



Viti i XVI-të i Botimit, Nr.1

Qershor 2024

## **ROLI I PERSONELIT MJEKËSOR NË PARANDALIMIN E HERSHËM DHE RAPORTIMIN E DHUNËS NË FAMILJE**

**Tanita Daci\*, Loreta Kunesha\*\***

*\*Fakulteti i Shkencave Mjekësore, Albanian University, Tiranë, Shqipëri*

*\*\*Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë*

### **Abstrakt**

Dhuna në familje është një çështje serioze e Shëndetit Publik që prek mirëqënien e viktimave, ambientin e tyre familjar, edukimin e tyre, marrëdhëniet sociale si edhe punësimin e tyre. Dhuna ndaj grave është një problem publik i rëndësishëm shëndetësor, si dhe një shkelje themelore e të drejtave njerëzore të grave. Dhuna në familje sa vjen dhe bëhet gjithnjë e më e pranishme në shoqërinë tonë sikurse edhe në vendet e tjera të zhvilluara. Si një fenomen shoqëror që trondit thellë qelizën bazë të shoqërisë, sikurse është familja, ajo shkakton pasoja të rënda në gjithë shoqërinë.

## **THE ROLE OF MEDICAL PERSONNEL IN EARLY PREVENTION AND REPORTING OF DOMESTIC VIOLENCE**

### **Abstract**

Domestic violence is a serious public health issue affecting the welfare of victims, their family environment, their education, social relations, and their employment. Violence against women is a significant public health problem, as well as a fundamental violation of women's human rights. Domestic violence is becoming more and more present in our society as in other developed countries. As a social phenomenon that deeply shakes the basic cell of society, such as the family, it causes severe consequences throughout society.

### **1. Hyrje**

Dhuna nw familje wshtw një çështje serioze e Shëndetit Publik që prek mirëqënien e viktimave, ambientin e tyre familjar, edukimin e tyre, marrëdhëniet sociale si edhe punësimin e tyre. Dhuna ndaj grave është një problem publik i rëndësishëm shëndetësor, si dhe një shkelje themelore e të drejtave njerëzore të grave. Për herë të parë, dhuna ndaj gruas u trajtua si shkelje e të drejtave të njeriut në Konferencën Botërore për të drejtat e njeriut të mbajtur në Korrik 1993

Dhuna në familje sa vjen dhe bëhet gjithnjë e më e pranishme në shoqërinë tonë sikurse edhe në vendet e tjera të zhvilluara. Si një fenomen shoqëror që trondit thellë qelizën bazë të shoqërisë, sikurse është familja, ajo shkakton pasoja të rënda në gjithë shoqërinë. Në vitin 1996, Asambleja Botërore e Shëndetësisë e deklaroi dhunën ndaj grave si një problem madhor të shëndetit publik dhe tërhoqi vëmendjen për pasojat e rënda të dhunës - si afat-shkurtra dhe afat-gjata - për individët, familjet, komunitetet, shtetet dhe theksoi efektet e dëmshme të dhunës mbi shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Pikërisht këto çështje do të jenë objekt i këtij punimi i cili do të mundësojë një analizë origjinale të kuadrit ligjor dhe odontologjik, si dhe nëpërmjet studimeve krahasuese do të nxjerr në pah praktikën e mira të disa vendeve të zhvilluara në funksion të identifikimit të përparësive dhe mangësive që ekzistojnë në vendin tonë në raport me rolin e personelit mjekësor në parandalimin e hershëm dhe raportimin e dhunës në familje.

### **Disa pasoja të dhunës në familje me rëndësi për shëndetin publik**

1. Pasoja e dhunës në familje përfshijnë një spekter të gjerë. Sipas studimeve të realizuar me këtë target grup, gratë e dhunuara janë dy herë më të predispozuara për ta filluar kujdesin prenatal në trimeshterin e tretë të shtatzanisë, gjë e cila është e lidhur drejtpërdrejtë me incidence në rritje të peshës së ulët të të porsalindurit. Sigurisht një kujdes i vonuar ose i munguar në periudhën e shtatzanisë, reflektohet me një risk të shtuar të të porsalindurit jo vetëm në raport me peshën, por gjithashtu me risk të shtuar për Spina Bifida, lindje të parakoshme që predisponon drejt problemeve të mundshme respiratore, çrregullime të neurozhvillimit etj.
2. “Sipas studimit 18% e të porsalindurve nga nënat e dhunuara peshonin më pak se 2500-gram krahasuar me 4,2 % e grupit të kontrollit (të porsalindurit nga nënat jo të dhunuara).” Studime të tjera kanë vërtetuar lidhjen ndërmjet peshës së ulët në lindje me dhunën në familje.
3. Vlen të përmenden problematikat e shumta që shoqërojnë fëmijet e lindur nga nënat e dhunuara gjatë shtatzanisë si: probleme me të ushqyerin, vërshtirësi në të nxënë, vonesa në të folur, vështirësi me vëmendjen apo përqëndrimin.
4. Adoleshentët e rritur në një ambient të dhunshëm mund të kthehen në persona potencialisht dhunues, në të pastrehë, përdorues të drogave apo alkoolit, apo subjekte të dhunës seksuale, fizike dhe psikologjike. Gjithashtu këta adoleshente mund të demonstrojnë shifra të larta të vetëvrasjes apo të vetëdëmtimit.
5. Dhuna në familje e shoqëruar me dhunë seksuale, përbën një rrezik të shtuar për përhapjen e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme.

