikatos sistemos pasirengimo užtikrinimas ir fizinės bei psichologinės visuomenės sveikatos stiprinimas.
3. Karantino sąlygų taikymas, atsižvelgiant į epidemiologinę situaciją šalyje.
4. Socialinių ir ekonominių sektorių stabilizavimas ir prisitaikymas prie naujų sąlygų.

Pirmieji sprendimai, leidę įveikti iššūkius (Government of the Republic of Lithuania, 2020):

2020 m. Kovo 4 d. – stacionarūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai buvo reorganizuoti į regioninį ligoninių tinklą (COVID-19 ir ne COVID-19 pacientų srautas organizuojamas regioniniu pagrindu).

2020 m. Kovo 13 d. – buvo paleista COVID-19 karštoji linija (tel. 1808).

2020 m. Kovo 16 d. – apribota pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veikla, siekiant užkirsti kelią infekcijos plitimui pirminės sveikatos priežiūros centruose. Nuotolinis pacientų konsultavimas tapo visiškai operatyvus ir plačiai prieinamas pacientams visoje šalyje. Pradėtas testavimo punktų pakeitimas, siekiant pakeisti sustabdytas testavimo paslaugas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (vėliau išplėsti gyventojų testavimo sritį). Namų priežiūros paslaugos, įskaitant paliatyvią priežiūrą) niekada nebuvo sustabdytos.

2020 m. kovo 23 d. pradėjo veikti mažiau klinikų.

2020m. kovo 30 d. Paleista sveikatos priežiūros specialistų švietimo platforma.

Lietuvoje paskelbto pirmo karantino ribojimai (nuo 2020 m. kovo 16 d.)²

Dėl tarpvalstybinio ir vidaus judėjimo:

- ✓ Užsieniečių atvykimas į Lietuvos Respubliką yra ribojamas, išskyrus vairuotojus ir ekipažų narius, kurie dirba Lietuvos įmonėse, vykdančiose tarptautinius komercinius krovinių gabenimus, arba kurie vykdo tarptautinius komercinius krovinių gabenimus visomis transporto priemonėmis, taip pat asmenis, turi teisę gyventi Lietuvos Respublikoje ir kt.;
- ✓ Asmenims, grįžantiems į gyvenamąją šalį, leidžiama be perstojo vykti per Lietuvos Respublikos teritoriją iki 2020 m. Kovo 19 d. 00:00 val. Po 2020 m. Kovo 19 d. 00:00 val. Iki karantino pabaigos užsieniečiams leidžiama tranzuoti per Lietuvos Respublikos teritoriją tik geležinkeliu be sustojimo;
- ✓ Lietuvos Respublikos piliečiams neleidžiama išvykti iš Lietuvos Respublikos, nebent jie turi grįžti į savo gyvenamą vietą, vykti į savo darbo vietą ar turėti atitinkamos valdžios leidimą;
- ✓ Draudžiama įplaukti į kruizinius laivus į Klaipėdos valstybinį jūrų uostą.

Dėl viešojo ir privataus sektoriaus veiklos:

- ✓ Kultūros, laisvalaikio, pramogų ir sporto įstaigose negalima lankytis, lankytojams neteikiamos jokios paslaugos;
- ✓ Draudžiami visi vidaus ir lauko renginiai bei susibūrimai;
- ✓ Draudžiama sveikatingumo ir sveikatingumo centrų, SPA centrų ir poilsio centrų veikla, išskyrus individualias medicininės reabilitacijos paslaugas, susijusias su gydymu;
- ✓ Draudžiama maitinimo įstaigų, restoranų, kavinių, barų, naktinių klubų ir kitų pramogų vietų veikla, išskyrus atvejus, kai maistą galima išsinešti ar kitaip pristatyti fiziniams ir juridiniams asmenims pagal higienos reikalavimus;
- ✓ Draudžiama parduotuvių, prekybos ir (arba) pramogų centrų veikla, išskyrus maisto, veterinarijos, farmacijos, optinių prekių ir ortopedijos techninių prietaisų pardavimą, ir kitų nei maisto produktų rinkose. Šis draudimas netaikomas internetinei prekybai ir kai prekės pristatomos fiziniams ar juridiniams asmenims arba surenkamos surinkimo punktuose laikantis higienos reikalavimų;
- ✓ Draudžiamos grožio paslaugos, kazino ir pramogų salės.

²Nutarimas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo 2020 m. Kovo 14 d. Nr. 207, Vilnius

Dėl švietimo įstaigų darbo organizavimo:

- ✓ Stabdomi ugdymo ir vaikų priežiūros procesas bei švietimo veikla visose švietimo įstaigose, dienos ir užimtumo centruose, organizuojant ugdymo procesą nuotoliniu būdu.

Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimo:

- ✓ Planinių operacijų atidėjimas;
- ✓ Planinių hospitalizacijų dėl kitų diagnostinių ir gydomųjų paslaugų atidėjimas;
- ✓ Medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ribojimas;
- ✓ Draudžiamas pacientų lankymas;
- ✓ Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nuotoliniu būdu;

Socialines paslaugas teikiančių įstaigų darbo organizavimas:

- ✓ Draudžiamas lankymas visuose stacionariuose socialinių paslaugų įstaigose, šeimynose, grupinio ir bendruomeninio gyvenimo namuose.
- ✓ Rekomenduojama neorganizuoti viešų religinių apeigų.

Vilniaus universiteto tyrėjų komanda (2021) atliko tyrimą „COVID-19 pandemijos įtaka žmogaus ir visuomenės sveikatai bei sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimui: kraujotakos sistemos ligų atvejo analizė“. Šiame tyrime buvo analizuojama pirmojo karantino poveikis ambulatorinių bei stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas bei prieinamumas pacientams sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis. Gauti tyrimo rezultatai parodė, kad 2020 m. kovo – birželio mėnesiais bendras pacientų apsilankymas ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje sumažėjo 39 proc. Taip pat sumažėjo stacionarių aktyvių gydymo (35 proc.) ir reabilitacijos paslaugų (49 proc.). Tyrimo duomenimis, įvedus karantiną, pacientams iškilo sunkumų susisiekiant su bendrosios praktikos gydytojais ar gydytojais specialistais per visus tris pirmojo karantino etapo mėnesius. Patys pacientai vengė kreiptis į gydymo įstaigas ne tik dėl planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, bet ir tais atvejais, kai buvo reikalinga būtinoji pagalba, pavyzdžiui, ūmaus miokardo infarkto atveju, sutrikus galvos smegenų kraujotakai (Vilniaus universitetas, 2021).

Taigi, pirmojo karantino metu labiausiai palietė sveikatos priežiūros sistemą, kadangi visos paslaugos ir jų teikimas turėjo būti perorganizuojamas prioriteto svarba. Taikomi šie ribojimai: planinių operacijų atidėjimas; planinių hospitalizacijų dėl kitų diagnostinių ir gydomųjų paslaugų atidėjimas; medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ribojimas; draudžiamas pacientų lankymas bei ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nuotoliniu būdu.

1.3.2. Antrojo karantino Lietuvoje ribojimai

Atėjus 2020 metų vasarai, atrodė, kad sergamumas Lietuvoje yra suvaldytas, tačiau pasirodžius pirmiesiems šalčiams, kai žmonės ėmė susitikinėti nebe lauke, bet vidaus patalpose buvo pradėta kalbėti apie antrojo karantino Lietuvoje paskelbimą. 2020 m. lapkričio 4 d. Nr. 1226 nutarimu „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ vadovaujanti užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 21 straipsnio 1 dalimi ir 3 dalies 1 punktu bei atsižvelgiant į susidariusią nepalankią epideminę COVID-19 ligos situaciją paskelbiamas karantinas visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje.

Lietuvoje paskelbto antrojo karantino ribojimai (nuo lapkričio 4 d.)

Dėl tarpvalstybinio ir vidaus judėjimo:

- ✓ Nustatyta laikinas valstybės sienos kirtimo apribojimas ir(ar) nutraukimas vykdomas per sienos perėjimo punktus: automobilių kelių, geležinkelio, tarptautinių oro uostų pasienio kontrolė ir jūrų uostų pasienio kontrolės punktus.
- ✓ Užsieniečiams apriojamas valstybės sienos kirtimas uždraudžiant atvykti į Lietuvos Respubliką.
- ✓ Viešose vietose būti ne didesnėmis nei 5 asmenų grupėmis ir laikytis 2 m. atstumo.
- ✓ Viešose vietose nešioti burną ir nosį dengiančias apsaugos priemones (vyresniems nei 6 m.).

Dėl viešojo ir privataus sektoriaus veiklos:

- ✓ Valstybės ir savivaldybių institucijose bei įstaigose darbas organizuojamas ir klientai aptarnaujami nuotoliniu būdu arba daliniu nuotoliniu būdu.
- ✓ Parduotuvės, prekybos centrai, turgavietės, paslaugų teikimo vietose turi būti užtikrinta 10 m² plotas vienam lankytojui.
- ✓ Sveikatingumo paslaugų centrų ir teikiančių poilsio paslaugas veikla draudžiama.
- ✓ Laisvalaikio, kultūros, pramogų, sporto įstaigų lankymas ir klientų aptarnavimas draudžiamas.
- ✓ Draudžiama viešojo maitinimo įstaigų, kavinių, restoranų, barų, naktinių klubų, kazino įstaigų veikla, išskyrus maisto tiekimą išsinešimui

Dėl švietimo įstaigų darbo organizavimo:

- ✓ Ugdymas vykdomas nuotoliniu būdu, išskyrus ikimokyklinio, priešmokyklinio ir pradinio ugdymas. Nuo 2020 m. gruodžio 9 d. pradinių klasių mokiniai taip pat mokėsi nuotoliniu būdu.

Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimo:

- ✓ Planinių operacijų atidėjimas;
- ✓ Planinių hospitalizacijų dėl kitų diagnostinių ir gydomųjų paslaugų atidėjimas;
- ✓ Draudžiamas pacientų lankymas;
- ✓ Medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ribojimas;
- ✓ Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nuotoliniu būdu;
- ✓ Kontaktiniu būdu teikiamos šios paslaugos: odontologijos, nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros, vaikų ir suaugusiųjų skiepavimo, ligų prevencijos programų, įsidarbinančių asmenų, siekiančių dirbti tokioje veiklos srityje, kurioje dirbant patiriamas atitinkamas kenksmingų rizikos veiksnių poveikis, profilaktinių sveikatos patikrinimų paslaugos.

Socialines paslaugas teikiančių įstaigų darbo organizavimas:

- ✓ Draudžiamas lankymas visuose stacionariuose socialinių paslaugų įstaigose, šeimynose, grupinio ir bendruomeninio gyvenimo namuose.
- ✓ Rekomenduojama neorganizuoti viešų religinių apeigų.

Antrojo karantino apribojimai Lietuvoje buvo mažiau griežtesni nei pirmojo. Nebuvo uždaryti ikimokyklinio, priešmokyklinio ir pradinio ugdymo įstaigos. Tačiau po žiemos atostogų ir pradinių ugdymo įstaigos mokymą organizavo nuotoliniu būdu, ikimokyklinis ir priešmokyklinis ugdymas paliktas sumažinus kontaktus ir srautus ugdymo įstaigose, ir rekomenduojama vesti vaikus tik tiems tėvams, kurie neturi galimybių su vaikais pasilikti namuose.

Nuo 2020 m. gruodžio 15 d. iki 2021 m. sausio 31 d. buvo įvesti griežtesni karantino apribojimai:³

- ✓ Uždrausta bendrauti ne su savo namų ūkio gyventojais, išskyrus neatidėliotinus atvejus;
- ✓ Uždaromos ne maisto prekių parduotuvės, išskyrus tam tikras išimtis;
- ✓ Panaikinamas ribojimas prie prekybos centrų ir parduotuvių užimti tik 20% automobilių aikštelių ploto;
- ✓ Parduotuvėse turėjo būti užtikrintas 10 kv. m prekybos plotas vienam lankytojui arba vienu metu aptarnaujamas ne daugiau kaip vienas asmuo;
- ✓ Uždrausta išvykti iš savo savivaldybės, išskyrus tam tikras išimtis;

³Nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. Lapkričio 4 d. Nutarimo Nr. 1226 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ pakeitimo 2020 m. gruodžio 14 d. Nr. 1418

- ✓ Uždrausta judėti gyvenamosios vietos savivaldybės teritorijoje ar už jos ribų dėl nebūtinų priežasčių;
- ✓ Uždrausta teikti dalį kontaktinio pobūdžio paslaugų, tarp jų – grožio paslaugas;
- ✓ Apgyvendinimo paslaugos gali būti suteikiamos tik asmenų izoliacijai;
- ✓ Švietimo įstaigos dirba nuotoliniu būdu, tačiau darželiai turės priimti vaikus, jei jų tėvai neturi galimybės dirbti nuotoliniu būdu.

2021 m. vasario 10 d. Vyriausybė priėmė laipsniškai taikomus karantino režimo ribojimo keitimo plano priemones. Planuojama švelninti karantino ribojimus tiek savivaldybių, tiek ir nacionaliniu lygiu atsižvelgiant į epidemiologinę situaciją. Karantinų ribojimų pakeitimai nuo 2021 m. vasario 15 d.:⁴

- ✓ *Veikti gali parduotuvės, kioskai ir paviljonai* (išskyrus esančius turgavietėse), atitinkantys šias sąlygas: bendras prekybos plotas neviršija 300 m²; įėjimas iš lauko arba atskiras įėjimas klientams; vienu metu aptarnaujamas ne daugiau kaip vienas pirkėjas arba vienam pirkėjui tenka bent 20 m² ploto.
- ✓ *Leidžiama teikti individualias paslaugas* (įskaitant grožio), kurių teikimo metu yra kontaktas tik tarp vieno paslaugos teikėjo ir vieno paslaugos gavėjo.
- ✓ *Leidžiami individualūs fizinio aktyvumo užsiėmimai lauke*, teikiami fizinio aktyvumo ar sporto specialisto, instruktoriaus ar fizinio aktyvumo ar sporto specialisto paslaugų teikėjo.

Taigi, galima teigti, kad antrojo karantino metu karantino ribojimai sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimui nesikeitė, kuo antrojo karantino pradžios. *Antrojo karantino metu sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimo ribojimai*: planinių operacijų atidėjimas; planinių hospitalizacijų dėl kitų diagnostinių ir gydomųjų paslaugų atidėjimas; draudžiamas pacientų lankymas; medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ribojimas; ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas nuotoliniu būdu; nuotoliniu būdu teikiamos šios paslaugos: odontologijos, nėščiąjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros, vaikų ir suaugusiųjų skiepijimo, ligų prevencijos programų, įsidarbinančių asmenų, siekiančių dirbti tokioje veiklos srityje, kurioje dirbant patiriamas atitinkamas kenksmingų rizikos veiksnių poveikis, profilaktinių sveikatos patikrinimų paslaugos.

1.4. COVID-19 pandemijos poveikis sveikatos priežiūros sistemai

⁴Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. Lapkričio 4 d. Nutarimo Nr. 1226 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ pakeitimo 2021 m. vasario 10 d. Nr. 77

2019 m. Koronaviruso ligos (COVID-19) pandemija nustebino pasaulį ir ypač užklupo sveikatos priežiūros sistemas visame pasaulyje. Tų pačių įvykių matėme daugumoje nukentėjusių šalių, kur COVID-19 išplitimas per kelias savaites sukėlė per didelę ligoninių perkrovą, didelį sveikatos priežiūros išteklių trūkumą ir specialistų darbo krūvį. Reikia atsižvelgti į du pagrindinius aspektus. Pirmasis yra glaudžiai susijęs su COVID-19 epidemija: atlikus kreivę ir sulėtinus viruso plitimą, epidemiologiniai modeliai prognozuoja, kad sunkus ūminis kvėpavimo takų sindromas lėtiniu būdu paveiks sveikatos priežiūros sistemas ir gyventojų reikės sveikatos priežiūros bet kuriuo metu. Praktiškai galimos ir kitos viršūnės su visomis su tuo susijusiomis pasekmėmis. Antra, protrūkis sukėlė netiesioginį poveikį sveikatos priežiūros organizacijoms dėl ligonių perpildymo, uždelsto lėtinių ligų priežiūros ir pavėluoto įsikišimo dėl nuo laiko priklausančių sąlygų (pvz., Insulto, ūmaus miokardo infarkto ir pan.) (Conti, ir kt., 2020).

COVID-19 pandemijos metu labiausiai nukentėjo sveikatos sektorius, kuris yra kovos su virusu epicentras. Sveikatos sistemos daugelyje šalių yra per daug įtemptos, nes atvejų daugėja. COVID-19 poveikis, ypač sveikatos sistemoje, nepagailėjo net dideles pajamas gaunančioms apskritims (angl. *High-Income Counties*). Pavyzdžiui, Italiją, kurioje yra aštuntas pagal nominalųjį bendrąjį vidaus produktą (BVP), turinti geresnę sveikatos sistemą, kurioje 1000 žmonių turi maždaug 3,2 ligoninės lovos, pribloškė didelis skaičius COVID-19 pacientų, kuriems reikalinga specializuota priežiūra. Nepaisant suvokiamo šių regionų sveikatos sistemų atsparumo, jie vis dar yra pažeidžiami dėl COVID-19 plitimo ir poveikio (Etyang, 2020).

COVID-19 pandemijos poveikis pagrindinėms sveikatos priežiūros paslaugoms kelia didelį susirūpinimą (Kieny, ir kt., 2014). Esminių sveikatos paslaugų, įskaitant sveikatos stiprinimą, prevencines paslaugas, diagnostiką, gydymą ir reabilitacines bei paliatyvias paslaugas, žlugimas gali turėti rimtų neigiamų padarinių sveikatai, ypač labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, tokioms kaip vaikai, pagyvenę žmonės, žmonės, sergantys lėtinėmis ligomis. Žmonės gali likti nuošalyje nuo sveikatos priežiūros paslaugų, bijodami užsikrėsti COVID-19. Sveikatos tarnybų veikimui gali turėti įtakos išteklių perkėlimas kovai su COVID-19 pandemija arba sveikatos paslaugų ar įstaigų uždarymas. Gali sutrikti vaistų ir prekių tiekimas. Be to, visuomenės priemonės, tokios kaip griežtas uždarymas kovai su pandemija, gali paveikti žmonių socialinę ir ekonominę padėtį, taip pat jų galimybes pasiekti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Norint pasiekti optimalią pusiausvyrą tarp kovos su COVID-19 pandemija ir šių paslaugų išlaikymo, pandemijos metu labai svarbu stebėti galimybę naudotis pagrindinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis (WHO, 2020b).

Sveikatos sistemų gebėjimas greitai pertvarkyti, kad būtų galima reaguoti į krizę mobilizuojant sveikatos priežiūros darbuotojus, tuo pačiu užtikrinant nuolatinį būtiniausių paslaugų teikimą visoje

priežiūros tęstinumo srityje, yra vienodai kritiškas ir sudėtingas. Pagrindinės strategijos apima darbuotojų saugos ir sveikatos užtikrinimą, tinkamas darbo sąlygas, psichosocialinę paramą sveikatos priežiūros darbuotojams ir mokymo bei švietimo mechanizmų teikimą, kad sveikatos priežiūros darbuotojai ir nauji darbuotojai turėtų reikiamas žinias ir kompetencijas atsižvelgiant į sveikatos sistemos reikalavimus. Pasirengimas ekstremalioms situacijoms taip pat apima paslaugų teikimo platformų optimizavimą, pvz., pasitelkiant nuotolinę mediciną. Technikos pažanga, tokia kaip internetinės ir mobiliosios sveikatos programos, 3D spausdinimas ir dirbtinis intelektas, gali pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir darbo būdus pandemijos metu ir už jos ribų. Šalys nustatė mobiliojo telefono vietos duomenų naudojimą, kad būtų galima stebėti COVID-19 plitimą nacionaliniu lygmeniu (Hutchinson, 2020).

