Funded by
the European Union

Gender Alliance for Development Center
Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim

MANUAL TRAJNIMI PËR PERSONELIN SHËNDETËSOR

PËR MENAXHIMIN E RASTEVE TË DHUNËS ME BAZË GJINORE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR

TFL
TOGETHER FOR LIFE

IRCA
INSTITUTE OF ROMANI CULTURE IN ALBANIA

Autorët:

Krisela Pllaha
Mirela Arqimandriti

© Të gjitha të drejtat e rezervuara. Asnjë pjesë e këtij botimi, e mbrojtur nga Ligji nr. 35/2016 "Për të drejtën e autorit dhe të drejtat e lidhura me të", nuk mund të riprodhohet, ruhet, transmetohet apo përdoret në asnjë formë dhe me asnjë mjet grafik, elektronik apo mekanik – duke përfshirë, por pa u kufizuar vetëm në fotokopjim, skanim, digjitalizim, rrjete elektronike apo sisteme të tjera – pa miratimin me shkrim të botuesit.

Për informacion ose komente, ju lutemi kontaktoni: Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim
Email: gadc@gadc.org.al

Ky botim është përgatitur me mbështetjen financiare të Bashkimit Evropian. Përmbajtja e këtij dokumenti pasqyron vetëm pikëpamjet e autorit. Komisioni Evropian nuk mban përgjegjësi për asnjë përdorim që mund t'i bëhet informacionit që përmban ky dokument.

Shkurtesa

Shkurtimi	Kuptimi
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave)
DHBGJ	Dhuna me Bazë Gjinore
DHF	Dhuna në Familje
DHPI	Dhuna e Partnerit Intim
ETN	Ekipe Teknike Ndërdisiplinore
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics (Federata Ndërkombëtare e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës)
GBV	Gender-Based Violence (Dhuna me Bazë Gjinore)
IPV	Intimate Partner Violence (Dhuna nga Partneri Intim)
KVDHF	Koordinatori Vendor i Dhunës në Familje
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PIK	Pika e Informimit dhe Koordinimit
RM	Raste të Menaxhuara
UNDP	United Nations Development Programme (Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë)
UN Women	Enti i Kombeve të Bashkuara për Barazinë Gjinore dhe Fuqizimin e Grave
VAWG	Violence Against Women and Girls (Dhuna ndaj Grave dhe Vajzave)
WHO	World Health Organization (Organizata Botërore e Shëndetësisë – OBSH)

Tabela e përmbatjes

SHKURTESA....3
HYRJE....5
INFORMACION NË LIDHJE ME MANUALIN PËR MENAXHIMIN E RASTEVE TË DHUNËS ME BAZË GJINORE NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR....7
SEKSIONI I – DHUNA ME BAZË GJINORE: KONCEPTET THEMELORE....9

FORMAT E DHUNËS ME BAZË GJINORE....12
TË KUPTUARIT E DINAMIKËS SË DHUNËS NË MARRËDHËNIET INTIME....14
CIKLI I DHUNËS....16
THYERJA E CIKLIT TË DHUNËS....17

SEKSIONI II – IDENTIFIKIMI I DHUNËS ME BAZË GJINORE....18

PARIMET PËR PROFESIONISTËT E SHËNDETËSISË GJATË EKZAMINIMIT PËR DHBGJ....19
SIMPTOMAT, SHENJAT DHE SJELLJET E LIDHURA ME DHUNËN ME BAZË GJINORE (DHBGJ)....21
SI TË PYETNI PËR DHUNËN ME BAZË GJINORE (DHBGJ)....25

SEKSIONI III – TRAJTIMI DHE DOKUMENTIMI I DHUNËS ME BAZË GJINORE....27

TRAJTIMI I RASTIT TË DHUNËS DHE OFRIMI I KUJDESIT MJEKËSOR....27
DOKUMENTIMI I RASTEVE TË DHUNËS ME BAZË GJINORE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR....33

SEKSIONI IV – VLERËSIMI I RREZIKUT DHE PLANIFIKIMI I SIGURISË....36
SEKSIONI V – RRUGËT E REFERIMIT DHE BASHKËPUNIMI NDËRSEKTORIAL....40

REFERIMI I RASTEVE TË DHBGJ NË SHQIPËRI....42

SEKSIONI VI – ASPEKTET ETIKE DHE KOMUNIKIMI ME VIKTIMAT E DHUNËS ME BAZË GJINORE....45

PARIMET ETIKE BAZË....45
PARIME TË KOMUNIKIMIT TË NDJESHËM ME VIKTIMAT....46

SEKSIONI VII – TRAJTIMI I GRUPEVE NË RREZIK TË SHTUAR....47

QASJE E PERSONALIZUAR PËR GRUPET NË RREZIK TË SHTUAR....47
SHEMBUJ PRAKTIKË....49

SEKSIONI VIII – NDJEKJA DHE MONITORIMI I RASTEVE TË REFERUARA....50
SEKSIONI IX – TRAJNIMI DHE ZHVILLIMI PROFESIONAL I VAZHDUESHËM....52

RËNDËSIA E EDUKIMIT TË VAZHDUAR NË FUSHËN E DHBGJ....52
CHECKLISTË PËR TRAJNIMIN DHE ZHVILLIMIN PROFESIONAL TË VAZHDUESHËM MBI DHBGJ....54

SEKSIONI X – MENAXHIMI I STRESIT DHE MIRËQENIES SË STAFIT SHËNDETËSOR....55
SEKSIONI XI – ZBATIMI I PROTOKOLLEVE DHE STANDARDEVE INSTITUCIONALE....56
REFERENCAT....58

SHTOJCA 1 - FORMULAR PËR DEPISTIMIN RUTINË TË DHUNËS NË FAMILJE....60

Hyrje

Dhuna me bazë gjinore: një sfidë madhore për shëndetin publik, barazinë gjinore dhe të drejtat e njeriut

Dhuna me bazë gjinore (DHBGJ) përbën një ndër format më të rënda të dhunës dhe një shkelje serioze e të drejtave të njeriut, e cila ndikon drejtpërdrejt në jetën, shëndetin dhe dinjitetin e miliona individëve në mbarë botën. Ajo është një dukuri e përhapur që ndodh në të gjitha shtresat shoqërore, kulturat dhe komunitetet, duke prekur në mënyrë disproporcionale gratë dhe vajzat. Në Shqipëri, DHBGJ mbetet një sfidë kritike, e cila shfaqet në forma të shumta dhe ndikon në mënyrë të thellë jo vetëm tek individët e prekur, por edhe në kohezionin social, zhvillimin ekonomik dhe mirëqenien kolektive.

E rrënjosur në struktura patriarkale, pabarazi të vazhdueshme gjinore dhe norma kulturore diskriminuese, DHBGJ manifestohet përmes dhunës në familje, dhunës seksuale, trafikimit të qenieve njerëzore, martesave të detyruara, ngacmimeve seksuale dhe praktikave të dëmshme tradicionale. Këto forma dhune ushqehen nga heshtja shoqërore, mungesa e reagimit institucional, normat e ngulitura që normalizojnë apo justifikojnë dhunën, dhe mungesa e aksesit të barabartë në drejtësi dhe shërbime të mbrojtjes për viktimat.

Adresimi i DHBGJ-së nuk është vetëm një domosdoshmëri morale, por edhe një angazhim politik dhe institucional për të garantuar barazi gjinore dhe për të mbrojtur të drejtat themelore të njeriut. Në thelb të kësaj përpjekjeje qëndron e drejta e çdo individi për të jetuar një jetë të lirë nga dhuna, frika dhe diskriminimi. DHBGJ minon autonominë dhe potencialin e individëve, duke i penguar ata të marrin pjesë në mënyrë të plotë dhe të barabartë në jetën shoqërore, ekonomike dhe politike.

Për më tepër, DHBGJ përbën një krizë serioze të shëndetit publik. Viktimat shpesh përballen me pasoja afatgjata që përfshijnë dëmtime fizike, çrregullime të shëndetit mendor si depresioni, ankthi, çrregullimi i stresit post-traumatik, si dhe një rrezik më të lartë për sëmundje kronike. Këto pasoja kanë kosto të larta sociale dhe ekonomike, duke rënduar sistemet shëndetësore, duke ulur produktivitetin dhe duke thelluar varfërinë, veçanërisht për gratë dhe fëmijët që varen nga to.

Përballë një problematike kaq komplekse dhe të ndërlidhur, kërkohet një përgjigje e integruar dhe ndërsektoriale që përfshin institucionet shtetërore, shoqërinë civile, sektorin shëndetësor, sistemin e drejtësisë, arsimin dhe median. Politikat kombëtare dhe ndërkombëtare, përfshirë angazhimet e Shqipërisë ndaj Konventës së Stambollit, Konventës për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (CEDAË) dhe Agjendës 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm, ofrojnë kuadrin strategjik për të ndërmarrë veprime të qëndrueshme dhe efektive në mbrojtje të viktimave dhe në parandalimin e DHBGJ-së.

Investimi në mekanizmat e parandalimit, fuqizimin ekonomik dhe social të grave, edukimin për barazi gjinore, forcimin e sistemit të referimit dhe aksesin në shërbime të specializuara është kyç për të thyer ciklin e dhunës dhe për të ndërtuar një shoqëri më të drejtë dhe të sigurt për të gjithë.

Roli i personelit shëndetësor në Kujdesin Shëndetësor Parësor në adresimin e Dhunës me Bazë Gjinore

Kujdesi Shëndetësor Parësor (KSHP) përfaqëson pikën e parë të kontaktit të shumicës së individëve me sistemin shëndetësor dhe ka një rol kyç në zbulimin, trajtimin dhe parandalimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Si një shtyllë themelore e shëndetësisë publike, KSHP ofron një mundësi të veçantë për të ndërhyrë herët, për të mbështetur të mbijetuarit dhe për të promovuar barazi gjinore dhe të drejta të njeriut në nivel komunitar. Forcimi i këtij niveli të kujdesit është një domosdoshmëri për një përgjigje efektive dhe gjithëpërfshirëse ndaj DHBGJ.

Zbulimi dhe ndërhyrja e hershme
Personeli shëndetësor i KSHP-së, përfshirë mjekët, infermierët dhe profesionistët e tjerë, janë shpesh kontakti i parë për gratë dhe vajzat që përjetojnë DHBGJ. Kjo i vendos ata në një pozicion unik për të identifikuar herët shenjat e dhunës — qoftë fizike, psikologjike apo seksuale — dhe për të ndërhyrë me mbështetje të menjëhershme.
Sipas OBSH, kujdesi shëndetësor parësor përbën "linjën e parë të përgjigjes" ndaj DHBGJ dhe është thelbësor për të zbutur ndikimet afatgjata të dhunës në shëndetin dhe mirëqenien e individëve.

Ofrimi i kujdesit dhe mbështetjes gjithëpërfshirëse
KSHP është projektuar për të siguruar kujdes të vazhdueshëm, të personalizuar dhe të koordinuar. Në kontekstin e DHBGJ, kjo nënkupton adresimin jo vetëm të dëmtimeve fizike, por edhe të nevojave afatgjata për shëndet mendor, riprodhues dhe emocional.
Kjo mund të përfshijë:

- këshillim psikologjik;
- ndërlidhje me specialistë të tjerë;
- referim drejt shërbimeve sociale dhe ligjore;
- orientim drejt strehimoreve apo qendrave mbështetëse.

UN Ëomen thekson rëndësinë e një qasjeje të përqendruar te të mbijetuarit, ku ofrimi i mbështetjes holistike nga KSHP është një element kyç i rimëkëmbjes së tyre.

Sigurimi i konfidencialitetit dhe ndërtimi i besimit
Besimi mes pacientit dhe profesionistit shëndetësor është thelbësor në çështjet që lidhen me DHBGJ. Ambientet e KSHP-së duhet të ofrojnë një hapësirë të sigurt, të ndjeshme dhe jo-gjykuesedhe, ku të mbijetuarit mund të ndihen të dëgjuar dhe të mbështetur.
Privatësia dhe konfidencialiteti janë parakushte për të ndihmuar viktimat të flasin lirshëm, të ndihen të respektuar dhe të kërkojnë ndihmë pa frikë nga stigmatizimi ose pasoja të tjera. Sipas IFRC, ambientet e kujdesit parësor duhet të mbrojnë dinjitetin dhe sigurinë e të mbijetuarve, duke krijuar besim dhe duke nxitur daljen përpara.

Parandalimi dhe edukimi shëndetësor
Personeli i KSHP-së ka një rol të rëndësishëm jo vetëm si reagues, por edhe si edukues dhe avokat për ndryshimin shoqëror.
Ata mund të kontribuojnë në:

- edukimin e pacientëve mbi DHBGJ dhe mënyrat për ta identifikuar;
- rritjen e ndërgjegjësimit mbi shërbimet e disponueshme për mbështetje;
- sfidimin e normave të dëmshme gjinore dhe rolit të gruas në shoqëri;
- promovimin e modeleve të shëndetshme të marrëdhënieve dhe barazisë gjinore.

OBSH thekson se promovimi i barazisë gjinore nëpërmjet sistemit shëndetësor është një strategji kyçe për parandalimin afatgjatë të DHBGJ.

Referimi dhe bashkëpunimi ndërinstitucional
Një nga funksionet kyçe të KSHP-së në kontekstin e DHBGJ është ndërlidhja me rrjetin më të gjerë të shërbimeve.
Referimi efektiv përfshin:

- orientimin e të mbijetuarve drejt shërbimeve të shëndetit mendor;
- bashkëpunimin me strehimore dhe shërbime ligjore;
- përfshirjen në mekanizma të referimit të institucionalizuar dhe të dokumentuar.

Sipas UNFPA, krijimi i modeleve të integruara të ofrimit të shërbimeve është thelbësor për t'i ofruar të mbijetuarve mbështetje të plotë dhe të koordinuar.

Aksesueshmëria dhe lidhja me komunitetin
Qendrat e KSHP-së janë shpesh më të pranishme dhe më të afërta me komunitetin, duke qenë një portë e rëndësishme për ata që përndryshe do ta kishin të pamundur të kërkonin ndihmë.
Aksesueshmëria gjeografike, njohja lokale dhe lidhja sociale e qendrave shëndetësore me komunitetin krijojnë një mjedis të favorshëm për ndërhyrje të hershme dhe për mbështetje të vazhdueshme.
FIGO nënvizon rëndësinë e fuqizimit të qendrave të kujdesit shëndetësor në zonat rurale apo të margjinalizuara, për të garantuar që ndihma dhe kujdesi për DHBGJ të jenë të disponueshme për të gjitha gratë dhe vajzat – pa përjashtim.

Informacion në lidhje me manualin për Menaxhimin e Rasteve të Dhunës me Bazë Gjinore në Kujdesin Parësor Shëndetësor

Manuali për Menaxhimin e Rasteve të Dhunës me Bazë Gjinore në Kujdesin Parësor Shëndetësor
Ky manual është hartuar si një udhëzues praktik për të standardizuar reagimin institucional dhe profesional ndaj rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) brenda sistemit të kujdesit shëndetësor parësor. Ai synon të pajisë të gjithë punonjësit e këtij niveli shëndetësor me njohuritë dhe mjetet e nevojshme për të siguruar një përgjigje të menjëhershme, të koordinuar dhe të ndjeshme ndaj nevojave të viktimave, në përputhje me mandatin dhe kompetencat ligjore të institucioneve shëndetësore.

Qëllimi i manualit është të mbështesë profesionistët e kujdesit parësor në:

- identifikimin e hershëm të rasteve të dhunës,
- trajtimin klinik dhe psiko-social të të mbijetuarve,
- garantimin e konfidencialitetit,
- dokumentimin korrekt të rasteve,
- referimin e koordinuar drejt shërbimeve të tjera specializuese.