Tashmë, ndërgjegjësimi mbarëbotëror për rëndësinë e parandalimit të hershëm, raportimit dhe ndëshkimit të saj përfshin një qasje të përgjithshme ndërdisiplinore dhe gjithëpërfshirëse. Bazuar në statistikat e Organizatës Botërore të Shëndetësisë vlerësohet se 1 në 3 (35%) të grave në mbarë botën në jetën e tyre kanë përjetuar të paktën njëherë dhunë fizike apo seksuale. Kjo shifër në disa vende arrijnë në 70% të grave që kanë përjetuar dhunë fizike një herë në jetën e tyre. Nëse i referohemi statistikave në Republikën e Shqipërisë, sipas vërtetimit kombëtar të dhunës ndaj grave dhe vajzave në Shqipëri, **në Shqipëri 1 në 2** gra dhe vajza ka përjetuar dhunë (dhunë nga partneri intim, dhunë gjatë marrëdhënies dashurore, dhunë nga jopartneri, ngacmim seksual ose përndjekje).

Gjithashtu sipas një raporti i publikuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (2023) Shqipëria rënditet e dyta pas Rumanisë sa i takon fenomenit të dhunës ndaj grave në Evropën Qendrore.

## **Roli i personelit mjekësor në parandalimin e hershëm dhe raportimin e dhunës në familje**

Sigurisht, personeli mjekësor për shkak të rolit të tij në jetën e përditshme duke qenë i lidhur ngushtë me shëndetin e popullatës mund të cilësohet si “porta” e parë ku trokasin viktimat e dhunës në familje për të marrë ndihmë kur dhunohen apo ku për shkak të protokolleve të punës, viktimat e dhunës në familje ekspozojnë si anën fizike ashtu edhe anën psikologjike të tyre. Ndërkohë Agjencia Evropiane për të drejta themelore, publikoi në vitin 2014 një studim sipas të cilit 1 në 3 viktimat e dhunës fizike/ seksuale dhe 1 në 4 viktimat e dhunës fizike apo seksuale nga jo partneri i tyre, vetëm 25% e tyre raportonin aktin e dhunës dhe nga këto pjesa më e madhe e tyre flisnin me një specialist të kujdesit shëndetësor. Studime tregojnë se gratë e abuzuara e përdorin më shumë shërbimin shëndetësor, se sa gratë ndaj të cilave nuk është ushtruar dhunë. Gjithashtu sipas këtij studimi, ndërmjet shërbimeve të ndryshme, gratë janë të prirura të kontaktojnë mjekët ose specialist të tjerë të kujdesit shëndetësor në rastin e incidentit më serioz të dhunës që mund të kenë kaluar. Për të vlerësuar perceptimin që gratë kanë rreth rolit të mjekut në identifikimin e viktimave të dhunës, ato u pyetën nëse sipas tyre do ishte e pranueshme që doktorët në mënyrë rutinë të pyesin gratë të cilat kishin pësuar dëmtime specifike nëse këto dëmtimë ishin si pasojë e dhunës, 87% e të cilave e shikonin këtë si një pyetje me vënd.

Kësisoj, një reagim cilësor i shërbimeve të kujdesit shëndetësor kundër dhunës ndaj grave dhe vajzave, si dhe ndaj cilësdo/ cilitdo individi në familje është kritik, jo vetëm për t’u siguruar që viktimat e dhunës në familje ose dhunës me bazë gjinore kanë akses në marrjen e kujdesit shëndetësor me standardet me të larta të kujdesit shëndetësor por edhe sepse personeli mjekësor (të tillë si infermierët, mjekët si dhe të tjerë) ka të ngjarë të jenë kontakti i parë profesional për gratë të cilat kanë qenë subjekt i dhunës nga partneri intim ose i dhunës seksuale.

Në këtë mënyrë, personeli mjekësor ka mundësinë, aftësinë dhe lehtësinë për të qenë pararoja e identifikimit të dhunës së dukshme apo të fshehur dhe nëpërmjet një sistemi raportimi efikas dhe të lehtë, mund të ndikojë drejtpërdrejtë në parandalimin e saj, shmangien e pasojave të rënda për shëndetin mendor dhe fizik të viktimave, si dhe për ndëshkimin e autorëve nëpërmjet organeve ligjzbatuese. Kjo detyrë dhe mundësi për personelin mjekësor buron edhe nga kuadri ligjor i detyrueshëm, si dhe rregullat etike. Këto të fundit duhet të përditësohen që të parashikojnë pikërisht si rregull etike përpjekjen e personelit për të identifikuar dhe raportuar rastet e dyshuara të dhunës në familjet dhe jo vetëm.

### **Situata aktuale në Shqipëri:**

Në Shqipëri ka 0 raportime nga ana e personelit mjekësor sa i përket rasteve të dhunës, gjatë dy viteve të fundit. Ndonëse depistimet rutine të femrave të dhunuara në familje gjatë vizitave mjekësore apo ekzaminimeve të përvitshme janë nxitur se fundmi, përsëri situata në Shqipëri paraqitet larg përmbljes së detyrimeve që ka personeli mjekësor. Përse kemi një mungesë të theksuar të raportimit nga ana e personelit mjekësor? Sigurisht që situata ka në thelb një etiologji multifaktoriale, që së pari lidhet me mendësinë e gabuar të personelit mjekësor, jo vetëm në Shqipëri, por edhe në vende të tjera të zhvilluara, sipas disa profesionistëve të kujdesit mjekësor, të pyeturit kundrejt dhunës është sinonim me hapjen e “Kutisë së Pandorës” apo njëlloj si “të hapësh një enë me krimba”, duke e konsideruar këtë problem shumë të komplikuar për ta adresuar.