Užimtumas sveikatos srityje ir darbo jėgos trūkumas. Sveikatos sektorius yra pagrindinis užimtumo šaltinis, daugumoje regionų sveikatos užimtumo augimo tempai buvo didesni nei kituose sektoriuose. 2013 m. darbas sveikatos ir socialinėje srityse visame pasaulyje sudarė daugiau nei 105 milijonus, 2018 m. - 130 milijonų, o 2020 m. - apie 136 milijonus darbo vietų. Be to, sveikatos sistemos gali sukurti daugiau kvalifikuotų darbo vietų, skatindamos augimą kituose sektoriuose, pvz., įrangos ir technologinės gamybos srityse. Jungtinių Tautų aukšto lygio sveikatos užimtumo ir ekonomikos augimo komisija sveikatos sektorių pripažino pagrindiniu ekonomikos sektoriumi, bei teigia, kad norint pasiekti pažangą siekiant darnaus vystymosi tikslų, reikia investuoti į sveikatos priežiūros darbuotojus (WHO, 2016). Tačiau duomenys rodo, kad sveikatos sistemos susiduria su sunkumais įdarbindamos ir išlaikydamos kvalifikuotus sveikatos priežiūros darbuotojus. Apskaičiuota, kad iki 2030 m. visame pasaulyje trūks 18 milijonų sveikatos priežiūros darbuotojų, o tai pirmiausia paveiks mažas ir vidutines pajamas gaunančias šalis (International Labour Organization, 2020).

Subalansuoti viešąjį ir privatų sveikatos sektorių. Nors daugelyje šalių privatus sektorius vaidina vis didesnę vaidmenį teikiant sveikatos paslaugas, pandemijos metu ypač svarbus viešojo sveikatos sektoriaus vaidmuo užtikrinant vienodas galimybes naudotis sveikatos priežiūra kaip žmogaus teise. Per metus didėjanti sveikatos paslaugų komercializacija sukėlė kai kurių suinteresuotųjų šalių susirūpinimą. Atsižvelgiant į vykstantį COVID-19 protrūkį, kai kurios šalys, įskaitant Airiją ir Ispaniją, dabar sustiprina privačių ligoninių vaidmenį, laikinai integruodamos jas į visuomenės sveikatos sistemą protrūkio laikotarpiu. Pasak Airijos valstybės pareigūnų, tai užtikrins suderintą sveikatos sistemą su maždaug 2 000 papildomų lovų, taip pat tyrimų ir gydymo išteklius, kurie suteiks reikšmingą ir labai reikalingą postūmį visuomenės sveikatos sistemos gebėjimui reaguoti į pandemiją (Payne, 2020). Privatus sektorius taip pat gali atlikti svarbų vaidmenį prisidedant prie kovos su Covid-19 pandemija ne tik sveikatos sektoriuje. Kai kuriose šalyse pavienės įmonės ėmėsi iniciatyvos laikinai pakeisti verslo

modelius pandemijos metu, padėdamos užtikrinti medicinos reikmenų tiekimą. Tarptautinė darbdavių organizacija pradėjo diskusijas su daugiašalėmis organizacijomis ir verslo bendruomene apie viešojo ir privataus bendradarbiavimo iššūkius ir galimybes (International Labour Organization, 2020).

Pajamų nuostoliai tarp sveikatos sistemos dalyvių. Nors pagrindinis dėmesys skiriamas sveikatos apsaugos darbuotojų apsaugai ir palaikymui, kova su COVID-19 veikia visus sveikatos priežiūros dalyvius, įskaitant savarankiškai dirbančius asmenis ir sveikatos įmones, dėl didelės rizikos užsikrėsti. Todėl buvo nustatyta, kad ligos išmokų nebuvimas yra pagrindinis iššūkis norint įveikti finansines problemas susijusias su COVID-19. COVID-19 pandemija atskleidžia didelius apimtųjų trūkumus ne tik galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, bet ir ligos pašalpos požiūriu, paliekant sveikatos priežiūros darbuotojus ir slaugytojus, kurie dirba ekstremaliomis sąlygomis, neapsaugotus. Pajamų saugumo trūkumas sergant ar slaugant sergančius šeimos narius skatina eiti į darbą sergant ir padidina užkrėtimo riziką. Tai taip pat veikia šeimos pajamas (International Labour Organization, 2020).

Tarptautinis bendradarbiavimas. Pasaulinis kvalifikuotų sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumas ir nevienodas pasiskirstymas yra pagrindinis suvaržymas reaguojant į netikėtą ir lengvai perduodamą ligą, tokią kaip COVID-19, protrūkį. Ligai plintant, net ir tinkamai aprūpintos sveikatos sistemos yra lūžio taške, reaguodamos į protrūkį. Spartus atvejų skaičiaus padidėjimas visame pasaulyje rodo, kad reikia skubiai stiprinti mažiau išteklių turinčias sveikatos priežiūros sistemas, kad būtų galima reaguoti į COVID-19 protrūkį. Tai apima sveikatos priežiūros darbuotojų uždavinių sprendimą ir laboratorinės diagnostikos priemonių, ligų stebėjimo mechanizmų ir rizikos perdavimo strategijų didinimą (Hopmann, ir kt., 2020). Daugelis šalių negalės iš karto padidinti savo pajėgumų. Todėl reikalingi pasauliniai veiksmai, padedantys toms šalims reaguoti į ligos protrūkį ir vėliau.

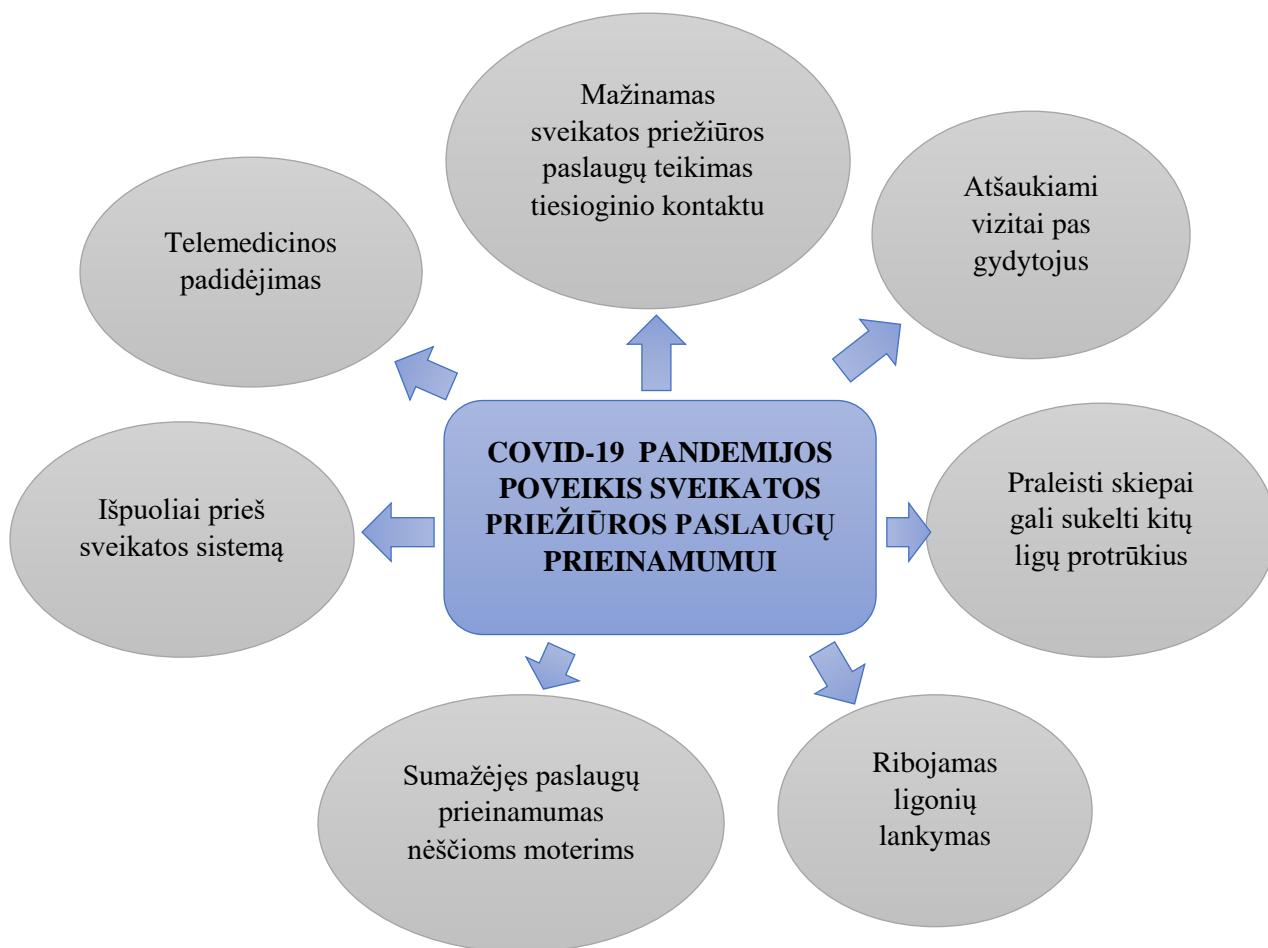
Socialinės sveikatos apsauga ir sveikatos priežiūros finansavimas. COVID-19 pandemijos metu būtina užtikrinti ne tik tinkamą socialinę sveikatos priežiūros specialistų apsaugą, bet ir garantuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamą visiems gyventojams. Socialinė apsauga vaidina pagrindinį vaidmenį palengvinant ir išvengiant pačios sveikatos krizės. Socialinė sveikatos apsauga suteikia teisėmis pagrįstą požiūrį į visuotinę sveikatos apsaugą, kuri užtikrina finansinę apsaugą ir veiksmingą prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų reikalinga tvirta ir gerai suplanuota finansavimo struktūra, skatinanti sveikatos paslaugų teikėjus atitikti visuotinio prieinamumo, priimtumo ir kokybiškos sveikatos priežiūros kriterijus, laikantis žmogaus teisių ir tarptautinių socialinės apsaugos standartų. Tam reikalingas glaudus ir veiksmingas suinteresuotųjų šalių koordinavimas finansuojant, perkant ir teikiant sveikatos paslaugas (International Labour Organization, 2020).

Apibendrinat galima teigti, kad COVID-19 pandemija nustebino visą pasaulį, o ypač sveikatos sistemą, kuri nesugebėjo taip greitai pasiruoti šiai pandemijai. Staigus užsikrėtusių žmonių skaičius perpildė ligonines, sukėlė sveikatos priežiūros išteklių trūkumą ir padidėjusių specialistų darbo krūvį. Visuomenės priemonės, tokios kaip karantinas ar kaukių dėvėjimas, gali paveikti žmonių socialinę ir ekonominę padėtį, taip pat jų galimybes pasiekti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

1.5. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas COVID-19 pandemijos metu

COVID-19 pandemija turėjo didelę įtaką sveikatos sistemų gebėjimui tęsti pagrindinių sveikatos paslaugų teikimą. Nors visame pasaulyje sveikatos sistemoms kyla problemų dėl didėjančios COVID-19 pacientų priežiūros poreikio, labai svarbu išlaikyti prevencines ir gydomąsias paslaugas, ypač labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, tokioms kaip vaikai, pagyvenę žmonės, žmonės, sergantys lėtinėmis ligomis, mažumoms ir žmonėms su negalia. Šalys turi pasiekti optimalią pusiausvyrą tarp kovos su COVID-19 pandemija ir pagrindinių sveikatos paslaugų išlaikymo. PSO koordinuoja kelių regionų ir departamentų pastangas remti tikslinių veiksmų įgyvendinimą šalyje, siekiant pertvarkyti ir išlaikyti prieigą prie saugių ir aukštos kokybės būtiniausių sveikatos paslaugų per visą gyvenimą (WHO, 2020a).

Pasaulinės sveikatos organizacijos (WHO, 2020a) atliktoje apklausoje buvo siekiama sužinoti apie daugiau nei 100 šalių įžvalgų apie jų sveikatos paslaugų sutrikimų mastą ir nurodo jų patirtį pritaikant strategijas, siekiant sušvelninti COVID-19 poveikį paslaugų teikimui. Tai rodo, kad pandemija išbando visas nacionalines sveikatos sistemas, o tai turi įtakos pagrindinių sveikatos paslaugų teikimui ir naudojimui beveik visose penkių tirtų PSO regionų šalyse.



6 pav. COVID-19 pandemijos poveikis sveikatos priežiūros prieinamumui

Šaltinis: sudaryta autoriaus

6 paveiksle pateikta COVID-19 pandemijos poveikis sveikatos priežiūros prieinamumui.

Poveikis gyventojų lygiu paprastai yra dalinis (5–50%), tačiau pakankamai didelis, kad paveiktų aukštos kokybės paslaugų prieinamumą ir prieigą pažeidžiamiausiems kiekvienos visuomenės gyventojams. Tai sustiprina strateginių pritaikymų poreikį, siekiant užtikrinti būtiniausių sveikatos paslaugų priežiūrą. Nors, remiantis šiuo tyrimu, paslaugų teikimo sutrikimų poveikis yra ribotas, pagrįstai galima numatyti, kad net ir nedidelis esminių sveikatos paslaugų sutrikimas gali padidinti sergamumą ir mirtingumą dėl kitų priežasčių nei COVID-19, trumpuoju, vidutiniu ir ilguoju laikotarpiu. Reikia geriau suprasti galimą sutrikimų poveikį sergamumui ir mirtingumui, kad būtų galima įvertinti skirtingų švelninimo strategijų taikymo naudą ir riziką. Reikia skubiai dokumentuoti ir sužinoti, kas veikia skirtingose aplinkose įvairiais pandemijos etapais.

COVID-19 sukėlė ekonominių iššūkių sveikatos priežiūros praktikai, kuri turėjo pakoreguoti savo paslaugas ir prieinamumą dėl pandemijos (Basu, ir kt., 2020). Lietuvoje karantino laikotarpiu buvo ribojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, o skatinama telemedicina. Sugriežtinto karantino metu ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas, įvertina paciento sveikatos būklę ir priima sprendimą koku būdu bus teikiamos paslaugos. Tik kontaktiniu būdu pandemijos metu buvo teikiamos odontologo, nėščiujų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat vaikų ir suaugusių skiepavimo paslaugos. Kontaktiniu būdu gali būti teikiamos ir paslaugos vykdant ligų prevenciją, atliekant įsidarbinančių asmenų profilaktinių sveikatos patikrinimą, teikiant psichologinės pagalbos ar psichoterapijos paslaugas. Tiesa, pastarosios paslaugos gali būti teikiamos ir nuotoliniu būdu (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020b).

Kontaktiniu būdu teikiamos šios paslaugos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020a):

- 1) odontologijos paslaugos;
- 2) nėščiujų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros paslaugos;
- 3) vaikų ir suaugusiųjų skiepavimo pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą paslaugos;
- 4) vykdant ligų prevencijos programas;
- 5) įsidarbinančių asmenų, siekiančių dirbti tokioje veiklos srityje, kurioje dirbant patiriamas atitinkamas kenksmingų rizikos veiksnių poveikis, profilaktinių sveikatos patikrinimų paslaugos;
- 6) psichologinės pagalbos ir psichoterapijos paslaugos.

Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose gydomi COVID-19 liga (koronaviruso infekcijos) sergantys pacientai, veikla organizuojama (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020a):

- 1) veiklos perorganizavimas valdant pacientų srautus, infrastruktūrą ir materialiuosius bei žmogiškuosius išteklius;
- 2) prareikus didinti lovų skaičių ir (ar) asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį gydyti COVID-19 liga (koronaviruso infekcijos) sergančius pacientus ir (ar) pasitekti personalą – planinių stacionariųjų ir (ar) ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį mažinimas ar šių paslaugų teikimo stabdymas, išskyrus pagalbą ir sveikatos priežiūros paslaugas, kurių nesuteikus pacientui atsirastų būtinosios medicinos pagalbos poreikis arba labai pablogėtų jo būklė;

- 3) pacientų lankymo draudimas, išskyrus terminalinės būklės pacientų ir vaikų iki 14 metų lankymą gydančio gydytojo leidimu.

Dėl baimių, susijusių su naujojo koronaviruso plitimu, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai visame pasaulyje kuo labiau sumažino asmeninį kontaktą su savo pacientais. Tai paveikė prenatalinę priežiūrą, o tai yra esminis aspektas užtikrinant, kad nėščios moterys ir besivystantys kūdikiai išliktų sveiki viso nėštumo metu. Sveikatos ir žmoniškųjų paslaugų departamento Moterų sveikatos biuras pataria dažnai tikrinti nėščias moteris. Jie pažymi, kad tai turėtų apimti vieną patikrinimą per mėnesį 4–28 nėštumo savaitėmis, du per mėnesį 28–36 savaitių laikotarpiu ir savaitines patikras nuo tada iki gimdymo. Tačiau pandemija sukėlė pavojų šiems reguliariems prenataliniams vizitams pas akušerį arba net padarė juos neįmanomus. Prenatalinių patikrinimų atšaukimas arba jų perkėlimas į telemedicinos metodą buvo daug didesnio pirminės sveikatos priežiūros poveikio dalis (Cohut, 2020).

Nuo protrūkio pradžios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams buvo parodyta daugiau paramos, solidarumo ir dėkingumo nei kada nors anksčiau. Vis dėlto nuolat pranešama apie išpuolius sveikatos priežiūros srityje, o dabar jie taip pat apima incidentus, susijusius su COVID-19 pandemija visame pasaulyje. Dėl COVID-19 pandemijos kai kurios sveikatos sistemos patyrė didžiulį spaudimą, o kitos išplėtė savo galimybes. Norint reaguoti į šią pandemiją ir sėkmingai sumažinti jos poveikį, reikia panaudoti visus sveikatos išteklius. Nesaugant sveikatos priežiūros šiame sparčiai besikeičiančiame kontekste sveikatos sistemos susiduria su kritinėmis paslaugų spragomis, kai jų labiausiai reikia, ir tai gali turėti ilgalaikį poveikį gyventojų sveikatai ir gerovei. Trapiose ir nuo konfliktų nukentėjusiose šalyse smurtas COVID-19 pandemijos metu jau atėmė šimtus medicinos tarnybų ir labai trukdė reaguoti. Be kitų dalykų, bombardavimai ir sunaikinimas 400 vietų Libijoje (United Nations, 2020). Dar labiau sumažino sveikatos priežiūros institucijų ir pagalbos agentūrų galimybes pasirengti visavertei epidemijai. Tačiau išpuoliai prieš sveikatos apsaugą daro ne tik tiesioginį poveikį sveikatos sistemų gebėjimui teikti paslaugas tiems, kuriems to labiausiai reikia, bet ir smarkiai paveikia pacientų, kritinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir jų šeimų psichosocialinę sveikatą (WHO, 2020b).

PSO paskelbus COVID-19 pandemiją, kilo visuotinis susirūpinimas, kad kol kas būtų nesaugu reguliariai lankytis klinikose ar ligoninėse. Visame pasaulyje gydytojų kabinetai uždarė duris, ir daugelis, vadovaudamiesi savo šalies gairėmis, perėjo prie telemedicinos. Jungtinėje Karalystėje Nacionalinė sveikatos tarnyba taip pat rekomenduoja žmonėms, besikreipiantiems į gydytoją, kreiptis internetu arba paskambinti savo gydytojui. Žmonės turėtų apsilankyti gydytojo kabinete tik asmeniškai, jei gydytojas aiškiai paprašė tai padaryti dėl rimtų susirūpinimų. Tačiau daugelio planuojamų planinių operacijų atšaukimas pandemijos metu daugeliui žmonių paliko baimę dėl ilgalaikės sveikatos žalos. Nors sveikatos

priežiūros organizacijos, tokios kaip CDC (angl. *Centers of Disease Control and Prevention*), ir toliau pabrėžia vaikų imunizavimo⁵ nuo kitų virusų svarbą, jos taip pat pažymi, kad vakcinomis besinaudojančių vaikų skaičius vėlai gerokai sumažėjo. Tai iš dalies gali atsirasti dėl karantino priemonių ir „buvimo namuose“ politikos, tačiau greičiausiai taip pat gali būti dėl minėto pirminės sveikatos priežiūros paskyrimų atšaukimo ir vėlavimo (Cohut, 2020).

Apibendrinant galima teigti, kad COVID-19 pandemija turi stiprų poveikį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Prasidėjus pandemijai ir įvedus karantino apribojimus buvo mažinamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas tiesioginio kontakto metu, atšaukiami vizitai pas gydytojus, sumažėjo paslaugų prieinamumas nėščioms moterims ir ribojamas ligonių lankymas. Dėl šių apribojimų padidėjo telemedicina ir iškilė grėsmė kitų ligų protrūkiui, dėl mažėjančio profilaktinio skiepėjimosi.