Manuali përfshin përkufizimet themelore të dhunës me bazë gjinore, format e saj të shfaqjes, bazën ligjore kombëtare dhe ndërkombëtare për mbrojtjen e viktimave, si dhe udhëzime praktike për ndërhyrje dhe menaxhim të rasteve nga perspektiva mjekësore dhe sociale.

Struktura e Manualit

Seksioni I – Dhuna me bazë gjinore: konceptet themelore. Ky seksion ofron një hyrje në përkufizimin e DHBGJ-së, kuadrin ligjor shqiptar dhe ndërkombëtar, format e dhunës, ndikimin e saj në shëndetin dhe mirëqenien e grave dhe fëmijëve, si dhe rolin e sistemit shëndetësor në adresimin e këtij fenomeni.

Seksioni II – Identifikimi i dhunës me bazë gjinore. Në këtë seksion paraqiten metodat e identifikimit të dhunës në praktikën e përditshme shëndetësore, përfshirë depistimin universal dhe selektiv, shenjat klinike dhe simptomat e mundshme të DHBGJ, barrierat në sistemin shëndetësor, si dhe teknikat për realizimin e intervistave me viktimat në mënyrë etike dhe të ndjeshme.

Seksioni III – Dokumentimi i dhunës me bazë gjinore. Ky seksion nënvizon rëndësinë e dokumentimit të saktë dhe të sigurt të rasteve, duke përfshirë: regjistrimin e lëndimeve, përdorimin e fotografive, ruajtjen e të dhënave personale dhe privatësisë së pacientit, si dhe rëndësinë e ekzaminimeve mjeko-ligjore për sigurimin e provave që mund të përdoren në procedura gjyqësore.

Seksioni IV – Vlerësimi i rrezikut dhe planifikimi i sigurisë. Ky seksion udhëzon profesionistët në vlerësimin e rrezikut për viktimat dhe në hartimin e një plani sigurie që synon mbrojtjen e jetës dhe mirëqenies së tyre, në bashkëpunim me institucionet përgjegjëse dhe sipas udhëzimeve të ligjit.

Seksioni V – Rrugët e referimit dhe bashkëpunimi ndërsektorial. Përshkruhet mekanizmi i referimit ndërinstitucional, përfshirë shërbimet sociale, policinë, sistemin e drejtësisë dhe organizatat e shoqërisë civile. Seksioni thekson rëndësinë e bashkëpunimit të strukturuar dhe ndarjes së përgjegjësive për të siguruar një mbështetje të plotë dhe të koordinuar për viktimat.

Seksioni VI – Aspektet etike dhe komunikimi me viktimat. Ky seksion fokusohet në parimet etike gjatë punës me viktimat e DHBGJ, duke përfshirë respektin, konfidencialitetin, mosdiskriminimin dhe miratimin e informuar. Gjithashtu ofron udhëzime për komunikim empatik, të ndjeshëm dhe jo-gjykues, për të ndërtuar besim dhe siguri emocionale në marrëdhënien pacient-profesionist.

Seksioni VII – Trajtimi i grupeve në rrezik të shtuar. Ky seksion trajton qasjet e diferencuara për grupe vulnerabël, përfshirë gratë shtatzëna, fëmijët dhe adoleshentët, personat me aftësi të kufizuara, gratë nga komunitetet romë dhe egjiptianë, dhe migrante pa dokumente. Ai ofron shembuj praktikë dhe udhëzime të përshtatura për trajtim dhe referim në përputhje me nevojat e tyre specifike.

Seksioni VIII – Ndjekja dhe monitorimi i rasteve të referuara. Ky seksion përshkruan mënyrën e ndjekjes së rasteve pas referimit, pa cënuar konfidencialitetin. Ai ofron udhëzime për

monitorimin e progresit të viktimës dhe për përmirësimin e bashkëpunimit me institucionet partnere, si dhe për mbledhjen e të dhënave për qëllime raportimi dhe përmirësimi të shërbimeve.

Seksioni IX – Trajnimi dhe zhvillimi profesional i vazhdueshëm. Seksioni thekson rëndësinë e edukimit të vazhduar për profesionistët shëndetësorë në fushën e DHBGJ. Përfshin rekomandime për trajnime periodike, përfshirjen e tematikës në programet formuese dhe identifikimin e rolit të personelit kyç si koordinatorë institucionalë për menaxhimin e rasteve.

Seksioni X – Menaxhimi i stresit dhe mirëqenies së stafit shëndetësor. Ky seksion adreson ndikimin emocional të punës me raste të dhunës, lodhjen profesionale dhe rrezikun e "burnout"-it. Ofron teknika për menaxhimin e stresit dhe sugjerime për mbështetje institucionale ndaj stafit, për të ruajtur mirëqenien dhe kapacitetin e tyre profesional.

Seksioni XI – Zbatimi i protokolleve dhe standardeve institucionale. Ky seksion përqendrohet në nevojën për zhvillimin dhe zbatimin e protokolleve të brendshme për menaxhimin e DHBGJ në qendrat shëndetësore, në përputhje me udhëzimet kombëtare dhe ndërkombëtare. Ai udhëzon institucionet në monitorimin e cilësisë së shërbimeve, përfshirjen e drejtuesve institucionalë dhe raportimin efektiv.

Ky manual synon të forcojë rolin e kujdesit shëndetësor parësor si një hallkë kyçe në përgjigjen institucionale ndaj dhunës me bazë gjinore. Duke fuqizuar mjekët, infermierët dhe të gjithë profesionistët shëndetësorë me njohuritë dhe burimet e nevojshme, ai kontribuon në ndërtimin e një sistemi shëndetësor më të ndjeshëm, të përgjegjshëm dhe të orientuar drejt barazisë dhe të drejtave të njeriut.

Seksioni I – Dhuna me bazë gjinore: konceptet themelore

Dhuna me bazë gjinore (DHBGJ) përkufizohet si çdo akt dhune që ushtrohet ndaj një personi për shkak të gjinisë së tij/saj, që rezulton ose ka të ngjarë të rezultojë në dëmtime fizike, seksuale, psikologjike apo ekonomike. DHBGJ është rrënjosur në marrëdhënie të pabarabarta pushteti ndërmjet grave dhe burrave dhe shfaqet si një formë diskriminimi sistemik.
Sipas legjislacionit shqiptar dhe instrumenteve ndërkombëtare, DHBGJ përbën një shkelje të rëndë të të drejtave të njeriut dhe një çështje madhore e shëndetit publik. Kuadri ndërkombëtar thekson nevojën për një reagim gjithëpërfshirës ndaj kësaj dhune, përmes katër shtyllave të ndërhyrjes: parandalim, mbrojtje, ndjekje penale, dhe politika dhe shërbime mbështetëse.

Korniza dhe instrumentet ndërkombëtare
a) Kombet e Bashkuara (OKB)

- **Deklarata për Eliminimin e Dhunës ndaj Grave (1993).** Kjo Deklaratë e miratuar nga Asambleja e Përgjithshme e OKB-së jep një përkufizim gjithëpërfshirës të DHBGJ si çdo akt që rezulton ose mund të rezultojë në dëmtime fizike, seksuale apo psikologjike ndaj grave, duke përfshirë kërcënimet, detyrimin apo privimin arbitrar të lirisë.
- **Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (CEDAË, 1979)** CEDAË e njeh dhunën me bazë gjinore si një formë diskriminimi.
    - Neni 1 përcakton diskriminimin si çdo veprim që kufizon njohjen apo ushtrimin e të drejtave dhe lirive themelore nga gratë.

- Neni 6 u bën thirrje shteteve të luftojnë trafikimin dhe shfrytëzimin seksual.

Rezoluta 1325 mbi Gratë, Paqen dhe Sigurinë (2000)
Nënvizon rëndësinë e përfshirjes së grave në proceset e paqes dhe adreson mbrojtjen e tyre nga dhuna seksuale dhe ajo me bazë gjinore në situata konflikti.

- **UNICEF -**Përqendrohet në mbrojtjen e fëmijëve dhe adoleshentëve nga DHBGJ, veçanërisht nga martesa e detyruar, shfrytëzimi seksual dhe dhuna në zonat e konfliktit.

b) Këshilli i Evropës – Konventa e Stambollit (2011). Konventa e Stambollit [1] është instrumenti i parë ligjërisht i detyrueshëm në Evropë për parandalimin dhe luftimin e dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje. Përcakton DHBGJ si dhunë që drejtohet ndaj një personi për shkak të gjinisë, përfshirë dhunën fizike, seksuale, psikologjike dhe ekonomike.
Vendos standarde të detyrueshme për shtetet:

- Parandalim: përmes edukimit, ndërgjegjësimit dhe ndryshimit të normave sociale.
- Mbrojtje dhe mbështetje: për viktimat, përfshirë qasje në shërbime mjekësore dhe psikologjike.
- Ndjekje penale: për autorët e dhunës.
- Koordinim institucional: përmes qasjeve shumëdisiplinore dhe trajnimit të profesionistëve.

c) Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH). OBSH njeh DHBGJ[2] si një krizë të shëndetit publik me ndikim afatgjatë në shëndetin fizik, mendor dhe riprodhues të viktimave.
Përkufizimi i OBSH-së: DHBGJ është dhunë e drejtuar ndaj një personi për shkak të gjinisë, me fokus të veçantë tek gratë dhe vajzat. OBSH evidenton pasoja si:

- plagë fizike dhe lëndime kronike,
- depresion, ankth, PTSD,
- shtatzëni të padëshiruara dhe infeksione seksualisht të transmetueshme.

Qasja e saj thekson:

- integrimin e trajtimit të DHBGJ në sistemin shëndetësor,
- trajnimin e profesionistëve shëndetësorë,
- ofrimin e mbështetjes së specializuar për të mbijetuarit.

d) Bashkimi Evropian (BE). Direktiva 2012/29/BE për të drejtat e viktimave
Siguron që viktimat e DHBGJ të kenë akses në mbështetje psikologjike, ligjore dhe masa mbrojtëse. Shtetet anëtare kanë detyrimin të garantojnë ndihmë juridike dhe qasje në mekanizma të mbrojtjes.

Karta e të Drejtave Themelore të BE-së.

- Neni 21 ndalon diskriminimin mbi bazën e gjinisë.
- Neni 23 nxit barazinë mes grave dhe burrave në të gjitha fushat dhe përfshin mbrojtjen nga DHBGJ.

---

[1] https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention
[2] https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/

e) Instrumente dhe institucione të tjera ndërkombëtare

- Gjykata Penale Ndërkombëtare (ICC)
- Statuti i Romës e klasifikon dhunën seksuale gjatë konflikteve si krim lufte dhe krim kundër njerëzimit. Ai përfshin përdhunimin, prostitucionin e detyruar dhe forma të tjera të dhunës gjinore si akte të dënueshme penalisht në të drejtën ndërkombëtare.
- Organizata Ndërkombëtare e Punës (ILO). ILO adreson dhunën dhe ngacmimin seksual në vendin e punës si shkelje të rëndë të të drejtës për punë në kushte të sigurta dhe dinjitoze, duke theksuar përgjegjësinë institucionale për të mbrojtur punëtorët nga DHBGJ.

Kuadri ligjor ndërkombëtar dhe ai kombëtar njohin DHBGJ si një fenomen kompleks që kërkon një reagim të shumëanshëm dhe të koordinuar. Profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor luajnë një rol kyç në zbatimin e këtyre standardeve dhe në garantimin e një përgjigjeje efektive, humane dhe ligjërisht të përshtatshme për të mbijetuarit.

Përkufizimi i dhunës me bazë gjinore në Shqipëri

Në Shqipëri, kuadri ligjor për parandalimin dhe mbrojtjen nga dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje mbështetet në Ligjin nr. 11/2026, datë 28.01.2026, "Për parandalimin dhe mbrojtjen nga dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje", si dhe në dispozitat përkatëse të Kodit Penal të Republikës së Shqipërisë dhe akteve të tjera ligjore e nënligjore në fuqi. Ligji nr. 11/2026 zëvendëson Ligjin nr. 9669, datë 18.12.2006, "Për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare", të ndryshuar. Ligji nr. 11/2026 përcakton masat për parandalimin, mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave të dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje, duke parashikuar një përgjigje të koordinuar ndërinstitucionale, me në qendër viktimën. Ai synon garantimin e mbrojtjes së menjëhershme, aksesit në shërbime të përgjithshme dhe të specializuara, si dhe parandalimin e viktimizimit të përsëritur.

Përkufizime kyçe sipas Ligjit nr. 11/2026, "Për parandalimin dhe mbrojtjen nga dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje":

- "Dhunë" është çdo veprim ose mosveprim i një personi ndaj një personi tjetër, përfshirë dhunën e lehtësuar nga teknologjia, që sjell si pasojë cenim të integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual, social dhe ekonomik.
- "Dhunë ndaj grave" është çdo akt dhune i drejtuar kundër një gruaje ose vajze, përfshirë dhunën gjinore kundër grave dhe që prek gratë e vajzat në mënyrë disproporcionale dhe është një formë diskriminimi që sjell ose ka gjasa të sjellë dëm ose vuajtje fizike, seksuale, psikologjike ose ekonomike, përfshirë kërcënimet për veprime të tilla, shtrëngimin apo privimin arbitrar të lirisë, pavarësisht nëse ndodhin në jetën publike, private, përfshirë dhunën e lehtësuar nga teknologjia.
- "Dhunë në familje" është çdo akt dhune sipas shkronjës "c" të kësaj pike, ushtruar ndërmjet pjesëtarëve të familjes, të përcaktuar në pikën 2 të nenit 12 të këtij ligji, që ndodh brenda ose jashtë njësisë së banimit mes pjesëtarëve që janë ose kanë qenë në marrëdhënie familjare për shkaqe natyrore ose juridike, sipas përcaktimeve të këtij ligji, dhe pavarësisht nga fakti nëse dhunuesi ndan ose ka ndarë të njëjtën banesë me viktimën.
- "Dhunues" është personi ndaj të cilit është paraqitur përpara organeve përgjegjëse një ankesë, padi ose është person i dyshuar.
- "Viktimë" është çdo person mbi të cilin është ushtruar një nga format e dhunës, sipas përcaktimit në shkronjën "c" të kësaj pike, përfshirë fëmijët dëshmitarë.

- “Urdhër mbrojtjeje” është urdhri I lëshuar me vendim gjykate, ku parashikohen masat mbrojtëse për viktimën, fëmijët dhe, sipas rastit, masa për rehabilitimin e dhunuesit.

Kuadri ligjor kombëtar plotësohet nga Ligji nr. 64/2025, “Për barazinë gjinore”, i cili zëvendëson Ligjin nr. 9970/2008 dhe forcon detyrimet për garantimin e barazisë gjinore dhe integrimin e perspektivës gjinore në politikat, programet dhe shërbimet publike. Në sektorin shëndetësor, zbatimi i këtyre parimeve kontribuon në ofrimin e shërbimeve të aksesueshme, gjithëpërfshirëse dhe pa diskriminim.