Nga ana tjetër, dhuna në familje, krahasuar me problemet e shëndetit fizik apo mendor, është tejet e nënvlerësuar si fenomen i cili prezantohet në shërbimet e kujdesit shëndetësor bashkë me problemet e pacientit. Pra duket se dhuna në familjes, nuk është prioritet i shërbimeve të kujdesit shëndetësor. E gjithë, është midis të tjerash pasojë nisur e mendësisë së gabuar të shoqërisë tonë, sipas të cilës dhuna si fenomen nuk ndodh në marrëdhënie normale dhe se gruaja është deri diku përgjegjëse për abuzimin e saj. Në fakt, një mendësi e tillë është kryesisht tipar i shoqërive patriarkale, mes të cilave

renditet Shqipëria, por edhe vëndet e tjera të Ballkanit. Pra personeli mjekësor e adreson dhunën si një çështje private e cila i përket vetëm familjes, por jo komunitetit në përgjithësi dhe si e tillë duhet të mbetet vetëm brënda kornizave të familjes. Po ashtu, rezulton se një rol po aq të rëndësishëm luan edhe mungesa e njohurive dhe trajnimeve, e cila ndikon në paaftësinë e ofruesve të shërbimit shëndetësor për të identifikuar dhe interpretuar në mënyrë korrekte sjelljet e lidhura me dhunën në familje. Deficencat në formimin e Profesionistëve të Kujdesit Shëndetësor, të listuara sipas Holtz dhe Safran (1989) përfshijnë paaftësinë për të identifikuar, vlerësuar, dokumentuar dhe menaxhuar rastet që përjetojnë dhunën.

Mungesa në edukimin profesional, si ai bazik apo ai në vazhdimësi e infermierëve dhe të ekzistojë. Në një studim me një kampion prej n=109 (mjekë dhe infermierë) që punonin kujdesin shëndetësor, 72% nuk kishin frekuentuar një program trajnimi për dhunën në familje gjatë gjithë vitit të fundit.

Si pjesa më e madhe e profesionistëve të kujdesit shëndetësor, infermierët shpeshherë janë pika e parë e kontaktit për njerëzit që kërkojnë ndihmë mjekësore nga aksidentet si pasojë e dhunës në familje. Kësisoj, ato janë pjesë e rëndësishme e personelit mjekësor i cili duhet të shërbej si një pikë kyce në identifikimin dhe mbështetjen kundrejt këtyre grupeve vulnerabel. Ndërkohë, studimet tregojnë se rastet e dhunës në familje të depistuar nga infermieret janë të kufizuara. Gjithashtu, njohuritë që infermierët zoterojnë janë të pakta. Nga dy studime të realizuar rezulton që infermierët ishin të pafamiljarizuar me protokollin udhëzues kundër dhunës në familje. Duke marrë në konsideratë edhe shifrat në rritje për shkak të Pandemisë Covid-19, është shumë e rëndësishme që infermierët të jenë të mirëpërgatitur për të identifikuar, si edhe për t'ju përgjigjur në mënyrë efektive viktimave të dhunës.

Gjithësesi, që personeli mjekësor të përmbushi këtë detyrë, nuk mjaftojnë vetëm rregullat ligjore edhe etike, por kërkohet edhe kualifikimi i vazhdueshëm i personelit, mundësimi i lehtësirave ndaj tyre, duke përfshirë mundësimin e përdorimit të pyetësorëve të gatshëm, format standarte të raportimit, si dhe sigurimi i mbrojtjes së nevojshme që ato të mos çënohen nga autorët e dhunës që raportohen si dhunues nga ato.

## **2.Roli personelit mjekësor në identifikimin e hershëm të rasteve të dhunës dhe raportimit të saj.**

### **1. Detyrimet e personelit mjekësor që burojnë nga kuadri ligjor**

Sipas Procedurës Standarde (miratuar sipas Urdhërit Nr.101, dt 21.2.2020), të veprimit për trajtimin e rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore nga punonjësit e shërbimeve shëndetësore, në kuadër të bashkëpunimit si anëtare të mekanizmit të koordinuar të referimit, punonjësit e shërbimeve shëndetësore, në rastet e dhunës në familje/dhunës me bazë gjinore duhet të:

- identifikojnë me efektivitet viktimat;
- të garantojnë dhe të rrisin sigurinë e viktimave në të gjitha fazat e ndërhyrjes;
- të sigurojnë cilësinë dhe qëndrueshmërinë e shërbimeve të ofruara, të cilat duhet të jenë të shpejta dhe profesionale;
- të lehtësojnë dokumentimin e përmirësuar dhe të koordinuar të mbledhjes së të dhënave mbi rastet e Dhunës në Familje/Dhunës me Bazë Gjinore, duke mundësuar dhe përcjelljen e tyre, sipas parashikimeve të legjisllacionit në fuqi dhe të praktikave të dakorduara në MKR (Mekanizmat e Koordinimit Referues);
- të garantojnë konfidencialitetin dhe privatesinë e shërbimeve të ofruara për viktimat, duke mos anashkaluar përgjegjësinë për të raportuar pranë policisë një rast të DHF/DHBGJ, kur ky

përbën veper penale, si edhe për të njoftuar edhe Koordinatorin/ren Vendor/e kundër dhunës. -të kryejnë lidhjen e shërbimeve shëndetësore me shërbime të tjera që u ofrohen viktimave, duke respektuar parimet e funksionimit të MKR-së dhe koordinimit të veprimeve mes antarëve të tij.

Gjithashtu, Konventa e Stambollit, thekson rëndësinë mbi trajnimin e duhur për profesionistët përkatës që merren me viktimat ose autorët e të gjitha akteve të dhunës të mbuluar nga objekti i kësaj konvente, mbi parandalimin dhe zbulimin e një shkeljeje të tillë, barazinë midis burrave dhe grave, nevojat dhe të drejtat e viktimave, si dhe mënyrën e parandalimit të viktimizimit dytësor.