⁵**Imunizavimas** - Imunizacija (lot. *immunis* - laisvas nuo ko nors): 1. imuniteto sukėlimas organizme, suleidus užmuštų, susilpnintų ligos sukėlėjų arba jiems kitu būdu patekus į organizmą; 2. skiepėjimas.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIENAMUMO COVID-19 PANDEMIJOS METU EMPIRINIO TYRIMO ANALIZĖ

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo objektas – sveikatų priežiūros paslaugų prieinamumas VŠĮ Šiaulių centro poliklinikos pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Tyrimo tikslas – ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą VŠĮ Šiaulių centro poliklinikos pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams prieš COVID-19 pandemiją ir jos metu.
2. Palyginti sveikatos priežiūros prieinamumą pacientams COVID-19 metu pagal gyvenamą vietą ir lytį.
3. Pateikti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos sukeltas problemas.
4. Sukurti modelį, kurio pagalba būtų galima gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Iškeltam tikslui ir uždaviniams pasiekti panaudoti teorinis ir empiriniai tyrimo metodai.

Teoriniai tyrimo metodai paremti teoriniu mąstymu. Tidikio (2003) teigimu, teorija yra labiausiai išplėtotą mokslinio pažinimo bei sistemingo rezultatų pateikimo forma. Teorijoje remiantis įvairiais mokslinio pažinimo būdais, visapusiškai atskleidžiami esminiai tiriamojo objekto ryšiai. Teorinėje dalyje siekiama apibendrinti sveikatos priežiūros paslaugų sampratą ir klasifikaciją bei išnagrinėti COVID-19 pandemijos poveikį sveikatos sistemai ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui.

Kiekybinis tyrimo metodas apibūdinamas kaip galutiniai tyrimo rezultatai, kurie išreiškiami skaičiais. Tai apima būdų, procedūrų ir aprašymo metodų visumą, kuri suteikia galimybę gauti naujų socialinių žinių. Bitinas (2006) pabrėžia, kad pirminė informacija renkama, matuojant požymius, ieškoma objekto komponentų, kai duomenys pateikiami formalizuota kalba grindžiant kiekybinėmis išvadomis. Siekiant ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas pacientams, COVID-19 pandemijos metu buvo pasirinkta anketinė apklausa.

Anketinė apklausa – šis metodas tinkamiausias siekiant ištirti individo ar visuomenės sąmonės elementus (poreikius, požiūrį, interesus). Autorės Valackienės (2008) teigimu, anketinė apklausa dažniausiai naudojama socialiniuose tyrimuose, kadangi surenkami duomenys yra pakankamai lengvai formalizuojami. Gautus duomenis galima lyginti tarpusavyje ar susisteminti panaudojant statistinės analizės metodus. Šis metodas buvo pasirinktas dėl to, kad būtų galima apklausti didesnę kiekį respondentų, taip atskleidžiant tikslesnes išvadas.

Tyrimo imtis. Tyrimas atliktas VŠĮ Šiaulių centro poliklinikoje. Tyrimu metu apklausti pacientai, kurie yra užsiregistravę šioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Šioje sveikatos priežiūros įstaigoje yra užsiregistravę apie 5500 pacientai. Anketas respondentams pateiktos mišriu būdu, tiek tiesiogiai į rankas, tiek ir elektroniniu būdu (www.apklausa.lt).

Tyrimo imtis nustatyta remiantis Paniotto formule (Valackienė, 2008):

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kur :

n – imties dydis;

Δ - imties paklaidos dydis ($=0,05$; kadangi šiuo tyrimu tiriama pacientų nuomonė, o ne tam tikri kiekybiniai parametrai, tad paklaidą galima didinti iki 5%).

N – generalinis visumos dydis.

$$n = \frac{1}{(\Delta^2 + \frac{1}{N})} = \frac{1}{0,05^2 + \frac{1}{5500}} = 373$$

Apklausoje apklausti 400 pacientų, todėl remiantis Paniotto formule, galima teigti, jog tyrimo rezultatai yra tikslūs. Anketa buvo sukurta 2021 m. vasario mėn. ir tyrimas įvykdytas 2021 m. kovo mėn.

Tyrimo metu laikomasis tyrimo etikos principų. Respondentams paaiškintas anketos tikslas, akcentuojama atsakymų svarba, užtikrinta, jog laikomasi konfidencialumo ir anonimiškumo. Tyrimas ne priverstinis, t. y. laikomasi tyrimo dalyvių laisvanoriškumo ir pagarbos principų. Anketos pradžioje respondentai perspėti, jog duomenys pateikti apibendrinti, todėl nebuvo pažeistas privatumo principas. Taip pat laikomasi sąžiningumo principo, kuris reikalauja iš tyrėjo pateikti tik tokius duomenis, kurie bus gauti iš tikrųjų (Kardelis, 2005), t. y. nebuvo tyrimo duomenų „pritempimo“ ar nepageidaujamų duomenų

nuslėpimo. Pateikiant anketą respondentų paprašyta atsakyti į anketos klausimus, pabrėžiant jų teisę atsisakyti dalyvauti tyrime.

Tyrimo etapai:

1. Klausimyno sukūrimas.
2. Klausimyno dalinimas respondentams.
3. Tyrimo rezultatų analizė.
4. Išvadų ir rekomendacijų pateikimas.

Anketa sudaryta remiantis teorinės dalies analize (žr. priedai). Anketinės apklausos klausimynas suskirstytas į tris klausimų blokus:

- 1. Sociodemografinis blokas (1 – 5 klausimai)**, šioje dalyje buvo siekia išsiaiškinti pagrindinius duomenis apie tyrimo dalyvius.
- 2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo blokas (6 – 9 klausimai)**, šioje dalyje buvo siekiama ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams prieš COVID-19 pandemiją.
- 3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos metu blokas (10 – 19 klausimai)**, šioje dalyje buvo siekiama palyginti sveikatos priežiūros prieinamumą pacientams COVID-19 metu pagal gyvenamą vietą ir lytį bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos metu sukeltas problemas.

Gautiems tyrimo duomenims apdoroti bus naudojamos Microsoft Word ir Microsoft Excel kompiuterinės programos. Microsoft Excel programa bus naudojama taip pat grafiniam surinktų duomenų vaizdavimui.

2.2. Tyrimo rezultatų analizė

2.2.1. Respondentų socialdemografinių duomenų analizė

Šiame poskyryje pateikiami respondentų socialdemografinių duomenų analizė. Tyrime dalyvavo 400 respondentų, iš kurių 54% moterų ir 46% vyrų (žr. 3 lentelę). Didžiąją dalį respondentų sudaro 51-60 m. (20%) amžiaus pacientai, o mažiausią dalį iki 19 metų (8,5%) ir 71 metų ir daugiau (8,5%). Analizuojant respondentų lyties pasiskirstymą pagal amžių, galima teigti, kad didžioji dalis moterų sudaro 20-30 m. (23%) amžiaus pacientės, o vyrų tarpe 31-40 m. (20%).

3 lentelė. Respondentų lyties pasiskirstymas pagal amžių (N=400)

Lytis			
Amžius	Vyrai	Moterys	Iš viso:
<19 metų	16 (7%)	18 (8%)	34 (8,5%)
20 – 30 m.	16 (7%)	50 (23%)	66 (16,5%)
31 – 40 m.	36 (20%)	24 (11%)	60 (15%)
41 – 50 m.	28 (15%)	40 (19%)	68 (17%)
51 – 60 m.	34 (18%)	46 (21%)	80 (20%)
61 – 70 m.	34 (18%)	24 (11%)	58 (14,5%)
71 metai ir daugiau	20 (15%)	14 (7%)	34 (8,5%)
Iš viso:	184 (46%)	216 (54%)	

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Respondentų lyties pasiskirstymas pagal gyvenamą vietą pateiktas 4 lentelėje. Didžiąją dalį respondentų gyvena mieste (81%), iš kurių 57% moterys ir 43% vyrai. Kaime gyvenančių respondentų pasiskirstymas pagal lytį priešingas, didesnė dalis yra vyrų (61%), nei moterų (39%).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamą vietą (N=400)

Lytis			
Gyvenama vieta	Vyrai	Moterys	Iš viso:
Miestas	138 (43%)	186 (57%)	324 (81%)
Kaimas	46 (61%)	30 (39%)	76 (19%)
Iš viso:	184 (46%)	216 (54%)	

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

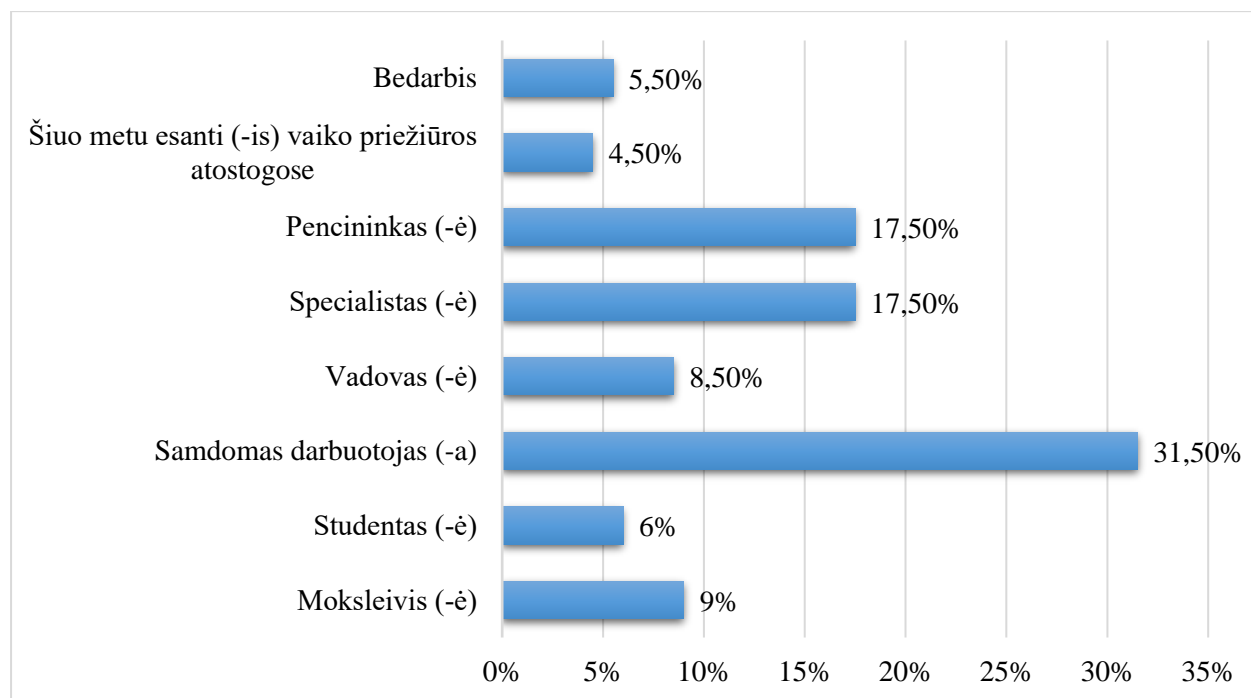
Analizuojant respondentų duomenis apie išsilavinimą (žr. 5 lentelę), galima teigti, kad didžioji dalis respondentų turi aukštąjį išsilavinimą (30%), mažiausia dalis – pagrindinį (10%). Kitą variantą pasirinko šeši respondentai ir įrašė – *jokio, profesinis ir pradinukas*. Atsižvelgiant į lytį, tai net didžioji dalis vyrų turi aukštesnįjį (25%) arba aukštąjį (25%) išsilavinimą, o moterų tarpe taip pat aukštąjį (34%).

5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir išsilavinimą (N=400)

Lytis	Vyrai	Moterys	Iš viso:
Išsilavinimas			
Pagrindinis	20 (11%)	20 (9%)	40 (10%)
Vidurinis	38 (21%)	36 (17%)	74 (18,5%)
Aukštesnysis	46 (25%)	34 (16%)	80 (20%)
Aukštasis – neuniversitetinis	32 (17%)	48 (22%)	80 (20%)
Aukštasis	46 (25%)	74 (34%)	120 (30%)
Kita	2 (1%)	4 (2%)	6 (1,5%)
Iš viso:	184 (46%)	216 (54%)	

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kuo respondantai užsiima (žr. pav.). Remiantis gautais rezultatais galima teigti, kad trečdalis respondentų yra samdomi darbuotojai (31,5%), beveik penktadalis pensininkai (17,5%) ir specialistai (17,5%). Mažiausia dalis tyrimo dalyvių sudarė asmenys esantys vaiko priežiūros atostogose (4,5%) ir bedarbiai (5,5%).



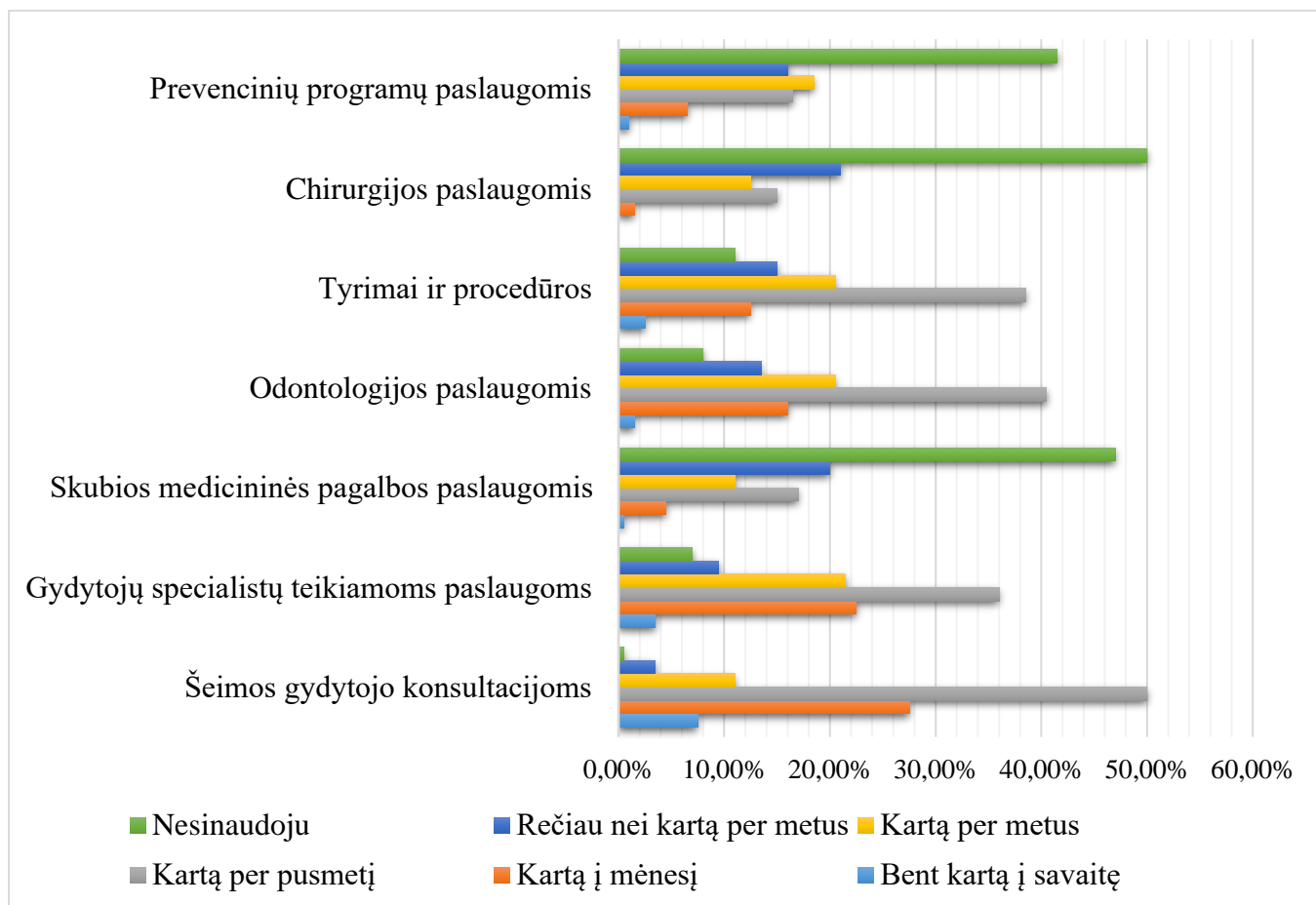
7 pav. Respondentų užsiėmimas (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Apibendrinant galima teigti, kad didžioji dalis respondentų yra moterys. Didžiąją dalį respondentų sudaro 51-60 m. amžiaus pacientai, o mažiausią dalį iki 19 metų ir 71 metų ir daugiau. Didžiąją dalį respondentų gyvena mieste, iš kurių daugiau negu pusė sudaro moterys, o kaime – vyrai. Didžioji dalis respondentų, tiek moterų, tiek ir vyrų turi aukštąjį išsilavinimą, mažiausia dalis pagrindinį. Trečdalis respondentų yra samdomi darbuotojai, beveik penktadalis pensininkai ir specialistai.

2.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas prieš COVID-19 pandemiją

Šioje dalyje analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams prieš COVID-19 pandemiją. Pirmiausia respondentų buvo pasiteirauta kokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis dažniausiai naudojasi.

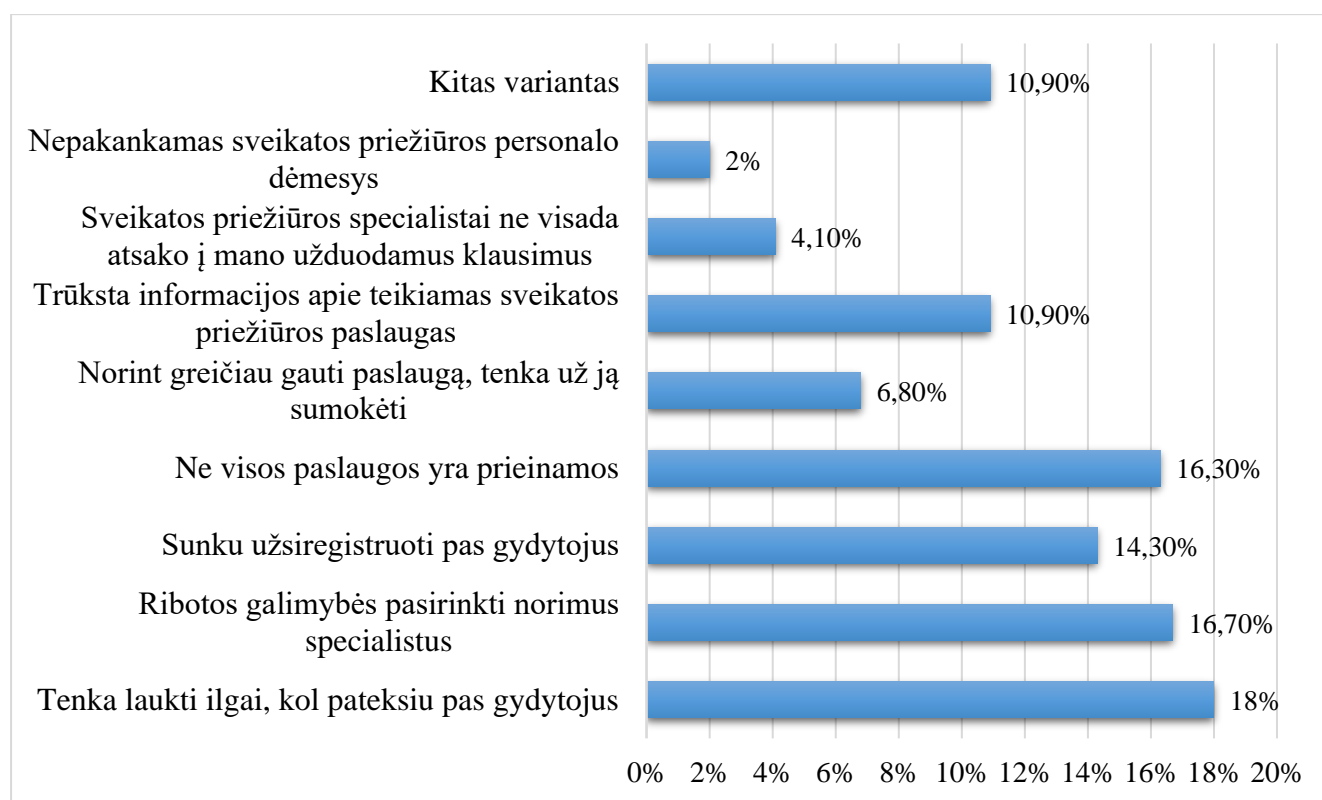


8 pav. Respondentų dažniausiai naudojamos sveikatos priežiūros paslaugos (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Remiantis gautais tyrimo rezultatais (žr. 8 pav.) galima teigti, kad dažniausiai respondentai naudojami šeimos gydytojo konsultacijomis (bent kartą per savaitę – 7,5%). Kartą į mėnesį daugiau nei penktadalis (22,5%) respondentų naudojami gydytojų specialistų teikiamomis paslaugomis, o šeštadalis (16%) odontologijos paslaugomis. Kartą į pusmetį pusė respondentų (50%) lankosi pas šeimos gydytoją, šiek tiek mažesnė dalis (41%) pas odontologą bei tyrimams ir procedūroms (39%). Kartą per metus respondentai dažniausiai lankosi pas gydytojus specialistus (22%), o rečiau nei kartą per metus naudojami chirurgijos paslaugomis (21%). Net pusė respondentų (50%) nesinaudoja chirurgijos paslaugomis, šiek tiek mažesnė dalis (47%) skubios pagalbos paslaugomis bei prevencinių programų paslaugomis (41,5%).