Pjesëtarët e familjes (sipas nenit 12, pika 2, të Ligjit nr. 11/2026)
Subjektet e mbrojtura nga dhuna në familje si pjesëtarë të familjes janë:

a) bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja ose ish-bashkëshorti/ja apo ish-bashkëjetuesi/ja;
b) vëllezërit, motrat, përfshirë, sipas rastit, edhe bashkëshortin/en ose bashkëjetuesin/en e tyre;
c) ungji dhe emta dhe fëmijët e vëllezërve e të motrave, nëse janë anëtarë të njësisë së banimit;
d) paraardhësit dhe pasardhësit në vijë të drejtë, pa kufizime, përfshirë edhe rastet kur kjo marrëdhënie krijohet nga birësimi;
e) paraardhësit dhe pasardhësit në vijë të drejtë të bashkëshortit/es ose të bashkëjetuesit/es, përfshirë edhe rastet kur kjo marrëdhënie krijohet nga birësimi;
f) vëllezërit dhe motrat e bashkëshortit/es, bashkëjetuesit/es nëse janë anëtarë të njësisë së banimit;
g) personat të cilët janë ose kanë qenë në marrëdhënie intime, jo domosdoshmërisht të shoqëruar me bashkëjetesë, gëzojnë të njëjtën mbrojtje;
h) kujdestari dhe personi që ndodhet në kujdesin e tij gjatë kohës që vazhdon kujdestaria, sipas përcaktimeve të kujdestarisë mbi fëmijët e të kujdestarisë për personat me aftësi të kufizuara dhe personin që i është hequr ose kufizuar zotësia për të vepruar sipas dispozitave të Kodit të Familjes.

Përkufizim shtesë: “Marrëdhënie intime”: “Marrëdhënie intime” është marrëdhënia ndërpersonale që përfshin intimitet fizik, seksual ose emocional.

Ky kuadër ligjor vendos bazat për një qasje institucionale të koordinuar dhe të ndjeshme ndaj rasteve të dhunës në familje, duke forcuar rolin e shërbimeve shëndetësore në parandalim, identifikim dhe mbështetje për viktimat. Për profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor, njohja e këtyre përkufizimeve është thelbësore për të ofruar ndërhyrje të duhura dhe të bazuara në ligj.

Format e Dhunës me Bazë Gjinore

Dhuna fizike	Forca fizike që rezulton në lëndim trupor, dhimbje ose dëmtim. Ashpërsia e lëndimit varion nga dëmtimi minimal i indeve dhe kockat e thyera, deri te lëndimet e përhershme dhe vdekjen.

	Aktet e dhunës fizike përfshijnë: • Goditje me shuplakë, shtytje, grusht, rrahje, gërvishtje, mbytje, kafshim, kapje, lëkundje, pështyrë, djegie, përdredhje e një pjese të trupit, detyrim per gëlltitjen e një lënde të padëshiruar. • Përdorimi i sendeve shtëpiake për të goditur ose goditur me thikë një grua, duke përdorur armë (thika, armë)
Dhuna seksuale	Çdo akt seksual, përpjekje për të përfituar një akt seksual, akte për trafikim, ose të drejtuara ndryshe kundër seksualitetit të një personi, duke përdorur shtrëngim, nga çdo person, pavarësisht nga marrëdhënia e tij me viktimën, në çdo mjedis, duke përfshirë, por pa u kufizuar në shtëpi dhe në punë. Aktet e dhunës seksuale mund të përfshijnë: • Përdhunimi, ose forma të tjera të sulmit seksual • Përparime të padëshiruara seksuale ose ngacmime seksuale (përfshirë kërkesat për seks me ndryshim për promovim ose avancim në punë ose nota të shkollës së lartë) • Trafikim për qëllime shfrytëzimi seksual • Ekspozimi i detyruar ndaj pornografisë • Shtatzënia e detyruar, sterilizimi i detyruar, aborti i detyruar • Martesa e detyruar, martesa e hershme/fëmijë • Gjymtimi gjenital femëror • Testimi i virgjërisë • Incesti
Dhuna psikologjike	Dhuna psikologjike (dhuna emocionale) Një veprim ose grup veprimesh që dëmtojnë drejtpërdrejt integritetin psikologjik të gruas si ërcënimet, fyerjet, intimidimi, manipulimi emocional, kontrolli dhe shpërfillja e viktimës. Aktet e dhunës psikologjike përfshijnë: • Kërcënimet për dhunë dhe lëndime ndaj gruas ose dikujt afër saj, nëpërmjet fjalë ose veprime (p.sh. përmes përndjekjes ose shfaqjes së armëve) • Ngacmimi në vendin e punës • Komentet poshtëruese dhe fyese • Izolimi dhe kufizimet në komunikim • Përdorimi i fëmijëve nga një partner intim i dhunshëm për të kontrolluar ose lënduar gruan. Këto akte përbëjnë të dyja, dhunën ndaj fëmijëve, si dhe dhunën ndaj grave

Dhuna ekonomike	Dhuna ekonomike Përdoret për të mohuar dhe kontrolluar aksesin e një gruaje në burime, duke përfshirë kohën, paratë, transporti, ushqimi ose veshmbathja. Aktet e dhunës ekonomike përfshijnë: • Ndalimi i punës së gruas • Përjashtimi i saj nga vendimmarrja financiare në familje • Mbajtja e parave ose informacioni financiar • Refuzimi për të paguar faturat ose mirëmbajtjen për të ose për fëmijët • Shkatërrimi i aseteve në pronësi të përbashkët

Dhuna digjitale	Dhuna që ndodh në mjedisin virtual dhe përdor teknologjinë dhe internetin për të ushtruar dhunë ndaj viktimave. Akte të dhunës virtuale përfshijne: • Ngacmimi dhe shantazhi nëpërmjet rrjeteve sociale, • shpërndarja e fotove intime pa pëlqimin e viktimës (revenge porn), • Përndjekja online (cyberstalking).

Të kuptuarit e dinamikës së dhunës në marrëdhëniet intime

Dhuna në marrëdhëniet intime, e njohur shpesh si Dhuna nga Partneri Intim (DHPI), përbën një problem serioz të shëndetit publik dhe një shkelje të rëndë të të drejtave të njeriut. Ajo prek individë në të gjitha shtresat e shoqërisë dhe në të gjitha kulturat. DHPI nuk shfaqet vetëm në formën e dhunës fizike, por përfshin gjithashtu edhe forma të tjera të abuzimit, si ai psikologjik, seksual dhe ekonomik. Këto forma dhune nuk janë ngjarje të izoluara, por ndjekin një model të përsëritur të kontrollit dhe dominimit, ku abuzuesi përdor një sërë taktikash për të ushtruar pushtet ndaj partnerit. Të kuptuarit e kësaj dinamike është thelbësor për të zhvilluar ndërhyrje efektive për parandalimin dhe trajtimin e saj.

Dhunës fizike i referohemi kur kemi të bëjmë me përdorim force që rezulton në lëndim trupor, si goditje, shuplaka, shkelma apo mbytje. Kjo formë është shpesh më e dukshmja, por jo domosdoshmërisht më e rënda, pasi edhe format jo fizike të dhunës kanë pasoja të thella afatgjata për viktimën (World Health Organization 2017). Dhuna psikologjike dhe emocionale përfshin sjellje që synojnë të dëmtojnë mirëqenien mendore të viktimës, siç janë fyerjet, poshtërimi publik ose privat, kërcënimet, frikësimi dhe kontrolli emocional. Këto taktika përdoren për të minuar vetëvlerësimin dhe ndjenjën e pavarësisë së viktimës, duke krijuar një ndjenjë të vazhdueshme ankthi dhe pasigurie (Dutton 2006).

Dhunës seksuale i referohemi kur ka përfshirje në akte seksuale pa pëlqimin e plotë dhe të informuar të partnerit. Kjo mund të përfshijë përdhunimin, detyrimin për akte seksuale, apo prekjet e padëshiruara. Shpeshherë, në marrëdhënie të dhunshme, dhuna seksuale përdoret si një mjet shtesë për të ruajtur kontrollin dhe për të nënshtruar partnerin (Rothman et al. 2011). Ndërsa dhuna ekonomike nënkupton kontrollin mbi burimet financiare të viktimës, përmes kufizimit të aksesit në para, ndalimit për të punuar, ose menaxhimit të plotë të të ardhurave nga ana e abuzuesit. Kjo formë e bën viktimën plotësisht të varur ekonomikisht dhe e pengon të largohet nga marrëdhënia abuzive (Adams 2007).

Në zemër të DHPI qëndron dinamika e pushtetit dhe kontrollit. Abuzuesi synon të krijojë një sistem të qëndrueshëm dominimi, ku viktima ndjehet gjithnjë e më e paaftë për të vepruar në mënyrë të pavarur. Kjo realizohet përmes disa taktikave të përsëritura. Izolimi është një prej tyre: abuzuesi synon të largojë viktimën nga rrjeti i saj i mbështetjes – familja, miqtë apo kolegët – për ta bërë më të varur emocionalisht dhe praktikisht. Një tjetër taktikë është kërcënimi, që mund të përfshijë paralajmërime për dëmtim fizik, vetëvrasje, apo dënime sociale apo ligjore, që i përdor për ta frikësuar dhe kontrolluar viktimën.

Manipulimi psikologjik është gjithashtu një strategji e zakonshme: ai synon të bëjë viktimën të dyshojë në perceptimet dhe kujtesën e saj, një fenomen i njohur si "gaslighting" (Walker 2017). Më tej, abuzuesi shpesh përdor taktika fajësimi dhe minimizimi, duke ia transferuar përgjegjësinë për dhunën vetë viktimës, ose duke e mohuar ose zvogëluar rëndësinë e veprimeve të tij, në mënyrë që të shmangë përgjegjësinë (Stark 2007).
Njohja e këtyre modeleve është esenciale për profesionistët që punojnë në fushën e shëndetit, drejtësisë, apo mbrojtjes sociale, në mënyrë që të ndihmojnë më mirë viktimat, të parandalojnë përshkallëzimin e dhunës dhe të ndërtojnë sisteme efektive mbrojtjeje.

"Modeli i Rrotës së Fuqisë dhe Kontrollit", i zhvilluar nga Pence dhe Paymar (1993), paraqet në mënyrë të qartë dhe vizuale mënyrat sistematike përmes të cilave abuzuesit ushtrojnë dominim dhe kontroll në marrëdhëniet intime. Ky model ndihmon në identifikimin e taktikave të zakonshme të dhunës jo-fizike, duke përfshirë frikësimin, izolimin, manipulimin emocional dhe kontrollin ekonomik, të cilat shërbejnë për të mbajtur nënshtrimin dhe varësinë e viktimës."

Më poshtë paraqitet **Grafika e Rrotës së Fuqisë dhe Kontrollit** sipas Modelit të Pence & Paymar (1993), një vizualizim shumë i dobishëm për të kuptuar taktikat sistematike të përdorura nga abuzuesit për të ruajtur dominimin në marrëdhëniet intime. Kjo rrotë tregon në brendësi të saj sjelljet insidioze (p.sh., izolim, manipulim, fajësim), të cilat mbështeten nga dhuna fizike e seksuale në konturin e jashtëm. Nw librin e tyre pwrshkruhet në detaje **Modeli i Duluth-it** dhe përmban **"Rrotën e Fuqisë dhe Kontrollit"**, një mjet i njohur ndërkombëtarisht për analizën e dinamikës së dhunës në marrëdhëniet intime.



Cikli i dhunës

Dhuna në marrëdhëniet intime nuk është një ngjarje e vetme, por shpesh ndodh në një model të përsëritur, i njohur si cikli i dhunës. Ky model ndihmon në kuptimin e mënyrës se si dhuna normalizohet dhe vazhdon brenda marrëdhënies. Fillimisht, tensionet rriten gradualisht – partneri dhunues shfaq nervozizëm, xhelozi ose sjellje kontrolluese, që mund të shoqërohen me incidente të vogla agresioni verbal apo emocional. Më pas ndodh shpërthimi i dhunës: agresioni bëhet i hapur dhe shpesh përfshin veprime fizike, fyerje të rënda, ose abuzim seksual. Pas këtij shpërthimi, shpesh ndodh një periudhë qetësie e njohur si "muaji i mjaltit", ku abuzuesi kërkon falje, premton ndryshim dhe përpiqet të rikthejë besimin e viktimës. Kjo periudhë mund të sjellë konfuzion emocional dhe ta bëjë më të vështirë largimin nga marrëdhënia (Walker 1979).

Ky model i ciklit e mban viktimën të bllokuar në një marrëdhënie që përsëritet mes dhunës dhe pajtimit të rremë, duke krijuar një ambient emocionalisht të paqëndrueshëm dhe duke e dobësuar aftësinë për të kërkuar ndihmë ose për të ndërmarrë hapa për t'u shkëputur.

Shkaqet dhe faktorët nxitës të dhunës

Shumë faktorë ndërveprojnë për të krijuar dhe ushqyer dhunën në marrëdhëniet intime. Një ndër më të rëndësishmit është ndikimi i normave shoqërore që legjitimojnë pabarazinë gjinore dhe fuqizojnë rolet tradicionale ku burri shihet si autoriteti i familjes. Në këto kontekste, dhuna nga partneri mund të shihet si "normale" ose e justifikuar (Heise 1998).

Gjithashtu, përdorimi i substancave si alkooli dhe drogat lidhet shpesh me rritjen e dhunës, duke ndikuar negativisht në aftësinë për të kontrolluar impulset dhe në reagimet emocionale të dhunuesit (Foran and O'Leary 2008). Një tjetër faktor i rëndësishëm është historia e traumës personale – individët që janë rritur në mjedise ku dhuna ka qenë e pranishme kanë më shumë gjasa të përfshihen në marrëdhënie të ngjashme në të ardhmen, si autorë apo si viktima (Widom 1989).
Çrregullimet mendore gjithashtu mund të ndërlikojnë sjelljet e dhunshme. Edhe pse nuk janë shkak i drejtpërdrejtë i dhunës, disa gjendje psikologjike si depresioni i rëndë, çrregullimet e personalitetit apo ankthi i pakontrolluar mund të ndikojnë negativisht në mënyrën se si individi përballet me konfliktin (Dutton 2006).

Pasojat e dhunës ndaj viktimës

Dhuna e vazhdueshme ka efekte të thella dhe komplekse në jetën e viktimave, që përfshijnë dëmtimin fizik, psikologjik dhe shoqëror. Nga ana fizike, viktimat mund të pësojnë dëmtime që variojnë nga mavijosjet deri te lëndimet serioze si fraktura, goditje në kokë apo dëmtime të organeve të brendshme (Campbell et al. 2002). Por efektet më të rënda shpesh nuk janë të dukshme: shumë viktima përjetojnë ndjenja të forta frike, ankthi, depresioni të thellë dhe çrregullime post-traumatike, duke u ndier të pafuqishme dhe pa kontroll mbi jetën e tyre (Golding 1999).
Izolimi shoqëror është një tjetër pasojë e zakonshme, pasi dhunuesit synojnë të shkëpusin viktimën nga rrjetet e mbështetjes si familja, miqtë apo komuniteti, për të rritur varësinë dhe për të penguar kërkimin e ndihmës (Humphreys and Thiara 2003). Me kalimin e kohës, trauma e pashëruar dhe stresi kronik ndikojnë gjithashtu në shëndetin fizik të viktimës, duke kontribuar në sëmundje të rënda si ato kardiovaskulare, çrregullime të tretjes dhe dhimbje të vazhdueshme pa shpjegim të qartë mjekësor (Campbell 2002).

Thyerja e ciklit të dhunës

Strategjitë për ndërprerjen e ciklit të dhunës

Pavarësisht kompleksitetit të dhunës në marrëdhëniet intime, ekzistojnë mënyra efektive për të ndërhyrë dhe thyer ciklin e abuzimit. Një nga hapat e parë më të rëndësishëm është **kërkimi i mbështetjes** nga individë të besuar – si anëtarë të familjes, miq të afërt – ose nga struktura profesionale si strehimoret, shërbimet ligjore dhe ato të këshillimit psikologjik (Lacey et al. 2010). Këto rrjete ndihmojnë në rivendosjen e ndjenjës së sigurisë dhe vetëvlerësimit tek të mbijetuarit.