### ***b) Praktikave e mira botërore për identifikimin e rasteve të dhunës nga personeli mjekësor***

Ndërmjet vendeve të Europës ka disa shtete që mund të vecohen si shembuj pozitiv të praktikave më të mira nga të cilat mund të mësojmë. Qasja positive që këto vende kanë kundrejt raportimit të dhunës është fakti që kanë si përgjigje ndaj dhunës një armatë të tërë profesionistësh që qëndron në frontin e parë të shërbimit, duke theksuar këtu frymën e bashkëpunimit ndërmjet këtyre profesionistëve të fushave të ndryshme (mjekut, infermierit, punonjësit social, psikologut, policisë, shoqatave jo qeveritare) si një përfaqëse që rrit në mënyrë progresive rastet e raportuara

Praktikat botërore në të cilat mund të referohemi janë të shumta, ndër këto janë;

#### **Austria**

“Në 2011 ngriti grupe suporti/mbështetëse ndaj viktimave në spitale, Grupet kanë në përberje së paku dy mjekë, nga të cilët një kirurg i specializuar në trauma nga aksidentet si edhe një gjinekolog, sikurse dhe një infermier dhe një psikoterapist. Ligji në këtë shtet ka ngritur këto grupe pune të ndara për viktimat fëmije dhe viktimat adulte të dhunës në familje. Qëllimi primar i këtyre grupeve është identifikimi i hershëm i viktimave si edhe sensibilizimi i personelit të kujdesit shëndetësor mbi dhunën në familje. Ky ligj i ka kthyer këto praktika ekzistuese të detyrueshme nga ana ligjore. Gjithashtu, në Spitalin e Përgjithshëm të Vienës, këto grupe pune orientojnë profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor që janë në kontakt me të mbijetuarit nga dhuna në familje; zhvillojnë procedura standarte si edhe protokolle udhëzuese për ndërhyrje; organizon trajnime; koordinon departamente të ndryshme etj. Sigurisht nuk mungojnë edhe sfidat si sigurimi i burimeve të përshtatshme njerëzore dhe financiare, kthimin e këtyre trajnimeve të detyrueshme për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor, dhe një bashkëpunim efektiv ndërmjet të gjitha hallkave të shërbimeve, si strehimorve, policisë apo kujdesit parësor duke siguruar kështu një qasje holistike ndaj viktimave të dhunës në familje, sikurse ata kanë nevojë.”

#### **Gjermania:**

Studimet tregojnë që viktimat e dhunës në të shumtën e rasteve janë persona me aftësi të kufizuara, c’ka e bën konceptin e mbrojtjes tejet të vështirë. Ekzistojnë protokolle për një menaxhim cilësor të rasteve të dhunuara, por implementimi i tyre nuk është i shpërndarë në mënyrë uniforme, si pasojë ka një mungesë koordinimi ndërmjet sektorit shëndetësor dhe shërbimeve të tjera mbështetëse. Situata është premtuese në shtetin e Saxony-s, në të cilin Ministria për Barazi dhe Integritet, në vitin 2015 përcaktoi, “Masat për përfshirjen e sektorit shëndetësor në mbështetje të network-ut në luftën kundër dhunës në familje në Saxony”.

#### **Maqedonia e Veriut**

“Vende si **Maqedonia e Veriut**, kanë një rregullore sipas të cilës, “Rregullorja për kujdes mjekësor ndaj fëmijëve viktimë të dhunës në familje” e nxjerr nga Ministri i shëndetësisë, në të cilën është

përshkruar në detaje mënyra e sjelljes së personelit mjekësor në rastet kur për pacient kanë fëmijët që kanë statusin e viktimave nga dhuna në familje. Kjo rregullore ka evidentuar në detaje situatën e fëmijës kur paraqitet në rolin e dëshmitarit edhe kur dhuna nuk është e drejtuar kundër tij, pasi edhe kjo situatë konsiderohet e dëmshme për shëndetin e fëmijës dhe për pasojë sjell pasoja negative. Sipas statistikave të Ministrisë për punë dhe politika sociale dhuna psikologjike është më e përhapur sesa dhuna fizike dhe seksuale (2009-2012). Gjithçka që vlen si procedurë dhe kushte për viktimën kur është grua, vlen edhe për rastet e fëmijëve, madje dhe me përkujdesje edhe më të shtuar”.

Ligjet që sanksionojnë dhe që pengojnë dukurinë e dhunës në familje janë disa, mes të cilave, Ligji për mbrojtje shëndetësore. E veçanta e këtij ligji është edhe krijimi i “Trupit koordinativ nacional kundër dhunës në familje” me përfaqësuar nga të gjitha institucionet e cekura më lartë si dhe sjellja e “Strategjisë nacionale për parandalimin, pengimin dhmbrojtjen nga dhuna në familje” të cilën e sjell Qeveria për afat pesë vjeçar. Gjithashtu, parandalimi i dhunës në familje në Maqedoninë e Veriut është realizuar përmes promovimit të programeve nëpër shkolla dhe institucione tjera të cilat në fokus do të kenë të kuptuarit e dukurisë së dhunës që në moshë të hershme.