Taigi, galima teigti, kad respondentai dažniausiai naudojami šeimos gydytojo konsultacijos paslaugomis, o rečiausiai chirurgijos paslaugomis.



9 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumai (proc.)

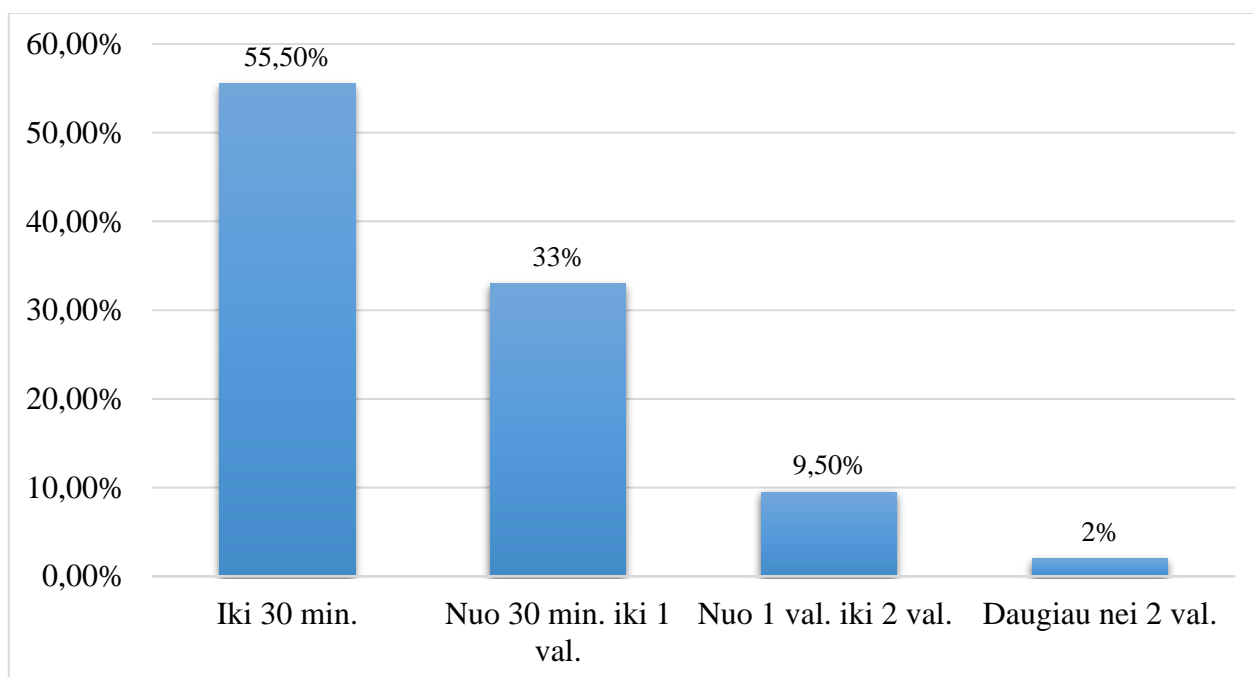
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo rezultatus

Kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kokius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumus respondentai pastebi (žr. 9 pav.). Respondentai išskyrė šiuos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumus –tenka laukti ilgai, kol pateksiu pas gydytojus (18%), ribotos galimybės pasirinkti norimus specialistus (16,7%) bei ne visų paslaugų prieinamumas (16,3%). Net dešimtadalis (10,9%) pasirinko kitą

variantą: *viskas tinka, nepastebėjau, galėtų būti tvarkingesnė aplinka, nėra, viskas gerai, nėra trūkumų, prieš operaciją galėtų nereikėti mokėti už tyrimus.*

Žvirblytės (2011) atliktame tyrime pusė tyrime dalyvavusių pacientų ilgas eiles pas gydytojus, įvardijo kaip vieną iš pagrindinių sveikatos paslaugų prieinamumo problemų, o trečdalis parėžė sunkumus norint patekti pas norimus specialistus. Lyginant šiuos du tyrimus tarpusavyje, galima pastebėti tas pačias sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas pacientų atžvilgiu.

Galima daryti išvadą, kad tik dešimtadalis respondentų nepastebėjo jokių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumų, o kita dalis – ilgai trunkantį patekimą pas gydytojus ir ribotas galimybes pasirinkti norimus gydytojus.



10 pav. Laikas, per kurį respondentai atvyksta į gydymo įstaigą (proc.)

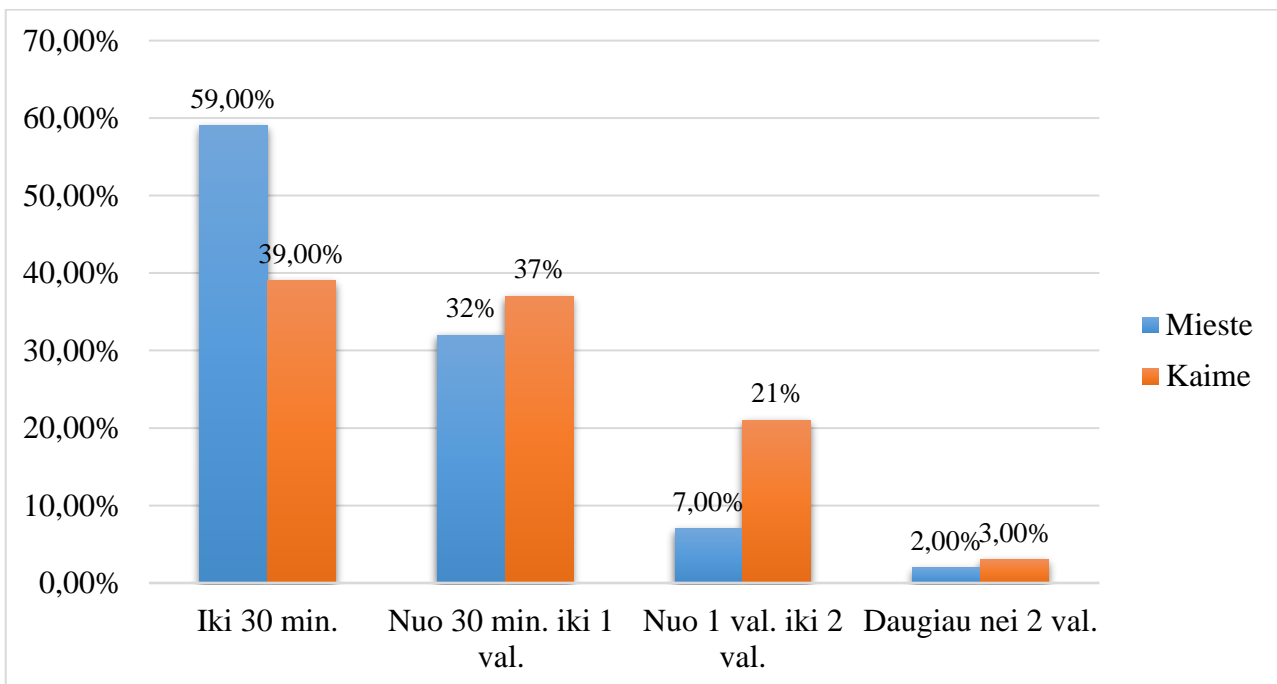
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo rezultatus

Transportas gali būti viena iš sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemų, todėl kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kiek laiko respondentai trunka atvykti į gydymo įstaigą. Remiantis rezultatais (žr. 10 pav.), daugiau negu pusė respondentų (55,5%) iki gydymo įstaigos atvykti trunka iki 30 min., trečdalis (33%) nuo 30 min. iki 1 val., dešimtadalis (9,5%), ir tik 2% daugiau nei 2 val.

11 paveiksle pateikta atvykimo laiko suskirstytas pagal respondentų gyvenamą vietą. Galima matyti, kad daugiau nei pusė respondentų (59%), kurie gyvena mieste, į gydymo įstaigą atvyksta ne ilgiau kaip per 30 min., o trečdalis (32%) nuo 30 min. iki 1 val. Analizuojant respondentes, kurie gyvena kaime,

beveik pusė (39%) į gydymo įstaigą atvyksta ne ilgiau nei per 30 min., per 30 min – 1 val. atvyksta daugiau nei trečdalis (37%), taip pat didesnis dalis, nei gyvenančių mieste. Ženklaus skirtumas tarp gyvenančių kaime ir mieste yra ties atsakymu nuo 1 val. iki 2 val., net penktadalis (21%) kaime gyvenančių ir mažiau nei dešimtadalis (7%) mieste gyvenančių respondentų į gydymo įstaigą atvyksta nuo 1 val. iki 2 val.

Galima daryti išvadą, kad didžioji dalis respondentų į gydymo įstaigą atvykti trunka iki 30 min., kaime gyvenančių daugiau nei trečdalis, o mieste daugiau nei pusė.



11 pav. Laikas, per kurį respondantai atvyksta į gydymo įstaigą, pagal gyvenamą vietą (proc.)

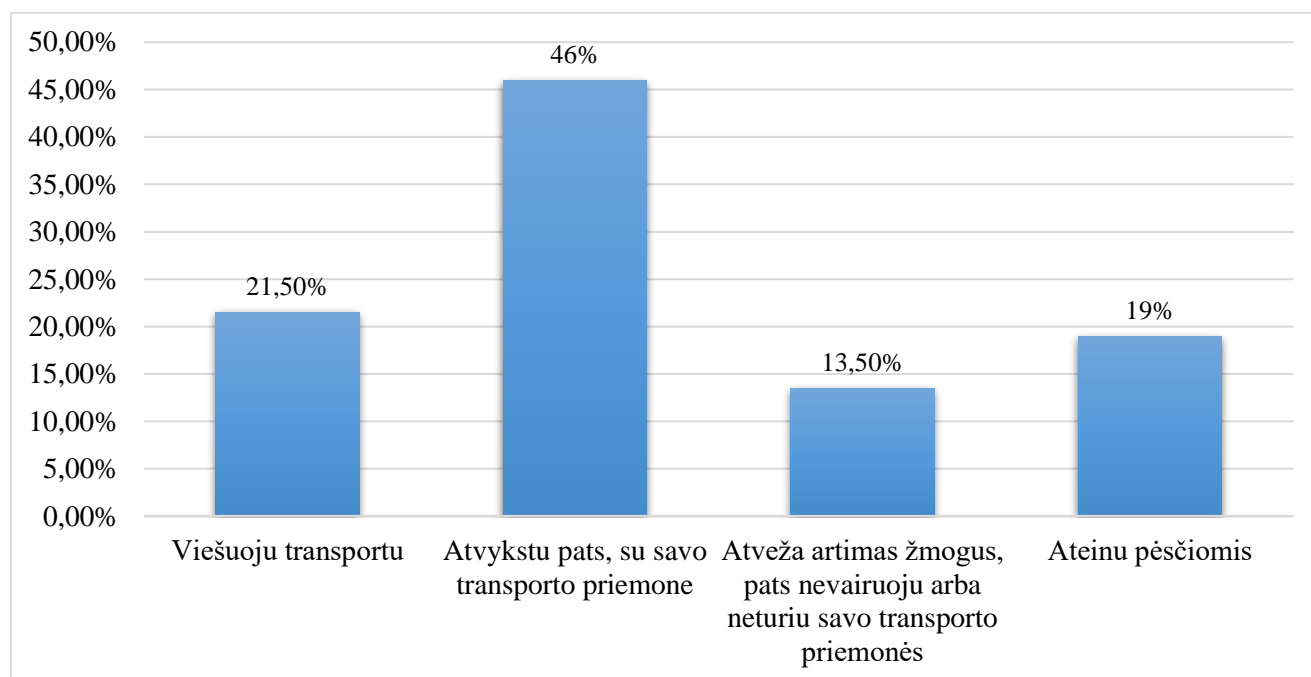
Šaltinis: sudaryta autoriaus

Heath (2018) teigimu, net kai pacientas kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą ir suplanuoja susitikimą, transporto kliūtys gali neleisti pacientams atvykti į gydymo įstaigą. Fiziškai negalintys vairuoti pacientai, susidūrę su finansinėmis kliūtimis ar kitaip negalintys nuvykti į gydymo įstaigą, dažnai lieka be sveikatos priežiūros. Todėl kitu klausimu buvo siekiama išsiaiškinti, kokių būdu respondantai dažniausiai atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą.

Remiantis gautais tyrimo duomenimis (žr. 12 pav.) galima teigti, kad beveik pusė (46%) respondentų atvyksta patys, su savo transporto priemone, penktadalis (21,5%) viešuoju transportu, šiek tiek mažesnė dalis (19%) ateina pėsčiomis bei mažiausia dalis (13,5%) atvyksta su artimu žmogumi, nes pats nevairuoja arba neturi savo transporto priemonės.

Zolubienės, ir kt. (2014) atliktame tyrime nustatyta, kad respondentai, kurie gyvena kaime ir gauna mažesnes pajamas, dažniau nei kiti tyrimo dalyviai susiduria su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtimis, atsirandančiomis dėl didelio atstumo iki gydymo įstaigos, kelionę apsunkinančios sveikatos būklės bei didelių kelionės išlaidų. Dėl šios priežasties susisiektis su gydymo įstaiga yra svarbus veiksnys sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui.

Taigi, beveik pusė respondentų turi galimybę į gydymo įstaigą atvykti patys, tačiau penktadalis naudojami viešuoju transportu, o dešimtadaliui tenka pasikliauti artimų žmonių pagalba.



12 pav. Respondentų atvykimo į gydymo įstaigą būdai (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo rezultatus

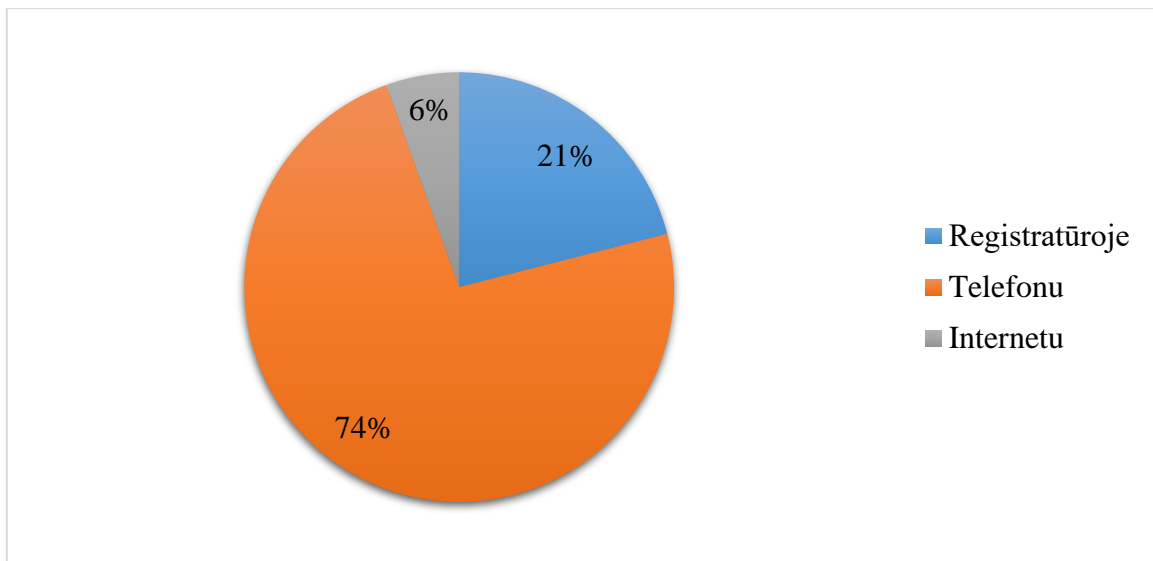
Apibendrinant galima teigti, kad respondentai dažniausiai naudojami šeimos gydytojo konsultacijos paslaugomis, o rečiausiai chirurgijos paslaugomis. Tik dešimtadalis respondentų nepastebėjo jokių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumų, o kita dalis įvardijo ilgai trunkantį patekimą pas gydytojus ir ribotas galimybes pasirinkti norimus gydytojus. Didžioji dalis respondentų į gydymo įstaigą atvykti trunka iki 30 min., kaime gyvenančių daugiau nei trečdalis, o mieste daugiau nei pusė. Beveik pusė respondentų turi galimybę į gydymo įstaigą atvykti patys, tačiau penktadalis naudojami viešuoju transportu, o dešimtadaliui tenka pasikliauti artimų žmonių pagalba.

2.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas COVID-19 pandemijos metu

Šioje dalyje buvo siekiama palyginti sveikatos priežiūros prieinamumą pacientams COVID-19 metu pagal gyvenamą vietą ir lytį bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos metu sukeltas problemas.

13 paveiksle pateikta respondentų registracijos pas gydytojų būdai COVID-19 pandemijos metu. Galima matyti, kad didžioji dalis (73%) respondentų pas gydytojus COVID-19 pandemijos metu registravosi telefonu, penktadalis (21%) registratūroje ir mažiausia dalis (6%) internetu.

Žvirblytės (2011) atliktame tyrime nustatyta, kad respondentai pas gydytoją dažniausiai registruojasi registratūroje (42%), taip pat panaši dalis internetu (40%) ir mažiausiai telefonu (30%). Lyginant šiuos tyrimus tarpusavyje, galima teigti, kad registracija telefonu COVID-19 pandemijos metu išaugo ženkliai, o registracija registratūroje sumažėjo dvigubai.



13 pav. Respondentų registracijos pas gydytojus būdai COVID-19 pandemijos metu (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

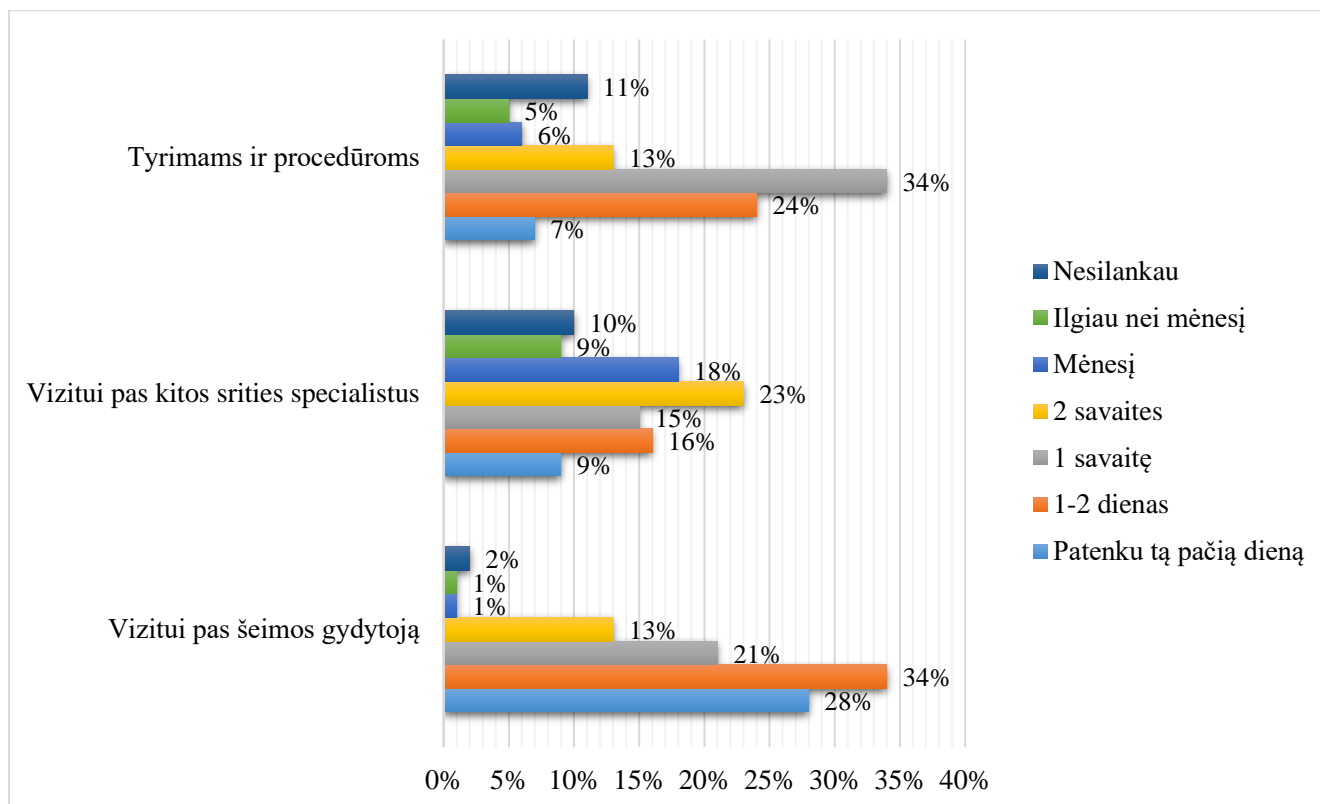
Analizuojant atsakymų pasiskirstymą pagal amžių (žr. 6 lentelę), galima teigti, kad didžioji dalis (26%) respondentų registruojančių registratūroje yra 71 metų ir vyresni bei 51-60 m. (20%) amžiaus respondentai. Telefonu besiregistruojančių respondentų pasiskirstymas gana tolygus, telefonu dažniausiai registruojasi 51-60 m. (20%) ir 41-50 m. (19%), o mažiausiai 71 m. ir daugiau (4%) ir iki 19 m. (7%) amžiaus respondentai. Internetu registruojančių beveik pusė respondentų yra iki 19 m. amžiaus (46%), trečdalis (27%) 31-40 m., nė vienas vyresnis nei 51 amžiaus respondentas nesiregistruoja internetu.