Terapia dhe këshillimi psikologjik janë gjithashtu thelbësore për të mbështetur jo vetëm viktimat, por edhe autorët e dhunës në procesin e përballjes me traumat, konfliktet e brendshme dhe modelet e mësuara të sjelljes. Trajtimet afatgjata, të orientuara drejt ndërgjegjësimit dhe ndryshimit të sjelljes, mund të luajnë rol kyç në ndërprerjen e dhunës (Stark 2007).

Nga ana tjetër, **mekanizmat ligjorë mbrojtës**, si urdhrat e ndalimit dhe ndjekja penale e abuzuesve, janë mjete thelbësore për të siguruar mbrojtje dhe për të parandaluar përsëritjen e dhunës (Sullivan and Rumptz 1994). Së fundmi, **programet e edukimit publik dhe fushatat ndërgjegjësuese**, që promovojnë barazinë gjinore dhe marrëdhëniet e shëndetshme, luajnë një rol të rëndësishëm në ndryshimin e normave shoqërore që ushqejnë dhunën (Heise 1998).

Seksioni II – Identifikimi i dhunës me bazë gjinore.

Edhe pse të mbijetuarit e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) kanë më shumë gjasa sesa popullata e përgjithshme të përdorin shërbime shëndetësore, ata rrallëherë e zbulojnë në mënyrë spontane përvojën e dhunës. Shumë shpesh, ndrojtja, frika nga stigmën, mungesa e besimit ose kontrolli që ushtron abuzuesi e pengojnë këtë hap. Në këto kushte, roli i profesionistëve të kujdesit shëndetësor bëhet vendimtar: kur ata pyesin me kujdes, ndjeshmëri dhe respekt për konfidencialitetin nëse pacienti mund të jetë i ekspozuar ndaj dhunës, shanset për zbulimin e rasteve të DHBGJ rriten ndjeshëm. Ky akt përbën një pikënisje të rëndësishme për çdo ndërhyrje mbështetëse apo terapeutike.

Depistimi Universal

Ekzaminimi universal nënkupton pyetjen sistematike dhe proaktive të të gjithë pacientëve – pavarësisht nëse shfaqin apo jo shenja të dukshme të dhunës – për përvojat e mundshme me DHBGJ. Kjo qasje përdoret shpesh në kujdesin parësor, vizitat rutinë, konsultat për probleme të reja shëndetësore, takimet me pacientë të rinj, apo gjatë seancave të këshillimit. Të gjithë pacientëve u drejtohet një grup pyetjesh të njëjta dhe të standardizuara lidhur me ekspozimin ndaj dhunës.

Qëllimi i ekzaminimit universal është të zbulojë rastet e fshehura të dhunës në një mjedis të sigurt dhe jo-gjykues, duke u dhënë të mbijetuarve mundësinë të flasin për përvojat e tyre pa presion dhe me mbështetje profesionale. Kjo metodë ka natyrë parandaluese dhe fokusohet në zbulimin e hershëm të dhunës, përfshirë edhe rastet ku individi nuk është vetëdijësuar plotësisht për natyrën abuzive të marrëdhënies. Përveç ofrimit të mbështetjes, ekzaminimi universal ndihmon në normalizimin e temës së dhunës në marrëdhëniet intime si një çështje e rëndësishme për shëndetin publik, jo si një tabu që duhet shmangur.

Depistimi selektiv

Në kontrast me ekzaminimin universal, **depistimi selektiv** i referohet pyetjes vetëm ndaj atyre pacientëve që shfaqin shenja të dukshme, simptoma të dyshimta ose faktorë rreziku të njohur për dhunë me bazë gjinore. Kjo metodë përdor një qasje të orientuar, ku profesionistët e kujdesit shëndetësor vendosin të pyesin për DHBGJ vetëm kur ka indikacione klinike ose psikologjike që mund të sugjerojnë një histori abuzimi.

Faktorët që mund të nxisin një depistim selektiv përfshijnë: lëndime të përsëritura ose të paqarta, vonesa në kërkimin e ndihmës për dëmtime të rënda, simptoma kronike të stresit, ankthit ose depresionit pa shkak të qartë mjekësor, si dhe prezenca e një partneri mbizotërues gjatë konsultës mjekësore. Në këto raste, profesionistët mund të fillojnë një bisedë të ndjeshme duke përdorur pyetje të hapura dhe gjuhë jo-gjykues për të eksploruar nëse pacienti ndodhet në një marrëdhënie të pasigurt ose abuzive.

Kjo metodë është më e përqendruar dhe kërkon më pak burime njerëzore dhe kohë sesa ekzaminimi universal. Megjithatë, ajo ka edhe kufizimet e saj: në shumë raste, të mbijetuarit nuk shfaqin simptoma të dukshme ose nuk janë të gatshëm të flasin për përvojat e tyre, çka mund të çojë në nën-identifikim të dhunës. Për këtë arsye, shumë ekspertë të shëndetit publik rekomandojnë një kombinim të të dyja metodave në varësi të kontekstit, burimeve në dispozicion dhe nivelit të trajnimit të stafit.

Pavarësisht se cila qasje zgjidhet – universale apo selektive – thelbësore mbetet **trajnimi i personelit shëndetësor** në ofrimin e pyetjeve me ndjeshmëri, ruajtjen e konfidencialitetit dhe ndjekjen e protokolleve të referimit. Një mjedis i sigurt, jo-gjykues dhe mbështetës, ku

pacientët ndihen të dëgjuar dhe të respektuar, është parakusht për çdo zbulim dhe ndërhyrje të suksesshme në rastet e DHBGJ.

Tabela 1. Krahasimi ndërmjet ekzaminimit universal dhe depistimit selektiv

Aspekti	**Ekzaminimi universal**	**Depistimi selektiv**
Përkufizimi	Pyetja sistematike e të gjithë pacientëve, pavarësisht shenjave të dukshme të dhunës.	Pyetja vetëm ndaj pacientëve që shfaqin shenja, simptoma ose faktorë rreziku.
Qëllimi	Zbulimi i hershëm i rasteve të fshehura dhe normalizimi i temës së DHBGJ në kujdesin shëndetësor.	Identifikimi i DHBGJ kur ka indikacione të qarta klinike ose kontekstuale.
Zbatimi	Gjatë vizitave rutinë, konsultave fillestare, takimeve me pacientë të rinj, etj.	Vetëm kur ka sinjale shqetësuese, si lëndime të përsëritura ose sjellje të dyshimta.
Përfitimet	Rrit identifikimin e rasteve të fshehura; promovon ndërgjegjësim dhe parandalim.	Kursen kohë dhe burime; fokus i drejtpërdrejtë në rastet më të dukshme.
Kufizimet	Kërkon trajnim të personelit dhe më shumë kohë; mund të mos jetë i realizueshëm në të gjitha kontekstet.	Rrezikon të mos zbulojë rastet pa simptoma të dukshme; varet shumë nga perceptimi i stafit.
Roli i stafit shëndetësor	Iniciator aktiv; kërkon ndjeshmëri, njohuri dhe standardizim të pyetjeve.	Vëzhgues reaktiv; kërkon gjykim klinik dhe njohje të shenjave të mundshme të dhunës.
Përputhshmëria me protokollet	Promovohet në mjedise me politika gjithëpërfshirëse për DHBGJ.	Përdoret më shpesh në sisteme me burime të kufizuara ose mungesë protokollesh kombëtare.

Parimet për profesionistët e shëndetësisë gjatë ekzaminimit për DHBGJ

Për të siguruar që ekzaminimi për DHBGJ të jetë i sigurt, etik dhe efektiv, punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të udhëhiqen nga disa parime thelbësore:

- Trajnimi dhe ndjeshmëria kulturore: Stafi duhet të jetë i pajisur me njohuri mbi format e dhunës, ndikimin e saj dhe mënyrat e identifikimit, duke treguar gjithmonë respekt për sfondin kulturor dhe përvojat individuale të pacientëve.
- Ruajtja e besueshmërisë dhe konfidencialitetit: Informacioni i marrë duhet të trajtohet me kujdes maksimal, duke respektuar privatësinë dhe konfidencialitetin e pacientit. Informacioni mund të ndahet me autoritetet përgjegjëse në përputhje me detyrimet ligjore për raportimin e dhunës. Sipas nenit 14 të Ligjit nr. 11/2026, transmetimi i të dhënave mund të bëhet edhe pa pëlqimin e viktimës, kur ekzistojnë arsye të bazuara për të besuar se ka ndodhur një nga format e dhunës të parashikuara nga ligji ose se ekziston rrezik i menjëhershëm për ushtrimin e saj. Në çdo rast, ndarja e informacionit duhet të respektojë kërkesat ligjore për mbrojtjen e të dhënave personale.

- Identifikimi i shenjave fizike dhe psikologjike: Lëndimet e pashpjegueshme, mungesa e kontaktit me sy, ndrojtja e tepërt, ose prania e një partneri shumë kontrollues janë sinjale që nuk duhen injoruar.
- Përdorimi i pyetjeve të ndjeshme dhe jo-gjykues: Pyetjet duhet të jenë të hapura, të drejtpërdrejta dhe të bëhen me kujdes, si: "A ndiheni ndonjëherë e pasigurt në marrëdhënien tuaj?" ose "A është dikush që ju kufizon në mënyrën si jetoni apo vendosni?"
- Ofrimi i mbështetjes dhe referimit: Pasi zbulohet një rast i mundshëm, stafi duhet të jetë në gjendje të ofrojë ndihmë të menjëhershme ose të referojë personin në strehimore, shërbime ligjore ose mbështetje psikologjike.

Udhëzime për grupmoshat që i nënshtrohen ekzaminimit për DHBGJ

- Gratë mbi 14 vjeç: Duhet të pyeten për përvojat me dhunën fizike, seksuale dhe emocionale të paktën një herë në vit, gjatë vizitave rutinë shëndetësore në qendër ose në shtëpi.
- Gratë shtatzëna: Duhet të ekzaminohen për DHBGJ gjatë vizitës së parë prenatale, në çdo tremujor të shtatzënisë, dhe gjatë kontrollit pas lindjes brenda 40 ditëve.
- Fëmijët 0–14 vjeç: Në rastet kur fëmija nuk shton në peshë, paraqet trauma të përsëritura pa shpjegim mjekësor ose sjellje të pazakonta, personeli shëndetësor duhet të pyesë prindin apo kujdestarin në mënyrë jo-drejtpërdrejtë për mundësinë e dhunës ose abuzimit.

📌 **Kutiza 1. Depistimi për dhunën në familje – përfshirja në dokumentacionin shëndetësor**

Depistimi për dhunën në familje duhet të jetë i integruar në mënyrë të qëndrueshme në dokumentacionin mjekësor të individit, për të siguruar një identifikim të hershëm dhe ndërhyrje të duhur. Konkretisht:

- ✅ Duhet të jetë pjesë e kartelës personale shëndetësore të individit, ku përfshihet anamneza e plotë shëndetësore.
    - 🔷 *Përdoret: Formulari për Depistimin Rutinë të Dhunës në Familje – Shtojca 1.*
- ✅ Duhet të jetë pjesë e kartelës personale shëndetësore të gruas gjatë vizitave në këshillimore e gruas dhe fëmijës, duke mundësuar vlerësimin sistematik të ekspozimit ndaj dhunës gjatë ciklit jetësor.

📦 **Kutiza 2. Shembull nga praktika ndërkombëtare – Depistimi universal në Suedi**

Suedia ka zbatuar me sukses një model të depistimit universal për dhunën ndaj grave në sistemin e saj të kujdesit shëndetësor publik, si pjesë e përpjekjeve për të parandaluar dhe adresuar dhunën me bazë gjinore.

🔷 Zbatimi: Të gjitha gratë që marrin shërbime në kujdesin parësor, përfshirë vizitat prenatale dhe kontrollet rutinë, pyeten në mënyrë sistematike dhe konfidenciale për përvojat me dhunën, pavarësisht nëse shfaqin apo jo shenja të dhunës.

🔷 Procesi:

- Pyetjet bëhen gjatë vizitës individuale dhe pa praninë e partnerit.
- Formularët mjekësorë përfshijnë pyetjet si pjesë të standardit të anamnezës.

- Profesionistët shëndetësorë janë të trajnuar për ndjeshmëri kulturore dhe menaxhim të rasteve të zbulimit.

🔷 Pyetje të zakonshme:

- "A ndiheni gjithmonë e sigurt në shtëpinë tuaj?"
- "A ka dikush në jetën tuaj që ju frikëson ose kontrollon mënyrën si jetoni?"
- "A ka ndodhur ndonjëherë që dikush t'ju lëndojë fizikisht apo emocionalisht?"

🔷 Rezultati: Kjo qasje ka rritur identifikimin e hershëm të rasteve të dhunës, ka përmirësuar aksesin në mbështetje dhe ka forcuar rolin e sektorit shëndetësor si pikë kontakti jetike për të mbijetuarit.

Simptomat, Shenjat dhe Sjelljet e Lidhura me Dhunën me Bazë Gjinore (DHBGJ)

Dhuna me bazë gjinore (DHBGJ) përfshin një spektër të gjerë dëmtimesh fizike, psikologjike, seksuale, emocionale dhe sociale, që ushtrohen ndaj individëve për shkak të gjinisë së tyre. Identifikimi i hershëm i simptomave dhe manifestimeve të kësaj dhune është thelbësor për ofrimin e mbështetjes klinike, mbrojtjes dhe ndërhyrjes së duhur.

Shenjat dhe simptomat fizike

- Lëndime të përsëritura dhe të pashpjegueshme: Mavijosje, gërvishtje, çarje të lëkurës ose plagë në pjesë të ndjeshme të trupit si fytyra, qafa, gjoksi, krahët dhe kofshët.
- Shenja karakteristike të mbajtjes me forcë: Mavijosje në formë gishti në pjesën e sipërme të krahëve ose në qafë.
- Fraktura ose dëmtime kockore: Fraktura në gjymtyrë, brinjë apo kyçe, sidomos nëse raportohen shpesh ose nuk përputhen me rrëfimin e pacientit.
- Djegie me formë të veçantë: Djegie që ngjajnë me objekte (hekur, cigare), të cilat tregojnë abuzim të qëllimshëm.
- Dhimbje kronike pa shkak të identifikueshëm mjekësor: Dhimbje koke të shpeshta, dhimbje shpine, legeni ose barku të lidhura me ekspozimin ndaj dhunës.
- Lëndime në kokë, sy dhe veshë: Mavijosje në kokë, sy të nxirë, daulle të veshit të dëmtuar – shpesh tregues të goditjeve të dhunshme.
- Shenja të mbytjes: Njolla në formë gishti ose petechia (njolla të kuqe të vogla) në qafë dhe fytyrë, që mund të vijnë nga presioni fizik në qafë.
- Infeksione seksualisht të transmetueshme (IST): Mund të jenë pasojë e marrëdhënieve seksuale të detyruara.
- Simptoma gjenitale dhe riprodhuese: Dhimbje të legenit, gjakderdhje vaginale të pashpjegueshme, aborte të përsëritura, infeksione ose dëmtime në zonën gjenitale.