### ***c) Problemet që has personeli mjekësor në Shqipëri për identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës***

Për sistemin shëndetësor, dhuna në familje paraqet sfida të qenësishme për trajtimin e saj midis të tjerash për shkak të mungesës së bashkëpunimit nga ana e viktimës, tendencën për ta fshehur atë duke u prezantuar si raste shëndetësore akute. Kjo con në harxhimin e një kohe të vyer nga personeli për të bërë ekzaminime të ndryshme në përpjekje për të kuptuar situatën shëndetësore, ndërkohë që nëse do të identifikohet që në fillim apo të vetëraportohej nga viktimat apo personat e tjerë, do ta bënte shumë të lehtë dhe efikas trajtimin shëndetësor të viktimave.

Mungesa e zakonshme e bashkëpunimit nga viktimat si një faktor që pengon zbulimin e dhunës dhe vështirëson trajtimin mjekësor, con në përdorim të panevojshëm të burimeve njerëzore dhe diagonalistikuese të sistemit shëndetësor duke minimizuar dobinë e tyre ndaj njerëzve që vërtet kanë nevojë për këto lloj diagnostikimesh.

*“Te identifikosh dhe te ndihmosh dhunesit qe pranojne sjelljen e tyre dhe do te donin mbeshtetje per te ndryshuar sjelljen e tyre eshte gjithashtu thelbesore dhe mjeket dhe infermieret mund ta bejne kete duke i referuar ato tek programet e duhura te mbeshtetjes”.* Kjo është po aq e rëndësishme sa edhe veteidentifikimi i viktimës, me qëllim parandalimin e përshkallëzimit të dhunës. Gjithashtu, përpos mungesës së bashkëpunimit nga ana e viktimës për ta raportuar dhunën, gjithashtu si një faktor që vështirëson identifikimin e viktimave janë edhe një sërë barrierash që këto viktimat përjetojnë dhe që duhen adresuar nga ana e personelit mjekësor:

1. Mungesa e aksesit ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor për grata që jetojnë në zonat rurale;
2. Frika nga përgjigjet e mundshme negative nga ana e personelit si edhe frika se mos fajësohen për shkak se nuk ndahen nga partneri/bashkëshorti abuzues, përforsuar kjo nga përgjigjet e papërshtatshme apo fajësuese që viktimat mund të ketë marrë në të shkuarën.
3. Mosdija në lidhje me veprimet pasuese që do të ndërmerren nga ana e personelit shëndetësor, si raportimi në polici apo informimi i abuzuesit.
4. Barrierat kulturore apo barrierat sa i përket gjuhës në rastin e grave emigrante apo grave që i përkasin minoriteteve etnike.
5. Sjellja e pandjeshme, paragjyquese e stafit mjekësor.

Po ashtu, janë jo të pakta rastet ku vet denoncimi i dhunës është bërë shkak për acarimin e marrëdhënieve dhe shfaqjen e dhunës së re edhe më me intensitet dhe shpesh here duke ju drejtuar atyre “që janë bërë shkak” për identifikimin e më pas raportimin e viktimës. Nisur nga kjo llogjike, një pjesë e mirë e personelit mjekësor ngurren të raportojë rastet e dhunës, edhe aty kur dhuna është dukshëm prezente, për shkak pasigurisë që ata kanë, mungesës së mbrojtjes nga organet kompetente. Ndaj, bashkë me mbrojtjen kundrejt viktimës është po aq e rëndësishme që edhe personelit mjekësor t’i vihet në dispozicion mbrotja përkatëse, apo komforti që pas cdo rasti të raportuar prej tyre, do ketë signuinë absolute nga organet përkatëse. Gjithashut vlen të përmendet fakti që mungesa e koordinimit ndërmjet personelit mjekësor, me shërbimet e tjera, si shërbimi social shtetëror, forcat e rëndit, bashkëpunim ky që duhet të ishte prezent në kohe reale, dhe me i mirëorganizuar, thënë kjo edhe me lehtësira sa i përket dokumentacionit përkatës, do ndihmonte në një raportim më koherent të rasteve të dhunës të identifikuar. Aktualisht, Qendrat e Kujdesit parësor në Shqipëri, janë të pajisur me një kartelë elektronike e cila duhet plotësuar në cdo rast raportimi të dhunës. Kjo kartelë është e aksesueshme vetëm nga mjekët dhe sipas tyre duhet plotësuar me shumë kujdes pasi përfshin të dhëna sensitive të pacientëve të dhunuar, dhe si e tillë kërkon kohë të mjaftueshme në vlerësimin e rasteve, pasi të dhënat duhet të hidhen menjëherë në sistem, si një urë “komunikimi kjo me Shërbimin Social Shtetëror si edhe Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Kjo kartelë nuk rezulton efektive për sa kohë nuk kemi asnjë raportim. Si rezultat duhet vlerësuar me kujdes mekanizmat raportues, që të jenë sa me lehtësuese në raportimin në kohë reale të rasteve, sa më lehtë të aksesueshme nga ana e personelit mjekësor, duke shmangur kështu ngarkësen e punës së përditshme të personelit dhe duke eliminuar një faktor tjetër pengues në raportimin e dhunës. Kjo do mund të realizohej nëpërmjet një instrumenti/kartele dokumentuese e dhunës, si edhe gjeneruese për lëvizjet pasuese të organeve përgjigjëse.

“Parë kjo nga këndvështrimi i profesionistëve të kujdesit shëndetësor, disa nga barrierat e mundshme që këta të fundit hasin në përgjigje të dhunës me baze gjinore, cituar kjo nga vëndet e botës së tretë (konkretisht nga vëndet e Azisë Qëndrore dhe Europës Lindore)

Njohuritë e pamjaftueshme rreth shkaqeve, pasojave apo dinamikave të DHBGJ (Dhuna me bazë gjinore): Nëse profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk pyesin apo nuk dinë të identifikojnë simptomat e DHBGJ, atyre mund të mos ti identifikojnë viktimat apo tu ofrojnë kujdes të papërshtatshëm.