6 lentelė. Respondentų atsakymų pasiskirstymas pagal amžių (N=400)

Amžius \ Lytis	Registratūroje	Telefonu	Internetu	Iš viso:
<19 metų	4 (5%)	20 (7%)	10 (46%)	34 (8,5%)
20 – 30 m.	14 (17%)	52 (18%)	-	66 (16,5%)
31 – 40 m.	8 (9%)	46 (16%)	6 (27%)	60 (15%)
41 – 50 m.	8 (9%)	58 (19%)	2 (9%)	68 (17%)
51 – 60 m.	16 (20%)	60 (20%)	4 (18%)	80 (20%)
61 – 70 m.	12 (14%)	46 (16%)	-	58 (14,5%)
71 metai ir daugiau	22 (26%)	12 (4%)	-	34 (8,5%)
Iš viso:	84 (21%)	294 (73%)	22 (6%)	

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Galima daryti išvadą, kad daugiau nei pusė respondentų pas gydytojus COVID-19 pandemijos metu registruojasi telefonų, iš kurių didžioji dalis 51-60 m. ir 41-50 m. amžiaus respondentai. Registratūroje dažniausiai registruojasi 71 m. amžiaus ir vyresni respondentai, o internetu iki 19 m. amžiaus.



14 pav. Laikas, kurį trunka respondentas patekti pas gydytoją nuo registracijos momento COVID-19 pandemijos metu (proc.)

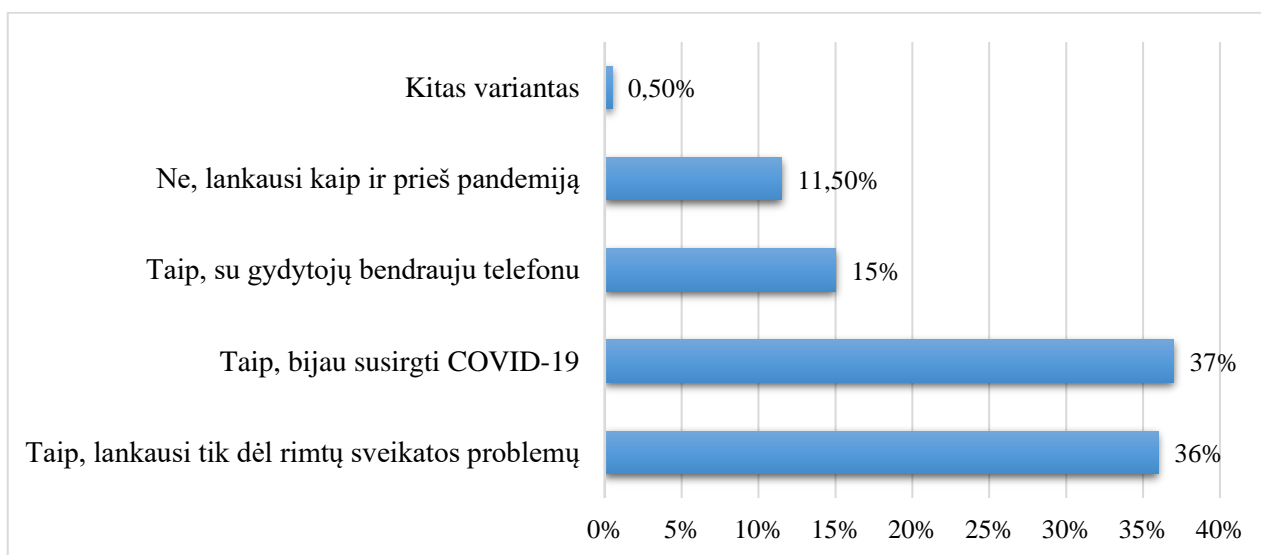
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo rezultatus

Laikas, per kurį pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir kt.– vienas pagrindinių rodiklių, rodančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Pagal SAM Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti planą, sutartyse su TLK numatoma, jog ASPĮ garantuos pacientui galimybę planinę šeimos gydytojo pagalbą gauti per 3 dienas.⁶

Kitu klausimu buvo norima sužinoti, per kiek laiko nuo registracijos momento, respondentai trunka patekti pas gydytoją COVID-19 pandemijos metu. Remiantis gautais tyrimo rezultatais (žr. 14 pav.) galima teigti, kad vizitui pas šeimos gydytoją didžioji dalis (34%) patenka per 1-2 dienas, o šiek tiek mažesnė dalis (28%) net tą pačią dieną. Vizitui pas kitos srities specialistus respondentai dažniausiai patenka per 2 savaites (23%) arba mėnesį (18%). Tyrimams ir procedūroms daugiau nei trečdalis (34%) patenka per savaitę, o ketvirtadalis (24%) per 1-2 dienas.

Valinskienės (2011) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad dažniausiai pacientams pas šeimos gydytoją priėmimo laikas paskiriamas: 45,4 proc. savaitės bėgyje, 38,5 proc. tą pačią dieną ir 12,6 proc. sekančią dieną. Lyginant tyrimus tarpusavyje, galima matyti, kad rezultatai gana panašūs.

Galima teigti, kad COVID-19 pandemijos metu respondentai ilgiausiai trunka patekti pas kitos srities gydytojus, o pas šeimos gydytoją nuo vienos iki dviejų dienų.



⁶Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komiteto sprendimas Nr. 18 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti plano“, 2006, gruodžio 20.

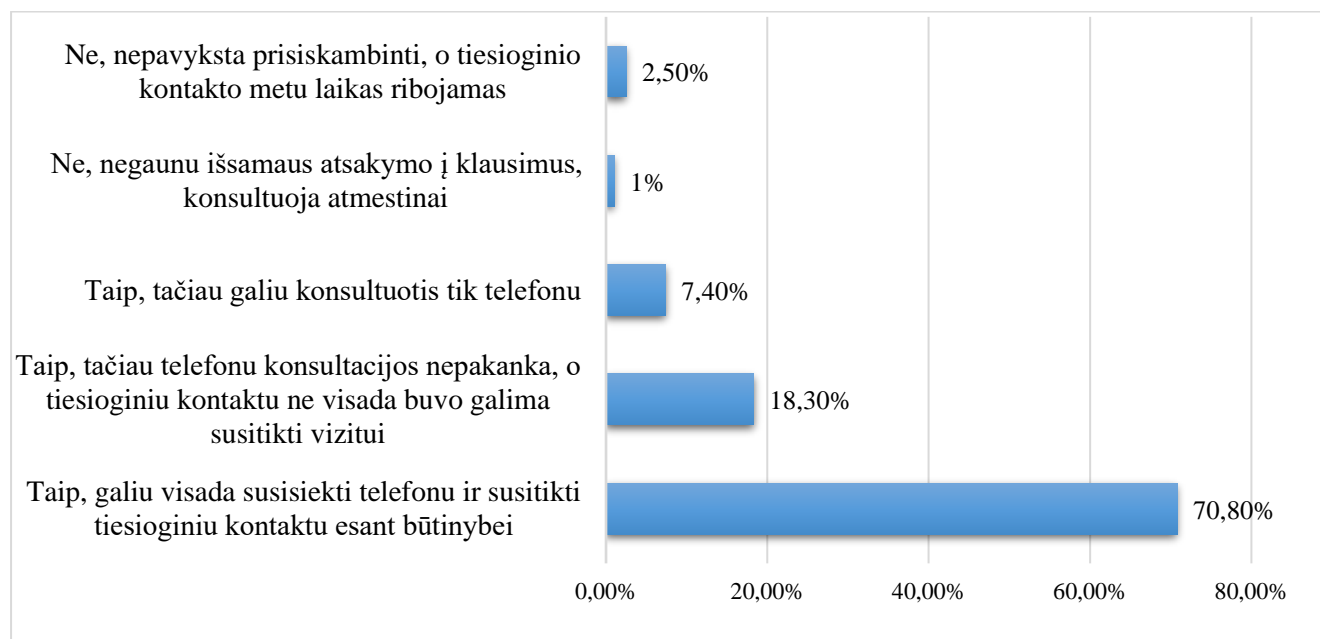
15 pav. Respondentų lankymasis COVID-19 pandemijos metu dažnumas (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Pirmojo karantino metu Lietuvoje, kaip ir kitose pasaulio šalyse, buvo apribotas pacientų lankymasis gydymo įstaigoje ir skatinama telemedicina. Kitu klausimu buvo siekiama sužinoti, ar COVID-19 pandemijos metu respondentai rečiau lankėsi sveikatos priežiūros įstaigose. 15 paveiksle matome, kad labiausiai išryškėjo du respondentų atsakymai – taip, lankausi tik dėl rimtų sveikatos problemų (36%) ir taip, bijau susirgti COVID-19 (37%). Mažiausia dalis respondentų pasirinko atsakymą ne, lankausi kaip ir prieš karantiną (11,5%) ir taip, su gydytoju bendrauju telefonu (15%).

Galima daryti išvadą, kad tik dešimtadalis respondentų pandemijos metu lankosi taip pat kaip ir prieš pandemiją, o kita dalis respondentų lankosi rečiau, dėl baimės susirgti COVID-19 arba esant rimtoms sveikatos problemoms.

Skiriamas laikas konsultacijai su gydytoju, taip pat labai svarbus veiksnys, norint išsiaiškinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, todėl respondentų buvo pasiteirauta ar gydytojais skiriama pakankamai laiko konsultacijai COVID-19 pandemijos metu.

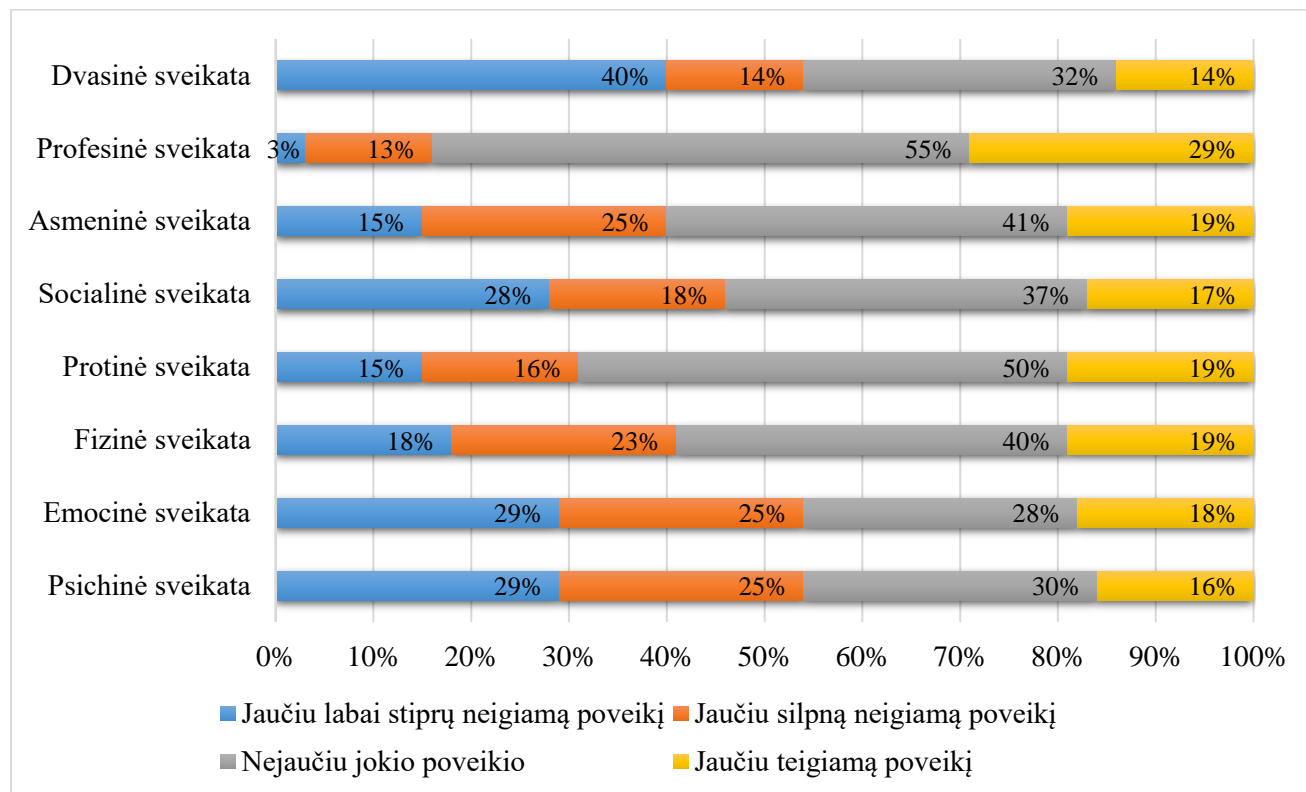


16 pav. Respondentams pakankamai skiriamas gydytojų konsultacijų laikas COVID-19 pandemijos metu (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Remiantis gautais tyrimo duomenimis (žr. 16 pav.) galima teigti, kad daugiau negu pusė (70,8%) respondentų skiriama pakankamai laiko, gali visada susisiekti telefonu ir susitikti tiesioginiu kontaktu esant būtinybei. Tik labai maža dalis respondentų teigia, kad nepakanka laiko, sunku prisiskambinti (2,5%) arba gydytojai konsultuoja tik telefonu (7,4%).

Taigi, tik dauguma respondentų teigia, kad gydytojai COVID-19 pandemijos metu skiria pakankamai laiko konsultacijai tiek tiesioginio, tiek ir netiesioginio kontakto būdu.



17 pav. Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo poveikis respondentų sveikatai (proc.)

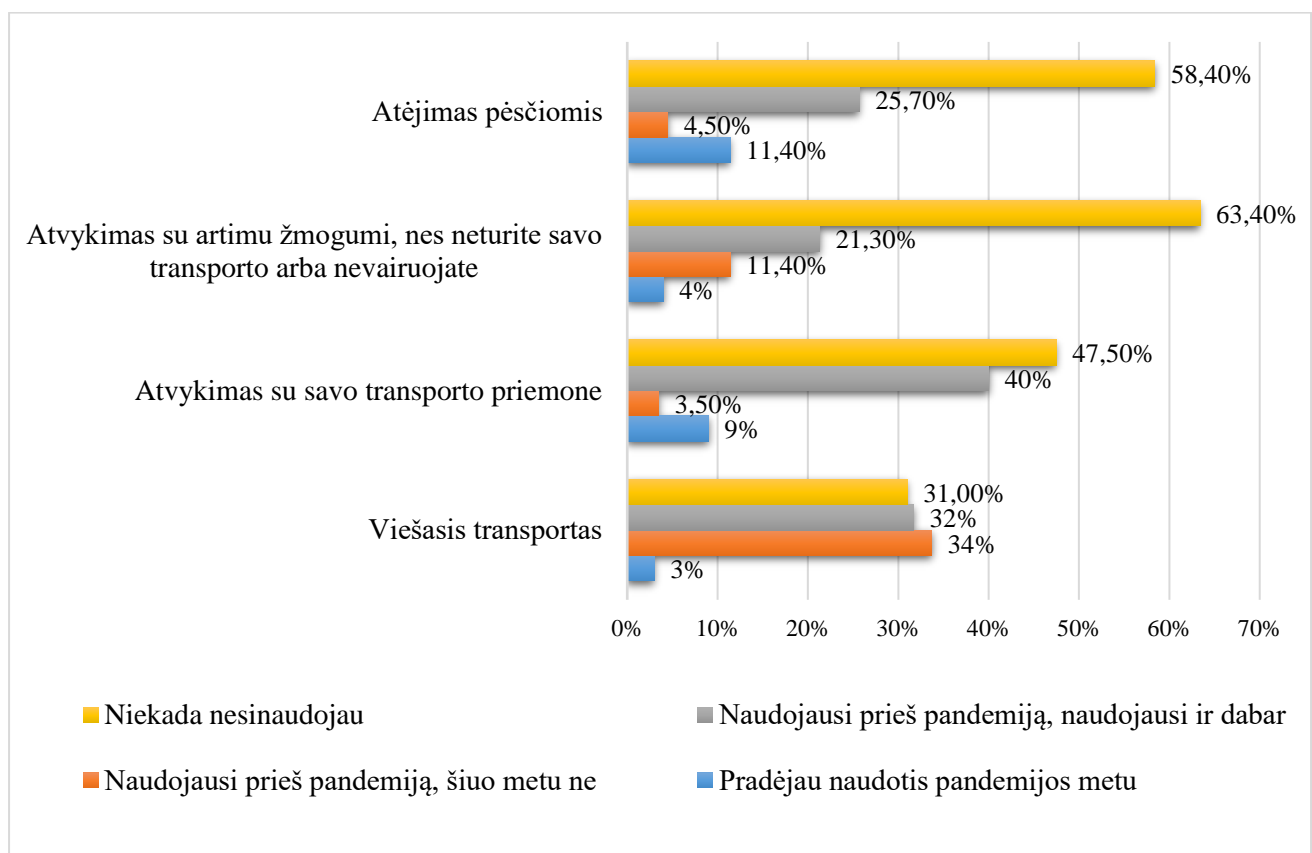
Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Lietuvoje dėl karantino metu nustatytų ribojimų, sveikatos priežiūros įstaigos turėjo pakoreguoti savo paslaugas ir jų prieinamumą (Basu, ir kt., 2020). Sugriežtinto karantino metu ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas, įvertina paciento sveikatos būklę ir priima sprendimą koku būdu bus teikiamos paslaugos. Tik kontaktiniu būdu pandemijos metu buvo teikiamos odontologo, nėščiąjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat vaikų ir suaugusių skiepavimo paslaugos. Kontaktiniu būdu teikiamos ir paslaugos vykdant ligų prevenciją, atliekant įsidarbinančių

asmenų profilaktinių sveikatos patikrinimą, teikiant psichologinės pagalbos ar psichoterapijos paslaugas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2020b).

Taigi, kitu klausimu buvo norima sužinoti, kokį poveikį sveikatai jaučia respondentai, dėl ribojamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos metu. Remiantis gautais tyrimo duomenimis (žr. 17 pav.) galima teigti, kad beveik pusė respondentų jaučia labai stiprų neigiamą poveikį dvasinei sveikatai (40%), taip pat trečdalis emocinei (29%), psichinei (29%) ir socialinei sveikatai. Daugiau negu pusė (55%) nejaučia jokie poveikio profesinei sveikatai, šiek tiek mažesnė dalis (50%) protinei sveikatai bei asmeninei (41%). Trečdalis (29%) respondentų pabrėžė, kad netgi jaučia teigiamą poveikį profesiniai sveikatai, dėl riboto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos metu.

Galima daryti išvadą, kad ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas turi daugiausiai neigiamos įtakos respondentų dvasinei, emocinei ir psichinei sveikatai.