Shenjat dhe simptomat psikologjike dhe emocionale

- Çrregullime të ankthit: Përfshirë sulme paniku, tension të vazhdueshëm dhe frikë të pashpjegueshme.
- Depresion dhe tërheqje sociale: Trishtim i zgjatur, mungesë energjie, humbje interesi në aktivitetet e zakonshme dhe izolim.
- Çrregullim i stresit post-traumatik (PTSD): Kthime të vazhdueshme mendore në përvojat e dhunës (flashbacks), makthe, hipervigjilencë dhe pagjumësi.
- Mpirje emocionale: Shkëputje emocionale si mekanizëm mbrojtës përballë traumës së vazhdueshme.
- Vetëvlerësim i ulët dhe ndjenja faji: Ndjenja se "e meritojnë" dhunën ose mungesë besimi në veten.

- Mendime vetëvrasëse: Në raste të dhunës afatgjatë, individët mund të raportojnë dëshirë për t'i dhënë fund jetës.

Shenjat dhe simptomat seksuale dhe riprodhuese

- Dhimbje ose parehati gjatë marrëdhënieve seksuale: Tregues i traumës seksuale të pashpallur.
- Frikë ose shmangie nga kontakti seksual: Sidomos në marrëdhënie të qëndrueshme, si pasojë e përvojave të mëparshme të dhunës.
- Shtatzëni e paqëllimshme ose aborte të përsëritura: Mund të jenë pasojë e aktivitetit seksual të detyruar apo refuzimit të aksesit në kontracepsion.
- Infeksione ose dëmtime gjenitale: Tregues të dhunës seksuale të vazhdueshme.

Shenjat në sjellje

- Izolim dhe shmangie: Heqja dorë nga marrëdhëniet sociale dhe aktivitetet rutinë, shpesh si rezultat i kontrollit nga partneri.
- Ndryshime në pamje ose sjellje: Veshje që mbulojnë trupin, mungesa të pashpjegueshme nga puna apo shkolla.
- Hipervigjilencë dhe frikë e vazhdueshme: Reagim i ekzagjeruar ndaj zhurmave apo pranishmërisë së papritur të njerëzve.
- Përdorim i substancave psikoaktive: Alkooli ose droga si strategji përballimi ndaj dhunës ose për të përballuar traumën.
- Sjellje agresive ose shpërthyese: Në disa raste, viktimat mund të shfaqin reagime të forta emocionale si pasojë e stresit të akumuluar.
- Nënshtrim i tepërt ose pajtueshmëri: Sjellje të kujdesshme për të shmangur konfrontimin, tregues i kontrollit të brendshëm nga frika.

Shenjat tek fëmijët dëshmitarë të DHBGJ

- Sjellje agresive ose imituese të dhunës: Fëmijët që ekspozohen ndaj dhunës shpesh riprodhojnë sjelljet e dhunshme në lojë ose marrëdhënie me të tjerët.
- Tërheqje emocionale dhe regresion: Sjellje që i përkasin një faze më të hershme zhvillimore (urinim në shtrat, frikëra të papritura, thithje gishti).
- Vështirësi në shkollë: Probleme të përqendrimit, rënie në performancë akademike dhe mungesa të shpeshta.
- Çrregullime emocionale: Ankth, trishtim i vazhdueshëm, ndjenja pasigurie dhe ndarje të fortë nga figura të rëndësishme si nëna.
- Frikë nga braktisja ose humbja: Lidhur me pasigurinë që vjen nga ambienti i dhunshëm në familje.

Kutiza 3. Sjelljet e dhunuesit që mund të sinjalizojnë prani të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ)

Identifikimi i sjelljeve të kontrollit dhe dominimit nga ana e dhunuesit është thelbësor për zbulimin e hershëm të DHBGJ. Sjelljet e mëposhtme mund të shërbejnë si tregues të qartë të një marrëdhënieje abuzive:

- **Sjellje kontrolluese**: Abuzuesi ushtron kontroll mbi lëvizjet, veshjen, komunikimin dhe marrëdhëniet sociale të viktimës. Mund të diktojë se ku mund të shkojë ajo, me kë të ndërveprojë dhe si të sillet në publik.

- **Xhelozi patologjike ose zotërim**: Akuzat e përsëritura për pabesi, mbikëqyrja e vazhdueshme dhe nevoja për të kontrolluar çdo aspekt të jetës së viktimës janë shenja të abuzimit emocional dhe psikologjik.
- **Sjellje kërcënuese**: Abuzuesi përdor kërcënime të drejtpërdrejta për ushtrim dhune ose kërcënime indirekte përmes frikësimit psikologjik (p.sh. duke kërcënuar se do të dëmtojë të afërmit, fëmijët apo kafshët shtëpiake të viktimës).
- **Izolim**: Dhunuesi përpiqet të shkëpusë viktimën nga rrjetet mbështetëse – familja, miqtë apo kolegët – për ta bërë më të varur dhe të pambrojtur.
- **Fajësim i viktimës**: Viktima vihet vazhdimisht në pozitë përgjegjësie për dhunën e ushtruar, duke u bërë të ndiejë faj ose përgjegjësi për sjelljet e dhunuesit.

Barrierat në sistemin e kujdesit shëndetësor në trajtimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ)

Sistemi i kujdesit shëndetësor luan një rol kyç në identifikimin, trajtimin dhe mbështetjen e të mbijetuarve të dhunës me bazë gjinore. Megjithatë, si të mbijetuarit, ashtu edhe profesionistët e shëndetësisë përballen me pengesa të shumta strukturore, kulturore dhe institucionale që kufizojnë efektivitetin e reagimit ndaj DHBGJ.

Barrierat e përjetuara nga gratë e mbijetuara të DHBGJ në aksesimin e kujdesit shëndetësor

- Frika nga përshkallëzimi i dhunës. Shumë gra shmangin kërkimin e ndihmës mjekësore nga frika se zbulimi i abuzimit do të çojë në hakmarrje nga partneri dhunues, përfshirë rritjen e dhunës ose kontrollit ndaj tyre (Feder et al. 2006).
- Stigma dhe normat kulturore. Turpi, frika nga gjykimi, si dhe pritshmëritë gjinore që minimizojnë ose normalizojnë dhunën në familje, i dekurajojnë gratë të raportojnë abuzimin apo të kërkojnë ndihmë (Heise 1998).
- Varësia ekonomike dhe pasiguria sociale. Mungesa e burimeve financiare, varësia nga abuzuesi për strehim apo të ardhura, si dhe mungesa e sigurimeve shëndetësore, pengojnë aksesin në shërbime (Adams et al. 2007).
- Trauma psikologjike dhe ndjenja faji. Të mbijetuarat shpesh përballen me ndjenja vetëfajësimi, mungesë vetëbesimi dhe çrregullime të shëndetit mendor që ndikojnë në aftësinë për të kërkuar ndihmë (Golding 1999).
- Mungesa e reagimit të ndjeshëm institucional. Përvoja me shërbime jomiqësore, mungesë të konfidencialitetit, ose trajtim gjykues nga profesionistët shëndetësorë shpesh i detyron gratë të heqin dorë nga kërkimi i ndihmës (Hegarty et al. 2007).
- Pengesat juridike dhe burokratike. Proceset ligjore të komplikuara, mungesa e mbrojtjes efektive, si dhe frika nga përfshirja me autoritetet ligjore, pengojnë raportimin e rasteve të dhunës (Sullivan and Rumptz 1994).
- Distanca dhe mungesa e shërbimeve në zonat rurale. Gratë që jetojnë në zona të izoluara shpesh përballen me mungesë të qendrave të specializuara, transport të papërshtatshëm dhe staf të pakualifikuar (Devries et al. 2013).

Barrierat e përjetuara nga profesionistët e shëndetësisë

- **Mungesa e trajnimit dhe njohurive praktike. Shumë profesionistë të shëndetit nuk** kanë përgatitje të mjaftueshme për të identifikuar ose për t'iu përgjigjur rasteve të DHBGJ në mënyrë etike dhe efektive (Colombini et al. 2012).

- Frika për sigurinë e pacientit dhe të vetes. Në disa raste, profesionistët shmangin përfshirjen për shkak të shqetësimeve për përshkallëzimin e dhunës dhe sigurinë e të mbijetuarve ose të tyre personale (Hegarty and Taft 2001).
- Kufizimet kohore dhe ngarkesa klinike. Numri i lartë i pacientëve dhe mungesa e kohës për ekzaminim të plotë e bën të vështirë zhvillimin e dialogut për çështje delikate si dhuna (Feder et al. 2006).
- Normat sociale dhe paragjykimet gjinore. Praktikat kulturore dhe paragjykimet e brendshme të personelit mund të ndikojnë në aftësinë për të dhënë mbështetje të paanshme dhe të ndjeshme (Bacchus et al. 2018).
- Pasiguria ligjore dhe raportimi i detyruar. Mungesa e qartësisë mbi detyrimet ligjore në rastet e raportimit të detyruar mund të pengojë veprimin ose të krijojë konfuzion mbi mbrojtjen e të drejtave të pacientit (World Health Organization 2013).
- Mungesa e infrastrukturës mbështetëse. Për shumë shërbime shëndetësore mungon lidhja me strukturat e mbështetjes si psikologët, strehimoret, ose asistenca ligjore. Kjo pengon ndjekjen e rasteve të identifikuara (Colombini et al. 2012).
- Qasje gjykuese ose nënvlerësuese. Në disa raste, qëndrimet e personelit shëndetësor, përfshirë fajësimin e viktimës ose minimizimin e përvojës së dhunës, krijojnë mjedise të pasigurta për të mbijetuarat (Golding 1999; Hegarty et al. 2007).

Kërkesat dhe standardet për intervistimin e pacientëve mbi DHBGJ

Kërkesa Themelore	**Standardet dhe Kriteret e Zbatimit**	**Qëllimi dhe Rëndësia**
Konfidencialiteti dhe Privatësia	Siguroni një ambient të mbyllur, të qetë dhe pa prani të palëve të treta, ku biseda mund të zhvillohet pa ndërprerje apo frikë nga dëgjimi.	Krijon një atmosferë sigurie dhe besimi, duke minimizuar frikën nga hakmarrja apo stigmatizimi.
Qasje e ndjeshme ndaj traumës (Trauma-Informed)	Punonjësit duhet të demonstrojnë ndjeshmëri emocionale dhe të pranojnë reagimet e pacientit pa paragjykim, duke i ofruar atij kontroll mbi ritmin e bisedës.	Të mbijetuarit shpesh përjetojnë stres post-traumatik; qasja e kujdesshme ul rrezikun e ri-traumatizimit.
Gjuhë neutrale dhe mosgjykuese	Përdorni fjalor të qartë, pa paragjykime dhe pyetje të strukturuara me respekt dhe ndjeshmëri.	Forcon ndjenjën e respektit dhe i lejon pacientit të ndajë përvojën në mënyrë të sigurt.
Depistim rutinë i integruar	Përfshijeni pyetjen për DHBGJ në vlerësimet periodike, veçanërisht për grupet vulnerabël (gratë shtatzëna, pacientët me probleme të shëndetit mendor, fëmijët).	Normalizon procesin e identifikimit dhe redukton ndjenjën e stigmës ose veçimit.

Kërkesa Themelore	Standardet dhe Kriteret e Zbatimit	Qëllimi dhe Rëndësia
Respektimi i autonomisë së pacientit	Lejoni pacientin të ndajë informacionin vetëm kur ndihet gati, pa ushtruar presion.	Fuqizon individin dhe respekton të drejtën e tij për vetëvendosje.
Sistem referimi i strukturuar	Siguroni informim të qartë dhe ndërlidhje me shërbime përkatëse: strehim, mbështetje ligjore, këshillim psikologjik etj.	Siguron mbështetje të menjëhershme dhe qasje të integruar në shërbimet përcjellëse.
Njohuri mbi aspektet ligjore dhe etike	Jini të informuar mbi ligjet në fuqi për raportimin e detyrueshëm, konfidencialitetin dhe të drejtat e pacientit.	Garanton përmbushjen e detyrimeve ligjore dhe mbrojtjen e integritetit të pacientit.
Ndjeshmëri kulturore dhe sociale	Merrni parasysh bindjet, normat dhe pritshmëritë kulturore të pacientit kur formuloni pyetjet dhe interpretimet.	Siguron qasje të respektueshme, e cila rrit gatishmërinë e pacientit për bashkëpunim dhe zbulim.
Zgjedhja e momentit të përshtatshëm (kohë dhe komoditet)	Zhvilloni bisedën në një moment të qetë gjatë konsultës, kur pacienti ndihet i relaksuar dhe nuk ka nxitim.	Rrit efektivitetin e bisedës dhe siguron që pacienti të ndihet i dëgjuar.
Dokumentim profesional dhe i saktë	Regjistroni me kujdes deklaratat, vlerësimet dhe veprimet e ndërmarra në kartelën klinike të pacientit.	Ndihmon në ndjekjen e kujdesit, referimet e mëvonshme dhe mbrojtjen ligjore të të mbijetuarit dhe profesionistit.

Si të Pyetni për Dhunën me Bazë Gjinore (DHBGJ)

Të pyesësh një grua nëse ajo ka përjetuar dhunë me bazë gjinore mund të jetë sfiduese, por është një hap thelbësor për të identifikuar dhe mbështetur viktimat. Ky seksion synon të ndihmojë profesionistët e shëndetësisë të fitojnë besim dhe kompetencë në këtë proces delikat, duke promovuar një qasje etike, të ndjeshme dhe pa paragjykime.
Pasi të sigurohet një mjedis i sigurt dhe privat për komunikim, siç përshkruhet më poshtë, profesionistët mund të nisin bisedën me kujdes dhe ndjeshmëri.

Parimet e komunikimit efektiv me viktimën e DHBGJ

- **Merrni iniciativën për të pyetur**, por **kurrë në prani të një partneri, familjari apo miku**. Të pyeturit duhet të ndodhë vetëm në një ambient të sigurt dhe privat.
- **Shpjegoni qartë kufijtë e konfidencialitetit**, duke theksuar se informacioni do të trajtohet me diskrecion, përveç rasteve të rrezikut të menjëhershëm.
- **Përdorni kontakt të ngrohtë me sy** dhe përqendrojeni vëmendjen tek personi që keni përballë. Krijoni ndjesinë se ajo është e dëgjuar dhe e respektuar.
- **Kujdesuni për gjuhën e trupit**: qëndrimi trupor, toni i zërit dhe shprehjet e fytyrës duhet të transmetojnë qetësi, mbështetje dhe hapje.

- **Tregoni dëgjim aktiv**, përmes pohimeve të buta, lëvizjeve të kokës ose fjalive përforcuese si “Po ju kuptoj…”.
- **Mbani një qasje jo-gjykues dhe përkrahëse**. Shmangni pyetjet që nënkuptojnë fajësim, veçanërisht ato që fillojnë me “Pse…”.
- **Pohoni ndjenjat e saj** dhe përforconi se përjetimi i dhunës nuk është asnjëherë faji i viktimës. Përgjegjësia i takon vetëm dhunuesit.
- **Jini të durueshëm dhe mos ushtroni presion** për zbulesë. Viktimat mund të jenë në një gjendje krize ose të paqëndrueshme emocionalisht.
- **Përdorni deklarata mbështetëse**, si:

“Më vjen keq që keni kaluar një përvojë të tillë. Jam këtu për t’ju ndihmuar.”
“Nuk jeni vetëm dhe nuk është faji juaj.”

- **Theksoni se ka ndihmë të disponueshme**, duke ofruar informacione për strehimore, mbështetje ligjore, këshillim psikologjik dhe shërbime të tjera.
- **Filloni me një pyetje hyrëse e cila e normalizon temën**, p.sh.:

“Ne e dimë se shumë gra përjetojnë dhunë në marrëdhënie dhe kjo mund të ndikojë në shëndetin e tyre. A ka ndodhur ndonjëherë që të ndiheni e lënduar apo e kërcënuar nga dikush i afërt me ju?”