1. Nëse profesionistët e Kujdesit Shëndetësor zotërojnë sjellje apo përceptime të gabuara të dhunës si një çështje private apo të bëjnë vetë viktimën me faj për abuzimin e saj.
2. Mungesë të aftësve klinike në përgjigje ndaj DHBGJ: si pasojë, mungesa e njohurive dhe aftësive mund ta vendosë sigurinë, jetën apo mirëqënien e pacientit në risk, si për shembull kur një specialist i kujdesit shëndetësor shprehqëndrim negativ ndaj një pacienti që është përdhunuar apo të diskutojë mbi traumat që pacienti mund të ketë pësuar në një mënyrë të atillë që mund të dëgjohet nga abuzuesi potencial i saj i cili qëndron mbrapa dore.
3. Mungesa e njohurive rreth ekzistencës së shërbimeve suportuese apo kontakteve të përshtatshme profesionale, të cilat mund të shërbejnë si bazë për referime.
4. Mungesa e kohës së nevojshme për kujdes mjekësor dhe këshillim. Është e vështirë të vlerësohet koha e domosdoshme për një konsultë dhe shpesh personelit mjekësor u duhet të marrin kohë nga vizita e pacientëve të tjerë.
5. Mungesa e bashkëpunimit/bashkëpunimit ndër-institucional si protokolle të standartizuara, format e dokumentimit apo trajnimet adekuate për viktimat e DHBGJ.
6. Paqartësitë në lidhje me detyrimet ligjore, si rregullat mbi konfidencialitetin apo detyrimet në lidhje me raportimin.

***Mjetet dhe mënyrat e forcimit të rolit të personelit mjekësor në parandalimin dhe raportimin e dhunës në familje***

Sipas gjithë praktikave të studiuara rezulton se mjetet dhe mënyrat kryesore janë:

1. Trajnimi periodik dhe kualifikimet e tjera duke përfshirë testimi. Këto, trajnime duhet të jenë të detyrueshme për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor, duhet të jenë të certifikuara , si edhe me afate të mirëpërcaktuara.
2. Hartimi dhe përdorimi i pyetësorve të gatshëm për viktimat e dhunës në familje.
3. Mekanizmat dhe lehtësitë për raportimin e dhunës
4. Mbrojtja e personelit mjekësor gjatë procesit të identifikimit e raportimit të dhunës në familje.

Në këtë kuadër duhet thkesuar, se të pyeturit mbi dhunën në familje, nëse realizohet në mënyrë profesionale dhe mbështetëse, në vetvete, ndihmon në thyerjen e ndjesisë së fajit, izolimit, apo turpit, që viktimat mund të përjetojnë, si ndihmon që viktimat të përceptojë mesazhin që ndihma është e mundur dhe që ajo mund ta përdorë nëse ndihet gati për ta bërë këtë gjë.

Nga ana tjetër, në shërbimet e kujdesit shëndetësor, dy qasje përdoren më së shumti për të lehtësuar identifikimin e dhunës me bazë gjinore; Depistimi Universal dhe Gjurmimi i Rasteve. Depistimi Universal, njihet edhe si kërkim rutinë, si një qasje që kërkon që të gjitha gratë që paraqiten në shërbimet e kujdesit shëndetësor, të pyeten rreth ekspozimit të mundshëm ndaj dhunës me bazë gjinore. Në të kundërt, Gjurmimi i Rasteve (gjithashtu i njohur si kërkimi klinik), kërkon që të pyeten gratë rreth dhunës me bazë gjinore nëse ato paraqesin simptoma specifike klinike, kanë një historik dhe (nëse shikohet e përshtatshme) ekzaminim të pacientit.

Sipas një studimi të kohëve të fundit të OBSH, depistimi universal mund të jetë i vështirë për t'u realizuar në shërbimet e kujdesit shëndetësor, sidomos kur kur ka mundësi referuese të limituara, kapacitete të limituara për përgjigje efektive, dhe burime të mbingarkuara. Kjo ka një ndikim madhor tek pacientet femra, të cilat mund të vendosin të "rrefejnë" rreth dhunës gjatë depistimit universal dhe ndërkohë marrin si përgjigje asnjë veprim konkret të ndërmarrë.

Si pasojë, Depistimi Universal nuk është i rekomandueshëm, pavarësisht se kjo metodë mund të rris rastet e identifikuar. Po ashtu, kjo metodë mund të mos reduktojë dhunën apo të sjell ndonjë përfitim për shëndetin e gruas. Ndërkohë që Gjurmimi i Rasteve është i këshilluar dhe se profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të pyesin rreth dhunës kur vlerësojnë situatën/gjendjen që mund të jenë shkaktuar apo ndërlikuar si pasojë e dhunës, në funksion të përmirësimit të diagnozës dhe mjekimit përkatës.