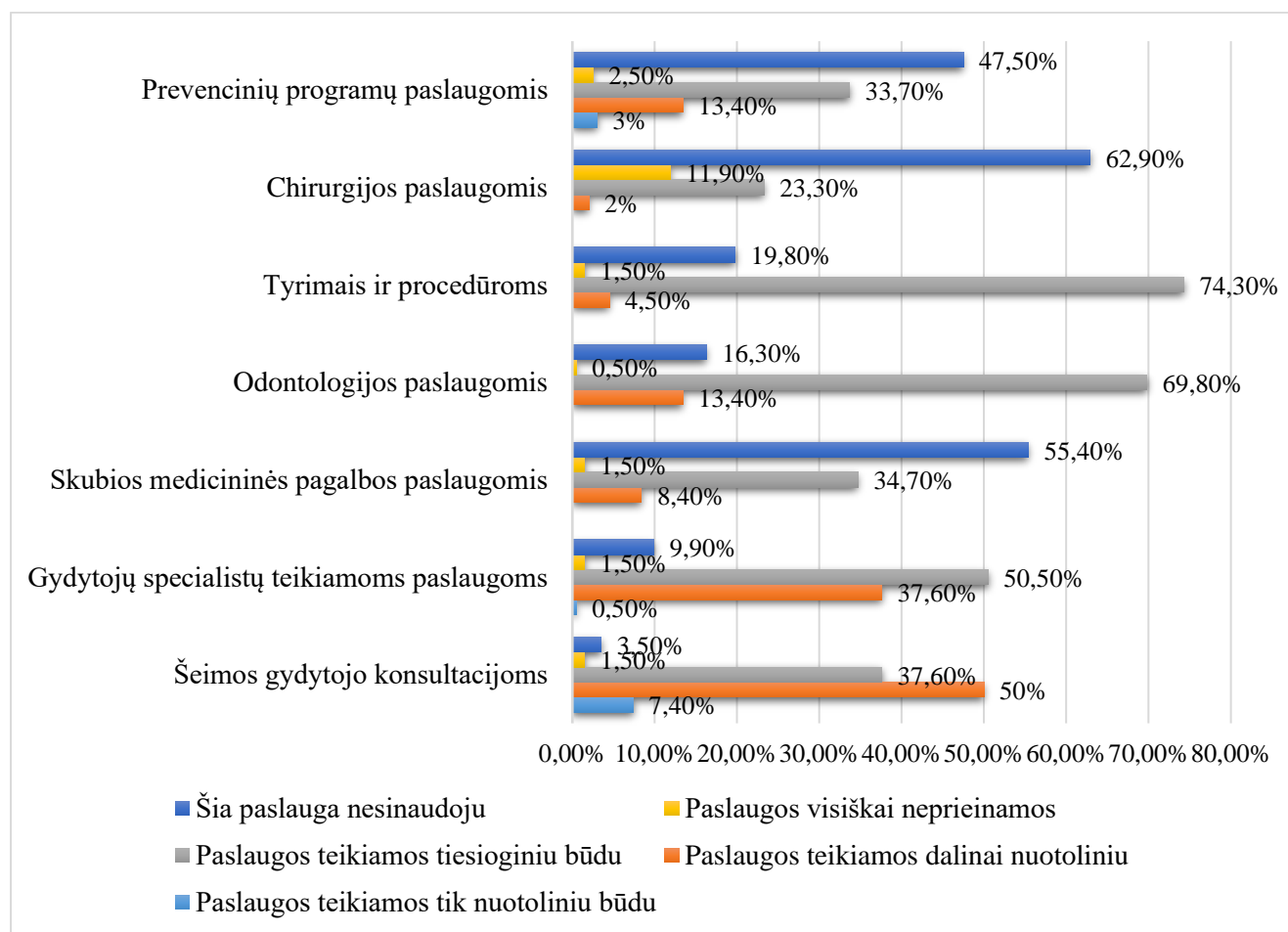


18 pav. Susisiekimo su sveikatos priežiūros įstaiga pokyčiai COVID-19 pandemijos metu (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Kitu klausimu buvo siekiama sužinoti, ar COVID-19 pandemijos metu pasikeitė respondentų susisiekimasis su sveikatos priežiūros įstaiga. Apibendrinat gautus tyrimo rezultatus (žr. 18 pav.) galima matyti, kad dešimtadalis (11,4%) pandemijos metu į gydymo įstaigą pradėjo eiti pėsčiomis, šiek tiek mažesnė dalis (9%) atvykti su savo transporto priemone. Trečdalis (34%) respondentų iki pandemijos naudodavosi viešuoju transportu, bet šiuo metu nebe.

Taigi, COVID-19 pandemijos metu dešimtadalis respondentų pradėjo į gydymo įstaigą eiti pėsčiomis arba su savo transporto priemone, o trečdalis atsisakė viešojo transporto naudojimo.



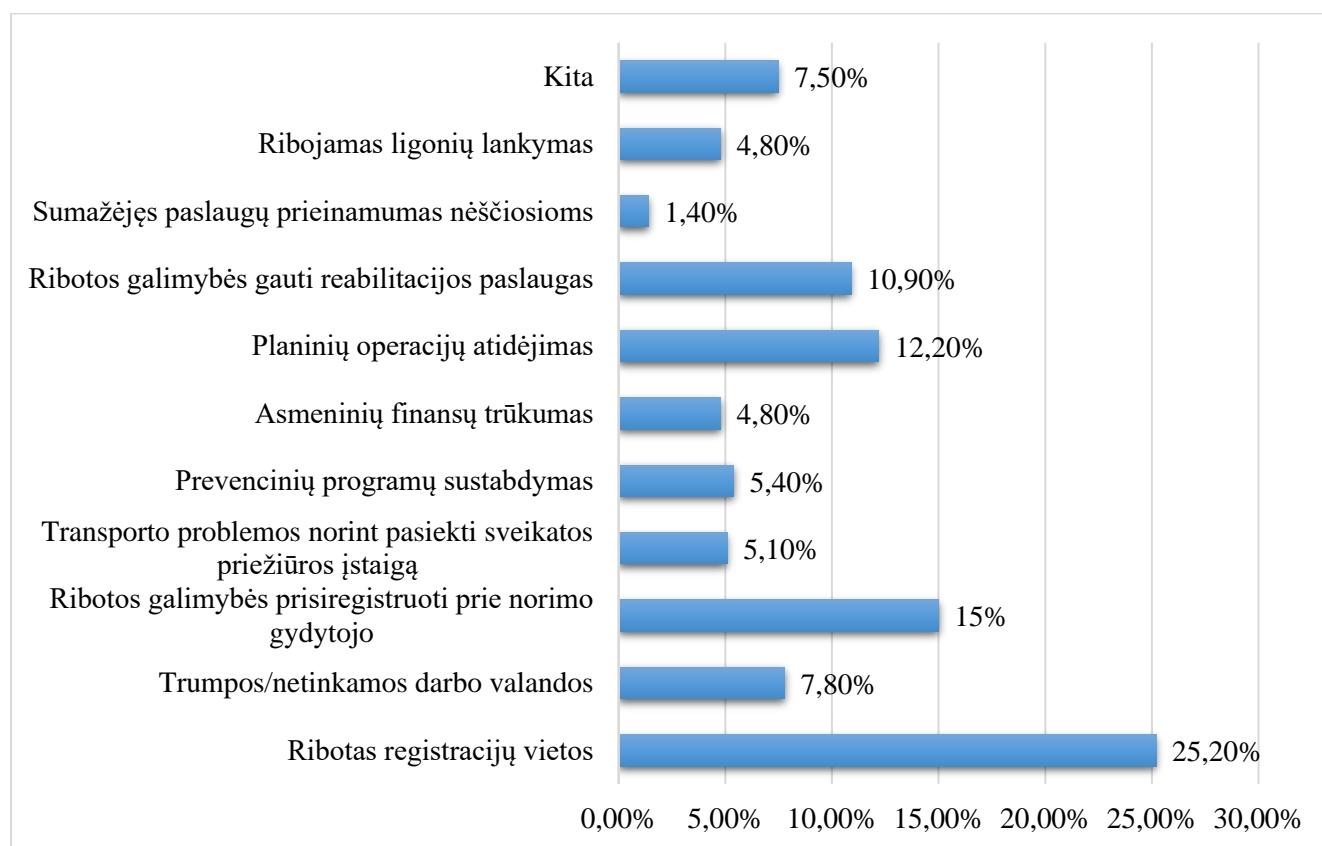
19 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas COVID-19 pandemijos metu (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Kadangi COVID-19 pandemijos metu sveikatos priežiūros paslaugos buvo teikiamos tiek tiesioginio, tiek ir netiesioginio kontakto būdu, respondentų pasiteirauta, kurios paslaugos jie naudojo pandemijos metu ir koku būdų jie buvo teikiami. Remiantis gautais tyrimo rezultatais (žr. 19 pav.),

galima teigti, kad didžiajai daliai respondentų tik tiesioginiu būdu buvo teikiami tyrimai ir procedūros (74,3%), odontologinės paslaugos (69,8%) ir gydytojų specialistų teikiamos paslaugos (50,5%). Mažiau nei dešimtadalis (7,4%) respondentų teigė, kad tik nuotoliniu būdu buvo teikiamos šeimos gydytojų konsultacijos, o šiek tiek didesnė dalis (11,90%) respondentų pabrėžė, kad pandemijos metu chirurgijos paslaugos buvo visiškai neprieinamos. Dalinai nuotoliniu būdu pusei respondentų (50%) buvo teikiamos šeimos gydytojo konsultacijos ir šiek tiek mažesnei daliai (37,6%) gydytojų specialistų teikiamos paslaugos.

Galima daryti išvadą, kad COVID-19 pandemijos metu didžiajai daliai respondentų šeimos gydytojų konsultacijos buvo teikiamos dalinai nuotoliniu arba visiškai nuotoliniu būdu, o sunkiausiai prieinamos chirurgijos ir prevencinių programų paslaugos.



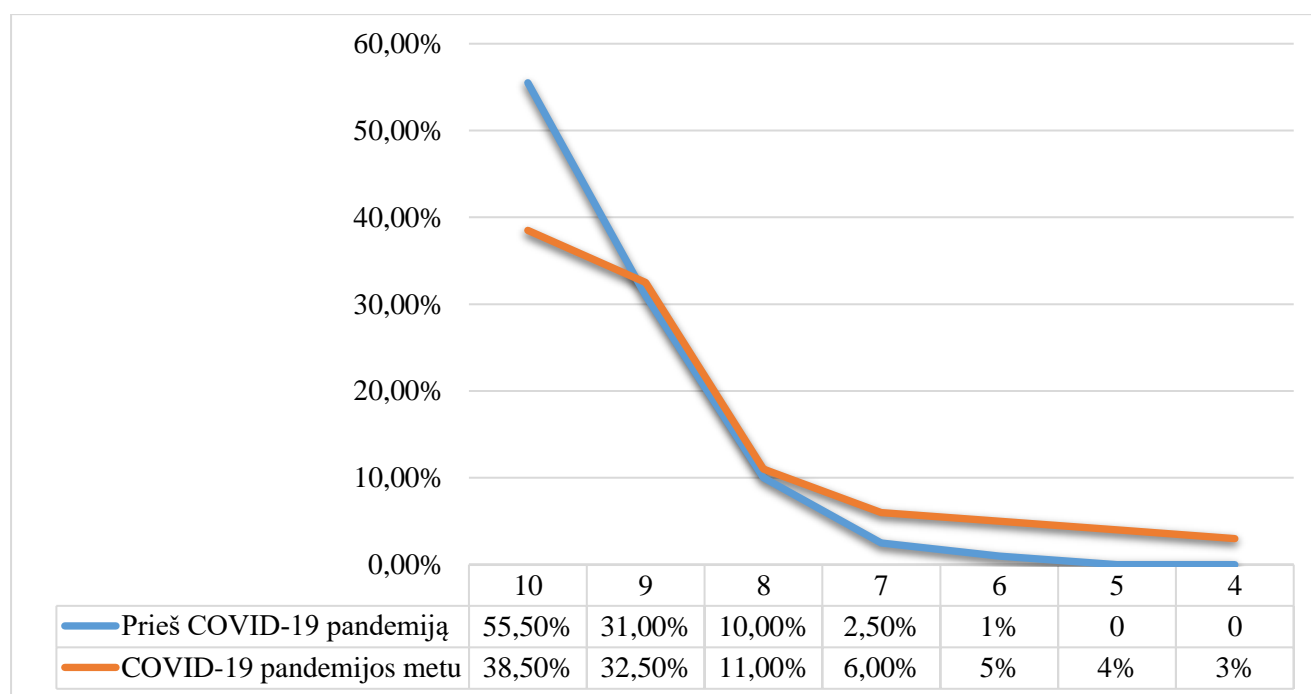
20 pav. Problemos norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas COVID-19 pandemijos metu (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Kitu klausimu buvo norima sužinoti, ar respondentai susidūrė su kokiomis nors problemomis norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas COVID-19 pandemijos metu. Remiantis gautais tyrimo

duomenimis (žr. 20 pav.) galima teigti, kad didžioji dalis respondentų (25,2%) susiduria su ribotu registracijų vietų skaičiumi, taip kitos dažnai pasitaikančios problemos – ribotos galimybės prisiregistruoti prie norimo gydytojo (15%) ir planinių operacijų atidėjimas (12,2%). Mažiausia dalis respondentų įvardijo sumažėjusias paslaugas nėsčiosioms (1,4%), ligonių lankymo ribojimą (4,8%) ir asmeninių finansų trūkumą (4,8%). Mažiau nei dešimtadalis (7,5%) pasirinko atsakymą kitą ir įrašė šiuos atsakymus: *nėra, nesusidūriau, nėra jokių problemų, viskas gerai ir kt.*

Taigi, didžioji dalis respondentų susidūrė su sveikatos paslaugų prieinamumo problemomis COVID-19 pandemijos metu, dažniausiai tai ribotas registracijų vietų skaičius, galimybė prisiregistruoti prie norimo gydytojo ar planinių operacijų atidėjimas.



21 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimas prieš COVID-19 pandemiją ir jos metu (proc.)

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Respondentų buvo prašoma įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš COVID-19 pandemiją ir jos metu. 21 paveiksle galima matyti įvertinimo pasiskirstymą prieš COVID-19 pandemiją ir jos metu. Prieš COVID-19 pandemiją daugiau negu pusė (55,5%) respondentų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvertino puikiai, o pandemijos metu šis įvertinimas nukrito daugiau nei dešimtadaliu (38,5%). Taip pat galima pastebėti, kad iki pandemijos žemiausias įvertinimas buvo 6 (1%), o pandemijos metu pats žemiausias įvertinimas nukrito iki 4 (3%).

Analizuojant bendrą įvertinimo vidurkį galima matyti, kad prieš COVID-19 pandemiją bendras sveikatos priežiūros paslaugų vidurkis yra 9,37 balai (žr. 7 lentelę), o pandemijos metu 8,69 balai (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Respondentų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas prieš COVID-19 pandemiją, pasiskirstymas pagal lytį (N=400)

Įvertinimas \ Lytis	Vyrai	Moterys	Iš viso:
10	110 (60%)	112 (52%)	222 (55,5%)
9	50 (27%)	74 (34%)	124 (31%)
8	18 (10%)	22 (10%)	40 (10%)
7	4 (2%)	6 (3%)	10 (2,5%)
6	2 (1%)	2 (1%)	4 (1%)
Iš viso	184 (46%)	216 (54%)	400 (100%)
Vidurkis	9,42	9,33	9,37

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Analizuojant pagal lytį, taip prieš COVID-19 pandemiją (žr. 7 lentelę) galima matyti, kad respondentai vyrai (9,42 balai) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo įvertino aukštesniu balus nei moterys (9,33 balai). Daugiau negu pusė (60%) vyrų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš pandemiją įvertino puikiai, o trečdalis (27%) labai gerai, o moterys taip pat labai panašiai (puikiai – 52%, labai gerai – 34%).

8 lentelė. Respondentų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas COVID-19 pandemijos metu, pasiskirstymas pagal lytį (N=400)

Įvertinimas \ Lytis	Vyrai	Moterys	Iš viso:
10	74 (40,5%)	80 (37%)	154 (38,5%)
9	68 (37%)	62 (29%)	130 (32,5%)
8	14 (7,5%)	30 (14%)	44 (11%)
7	6 (3%)	18 (8%)	24 (6%)
6	8 (4,5%)	12 (5,5%)	20 (5%)
5	2 (1%)	14 (6,5%)	16 (4%)
4	12 (6,5%)	-	12 (3%)

Iš viso	184 (46%)	216 (54%)	400 (100%)
Vidurkis	8,76	8,64	8,69

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

8 lentelėje galima pastebėti, kad COVID-19 pandemijos metu vyrai (8,76 balai) taip pat sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvertino geriau nei moterys (8,64 balai). Tačiau net 6,5% vyrų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo COVID-19 pandemijos metu įvertino tik 4 balais, nors nė viena moteris nepasirinko šio balo, žemiausias buvo 5 balai.

Galima daryti išvadą, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš COVID-19 pandemiją respondentai įvertino labai gerai, o pandemijos metu tik gerai. Vyrai geriau įvertino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tiek prieš COVID-19 pandemiją tiek jos metu, lyginat su moterimis.

9 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pasiūlymai COVID-19 pandemijos metu

Kategorija	Atsakymų pavyzdžiai
Papildomi darbuotojai	<p>„Psichologo pacientams ir galbūt medicinos personalui, nes didelis krūvis ir jaučiasi kad jie išsekę. Taip pat daugiau dirbančių registratūroje, nes linijos dažnai užimtos“</p> <p>„Įdarbinti daugiau specialistų.“</p> <p>„Sunku prisiskambinti į registratūra gal reikėtų daugiau darbuotojų.“</p> <p>„Daugiau medicinos darbuotojų, nes sunkiai spėja. Taip pat registratūroje daugiau darbuotojų.“</p> <p>„Žmonėms reikėtų psichologo ir psichiatro pagalbos, nes pastebimas didelis nusivylimas ir pyktis“</p> <p>„Galėtų būti daugiau paslaugų, tokių kaip psichiatro ,nes čia jų nėra.“</p> <p>„Reikėtų įdarbinti daugiau chirurgų.“</p>
Medicinos darbuotojų poilsis	„Personalui skirti daugiau poilsio arba daugiau personalo. Iš medikų pusės viskas puiku.“
Ilgesnės darbo valandos	<p>„Siūlyčiau daugiau gydytojų arba ilgesnės darbo valandos, sunku valdyti pacientų srautus“</p> <p>„Galėtų dirbti savaitgalį, savaitės dienomis būtų mažesnis apkrovimas“</p> <p>„Pailginti darbo valandas.“</p> <p>„Galėtų dirbti šeštadienį.“</p>
Daugiau informacijos	„Galėtų būti daugiau informacijos interneto svetainėje apie covid-19, apie skiepus,

sveikatos priežiūros įstaigos interneto svetainėje	<i>naudingi patarimai ir panašiai.<...>“</i> <i>„Daugiau informacijos internete apie sveikatos priežiūros paslaugas.“</i> <i>„Galėtų būti skelbiama daugiau aktualios informacijos apie covid-19(tiek internete, tiek vietoje).“</i> <i>„Informaciją viešinti internete.“</i>
Nuotolinės konsultacijos	<i>„<...> Galėtų vykti nuotolinės psichologų konsultacijos kaip išgyveni pandemiją.“</i> <i>„Reikalingas psichologas konsultuojantis nuotoliniu būdu.“</i> <i>„Daugiau konsultacijų telefonu.“</i>
COVID-19 vakcinos	<i>„Galėtų turėti covid-19 vakcinas ir vakcinuoti visus norinčius.“</i> <i>„Vakcinuoti norinčius pacientus“</i>
Tiesioginės konsultacijos	<i>„Daugiau tiesioginių konsultacijų.“</i>
Informacija stenduose	<i>„<...> daugiau informacinių stendų, lentelių.“</i> <i>„Daugiau <...> ,informacinių lentelių.“</i>
Susisiekimas	<i>„Mažai autobusų į miestą.“</i> <i>„Automobilio aikštelę įrengti arba daugiau autobusų maršrutų.“</i> <i>„Galėtų aikštelė autobusų būti arčiau arba stotelė.“</i> <i>„Sunku atvažiuoti iš kaimo, reikėtų daugiau autobusų, nes per pandemiją jų labai sumažėjo.“</i> <i>„Automobilio pastatymo vietų reikia.<...>“</i>
Papildomos apsaugos priemonės	<i>„Skirti nemokamų kaukių“</i> <i>„Turėti daugiau medicininių kaukių, kad galėtų pasiimti į namus.“</i> <i>„Skirti daugiau med.kaukių, pirštinių, dezinfekcinio skysčio.“</i> <i>„Dažniau dezinfekuoti paviršius“</i> <i>„Laukiamajame galėtų būti daugiau suoliukų atsisėsti, nes sunku laikytis atstumų.“</i>
Nėra pasiūlymų	<i>„Pasiūlymų neturiu.“</i> <i>„Viskas gerai, nieko keisti nereikia, visas personalas puikus.“</i> <i>„Nėra“</i>

Šaltinis: sudaryta autoriaus pagal tyrimo duomenis

Paskutiniu klausimu buvo norima sužinoti, kokių pasiūlymų turi respondentai, kaip būtų galima pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos metu. Respondentams buvo pateiktas atviro tipo klausimas, kurio atsakymai buvo suskirstyti į kategorijas (žr. 9 lentelę). Vienas iš dažniausiai pasitaikančių pasiūlymų buvo įdarbinti papildomų darbuotojų, kai kurie

respondentai net įvardijo trūkstamų specialistus, tai registratūroje dirbantys darbuotojai, chirurgai, psichologai ir psichiatrai. Respondentai taip pat pastebėjo sveikatos priežiūros darbuotojų pervargimą, todėl be papildomo darbuotojų įdarbinimo siūlo ir papildomas poilsio dienas. Respondentai taip pat yra nepatenkinti sveikatos priežiūros įstaigų darbo valandomis, siūlo prailginti darbo valandas arba dirbti savaitgaliais. Reikalinga papildoma ir nuolatos atnaujinama informacija sveikatos priežiūros įstaigos internetinėje svetainėje bei stenduose ir informaciniuose lentose. Respondentai siūlo papildomas konsultacijas telefonu, ypač trūksta psichologo konsultacijų. Vakcinosis ir kitos apsaugos priemonės nuo COVID-19 viruso taip pat yra viena iš respondentų siūlomų priemonių. Gana didelė dalis respondentų siūlo didinti sveikatos priežiūros įstaigos stovėjimo aikštelę, įrengti arčiau autobuso stotelę ir papildomų viešojo transporto maršrutų gerinant susisiekimą su gydymo įstaiga.