🟧 **Shembuj pyetjesh të ndjeshme për të hetuar për përvojat e dhunës me bazë gjinore**

1. “Nga përvoja ime si profesionist/e i/e shëndetit, jam hasur me shumë gra që përjetojnë forma të ndryshme dhune në familje. A ka ndodhur ndonjëherë që të ndiheni të pasigurt apo të dhunuar në marrëdhënien tuaj?”
2. “Ne e dimë se përvoja të tilla janë më të zakonshme sesa mendohet, dhe shpesh ndikojnë në shëndetin fizik dhe emocional të grave. A ka ndodhur ndonjëherë që të jeni ndjerë e frikësuar, e lënduar apo e kontrolluar në shtëpi?”
3. “Disa nga pacientet që vizitoj më kanë treguar për marrëdhënie të vështira apo abuzive. E di që mund të jetë e vështirë të flitet për këtë, por nëse ju ka ndodhur diçka e tillë, mund të flisni me mua me siguri dhe pa gjykim. A ka ndodhur ndonjëherë që partneri juaj të ketë ushtruar dhunë fizike, emocionale apo seksuale ndaj jush?”

🟨 **Shembuj të Pyetjeve të Drejtpërdrejta për Identifikimin e Dhunës me Bazë Gjinore**

1. “Disa nga simptomat që po përjetoni mund të lidhen me përvojën e ndonjë forme dhune. A ka ndodhur ndonjëherë që dikush t’ju ketë lënduar fizikisht?”
2. “Nga përvoja jonë klinike, e dimë se disa dëmtime si këto mund të jenë rezultat i një sulmi fizik. A është diçka që mund t’ju ketë ndodhur ju?”
3. “A ka ndodhur ndonjëherë që partneri, ish-partneri apo ndonjë anëtar i rritur i familjes t’ju ketë poshtëruar, kërcënuar ose frikësuar?”
4. “A ndiheni ndonjëherë të frikësuar nga partneri, ish-partneri apo dikush tjetër në familjen tuaj të ngushtë?”
5. “A ka ndodhur ndonjëherë që të keni qenë e detyruar të përfshiheni në marrëdhënie seksuale pa dëshirën tuaj?”
6. “A është përpjekur ndonjëherë partneri juaj të kontrollojë veprimet tuaja, t’ju kufizojë kontaktin me të tjerët ose t’ju ndalojë të bëni gjëra që janë të rëndësishme për ju?”

Seksioni III – Trajtimi dhe Dokumentimi i dhunës me bazë gjinore

Ofruesit e shërbimeve shëndetësore kanë një përgjegjësi etike dhe ligjore për të trajtuar dhe dokumentuar detajet e çdo konsultimi me një pacient. Kjo përfshin jo vetëm atë që raporton pacienti (rrëfimin e tyre të ngjarjeve), por edhe vëzhgimet dhe veprimet e ndërmarra nga ofruesi shëndetësor gjatë konsultimit (p.sh., ekzaminimet fizike, trajtimet ose testet). Këto shënime duhet të ruhen dhe të trajtohen në mënyrë konfidenciale, në përputhje me legjislacionin për mbrojtjen e të dhënave personale dhe sekretin profesional. Informacioni mund t'u komunikohet autoriteteve përgjegjëse vetëm kur ekziston pëlqimi i vlefshëm i pacientit ose një bazë ligjore që e lejon apo e kërkon këtë komunikim, duke respektuar parimin e minimizimit të të dhënave dhe dispozitat përkatëse të Ligjit nr. 11/2026..

Dokumentacioni nuk është vetëm për qëllime klinike. Të dhënat mjekësore mund të përdoren si provë në procedurat ligjore. Nëse një pacient ka përjetuar dhunë, shënimet mund të shërbejnë për të dhënë kontekstin dhe detajet që mund të ndikojnë në vendimmarrjen e gjykatës, veçanërisht në rastet e DHBGJ. Të dhënat mund të përfshijnë gjithashtu informacion në lidhje me dëmtimet fizike, ndikimet psikologjike dhe rrethanat rreth incidentit.

Kur një ofrues shërbimi shëndetësor dokumenton shenja të dhunës fizike ose seksuale, mund t'i kërkohet të kryejë një ekzaminim mjeko-ligjor. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në rastet kur lëndimet ose traumat e viktimës duhet të vlerësohen në kontekstin e hetimeve penale. Roli i ofruesit mund të përfshijë dhënien e dëshmisë së ekspertit në gjykatë nëse është e nevojshme.

Nga ana tjetër, nëse një pacient ka qenë viktimë e DHBGJ, dokumentacioni mund të ndihmojë ofruesit e ardhshëm të kujdesit shëndetësor të kuptojnë situatën e pacientit. Kjo mund të sigurojë që pacienti të marrë kujdesin, mbështetjen dhe shërbimet e duhura përcjellëse.

Trajtimi i rastit të dhunës dhe ofrimi i kujdesit mjekësor

Hapi 1

🟩 Sigurimi i Privatësisë dhe Sigurisë së Viktimës së DHBGJ

Hapi i parë dhe më i rëndësishëm në komunikimin me një të mbijetuar të dhunës me bazë gjinore është krijimi i një mjedisi **të sigurt dhe konfidencial**. Viktima duhet të ndjehet e mbrojtur nga gjykimi, frika e ndëshkimit apo ekspozimit. Vetëm në një ambient të tillë, ajo mund të ndajë përvojën e saj dhe të pranojë hapur që është viktimë e dhunës.

👉 **Rekomandime për mënyrën e komunikimit me viktimën:**

- “Më vjen keq që keni kaluar një përvojë kaq të dhimbshme. Jam këtu për t'ju dëgjuar dhe për t’ju mbështetur.”
- “E kuptoj se kjo mund të jetë shumë e vështirë për t’u ndarë. Ju falënderoj për besimin që po më tregoni.”
- “Kjo është një hapësirë e sigurt. Mund të flisni pa frikë dhe pa u gjykuar.”
- “Ju jeni në kontroll të kësaj bisede. Ndani vetëm atë që ndiheni rehat të ndani.”
- “Nëse ndiheni të pasigurt apo të shqetësuar, thoni fjalën në çdo moment dhe mund të ndalojmë menjëherë.”

- “Informacioni që ndani me ne do të trajtohet me konfidencialitet. Në rastet kur ligji kërkon raportimin ose ndarjen e informacionit me institucionet përgjegjëse, do t'ju shpjegojmë detyrimet tona dhe mënyrën e veprimit, duke respektuar sigurinë dhe të drejtat tuaja.
- “Do të shqyrtojmë së bashku mundësitë për ndihmë dhe mbështetje – nga strehimi te këshillimi apo mbështetja ligjore.”
- “Nëse dëshironi, mund t’ju lidh me një profesionist të shëndetit mendor apo me një strehë të sigurt për gra.”
- “Në çdo moment, mund të riktheheni këtu për ndihmë. Kjo hapësirë është gjithmonë e hapur për ju.”
- “Nëse ndiheni gati, mund të flasim për çdo dëmtim fizik që keni përjetuar, dhe unë mund t’ju ofroj kujdesin mjekësor të duhur.”
- “Nëse keni qenë viktimë e abuzimit seksual, mund t’ju ndihmojmë për të parandaluar infeksionet ose për të dokumentuar dëmtimet, nëse dëshironi të ndërmerrni hapa ligjorë.”

🔒 **KUJDES! Informoni të mbijetuarën se të gjitha informacionet e ndara do të trajtohen në mënyrë konfidenciale, përveç rasteve kur ka një rrezik të mundshëm për dëmtim të mëtejshëm ose kur raportimi është i detyrueshëm sipas ligjit (p.sh., në rastet që përfshijnë të mitur).**

Hapi 2 – Sigurimi i Pëlqimit të Informuar

🔷 **Informoni me kujdes të mbijetuarën për procedurat që do të ndiqen:**
- Shpjegoni qartë hapat e ekzaminimit mjekësor, rëndësinë e dokumentimit të dëmtimeve, mundësinë e mbledhjes së provave mjeko-ligjore dhe procedurat e raportimit të mundshëm.
- Siguroni që ajo të kuptojë të drejtat e saj dhe të ketë mundësinë të vendosë vetë për secilin prej këtyre hapave.

🔷 **Pëlqimi i informuar duhet të jetë i qartë dhe i dokumentuar:**
- Mos vazhdoni me asnjë ekzaminim, dokumentim apo proces raportimi pa marrë pëlqimin eksplicit të mbështetur në informacion të plotë.
- Nënvizoni të drejtën e saj për të zgjedhur nëse do të raportojë apo jo rastin tek autoritetet.

🔷 **Respektojeni autonominë e saj në çdo moment:**

“Çdo vendim është në dorën tuaj – ne jemi këtu për t’ju ofruar mundësi, jo për t’ju detyruar.”

“Ju keni të drejtën të vendosni vetë për çfarëdo hapi që ndërmarrim. Ne jemi këtu për t’ju mbështetur.”

“Nëse nuk ndiheni gati për të folur tani, mund të riktheheni kurdoherë – dera jonë është gjithmonë e hapur.”

Nëse përgjigjja është “jo” për ndonjë hap:
- Mos ushtroni presion. Respektoni refuzimin dhe ndaloni menjëherë çdo veprim të mëtejshëm.
- Rikonfirmoni disponueshmërinë tuaj.

“Nëse ndonjëherë ndiheni gati për të folur apo kërkuar ndihmë, jemi këtu për ju.”

- Siguroni informacion të dobishëm. Jepni kontakte të shërbimeve mbështetëse, strehëzave apo këshilltarëve.
- Sugjeroni rishikim të mëvonshëm. Nëse e përshtatshme, sugjeroni një vlerësim të dytë kur kushtet ta lejojnë.

Për dokumentimin në kartelën mjekësore:

- Nëse ka dyshime për dhunë, por pacientja nuk pranon:

"U bë një vlerësim për dhunë gjatë kësaj vizite, por pacientja nuk pranoi se ka përjetuar abuzim."

- Argumentoni dyshimet mjekësore me formulime neutrale si:

"Gjetjet fizike nuk përputhen plotësisht me historinë e paraqitur."
"Pacientja paraqet shenja të mundshme të dhunës fizike ose emocionale."

Me përjashtim të veprimeve që janë detyrime ligjore (raportimi i rastit të DHF-së/DHBGJ-së, kur përbën vepër penale, në polici) çdo veprim tjetër duhet të kryhet pas marrjes së pëlqimit paraprak të informuar të të mbijetuarës/it subjekt i DHF-së/DHBGJ-së, pra pasi t'i jetë dhënë asaj informacioni i nevojshëm për të gjykuar dhe dhënë këtë pëlqim. Edhe në rast të veprimeve që duhet të kryhen, sepse janë detyrime ligjore, është shumë e rëndësishme që i/e mbijetuari/a subjekt i DHF-së/DHBGJ-së të informohet për këtë detyrim ligjor dhe hapat që do të ndërmerren.

URDHËR
Nr. 102, datë 21.2.2020

Hapi 3 – Kryeni një Ekzaminim Mjekësor Gjithëpërfshirës

Ekzaminimi mjekësor i një të mbijetuare të dhunës me bazë gjinore, veçanërisht në rastet e dyshuara të dhunës seksuale, kërkon një qasje të ndjeshme, profesionale dhe të standardizuar, duke garantuar njëkohësisht sigurinë, dinjitetin dhe të drejtat e pacientit.

🔷 **1. Vlerësimi i gjendjes së përgjithshme fizike**

- Kryeni një **ekzaminim fizik të plotë dhe sistematik**, duke filluar me kontrollin e përgjithshëm të gjendjes vitale (presioni i gjakut, pulsi, frymëmarrja, temperatura).
- Vlerësoni **shenjat e traumës fizike**: prerje, gërvishtje, mavijosje, hematoma, djegie, fraktura të mundshme ose shenja mbytjeje.
- Inspektoni me kujdes pjesët më të ekspozuara ndaj dhunës, përfshirë fytyrën, qafën, gjoksin, krahët dhe këmbët.

🔷 **2. Vlerësimi i sistemit kardiovaskular dhe respirator**

- Monitoroni **shenjat vitale** për të identifikuar stresin akut, gjendjen e shokut ose simptoma të tjera emergjente (p.sh., presion i ulët i gjakut, takikardi, frymëmarrje e shpejtë).
- Ekzaminoni pacientin për **dhimbje në kraharor, aritmi**, ose simptoma që mund të lidhen me ankthin ose reagime fizike ndaj traumës.

🔷 **3. Vlerësimi i gjendjes gjenitale dhe rektale (në rastet e dhunës seksuale)**

- Me pëlqimin e qartë të të mbijetuarës, kryeni **ekzaminimin e zonës gjenitale dhe anale**, në mënyrë delikate dhe etike.
- Kërkoni për **shenja të dëmtimit**: laceracione, çarje, mavijosje, sekrecione të pazakonta ose shenja infeksioni.

🔷 **4. Vlerësimi i shëndetit mendor**

- Vlerësoni **gjendjen emocionale dhe psikologjike** të të mbijetuarës për shenja të ankthit, stresit post-traumatik (PTSD), depresionit ose mpirjes emocionale.
- Identifikoni nevojat për **ndërhyrje urgjente në shëndetin mendor** dhe referoni tek specialistët kur është e nevojshme.

🔷 **5. Mbledhja e provave mjeko-ligjore**

- Në përputhje me protokollet mjeko-ligjore kombëtare/internacionale, mblidhni prova si:
  - **Shtupa vaginale, rektale, orale**
  - **Mostra të thonjve, flokëve, lëkurës**
  - **Rrobat e veshura gjatë ngjarjes**
  - **Fotografi të lëndimeve** (me pëlqim të nënshkruar)
- Përdorni **paketime sterile** dhe formularë të posaçëm për dokumentim.
- Siguroni **ruajtjen, etiketimin dhe dorëzimin korrekt** të provave në institucionet përkatëse, sipas standardeve ligjore.

🔷 **6. Dokumentimi mjekësor dhe ligjor**

- Regjistroni **të gjitha gjetjet në kartelën klinike**, duke përdorur gjuhë neutrale dhe të faktuar.
- Përdorni **formulime objektive**, si: "pacientja raporton", "observohen mavijosje të freskëta në..." etj.
- Përfshini:
  - Vendin, formën dhe madhësinë e çdo dëmtimi.
  - Përshkrimin e ngjyrës së mavijosjeve (për të ndihmuar përcaktimin e kohës së ngjarjes).
  - Vlerësimin e gjendjes mendore dhe emocionale.
- Nëse bëhen fotografi, sigurohuni që ekziston **pëlqimi i dokumentuar me shkrim** nga pacientja.

Hapi 4 – Siguroni Kujdes dhe Trajtim të Menjëhershëm

Pas identifikimit të një rasti të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ), profesionistët shëndetësorë duhet të sigurojnë ndërhyrje të menjëhershme për të adresuar si nevojat fizike, ashtu edhe ato emocionale të viktimës, duke garantuar sigurinë e saj të menjëhershme dhe duke e orientuar drejt shërbimeve të specializuara.

✅ **1. Menaxhimi i nevojave mjekësore urgjente**

- Trajtoni çdo dëmtim fizik të dukshëm apo të raportuar, si:
  - **Pastrimi, dezinfektimi dhe fashimi i plagëve**
  - **Menaxhimi i dhimbjes dhe dëmtimeve të brendshme apo frakturave**
- Siguroni **kujdes të menjëhershëm për IST (infeksione seksualisht të transmetueshme)**, përfshirë testim dhe trajtim sipas nevojës.
- Ofroni **kontracepsion urgjent**, në rast të një sulmi seksual, duke respektuar zgjedhjen e pacientes.
- Informoni mbi opsionet për **profilaksi pas ekspozimit (PEP)** në rast rreziku për HIV.