“Duhet nënvizuar se gjendje klinike të lidhura me dhunën me bazë gjinore rezultojnë të kryesisht ato si vijojnë”:

1. Depresion, ankth, Stres Post Traumatik, crregullime të gjumit
2. Mendime /tentative vetëvrasje apo vetëdëmtimi
3. Abuzimi me alkoolin apo drogën.
4. Simptoma kronike gastrointestinale të pashpjegueshme
5. Simptoma të pashpjegueshme të regjionit pelvik, disfunkcion seksual
6. Shtatzani të shumfishta,defekte në lindje apo ndërprerje të shtatzanisë.
7. Infeksione të përsëritura dhe të pashpjegueshme të traktit urinar, fshikëzës apo veshkave.
8. Hemoragji e përsëritur vaginale dhe infeksione seksualisht të transmetueshme
9. Dhimbje kronike e pashpjegueshme.
10. Dëmtime traumatike,mavijosje
11. Probleme me sistemin nervor qëndror,si dhimbje koke, probleme kognjitive,humbje të dëgjimit.
12. Konsulta të përsëritura pa një diagnozë të qartë.
13. Partner/bashkëshort intrusiv gjatë konsultave/vizitave”

Pavarësisht, problemeve duhet thënë, depistimi universal mund të konsiderohet në situatë në rrethana specifike si:

1. Gra të cilat kanë probleme të shëndetit mendor dhe crregullime si depression, ankth, Stres post traumatic, tentativë për vetëvrasje, si rezultat i korrelacionit të fortë ndërmjet problemeve të shëndetit mendor tek gratë e dhunuar nga partneri i tyre intim.
2. Testimi dhe këshillimi ndaj HIV-it, duke qënë se dhuna nga partneri intim mund të kompromentojë zbulimin e statusit ndaj HIV-it, apo të sabotojë sigurinë e gruas e cila "rrëfen", sikurse dhe mundësinë për të implementuar strategji reduktuese të riskut.
3. Gjatë kujdesit prenatal, duke marrë parasysh riskun e dyfishtë e shtatzanisë apo të kenë në konsideratë ndjekjen gjatë shtatzanisë.

Nëse ajo ka përjetuar dhunë, dhe zgjedh mos ta zbulojë atë në një moment të caktuar, ajo do jetë e vetëdijshme që profesionistët e kujdesit shëndetësor janë në dijeni të çështjes dhe ajo mund të zgjedh të zbuloj dhunën në një moment të dytë.

Sjellje të lidhura me dhunën me bazë gjinore:

1. Dëmtime të vazhduara pa specifikim të shkakut.
2. Takime të shpeshta për simptoma të paqarta.
3. Përpyetje e pacientes për të fshehur/minimizuar dëmtimet, traumat.
4. Paciente e frikësuar që ngurren të flasë në prani të bashkëshortit/partnerit. Bashkëshort dominues, agresiv, që nuk pranon të largohet nga dhoma e konsultës.
5. Jo bashkëpunuese sa i përket trajtimit/mjekimit.
6. Takime/konsulta të munguara në mënyrë të përsëritur.
7. Kujdes i varfër/reduktuar prenatal.
8. Largime të parakohshme nga spitali.

#### 4. Përfundime dhe rekomandime

Dhuna në familje prek çdo aspekt të jetës shoqërore duke përfshirë shëndetin publik, si edhe funksionimin gjithë sistemit shëndetësor në vend. Identifikimi dhe raportimi i dhunës i shërben parandalimit të vijimit të saj dhe mbrojtjes së shëndetit mendor dhe fizik të viktimave të drejtpërdrejta dhe të tërthorta të saj. Aftësia e personelit mjekësor për të raportuar dhunën në familje varet në një masë të madhe nga aftësia e tyre për të identifikuar dhe trajtuar sic duhet dhunën në familje, faktorët e riskut, lehtësitë e ndryshme në raportimin e saj duke përfshirë sigurimin e anonimatit të personelit raportues, mundësimin e mbrojtjes së posaçme për personelin kur është e nevojshme etj.

Në përmbyllje të këtij studimi, arrihet në përfundimin se përpyetje më të mëdha duhet të bëhen në shtetet anëtare të Bashkimit Europian, për të krijuar një klimë në të cilën gratë mund të raportojnë rastet e abuzimit, dhe ku këto raportime duhen marrë seriozisht dhe të ndiqen në vazhdimësi në mënyrë që gratë të marrin shërbimin që ata kanë nevojë dhe aty ku është e nevojshme, të marrin drejtësi. Aktualisht, fakti që shumë incidente nuk janë raportuar nënkupton që shumë dhunues mund të veprojnë pa u ndëshkuar.

Dhuna si dukuri nuk është e pashmangshme, dhe si e tillë mund të çrrënjohet dhe parandalohet me veprime të koordinuara të më shumë sektorëve, mes të cilëve theksohet roli i padiskutueshëm i personelit mjekësor si pika e parë e kontaktit për viktimat e dhunës në familje, por mbi të gjitha dhe hallka më e besuar nga ana e viktimave.

## Disa rekomandime për profesionistët e kujdesit shëndetësor:

1. Merrni iniciativën për të pyetur rreth dhunës, por mos pyetni rreth dhunës në prezencë të partnerit, pjestari të familjes apo miku.
2. Shpjegoni që informacioni do të mbetet konfidencial.
3. Përdorni kontaktin me sy dhe përqëndrojeni të gjithë vëmendjen tek viktima.
4. Jini të vetëdijshme mbi gjuhën e trupi (kushtojini rëndësi tonit të zërit, mënyrës si uleni që të përcillet te pacienti e gjithë siguria apo vëmendja që kërkohet në këto raste).
5. Tregoni një sjellje jo gjykuese, suportuese, shmangni pyetje që përcjellin faj si “pse”.
6. Përforconi që dhuna nuk mund të tolerohet në asnjë rrethanë dhe sigurojeni viktimën që ndjesitë e saj janë normale.
7. Duhet të ruani qetësinë duke pasur parasysh gjendjen e vështirë emocionale të viktimës.
8. Mos ushtroni presion.
9. Theksoni faktin që dhuna nuk është për fajin e saj, që dhunuesi është përgjegjës.
10. Përdorni shprehje suportuese si “Më vjen keq që kjo ju ka ndodhur juve”, gjë që mund ta inkurajojë atë që të shprehet më lirisht.