Apibendrinant galima teigti, kad daugiau nei pusė respondentų pas gydytojus COVID-19 pandemijos metu registruojasi telefonu, iš kurių didžioji dalis 51-60 m. ir 41-50 m. amžiaus respondentai. COVID-19 pandemijos metu respondentai ilgiausiai trunka patekti pas kitos srities gydytojus, o pas šeimos gydytoją nuo vienos iki dviejų dienų. Tik dešimtadalis respondentų pandemijos metu sveikatos priežiūros įstaigoje lankosi taip pat kaip ir prieš pandemiją, o kita dalis respondentų lankosi rečiau, dėl baimės susirgti COVID-19 arba esant rimtoms sveikatos problemoms. Dauguma respondentų teigia, kad gydytojai COVID-19 pandemijos metu skiria pakankamai laiko konsultacijai tiek tiesioginio, tiek ir netiesioginio kontakto būdu. Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas turi daugiausiai neigiamos įtakos respondentų dvasinei, emocinei ir psichinei sveikatai. COVID-19 pandemijos metu dešimtadalis respondentų pradėjo į gydymo įstaigą eiti pėsčiomis arba su savo transporto priemone, o trečdalis atsisakė viešojo transporto naudojimo. COVID-19 pandemijos metu didžiajai daliai respondentų šeimos gydytojų konsultacijos buvo teikiamos dalinai nuotoliniu arba visiškai nuotoliniu būdu, o sunkiausiai prieinamos chirurgijos ir prevencinių programų paslaugos. Didžioji dalis respondentų susidūrė su sveikatos paslaugų prieinamumo problemomis COVID-19 pandemijos metu, dažniausiai tai ribotas registracijų vietų skaičius, galimybė prisiregistruoti prie norimo gydytojo ar planinių operacijų atidėjimas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš COVID-19 pandemiją respondentai įvertino labai gerai, o pandemijos metu tik gerai. Vyrai geriau įvertino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tiek prieš COVID-19 pandemiją tiek jos metu, lyginat su moterims. Respondentai pateikė įvairių pasiūlymų, kaip būtų galima gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos metu: įdarbinti papildomų darbuotojų (registratorius darbuotojai, chirurgai, psichologai ir psichiatrai), papildomas poilsio dienas darbuotojams, prailginti darbo valandas arba darbas savaitgaliais, nuolatos atnaujinama informacija sveikatos priežiūros įstaigos internetinėje svetainėje ir stenduose, papildomas nuotolinės psichologo

konsultacijos, vakcinos ir kitos apsaugos priemonės nuo COVID-19 viruso, didinti sveikatos priežiūros įstaigos stovėjimo aikštelę, įrengti arčiau autobuso stotelę ir sukurti papildomus viešojo transporto maršrutus.

IŠVADOS

1. Sveikata yra asmens ir visuomenės dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė. Sveikatos priežiūros paslaugas skirstomos į asmens ir visuomenės paslaugas, kurios susideda iš trijų lygmenų (pirminė, antrinė ir tretinė). Asmens sveikatos priežiūros paslauga, tai paslaugos kurias teikiant stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę, o visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visai visuomenei, siekiant rūpintis visos visuomenės sveikatos gerove.
2. Pacientas gali susidurti su įvairiais veiksniais, kurie lemia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. COVID-19 pandemija nustebino visą pasaulį, o ypač sveikatos sistemą, kuri nesugebėjo taip greitai pasiruošti šiai pandemijai. Staigus užsikrėtusių žmonių skaičius perpildė ligonines, sukėlė sveikatos priežiūros išteklių trūkumą ir padidėjusių specialistų darbo krūvį. Prasidėjus COVID-19 pandemijai ir įvedus karantino apribojimus buvo mažinamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas tiesioginio kontakto metu, atšaukiami vizitai pas gydytojus, sumažėjo paslaugų prieinamumas nėščioms moterims ir ribojamas ligonių lankymas.
3. Tyrimo metu nustatyta, kad COVID-19 pandemijos metu respondentai susiduria su įvairiomis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemomis. Respondentams sunku patekti pas kitos srities gydytojus, o gydymo įstaigoje lankosi rečiau dėl baimės susirgti COVID-19 arba esant tik rimtoms sveikatos problemoms. Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas turi daugiausiai neigiamos įtakos respondentų dvasinei, emocinei ir psichinei sveikatai. Respondentams sunku prisiregistruoti pas gydytojus dėl riboto registracijų vietų skaičiaus, taip pat atidedamos planinės operacijos, kas gali iššaukti įvairius sveikatos sutrikimus. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš COVID-19 pandemiją respondentai įvertino labai gerai, o pandemijos metu tik gerai.
4. Remiantis tyrimo rezultatais, pateiktos rekomendacijos sveikatos priežiūros įstaigoms kaip būtų galima gerinti paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos metu: papildomos apsaugos priemonės, viešojo susisiekimo su gydymo įstaiga gerinimas, automobilių aikštelės įrengimas, papildomų darbuotojų įdarbinimas, nuotolinių psichologo konsultacijų teikimas, prailgintos darbo valandos ir internetinės svetainės informacijos atnaujinimas. Pagal šias rekomendacijas sukurtas modelis, kuris susideda iš pagrindinių žingsnių, ką sveikatos priežiūros įstaigos turėtų

daryti, norint pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

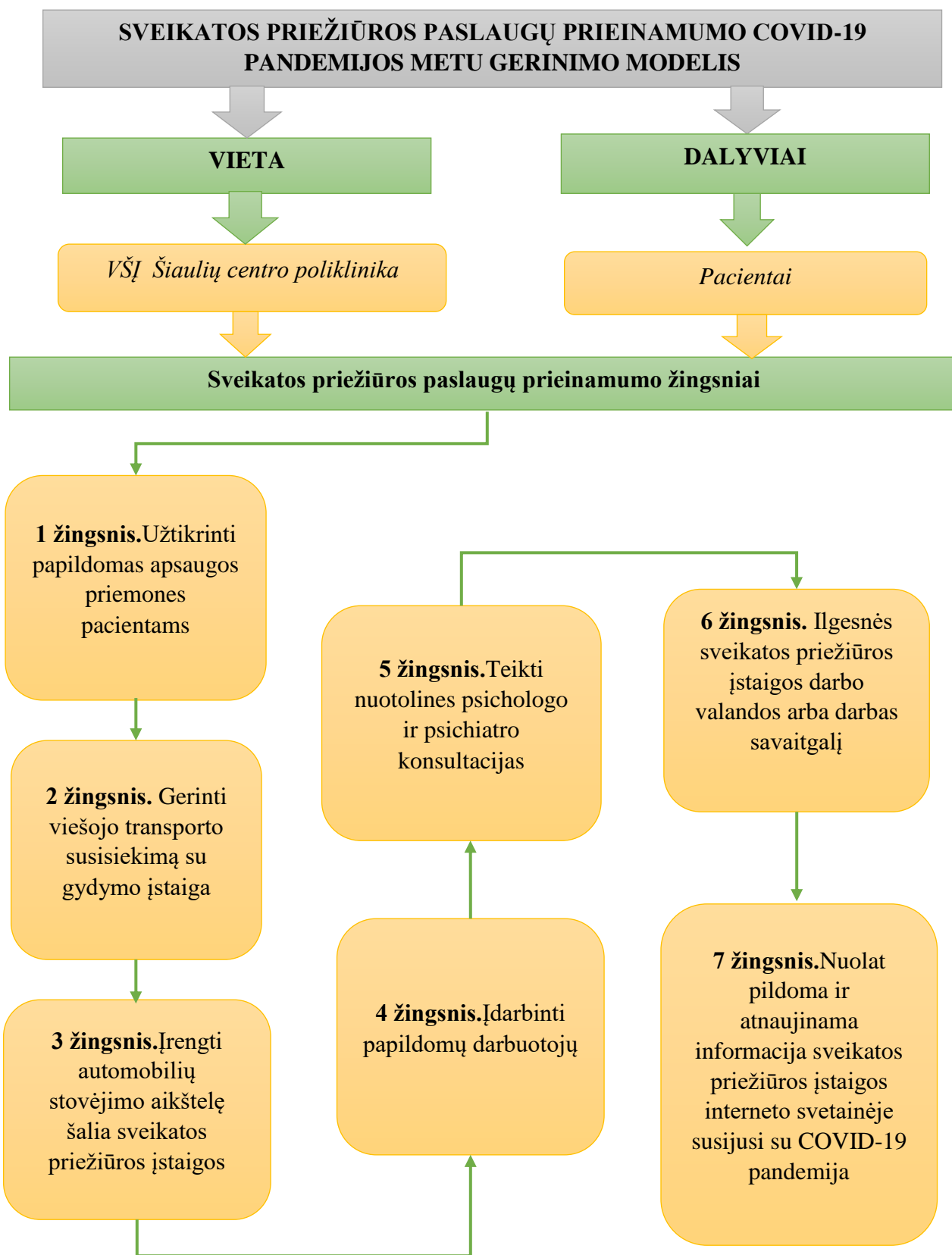
REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros įstaigoms rekomenduojama:

1. ***Užtikrinti papildomas apsaugos priemones pacientams.*** Tyrimo metu nustatyta, kad 37% respondentų sveikatos priežiūros įstaigoje bijo lankytis, dėl galimybės užsikrėsti COVID-19 virusu. Taip pat respondentai, kaip pasiūlymą gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pandemijos metu, pasiūlė šias priemones – skirti nemokamas kaukes pacientams, pirštines, daugiau vietų su galimybe dezinfekuoti rankas bei dažniau valyti paviršius. Taip pat respondentai pastebėjo, kad laukiamasis yra per mažas, ir pacientams sunku išlaikyti dviejų metrų atstumą su kitais pacientais.
2. ***Gerinti viešojo transporto susisiekimą su gydymo įstaiga.*** Tyrimo metu nustatyta, kad trečdalis (32%) respondentų COVID-19 pandemijos metu naudojami viešuoju transportu, ir tarp sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo respondentų pasiūlymų buvo įrengti autobuso stotelė arčiau gydymo įstaigos bei sukurti papildomus maršrutus.
3. ***Įrengti automobilių stovėjimo aikštelę šalia sveikatos priežiūros įstaigos.*** Gana didelė dalis respondentų siūlo didinti sveikatos priežiūros įstaigos stovėjimo aikštelę. Tyrimo metu nustatyta, kad pusė respondentų į gydymo įstaigą atvyksta nuosavu automobiliu, o ketvirtadalis su artimu žmogumi, kadangi pats nevairuoja arba neturiu savo nuosavos transporto priemonės.
4. ***Įdarbinti papildomų darbuotojų.*** Respondentų teigimu, sveikatos priežiūros specialistai puikiai dirba, tačiau nespėja, atrodo pavargę, ypač trūksta papildomo personalo registratūroje, nes pacientams sunku prisiskambinti norint užsiregistruoti: „*Psichologo pacientams ir galbūt medicinos personalui, nes didelis krūvis ir jaučiasi kad jie išsekę. Taip pat daugiau dirbančių registratūroje, nes linijos dažnai užimtos*“. Dėl išaugusios telemedicinos, daugiau dėmesio turėtų būti skirta būtent registracijai telefonu.
5. ***Teikti nuotolines psichologo ir psichiatro konsultacijas.*** Tyrimo metu nustatyta, kad beveik pusė respondentų jaučia labai stiprų neigiamą poveikį dvasinei sveikatai (40%), taip pat trečdalis emocinei (29%) ir psichinei (29%) sveikatai. Taip tarp sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo respondentai įvardijo: „<...>*Galėtų vykti*

nuotolinės psichologų konsultacijos kaip išgyveni pandemiją“ ir „Reikalingas psichologas konsultuojantis nuotoliniu būdu.“.

6. ***Ilgesnės sveikatos priežiūros įstaigos darbo valandos arba darbas savaitgalį.*** Tyrimo metu nustatyta, kad ketvirtadalis (25,2%) respondentų susiduria su ribotu registracijų vietų skaičiumi COVID-19 pandemijos metu. Respondentai siūlo prailginti darbo valandas arba dirbti savaitgaliais: *„Siūlyčiau daugiau gydytojų arba ilgesnes darbo valandas, sunku valdyti pacientų srautus“* ir *„Galėtų dirbti savaitgalį, savaitės dienomis būtų mažesnis apkrovimas“.*
7. ***Nuolat pildoma ir atnaujinama informacija sveikatos priežiūros įstaigos interneto svetainėje susijusi su COVID-19 pandemija.*** Respondentams trūksta informacijos susijusios su COVID-19 pandemijos ribojimais ir sveikatos priežiūros įstaigų darbu : *„Galėtų būti daugiau informacijos interneto svetainėje apie covid-19, apie skiepus, naudingi patarimai ir panašiai.<...>“*, *„Daugiau informacijos internete apie sveikatos priežiūros paslaugas“.*
8. Remiantis atliko tyrimo duomenimis suskurtas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo COVID-19 pandemijos metu, modelis skirtas VŠĮ Šiaulių centro poliklinikai (žr. 22 pav.), tačiau šį modelį galima pritaikyti ir kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms. Šis modelis susideda iš pagrindinių žingsnių, ką sveikatos priežiūros įstaigos turėtų daryti, norint pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu.



22 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo COVID-19 pandemijos metu, modelis

Šaltinis: sudaryta autoriaus

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, Vilnius
2. LR Sveikatos sistemos įstatymas, LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMAS, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020a). Gydomo paslaugos karantino laikotarpiu. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/koronavirusas/duk-covid-19/gydymo-paslaugos-karantino-laikotarpiu>
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2020b). SAM primena: kas žinotina apie karantino metu teikiamas gydymo paslaugas kontaktiniu ir nuotoliniu būdu. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/sam-primena-kas-zinotina-apie-karantino-metu-teikiamas-gydymo-paslaugas-kontaktiniu-ir-nuotoliniu-budu>
5. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komiteto sprendimas Nr. 18 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti plano“, 2006, gruodžio 20.
6. Nutarimas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo 2020 m. Kovo 14 d. Nr. 207, Vilnius
7. Nutarimas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo 2020 m. lapkričio 4 d. Nr. 1226, Vilnius
8. Nutarimas Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. Lapkričio 4 d. Nutarimo nr. 1226 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ pakeitimo 2020 m. gruodžio 14 d. Nr. 1418, Vilnius
9. Nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 m. Lapkričio 4 d. Nutarimo nr. 1226 „Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo“ pakeitimo 2021 m. vasario 10 d. Nr. 77, Vilnius
10. Sveikatos ekspertų taryba. Numatomi COVID-19 pandemijos raidos scenarijai ir rekomendacijos dėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo, 2020 m. lapkričio 6 d., Vilnius.

Kiti šaltiniai:

11. Agency for Healthcare Research and Quality. „Access and Disparities in Access to Health Care“. Rockville (MD; May 2016, prieiga per internetą: <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqrdr15/access.html> (žiūrėta 2021 01 25).
12. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). „2009 National Healthcare Quality and Disparities Reports“. Rockville, MD: AHRQ; 2010, prieiga per internetą: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqrdr09/qdr09.html>. (žiūrėta 2021 02 20).
13. American RedCross (2020). UnderstandQuarantineandIsolation, prieiga internetu: <https://www.mecknc.gov/HealthDepartment/Preparedness/Documents/QuarantineIsolation.pdf> (žiūrėta 2021 04 20).
14. American Hospital Association. „Task Force on Ensuring Access in Vulnerable Communities“. Published November 29, 2016, prieiga per internetą: <https://www.aha.org/system/files/content/16/ensuring-access-taskforce-report.pdf>. (žiūrėta 2021 01 20).
15. Andersen Ronald, John F. Newman. „Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States“. The Milbank Quarterly. 2005;83(4).
16. Balog, J. E. (1978). „An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to health education“ (Unpublished dissertation). Maryland: University of Maryland
17. Banerjee, Debanjan. „The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health“, International Journal of Geriatric Psychiatry, (35), 1466-1467 p., 2020.
18. Bitinas, Bronislovas. (2006). „Edukologinistyrimas: Sistema irprocesas“. Vilnius: Kronta.
19. BNS, ELTA. Naujaisiainformacija. „Pasaulyjebendrasmirčiųnuo COVID-19 skaičiusperkopė 1,3 mln. Ribą“2020, prieiga per internetą: <https://www.lrt.lt/naujienos/pasaulyje/6/1276402/naujaisiainformacija-pasaulyje-bendras-mirciu-nuo-covid-19-skaicius-perkope-1-3-mln-riba> (žiūrėta 2021 01 10).
20. Centers for Disease Control and Prevention. „Severe Outcomes AmongPatients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)“—United States,February 12–March 16, 2020, prieiga per internetą: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>. (žiūrėta 2021 01 21).
21. Cockerham, C. W. International Encyclopedia of Public Health. Academic Press, 2016, Vol. 6, p. 454

22. Cohut, Maria., „How the pandemic has affected primary healthcare around the world“, 2020, prieiga per internetą: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/how-the-pandemic-has-affected-primary-healthcare-around-the-world#Canceled-doctors-appointments> (žiūrėta 2021 02 12).
23. Conti, S., Ferrara, P., Fornari, C., Harari, S., Madotti, F., Silenzi, A., Zucchi, A., Manzoli, L., Mantovani, L.G. „Estimates of the initial impact of the COVID-19 epidemic on overall mortality: evidence from Italy“, ERJ Open Research 2020 6: 00179-2020. Prieiga internetu: <https://openres.ersjournals.com/content/6/2/00179-2020.article-info> (žiūrėta 2021 02 12).
24. Cole, B. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Access to Health Care. ResearchAssistantforHealthPolicy, 2020, Nr. 17, p. 1-31.
25. Coronavirus Resource Center. „Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University“, 2020, prieiga per internetą <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (žiūrėta 2021 02 10).
26. Czeisler, M.É., Marynak, K., Clarke, K.E., et al. Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns — United States, June 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2020, Nr. 69, p. 1250–1257.
27. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. „Exposing some important barriers to health care access in the rural USA“, Public Health. 2015, Nr. 129(6), p.611–620.
28. European Commission. “The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic.” Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.
29. Europos Vadovų taryba. Chronologija. Tarybos veiksmai dėl Covid-19, 2021, prieiga per internetą <https://www.consilium.europa.eu/lt/policies/coronavirus/timeline/> (žiūrėta 2021 04 10).
30. Etyang, Oita. “COVID-19 Pandemic and its Potential Impact on The Health Sector in the COMESA Region.” Early Warning Analyst Governance, Peace and Security Unit COMESA Secretariat, 2020.
31. Han E, Tan MMJ, Turk E. et al. “Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe.” The Lancet (Published online September 24, 2020).
32. Heath, Sara. “Top Challenges Impacting Patient Access to Healthcare”, 2018, prieiga per internetą: <https://patientengagementhit.com/news/top-challenges-impacting-patient-access-to-healthcare> (žiūrėta 2021 02 18).
33. Heggenhougen, H. K. “Quarantine through history”. International encyclopedia of Public Health, 2008, p. 454-462.