✅ **2. Mbështetje e menjëhershme psikologjike**

- Ofroni një **hapësirë të sigurt emocionale** dhe dëgjim aktiv pa gjykim.

- Vlerësoni gjendjen emocionale të viktimës dhe **shenjat e stresit post-traumatik**, ankthit ose shokut.
- Nëse viktima shfaq shenja të rënduara emocionale, **referojeni menjëherë tek shërbimet e shëndetit mendor ose mbështetje psikologjike të specializuar**.
- Siguroni informacion të qartë për mundësitë e mbështetjes së mëtejshme.

✅ **3. Vlerësimi i rrezikut për sigurinë personale**

Përdorni një qasje empatike dhe të drejtpërdrejtë për të kuptuar rrezikun e vazhdueshëm të dhunës. Pyetjet e mëposhtme mund të ndihmojnë në vlerësimin e nivelit të rrezikut:

- A ndiheni të sigurt në banesën ku jetoni aktualisht?
- A ka ndodhur ndonjëherë që partneri juaj ju ka kërcënuar për jetën tuaj ose të dikujt tjetër që doni?
- A ju ka ndaluar ndonjëherë të kërkoni ndihmë ose t'ia tregoni dikujt tjetër çfarë po ndodh?
- A është përpjekur të ju ndjekë, kontrollojë ose frikësojë nëse keni folur për dhunën?
- A keni përjetuar dhunë të përsëritur ose përshkallëzim të situatës me kalimin e kohës?
- A ndiheni të shqetësuar se dhuna mund të ndodhë sërish në të ardhmen e afërt?
- A keni një vend ku mund të shkoni për të qenë të sigurt? A ka dikush që mund t'ju ndihmojë për t'u larguar nga situata?
- A janë fëmijët tuaj të përfshirë në këtë situatë? A janë ata të rrezikuar apo kanë qenë dëshmitarë të dhunës?

Nëse vlerësimi nxjerr në pah një **rrezik të lartë**, duhet të aktivizohen menjëherë mekanizmat e mbrojtjes dhe të ofrohet ndihmë për vendosjen në strehimore, njoftimin e autoriteteve dhe kontaktin me shërbime të emergjencës sociale.

Hapi 5 – Referimi në Shërbime të Specializuara

Një ndër elementët më të rëndësishëm të mbështetjes për të mbijetuarit e dhunës me bazë gjinore është orientimi drejt një rrjeti të koordinuar të shërbimeve mbështetëse.

✅ **Referimi te specialistët**

- Ofroni ndihmë për të lidhur pacientin me **shërbime të specializuara për viktimat e DHBGJ**, duke përfshirë qendrat e krizës, strehimoret, organizatat e shoqërisë civile, psikologë të specializuar dhe punonjës socialë.
- Sigurohuni që referimi të bëhet në mënyrë **të sigurt, konfidenciale dhe me pëlqimin e informuar të viktimës**, duke shmangur çdo rrezik të ekspozimit apo stigmatizimit.

✅ **Informimi për shërbimet mbështetëse**

- Jepni një **listë me kontakte dhe informacion praktik** për burimet në dispozicion:
  - Linjat telefonike emergjente ose këshilluese
  - Strehimoret për gra dhe fëmijë
  - Shërbimet e ndihmës ligjore falas
  - Qendrat komunitare ose zyrat e mbrojtjes sociale
- Shpjegoni rolin e secilit shërbim në mënyrë të qartë dhe me ndjeshmëri, për t'i dhënë të mbijetuarës mundësinë të vendosë vetë se çfarë mbështetjeje dëshiron.

Hapi 6 – Raportimi Ligjor

Raportimi është një aspekt kompleks që kërkon balancimin midis të drejtave të viktimës dhe detyrimeve ligjore të profesionistit shëndetësor.

✅ **Raportimi i detyrueshëm për të miturit**

- Në përputhje me **Ligjin për Mbrojtjen e Fëmijëve në Shqipëri**, çdo dyshim apo njohje e dhunës ndaj një të mituri (nën 18 vjeç) **duhet të raportohet menjëherë** në:
  - Polici
  - Drejtorinë Rajonale të Shërbimit Social
  - Njësinë e Mbrojtjes së Fëmijës në nivel bashkie
- Raportimi duhet të jetë i dokumentuar dhe të ndodhë **pa nevojën e pëlqimit të prindërve ose kujdestarit ligjor**, kur ekziston rrezik për fëmijën.

✅ **Bashkëpunimi me autoritetet ligjzbatuese**

- Nëse viktima është e rritur dhe **pranon të raportojë**, mbështeteni procesin me:
  - Sigurimin e kopjeve të dokumentacionit mjekësor
  - Dorëzimin e provave mjeko-ligjore të mbledhura
  - Ndihmën për të kontaktuar Policinë e Shtetit ose Prokurorinë

Kujdes! Respektoni **autonominë e pacientit** dhe mos nxitoni për të raportuar pa pëlqimin e saj, përveç rasteve të parashikuara nga ligji.

Hapi 7 – Jepni Informacion për të Drejtat Ligjore

Një pjesë e rëndësishme e trajtimit të rasteve të DHBGJ është fuqizimi ligjor i viktimës përmes informimit të qartë dhe të saktë.

✅ **Shpjegimi i opsioneve ligjore**

- Informoni viktimën për të drejtën për:
  - Të paraqesë një **kallëzim penal** ndaj dhunuesit
  - Të kërkojë **ndihmë juridike falas**
  - Të **nisë një padi civile për kompensim**
  - Të kërkojë një **urdhër mbrojtjeje** ose **urdhër të menjëhershëm mbrojtjeje**, nëse jeta dhe siguria janë në rrezik

✅ **Mbështetja për marrjen e masave mbrojtëse**

- Ndihmoni viktimën të kuptojë që masat mbrojtëse mund të përfshijnë:
  - Largimin e menjëhershëm të dhunuesit nga banesa
  - Ndalimin e kontaktit të tij me viktimën apo fëmijët
  - Vendosjen e ndalesave për ndjekje ose komunikim
- Siguroni kontakte të avokatëve, shoqatave për ndihmë ligjore dhe gjykatave kompetente.

Hapi 8 – Kujdesi dhe Mbështetja në Vazhdimësi

Përvoja traumatike e dhunës kërkon ndjekje afatgjatë dhe të integruar në sistemin e kujdesit shëndetësor.

✅ **Kujdesi shëndetësor i vazhdueshëm**

- Planifikoni **takime pasuese** për:
  - Kontroll shëndetësor fizik (p.sh., për shërimin e lëndimeve, IST, kontracepsion)
  - Monitorim të gjendjes mendore dhe emocionale (p.sh., për shenjat e PTSD ose depresionit pas traumës)
  - Trajtim farmakologjik nëse është i nevojshëm

✅ **Mbështetje afatgjatë emocionale dhe sociale**

- Orientoni viktimën drejt:

- **Këshillimit psikologjik individual**
- **Grupeve mbështetëse për viktimat e dhunës**
- **Qendrave të fuqizimit të grave**, ku mund të ndjekë programe për rikthimin në punë, përkrahje sociale, edukim dhe përfshirje komunitare

Qëllimi është të krijohet një rrjet i mbështetjes së vazhdueshme që **fuqizon të mbijetuarën**, përmirëson shëndetin dhe mirëqenien e saj dhe ndihmon në parandalimin e rikthimit të situatës së dhunës.

Dokumentimi i Rasteve të Dhunës me Bazë Gjinore në Kujdesin Shëndetësor Parësor

Dokumentimi i saktë, i detajuar dhe konfidencial i rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) përbën një element kyç në sigurimin e drejtësisë për viktimat, garantimin e vazhdimësisë së kujdesit, dhe mbështetjen e procedurave ligjore. Ai ndihmon gjithashtu në ruajtjen e të dhënave për monitorimin dhe raportimin institucional.

✅ Dokumentacioni i Detyrueshëm në Njësitë e Kujdesit Shëndetësor Parësor

Në përputhje me **Paketën Bazë të Shërbimeve** dhe kuadrin ligjor shqiptar për mbrojtjen nga dhuna në familje dhe dhuna me bazë gjinore, çdo qendër shëndetësore duhet të sigurojë përdorimin e dokumenteve të mëposhtme:

1. **Regjistri standard për regjistrimin e rasteve të dhunës** – I strukturuar sipas grupmoshave (duke përfshirë fëmijët), për të lehtësuar raportimin dhe analizën statistikore.
2. **Formulari për depistimin rutinë të dhunës në familje** – I përdorur gjatë konsultave të zakonshme për të identifikuar rastet e fshehura.
3. **Kartela Klinike Individuale** – Dokumenton historinë shëndetësore dhe çdo vizitë që ka lidhje me DHBGJ, përfshirë simptomat, lëndimet dhe masat e marra.
4. **Raporti mjekësor i posaçëm** – Për pacientët që kanë përjetuar dhunë. Ky raport mund të përdoret si provë mjeko-ligjore në gjykatë.
5. **Formulari i pëlqimit të informuar** – Nënshkruhet nga pacienti për të lejuar ekzaminimin, trajtimin, këshillimin dhe mbledhjen e provave.

✅ Regjistrimi dhe Klasifikimi i Lëndimeve

Profesioni mjekësor ka një **detyrim etik dhe ligjor** për të përshkruar me saktësi lëndimet fizike të vërejtura gjatë ekzaminimit të pacientit:

- Specifikoni **llojin e dëmtimit** (hematoma, prerje, gërvishtje, frakturë, etj.)
- Përcaktoni **numrin dhe vendndodhjen** e dëmtimeve, duke përdorur:
  - **Harta trupore anatomike**
  - **Grafikë të standardizuar të OBSH-së**
  - **Fotografi** (vetëm me pëlqimin e pacientit)

Interpretimi i lëndimeve për qëllime mjeko-ligjore duhet të bëhet në bashkëpunim me **mjekë ligjorë ose patologë** kur kërkohet nga autoritetet ligjore.

✅ Procesi i Dokumentimit: Parime të Udhëhequra nga Etika dhe Ndjeshmëria

- Të gjitha të dhënat duhet të regjistrohen **në kohë reale** ose sa më shpejt pas konsultës.
- Shënimet duhet të jenë **të sakta, të qarta, dhe të paanshme** – mos përfshini interpretime personale ose gjykime.

- Përdorni **gjuhë neutrale** dhe **formulim klinik** ("Pacientja raporton se…", "Vërehen gërvishtje të vogla në krahun e majtë…", "Deklaron se…", etj.).
- Respektoni **konfidencialitetin** – ruani dokumentet në arkiva të mbyllura dhe në sisteme të mbrojtura.

✅ **Pëlqimi i Informuar për Dokumentimin dhe Mbledhjen e Provave**

- Përpara mbledhjes së çdo dokumentacioni, kërkoni **pëlqimin e qartë të pacientit**, duke e informuar për:
  - Qëllimin e dokumentimit
  - Si do të përdoren të dhënat
  - Kush ka akses në informacion
- Nëse pacienti **refuzon mbledhjen e provave** ose fotografimin e dëmtimeve, ky refuzim duhet të shënohet qartë në dosje.

✅ **Formate të Mundshme të Dokumentimit**

1. **Shënime të shkruara me dorë** – Përshkrimi i vizitës, simptomave dhe lëndimeve.
2. **Diagrame dhe grafikë trupor** – Për të ilustruar vendndodhjen e dëmtimeve.
3. **Fotografi të dëmtimeve fizike** – Të bëra vetëm me pëlqim dhe në përputhje me protokollet mjeko-ligjore.
4. **Formularë standardë të miratuar** nga institucionet përkatëse dhe të ndërtuar sipas modeleve të OBSH-së ose Ministrisë së Shëndetësisë.

📷 **Fotografia si Mjet Dokumentues dhe Mjeko-Ligjor**

Fotografia është një mjet shtesë shumë i rëndësishëm për dokumentimin e lëndimeve të shkaktuara nga dhuna. Ajo mund të shërbejë si provë në proceset penale, por **nuk zëvendëson** dokumentimin e shkruar, hartat trupore apo shënimet klinike.

✅ **Parime për Përdorimin e Fotografisë në Dokumentimin e DHBGJ**

- **Pëlqimi i informuar:** Para çdo fotografie, pacienti duhet të informohet për qëllimin, mënyrën e përdorimit dhe sigurinë e ruajtjes së materialit. Pëlqimi duhet të dokumentohet me shkrim.
- **Identifikimi dhe koha:** Çdo grup fotosh duhet të përfshijë datën, orën, dhe një referencë që lidh fotot me kartelën e pacientit.
- **Renditja e imazheve:**
  - Filloni me një pamje identifikuese të fytyrës (nëse është e nevojshme).
  - Pasojnë pamje të përgjithshme të zonës së dëmtuar.
  - Më pas, përfshini pamje të afërta të lëndimeve specifike.
- **Vazhdimësia e kujdesit:** Fotografitë duhet të ruajnë zinxhirin e provës si çdo material tjetër mjeko-ligjor.
- **Konfidencialiteti:** Fotot ruhen si pjesë e dosjes mjekësore dhe mbrohen me të njëjtin nivel sigurie dhe privatësie.