## Referencat

1. Violence against women, World Health Organization, i disponueshëm në: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=Estimates%20published%20by%20WHO%20indicate,violence%20is%20intimate%20partner%20violence.> (data e fundit që është vizituar 19 Maj 2024)
2. Violence Against Women: Global Picture Health Response, World Health Organization, i disponueshëm në: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/VAW\\_infographic.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/VAW_infographic.pdf) (data e fundit që është vizituar 24 Prill 2024).
3. Një qasje praktike ndaj dhunës me bazë gjinore, Udhërrëfyes për punonjësit e shëndetësisë, Ministria e Shëndetësisë, 2011.
4. McFarlane, Parker, Soenken, and Bullock, “Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care”, 1992, JAMA. 1992;267(23):3176-3178. doi:10.1001/jama.1992.03480230068030
5. <sup>5</sup> Bullock and McFarlane, International Journal of Nursing Studies Advances.
6. <sup>6</sup> Parker, McFarlane and Soeken, “Abuse during Pregnancy: Effects on Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women”, 1994, Obstetrics and Gynecology, 84, 323-328.
7. <sup>7</sup> United Nations, “A staggering one-in-three women, experience physical, sexual abuse”, 2019, i disponueshëm në: <https://news.un.org/en/story/2019/11/1052041>, (data e fundit që është vizituar është 19 Maj 2024).
8. <sup>8</sup> INSTAT, Dhuna ndaj grave dhe vajzave në Shqipëri, 2018
9. <sup>9</sup> World Health Organisation, Violence Against Women, Global Database on the Prevalence of Violence Against Women, i disponueshëm në: [https://vaw-data.srhr.org/data?chart1%5Bviolence\\_type%5D=ipv&chart1%5Bregion%5D=Europe&chart1%5Bregion\\_class%5D=WHO&chart1%5Bcountries%5D%5B%5D=ALB](https://vaw-data.srhr.org/data?chart1%5Bviolence_type%5D=ipv&chart1%5Bregion%5D=Europe&chart1%5Bregion_class%5D=WHO&chart1%5Bcountries%5D%5B%5D=ALB) (data e fundit që është vizituar është 19 Maj 2024)<sup>10</sup> FRA. “Violence Against Women: an EU Wide Survey Main Results” (2014), faqe 60.

10. <sup>10</sup> Ibid. F.164.
11. <sup>11</sup>OBSH: “Ne pergjigje te dhunes nga partneri intim dhe te dhunes seksuale ndaj grave: Udhëzime Klinike dhe te politikave te OBSH-se”. Gjeneve, OBSH, 2013, faqe 1.
12. <sup>12</sup>ACOG technical bulletin. Preterm labor. Number 206--June 1995 (Replaces No. 133, October 1989)
13. <sup>13</sup>N K Sugg, T Inui, Primary care physicians’ response to domestic violence. Opening Pandora’s box, 1992.
14. <sup>14</sup>American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence, 1992, PMID: 1341587 DOI: 10.1001/archfami.1.1.39.
15. <sup>15</sup>Holtz dhe Safran (1989)
16. <sup>16</sup>McClure, 1993), International Journal of Nursing Studies Advances
17. <sup>17</sup>H Aljomaie Abdularahman Hassan, Hollingdrake Olivia, Alban Cruz Angelica, Currie Jane. “A scoping review of the healyhcare provided by nurses to people experiencing domestic violence in primary health care settings. International Journal of Nursing Studies Advances, vol.4, December 2022, pp.1
18. <sup>18</sup>Nr. 101, datë 21.2.2020 “Për miratimin e procedurave standarde të veprimit (psv) për trajtimin e rasteve të dhunës në familje dhe të dhunës me bazë gjinore nga punonjëset/punonjësit e shërbimeve shëndetësore, në kuadër të bashkëpunimit si anëtarë të mekanizmit të koordinuar të referimit (MKR)”
19. <sup>19</sup>IMPLEMENT, Health System Response to Gender Based Violence [https://www.psytel.eu/implement/AT\\_VictimProtection\\_BestPractice.pdf](https://www.psytel.eu/implement/AT_VictimProtection_BestPractice.pdf)
20. <sup>20</sup>GREVIO’s (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention), publikuar 7 Tetor, 2022 ne <https://rm.coe.int/report-on-germany-for-publication/1680a86937>, faqe 45.
21. <sup>21</sup>Rregullorja për kujdes mjekësor ndaj fëmijëve viktime të dhunës në familje” e nxjerr nga Ministri i shëndetësisë, pjesa e shtojcës, Maqedonia e Veriut.
22. <sup>22</sup>Gender-based violence and the role of healthcare professionals. Nursing Open, 5 (1). Faqe 4-5.
23. <sup>23</sup>Ibid.
24. <sup>24</sup>UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), faqe. 182.
25. <sup>25</sup>Ibid.
26. <sup>26</sup>UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), faqe. 66.
27. <sup>27</sup>Ibid.
28. <sup>28</sup>Ibid. F. 67.
29. <sup>29</sup>World Health Organisation, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence, a clinical handbook.

30. <sup>30</sup>Ibid.
31. <sup>31</sup>Ibid.
32. <sup>32</sup>Ibid.
33. <sup>33</sup>Ibid.
34. <sup>34</sup>Ibid.
35. <sup>35</sup>Ibid.
36. <sup>36</sup>UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), faq. 68.
37. <sup>37</sup>Ibid.
38. <sup>38</sup>FRA, “Violence Against Women:an EU Wide Survey Main Result”, 2014, faqe,169.
39. <sup>39</sup>Ibid.
40. <sup>40</sup> UNFPA-WAVE, “Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia” (2014), faqe. 70.