34. Hopmann, Joost, et al. "Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries", JAMA Network, 2020, prieiga per internetą: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763372> (žiūrėta 2021 01 10).
35. Hinkle, Lawrence. E. "Ecologic observations of the relation of physical illness, mental illness and social environment." *Psychosomatic Med.*, 1961, 23 (4), 289-290.
36. Hoyman, Howard. "Our modern concept of health". *Journal of School Health*, 1962, Nr. 32, 253 p.
37. Hutchinson, Andrew. "More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns", 2020, prieiga per internetą: <https://www.socialmediatoday.com/news/more-nations-are-looking-to-use-cell-phone-data-to-track-the-covid-19-outbr/574695/> (žiūrėta 2021 02 18).
38. Kardelis, Kęstutis. "Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai". – Šiauliai: Lucilijus, 2005.
39. Gensini, Gian.F., Conti, Andrea, A. „The evolution of the concept of “fever“ in the history of medicine :From pathological picture per se to clinical epiphenomenon(and vice versa)“. *Journal of Infection*, 2004, Vol.49, p. 85-87.
40. Germain, Sabrina, Young, Adrienne. „COVID-19 Highlighting Inequalities in Access to Healthcare in England: A Case Study of Ethnic Minority and Migrant Women“. *Feminist Legal Studies*, 2020, Nr. 28, p. 301-310.
41. Government of the Republic of Lithuania. „Lithuania’s response to COVID-19, 2020, prieiga per internetą: https://lietuva.lt/wp-content/uploads/2020/05/Lithuanias-response-to-COVID019_0528.pdf (žiūrėta 2021 04 18).
42. Gudžinskienė, Vida. „Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai“. Vilnius: VPU leidykla, 2007.
43. Fisher, John. "The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being". *Religions*, 2011, 2(1), 17–28.
44. Levesque, Jean-Frederic, Harris, F. Harris, Russel, Grant. "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations". *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:18, p. 1-9.
45. International Labour Organization. "COVID-19 and the health sector". April 11, 1-12 p., 2020.
46. MACPAC (Medicaid and CHIP Payment and Access Commission). Medicaid access in brief: Adults' experiences in obtaining medical care. Washington, DC: MACPAC; 2016, prieiga per internetą: <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2016/11/Adults-Experiences-in-Obtaining-Medical-Care.pdf> (žiūrėta 2021 02 19).

47. Miller, Kelly. "What is emotional health", 2019, prieigainternetu: <https://positivepsychology.com/emotional-health-activities/> (žiūrėta 2021 01 18).
48. Magge H, Cabral HJ, Kazis LE, Sommers BD. "Prevalence and predictors of underinsurance among low-income adults". *Journal of General Internal Medicine*. 2013;28(9):1136–1142.
49. Oxford COVID-19 Evidence Service. "Global Covid-19 Case Fatality Rates". 2020, prieiga per internetą: <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/> (žiūrėta 2021 02 15).
50. Nacionalinis vėžio institutas. "Onkologų klube įvertintas karantino poveikis vėžio diagnostikai ir gydymui Lietuvoje", 2020, prieiga internetu: <https://www.nvi.lt/news/429/72/Onkologu-klube-ivertintas-karantino-poveikis-vezio-diagnostikai-ir-gydymui-Lietuvoje/>(žiūrėta 2021 02 18).
51. NCHS. Health, United States, 2016: With chartbook on long-term trends in health. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US); 2017. Health, United States.
52. NCHS. "Health, United States. With special feature on racial and ethnic health disparities". Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics (US); 2016. Health, United States, 2016.
53. Kielbaso Edward S., Rhyan Corwin N., Lee James A. "Comparing health care financial burden with an alternative measure of unaffordability". *Inquiry*, 2017, Nr. 54.
54. Kieny Marie-Paule, Evans David B., Schmets Gerard, Kadandale Sowmya. "Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa". *Bull World Health Organ*, 2014, Nr. 92.
55. Kutkauskienė, Jelena. "Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir sauga ekstremaliose situacijose metu dėl COVID-19". *Sveikatairteisė*, 2021, 31 tomas, Nr.1, p. 80-86.
56. Oberteuffer, Delbert. "School Health Education". 3rd Edition. New York: Harper and Brothers, 1960.
57. Parsons, Talcott. "Definitions of health and illness in the light of American values". In Jaco E. F. (Ed.). *Patients, Physicians, and Illness*. Glencoe: The Free Press, 1958.
58. Payne, Adam. "Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown", in *Business Insider*, 16 Mar. 2020, prieiga per internetą: <https://www.businessinsider.com/coronavirus-spain-nationalises-private-hospitals-emergency-covid-19-lockdown-2020-3> (žiūrėta 2021 02 04).
59. Schmidt, Mary, E., von Fricken, Michael, E., Wofford, Rachel, N., Libby, Russel, C., Maddox, Peggy, J. "Access to Care During a Pandemic: Improving Planning Efforts to Incorporate

- Community Primary Care Practices and Public Health Stakeholders”. *World Medical & Health Policy*, 2020, Vol. 12, Issue 3, p. 274-281.
60. Segre, M., Ferraz, F. C. “O conceito de saúde”. *Revista de Saúde Pública*, 1997, 31 (5) 538-42.
 61. Šemiotaitė, Kamilė. „Lietuvos gyventojų mitybos sąsajos su socialiniais ir gyvenamosios veiksniais“. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2015.
 62. Šileikis, E. Koronavirusas ir Konstitucija: karantinas ar nepaprastoji padėtis, 2020, prieiga per internetą: <http://www.teise.pro/index.php/2020/03/18/e-sileikis-koronavirusas-ir-konstitucija-karantinas-ar-nepaprastoji-padetis/> (žiūrėta 2021 04 04).
 63. Zhang, Tao, Wu, Qunfu, and Zhang, Zhigang. “Probable pangolin origin of SARS-CoV-2 associated with the COVID-19 outbreak”. *Curr Biol*, 30(7), p.1346-1351, 2020.
 64. Zolubienė, Eimantė, Beržanskytė, Aaušra, Aguonytė, Vaida ir Nedzinskienė, Laura. „65 m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“. *Visuomenės sveikata*, 2014, 3 (66), 109-114 p
 65. Žvirblytė, Daiva. „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje (VŠĮ Kauno Dainavos poliklinikos atvejis)“. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas, 2011.
 66. United Nations. “Statement attributable to the Spokesman for the Secretary-General on Libya” [Press statement], 2020, prieiga per internetą: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-04-07/statement-attributable-the-spokesman-for-the-secretary-general-libya> (žiūrėta 2021 02 08).
 67. Ugdymo plėtotės centras. “Sveika gyvensena”. Lietuvos edukologijos universitetas: Vilnius, 2012.
 68. Valackienė, Asta. “Sociologinis tyrimas”. Kaunas: Technologija, 2008.
 69. Valinskienė, Eglė. „Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas trijose Kauno rajono savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose“. Magistro baigiamasis darbas. Vilnius, 2011.
 70. Valstybinė ligonių kasa. “Sveikatos priežiūros paslaugos”, 2021, prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos>.
 71. Vilniaus universitetas. VU mokslininkai nustatė, kaip pasikeitė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas karantino laikotarpiu. 2021. prieiga per internetą: <https://naujienos.vu.lt/vu-mokslininkai-nustate-kaip-pasikeite-sveikatos-prieziuros-paslaugu-prieinamumas-karantino-laikotarpiu/> (žiūrėta 2021 04 24).
 72. Tidikis, Rimantas. „Socialinių mokslų tyrimų metodologija“. Vilnius: Lietuvos, 2003.
 73. WHO. “Health definition”, 1947, prieiga per internetą: <http://www.who.int/about/definition/en/b> (žiūrėta 2021 02 04).
 74. WHO. “Investing in mental health”. Switzerland, 2003.

75. WHO. "Global strategy on diet, physical activity and health". WHA57.17, Geneva, World Health Organisation, 2004.
76. WHO. "Attacks on health care in the context of COVID-19", 2020a, prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19> (žiūrėta 2021 02 07).
77. WHO. "Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report". 2020b, prieiga per internetą: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1 (žiūrėta 2021 02 04).
78. WHO. "Coronavirus". 2020c, prieiga per internetą: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 (žiūrėta 2021 04 04).
79. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (2021), prieigaper internetą: <https://covid19.who.int/> (žiūrėta 2021 01 04).
80. WHO: Working for health and growth: Investing in the health workforce, Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (Geneva, 2016).
81. Wojtczak, Andrzej. "Health care systems". Public Health, 2011, 10 p.

Kavaliauskaitė M. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams, COVID-19 pandemijos metu/Sveikatos vadybos ir politikos studijų magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc.dr.Gediminas Kazėnas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2021, 68p.

SANTRAUKA

Dėl COVID-19 pandemijos metu taikomų apribojimų sumažėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams. Apribotos tam tikrų paslaugų prieinamumas, jos teikiamos dalinai nuotoliniu, nuotoliniu arba visiškai sustabdytos. Dėl šios priežasties pacientai negauna jiems reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų, arba jos teikiamos pavėluotai.

Darbo objektas yra sveikatų priežiūros paslaugų prieinamumas pacientams, COVID-19 pandemijos metu. **Darbo tikslas** – ištirti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu. Šiam tikslui pasiekti išskirti keturi uždaviniai. Apibendrinti sveikatos priežiūros paslaugų sampratą ir klasifikaciją, išnagrinėti COVID-19 pandemijos poveikį sveikatos sistemai ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, ištirti problemas, su kuriomis susiduria pacientai norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas prieš COVID-19 pandemiją, ir jos metu bei pateikti rekomendacijas ir siūlymus, kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, lyginamoji analizė, anketinė apklausa, duomenų rinkimas ir analizė, apibendrinimas.

Išvados. Apibendrinus gautus tyrimo rezultatus nustatyta, kad COVID-19 pandemijos metu respondentai susiduria su įvairiomis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemomis. Respondentams sunku patekti pas kitos srities gydytojus, o gydymo įstaigoje lankosi rečiau dėl baimės susirgti COVID-19 arba esant tik rimtoms sveikatos problemoms. Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas turi daugiausiai neigiamos įtakos respondentų dvasinei, emocinei ir psichinei sveikatai. Respondentams sunku prisiregistruoti pas gydytojus dėl riboto registracijų vietų skaičiaus, taip pat atidedamos planinės operacijos, kas gali iššaukti įvairius sveikatos sutrikimus. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš COVID-19 pandemiją respondentai įvertino labai gerai, o pandemijos metu tik gerai.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro dvi dalys. Pirmoje darbo dalyje analizuojama sveikatos priežiūros paslaugų COVID-19 pandemijos metu teoriniai aspektai. Antroje dalyje analizuojama anketinės apklausos metu gauta informacija. Išvados pateikiami apibendrinti darbo rezultatai bei pateikiamos rekomendacijos.

Darbo raktiniai žodžiai: COVID-19 pandemija, sveikatos priežiūros paslaugos, prieinamumas, pacientai.

Kavaliauskaitė M. Health care accessibility for patients during COVID-19 pandemic / Master's thesis in Health Management and politics studies. Thesis supervisor Associate Professor Dr. Gediminas Kazėnas— Vilnius: MykolasRomeris University, Faculty of Politics and Management, 2021, 82 pp.

SUMMARY

Constraints applied during the COVID-19 pandemic have reduced accessibility of healthcare services for patients. The accessibility of certain services is limited, they are provided partially remotely, remotely or were completely suspended. Because of this, patients do not receive the healthcare services they require, or such services are provided late.

The **object of the thesis** is the accessibility of healthcare services for patients during the COVID-19 pandemic. The **objective of the thesis** is to investigate the accessibility of healthcare services for patients during the COVID-19 pandemic. Four tasks have been set to achieve this objective. Summarize the concept and classification of healthcare services, explore the impact of the COVID-19 pandemic on healthcare system and accessibility of healthcare services, explore the problems faced by patients trying to receive healthcare services prior to the COVID-19 pandemic and during it, and to provide recommendations and suggestions on how to improve access to healthcare services for patients during the COVID-19 pandemic.

Research methods: analysis of scientific literature, comparative analysis, questionnaire survey, data collection and analysis, generalization.

Conclusions. After summarizing the results of the research, it was found that during the COVID-19 pandemic, respondents face various problems in access to healthcare services. Respondents find it difficult to arrange visits to doctors in another field, and they visit the medical institutions less often because of fear of getting COVID-19 or only in cases of serious health problems. Limited access to healthcare services has the most negative impact on the spiritual, emotional and mental health of respondents. Respondents find it difficult to sign appointments with doctors because of the limited number of registrations slots, and scheduled surgeries are delayed, which can cause various health problems. Respondents assessed the accessibility of healthcare before the COVID-19 pandemic as very well, and they have assessed it only as good at the time of the pandemic.

Structure of thesis. Master's thesis consists of two parts. The first part of the thesis analyses the theoretical aspects of healthcare services during the COVID-19 pandemic. The second part analyses the information received during the questionnaire survey. The conclusions provide summarized results of the work and provide recommendations.

Thesis keywords: COVID-19 pandemic, healthcare, accessibility, patients.

PRIEDAI

ANKETA PACIENTAMS

Gerb. Respondente,

Aš esu Mykolo Romerio Universiteto, Sveikatos vadybos ir politikos studijų programos studentė. Maloniai kviečiu Jus dalyvauti anketinėje apklausoje. Jūsų išsakytos nuomonės padės iširti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams, COVID-19 pandemijos metu. Prašau atsakyti į visus anketos klausimus. Anketa yra anoniminė, o atsakymai bus nagrinėjami tik tyrimo analizei atlikti. Anketą užpildyti truksite 10 – 15 min.

Atsakymus pažymėkite X ženklų.

1. Jūsų lytis:

- Moteris
 Vyras

- Aukštesnysis
 Aukštasis – neuniversitetinis
 Aukštasis
 Kita (*įrašyti*)_____

2. Jūsų amžius.

- ...<19 metų
 20-30 m.
 31-40 m.
 41-50 m.
 51-60 m.
 61-70 m.
 71 metai ir daugiau

5. Jūsų užsiėmimas.

- Moksleivis (-ė)
 Studentas (-ė)
 Samdomas darbuotojas (-a)
 Vadovas (-ė)
 Specialistas (-ė)
 Pensininkas (-ė)
 Šiuo metu esanti (-is) vaiko priežiūros atostogose
 Bedarbis (-ė)

3. Jūsų gyvenama vieta

- Mieste
 Kaime

4. Jūsų išsilavinimas.

- Pagrindinis
 Vidurinis

6. Kokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Jūs dažniausiai naudojate? *(kiekvienoje eilutėje pasirinkite po vieną atsakymo variantą)*

	Bent kartą į savaitę	Kartą į mėnesį	Kartą per pusmetį	Kartą per metus	Rečiau nei kartą per metus	Nesinaudoju
Šeimos gydytojo konsultacijoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų specialistų teikiamoms paslaugoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skubios medicininės pagalbos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontologijos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyrimais ir procedūromis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgijos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevencinių programų paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kokius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumus pastebėjote? *(galima pasirinkti kelis atsakymo variantus)*

- Tenka laukti ilgai, kol pateksiu pas gydytojus
- Ribotos galimybės pasirinkti norimus specialistus
- Sunku užsiregistruoti pas gydytojus
- Nevisos paslaugos yra prieinamos
- Norint greičiau gauti paslaugą, tenka už ką susimokėti
- Trūksta informacijos apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas
- Sveikatos priežiūros specialistai ne visada atsako į mano užduodamus klausimus
- Nepakankamas sveikatos priežiūros personalo dėmesys
- Kita (įrašyti) _____

8. Kiek laiko sugaištate atvykdami į gydymo įstaigą?

- Iki 30 min.
- Nuo 30 min. iki 1 val.
- Nuo 1 val. iki 2 val.

- Daugiau nei 2 val.

9. Koku būdu dažniausiai atvykstate į sveikatos priežiūros įstaigą?

- Viešuoju transportu
- Atvykstu pats, su savo transporto priemone
- Atveža artimas žmogus, pats nevairuoju arba neturiu savo transporto priemonės
- Ateinu pėsčiomis
- Kita (*įrašyti*)_____

10. Koku būdu dažniausiai registruojatės pas gydytoją COVID-19 pandemijos metu?

- Registratūroje
- Telefonu
- Internetu

11. Kiek laiko, nuo užsiregistravimo momento, Jums tenka laukti kol patenkate pas gydytoją COVID-19 pandemijos metu?

	Patenku tą pačią dieną	1-2 dianas	1 savaitę	2 savaites	Mėnesį	Ilgiau nei mėnesį	Nesilankau
Vizitui pas šeimos gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vizitui pas kitos srities specialistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyrimams ir procedūroms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ar COVID-19 pandemijos metu rečiau lankotės sveikatos priežiūros įstaigose?

- Taip, lankausi tik dėl rimtų sveikatos problemų
- Taip, bijau susirgti COVID-19
- Taip, su gydytoju bendrauju telefonu
- Ne, lankausi kaip ir prieš pandemiją
- Kita (*įrašyti*)_____

13. Ar pakankamai laiko gydytojas skiria Jūsų konsultavimui COVID-19 pandemijos metu?

- Taip, galiu visada susisiekti telefonu ir susitikti tiesioginiu kontaktu esant būtinybei
- Taip, tačiau telefonu konsultacijos nepakanka, o tiesioginiu kontaktu ne visada buvo galima susitikti vizitui
- Taip, tačiau galiu konsultuotis tik telefonu
- Ne, negaunu išsamaus atsakymo į klausimus, konsultuoja atmestinais
- Ne, nepavyksta prisiskambinti, o tiesioginio kontakto metu laikas ribojamas
- Kita (*įrašyti*) _____

14. Kokį poveikį šioms sveikatos sritims jaučiate, dėl riboto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo? (*kiekvienoje eilutėje pasirinkite po vieną atsakymo variantą*)

	Jaučiu labai stiprų neigiamą poveikį	Jaučiu silpną neigiamą poveikį	Nejaučiu jokio poveikio	Jaučiu teigiamą poveikį
Psichinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emocinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asmeninė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dvasinė sveikata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Kaip pasikeitė susisiekimas su sveikatos priežiūros įstaiga COVID-19 pandemijos metu? (*kiekvienoje eilutėje pasirinkite po vieną atsakymo variantą*)

	Pradėjau naudotis pandemijos metu	Naudojausi prieš pandemiją, šiuo metu ne	Naudojausi prieš pandemiją, naudojuosi ir dabar	Niekada nesinaudojau
Viešasis transportas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atvykimas su savo transporto priemone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atvykimas su artimu žmogumi, nes neturite savo transporto arba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nevairuojate				
Atėjimas pėsčiomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Koku būdu Jums teikiamos šios sveikatos priežiūros paslaugos COVID-19 pandemijos metu? *(kiekvienoje eilutėje pasirinkite po vieną atsakymo variantą)*

	Paslaugos teikiamos tik nuotoliniu būdu	Paslaugos teikiamos dalinai nuotoliniu, dalinai tiesioginiu	Paslaugos teikiamos tiesioginiu būdu	Paslaugos visiškai neprieinamos	Šia paslauga nesinaudoju
Šeimos gydytojo konsultacijoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų specialistų teikiamoms paslaugoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skubios medicininės pagalbos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontologijos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tyrimais ir procedūromis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgijos paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevencinių programų paslaugomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Su kokiomis problemomis susiduriate norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas COVID-19 pandemijos metu? *(galima pasirinkti kelis atsakymo variantus)*

- Ribotas registracijų vietas
- Trumpos/netinkamos darbo valandos
- Ribotos galimybės prisiregistruoti prie norimo gydytojo
- Transporto problemos norint pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą
- Prevencinių programų sustabdymas
- Asmeninių finansų trūkumas
- Planinių operacijų atidėjimas
- Ribotos galimybės gauti reabilitacijos paslaugas
- Sumažėjęs paslaugų prieinamumas nėščiosioms

- Ribojamas ligonių lankymas
- Kita (*įrašyti*) _____

18. Įvertinkite sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą prieš COVID-19 pandemiją ir jos metu. (*10 – puikiai, 1 – labai prastai*)

	Prieš COVID-19 pandemiją	COVID-19 pandemijos metu
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Kokių turite pasiūlymų, kaip galima gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos metu? (*įrašyti*)

Ačiū už Jūsų atsakymus!