🔐 **Ruajtja dhe Aksesi në të Dhënat e Pacientit**

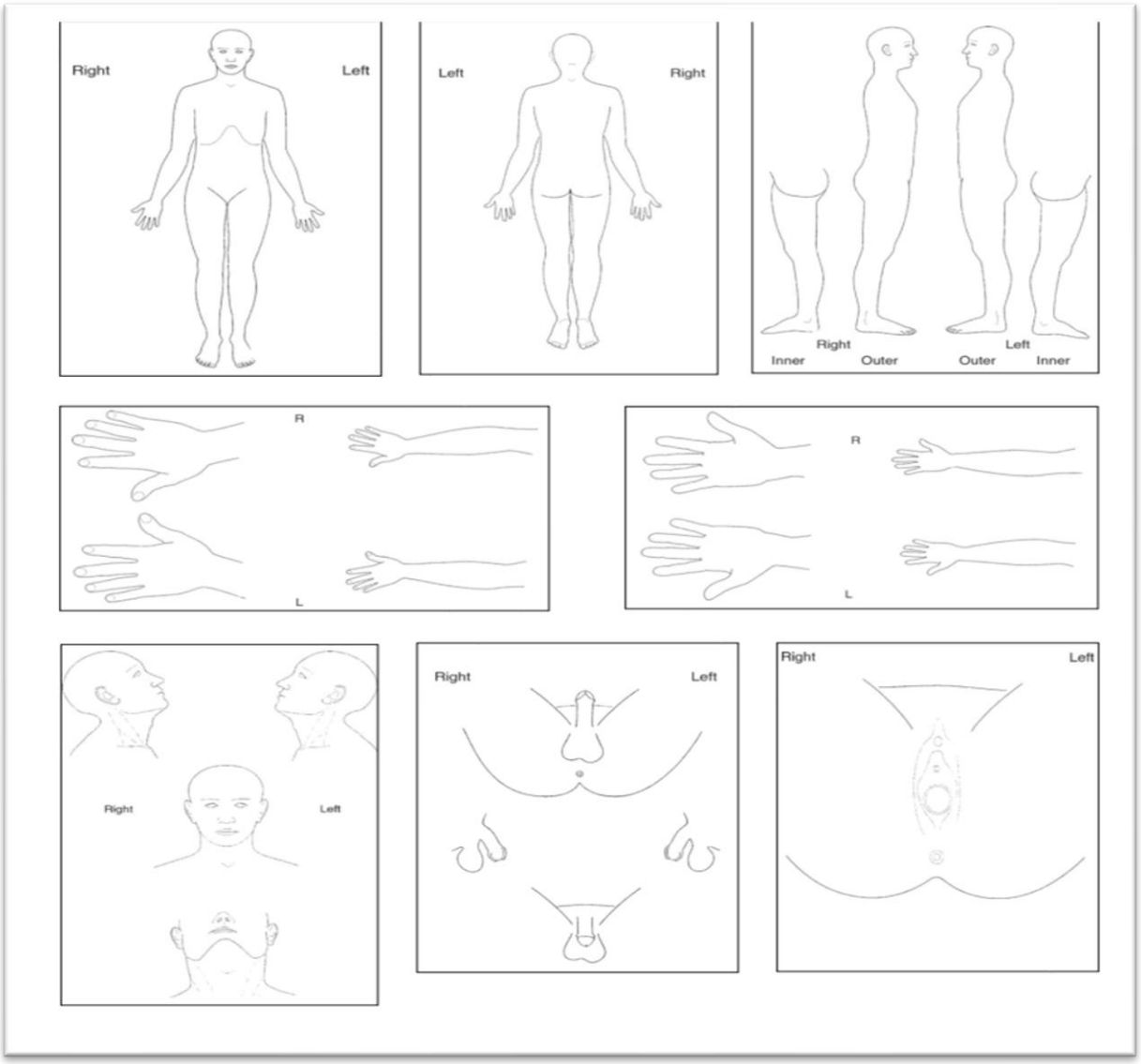
Të dhënat e mbledhura për rastet e dhunës (kartela klinike, formularët, fotografitë, raportet mjeko-ligjore) janë **konfidenciale** dhe duhet të:

- Ruhen në **vende të sigurta**, me qasje të kontrolluar (fizikisht dhe digjitalisht)
- Qasja të jepet **vetëm personelit të autorizuar**, në përputhje me rregulloret ligjore dhe etike

- Përdoren **vetëm për qëllimet e trajtimit mjekësor**, referimit, apo në raste ligjore, kur kërkohet me vendim përkatës

Përpunimi i të dhënave personale dhe shëndetësore të viktimave të dhunës me bazë gjinore duhet të kryhet në përputhje me Ligjin nr. 124/2024, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”, si dhe me legjislacionin përkatës në fushën e shëndetësisë. Institucionet shëndetësore duhet të garantojnë sigurinë e informacionit, aksesin vetëm nga personeli i autorizuar dhe ndarjen e të dhënave vetëm kur ekziston një bazë e ligjshme dhe për qëllime të përcaktuara.

📝 **Shembull shënimi klinik (model i thjeshtuar):**
Data: 13.07.2025
Pacientja: X.Y., 32 vjeç
Ankesa: Dhimbje koke dhe mavijosje në fytyrë
Gjetje: Vërehet hematomë 3x5 cm në orbitën e majtë, gërvishtje sipërfaqësore në krahun e djathtë
Deklarata e pacientes: "Partneri më goditi gjatë një sherri mbrëmë"
Veprimet: Dokumentim fotografik me pëlqim; informim për urdhrin e mbrojtjes; referim për këshillim psikologjik; mbushur formulari për raport mjeko-ligjor



Seksioni IV – Vlerësimi i rrezikut dhe planifikimi i sigurisë

Kur trajtohet dhuna me bazë gjinore (DHBGJ), siguria e të mbijetuarit duhet të jetë fokusi qendror i çdo ndërhyrjeje në sektorin e kujdesit shëndetësor. DHBGJ zakonisht nuk është një ngjarje e vetme, por pjesë e një modeli të përsëritur të kontrollit shtrëngues, ku dhuna përshkallëzohet me kalimin e kohës. Pasi një i mbijetuar përpiqet të largohet nga një marrëdhënie abuzive, rreziku i dhunës së mëtejshme shpesh rritet. Në fakt, shumica e vrasjeve, tentativave për vrasje dhe akteve të rënda të dhunshme ndodhin kur një i mbijetuar përpiqet të lërë një partner të dhunshëm. Duke pasur parasysh këtë kontekst, profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë një rol kritik për të luajtur në garantimin e sigurisë së të mbijetuarve

- *Vlerësimi i rrezikut* përfshin vlerësimin e nivelit të rrezikut me të cilin përballet aktualisht i mbijetuari dhe të kuptuarit e gjasave për dhunë të mëtejshme. Kjo mund të përfshijë marrjen në konsideratë të faktorëve të tillë si sjellja e dhunuesit, situata e jetesës së të mbijetuarit dhe çdo kërcënim i vazhdueshëm.

- *Planifikimi i sigurisë* përfshin zhvillimin e një plani të personalizuar për të ndihmuar të mbijetuarin të mbrohet nga dëmtimi i mëtejshëm. Kjo mund të përfshijë këshilla se si të largohet në mënyrë të sigurt abuzuesi, ku të kërkoni strehim, si të kontaktoni shërbimet mbështetëse dhe si të ruani sigurinë e tyre përballë rrezikut të mundshëm.

Ndërmarrja e vlerësimit të rrezikut.

Në rastet e dhunës me bazë gjinore DHBGJ, prania e faktorëve të shumtë të rrezikut rrit ndjeshëm gjasat që dhuna jo vetëm të vazhdojë, por edhe mund të përshkallëzohet ose të bëhet më e rëndë me kalimin e kohës. Faktorët e rrezikut janë kushte, sjellje ose rrethana specifike që rrisin shanset që një individ të përjetojë dhunë, qoftë nëpërmjet veprimeve të një dhunuesi ose nëpërmjet mjedisit në të cilin ai jeton. Sa më shumë nga këta faktorë rreziku të jenë të pranishëm, aq më shumë ka të ngjarë që individi të përballet me abuzime të përsëritura, ose që abuzimi të përshkallëzohet në frekuencën, ashpërsinë ose format e tij.

Cilët konsiderohen faktorët e rrezikut:

- **Aktet e mëparshme të dhunës**: Kjo përfshin dhunën ndaj gruas, fëmijëve, anëtarëve të tjerë të familjes ose ish-partnerëve. Është e rëndësishme të rishikohet historia e abuzimit, llojet e dhunës së përdorur, modelet e sjelljes dhe çdo dënim ose raportim i mëparshëm i policisë. Autorët me një histori të dhunës së shpeshtë dhe të rëndë (si përdorimi i armëve ose mbytja) janë veçanërisht të rrezikshëm.
- **Dhuna jashtë familjes**: Nëse dhunuesi ka kryer dhunë jashtë shtëpisë (si p.sh. kundër ofruesve të shërbimeve ose autoriteteve), kjo mund të tregojë një model më të gjerë sjelljeje të dhunshme që mund të shtrihet në familje.
- **Ndarja dhe divorci**: Këto janë periudha me rrezikshmëri të lartë, pasi rreziku i dhunës priret të rritet gjatë këtyre tranzicioneve.
- **Dhuna nga anëtarët e tjerë të familjes**: Kur të afërmit e dhunuesit kryejnë akte dhune, ata mund ta bëjnë këtë për të kontrolluar të mbijetuarën, duke e bërë edhe më të vështirë për të shpëtuar nga situata.
- **Mbajtja dhe përdorimi i armëve**: Mbajtja e ligjshme ose e paligjshme e armëve rrit rrezikun e dhunës, veçanërisht nëse autori ka përdorur ose kërcënuar më parë se do të përdorte armë në episode të dhunshme, duke çuar në përshkallëzim të mundshëm.
- **Kërcënimet**: Çdo kërcënim i bërë duhet të merret gjithmonë seriozisht. Është një ide e gabuar që njerëzit që vetëm kërcënojnë nuk janë të rrezikshëm; në fakt, dhunës së rëndë shpesh i paraprijnë kërcënimet. Konkretisht, kërcënimet për vrasje duhet të konsiderohen gjithmonë seriozisht, pasi shumë gra që vriten nga partnerët intimë janë kërcënuar vazhdimisht me vrasje paraprakisht.
- **Xhelozia dhe posesiviteti ekstrem**: Autorët që vrasin ose plagosin rëndë partnerët e tyre shpesh kanë një dëshirë të madhe për t'i kontrolluar ata. Ata mund ta shohin çdo mashkull rreth partneres si një rival dhe ta akuzojnë atë për tradhti.
- **Qëndrimet patriarkale**: Besimet jashtëzakonisht patriarkale, të tilla si pritshmëria që një grua duhet t'i bindet burrit ose babait të saj (kreu i familjes), ose idetë e ngurta të nderit dhe seksualitetit, mund të kontribuojnë në sjelljen e dhunshme.
- **Përndjekja dhe terrori psikologjik**: Disa autorë refuzojnë të pranojnë një ndarje dhe përpiqen ta parandalojnë atë me dhunë. Kjo mund të çojë në dhunë dhe kërcënime edhe vite pas ndarjes.
- **Rreziku për fëmijët**: Fëmijët janë veçanërisht të prekshëm gjatë ndarjes ose divorcit. Abuzuesi mund ta drejtojë agresionin e tij ndaj fëmijëve, madje duke i përdorur ata për

t'u hakmarrë ose për të dëmtuar partnerin. Prandaj, planifikimi i sigurisë duhet të përfshijë mbrojtjen edhe për fëmijët.

- **Mosrespektimi i urdhrave të ndalimit**: Nëse një autor injoron urdhrat e gjykatës ose urdhrat e ndalimit të policisë, kjo tregon një situatë me rrezikshmëri të lartë, pasi tregon se autori nuk është i gatshëm të ndryshojë sjelljen e tij.
- **Shkaqet e përshkallëzimit**: Disa ndryshime në marrëdhënie, si p.sh. një grua që merr një punë kundër dëshirës së partnerit, kërkon ndihmë ose kërkesa për divorc, mund të veprojnë si nxitës për një rritje të papritur të dhunës.

Mbështetja e pacientit në zhvillimin e një plani sigurie.

Krijimi i një plani sigurie është një pjesë thelbësore e mbështetjes së të mbijetuarve të DHBGJ. Një plan i mirëstrukturuar sigurie ofron hapa dhe strategji praktike për të ndihmuar të mbijetuarin të mbrohet nga dëmtimi i mëtejshëm. Ai gjithashtu fuqizon të mbijetuarin të marrë vendime në lidhje me sigurinë, mirëqenien dhe veprimet e tyre në të ardhmen.

> Në përputhje me nenin 5, pika 1, shkronja "f", dhe nenin 56, pika 4, të Ligjit nr. 11/2026, "Për parandalimin dhe mbrojtjen nga dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje", Mekanizmi i Koordinuar i Referimit (MKR) siguron bashkëpunimin ndërinstitucional në nivel vendor për parandalimin, mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave. Në kuadër të menaxhimit të rasteve, koordinatori vendor, në bashkëpunim me Ekipin Teknik Ndërdisiplinor, koordinon vlerësimin e nevojave dhe hartimin e planit të përbashkët të ndërhyrjes, duke përcaktuar masat dhe shërbimet e nevojshme për mbrojtjen dhe mbështetjen e viktimës, sipas procedurave të përcaktuara në aktet

Në përputhje me Ligjin nr. 11/2026, "Për parandalimin dhe mbrojtjen nga dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje", vlerësimi individual i rrezikut dhe nevojave të viktimës përbën një element thelbësor të përgjigjes institucionale. Profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor kontribuojnë në identifikimin e faktorëve të rrezikut, dokumentimin e dëmtimeve, ofrimin e kujdesit shëndetësor dhe referimin në shërbimet përkatëse. Planifikimi i sigurisë realizohet në bashkëpunim me viktimën dhe strukturat përgjegjëse, duke përfshirë::

Identifikimi i Rrezikut dhe Ndërhyrja e Menjëhershme

- Vlerësimi i rrezikut: Në momentin që identifikohet një rast dhune, personeli shëndetësor duhet të vlerësojë nivelin e rrezikut për viktimën. Kjo përfshin analizimin e nivelit të dhunës, mundësisë për eskalim të mëtejshëm dhe praninë e kërcënimeve të drejtpërdrejta.
- Mbështetje mjekësore: Ofrohet kujdes urgjent dhe mjekësor për lëndimet fizike të viktimës dhe gjithashtu mbështetje psikologjike për të adresuar efektet emocionale dhe psikologjike të dhunës.

Sigurimi i Vendit të Sigurt

- Vendndodhje të sigurta: Sigurimi i një vendi të sigurt ku viktima mund të fshihet dhe të mbrohet nga rreziku i mëtejshëm. Kjo mund të përfshijë referimin në strehime të specializuara për viktimat e dhunës.

- Përcaktimi i rrugëve të mundshme për shpëtim: Ndihma për viktimën për të identifikuar mënyra të sigurta për të ikur nga situata e dhunës dhe për të shkuar në një vend të sigurt në rast emergjence.

Përgatitja e Dokumenteve të Nevojshme

- Mbledhja e dokumenteve të rëndësishme: Viktima duhet të mbledhë dokumentet e nevojshme, si aktet e identifikimit, dokumentat shëndetësorë dhe çdo provë tjetër që mund të jetë e nevojshme për proceset ligjore dhe për të kërkuar mbrojtje.
- Dokumentimi i lëndimeve dhe dëmeve: Të gjitha lëndimet dhe dëmet që janë shkaktuar nga dhuna duhet të dokumentohen në mënyrë të detajuar, pasi kjo mund të përdoret si provë në proceset ligjore.

Plani i Komunikimit dhe i Kontakteve të Emergjencës

- Kontakte emergjence: Krijimi i një liste me kontakte emergjente, përfshirë numrat e shërbimeve të urgjencës, ndihmës ligjore dhe shërbimeve sociale. Viktima duhet të ketë mundësi të lidhet me këto shërbime çdo herë që ka nevojë për ndihmë.
- Mekanizmat e komunikimit të sigurt: Përcaktimi i mënyrave të sigurta për viktimën për të komunikuar me njerëzit e besuar, përfshirë përdorimin e mesazheve të koduara ose fjalëkalimeve që mund të përdoren në rast të një situate emergjente.

Mbrojtja Ligjore dhe Ndihma Juridike

- Kërkimi i urdhërit të mbrojtjes: Viktimat duhet të njoftohen për mundësinë e kërkimit të një urdhri mbrojtjeje nga gjykata ose organet e rendit për të siguruar mbrojtje të menjëhershme nga abuzuesi.
- Referimi për ndihmë juridike: Institucionet shëndetësore duhet të referojnë viktimat te avokatët dhe shërbimet ligjore për t’u ndihmuar të sigurojnë të drejtat e tyre dhe të marrin mbrojtjen ligjore të duhur.

Përfshirja e Fëmijëve në Planin e Sigurisë

- Sigurimi i fëmijëve: Nëse viktima ka fëmijë, plani i sigurisë duhet të përfshijë masa për mbrojtjen e tyre, përfshirë identifikimin e mënyrave të sigurta për ta transportuar në vende të sigurta dhe referimin për shërbime të kujdesit të fëmijëve.

Mbështetje Psikologjike dhe Sociale

- Mbështetje emocionale: Viktima duhet të mbështetet në mënyrë emocionale dhe psikologjike, duke pasur mundësi të marrin shërbime këshillimi dhe mbështetje psikologjike për të adresuar pasojat e dhunës në jetën e tyre.
- Rrjetet e mbështetjes sociale: Viktima duhet të ketë mundësi të lidhet me grupe mbështetëse dhe shërbime sociale që mund t'i ndihmojnë ata të rifitojnë pavarësinë dhe vetëbesimin pas përjetimit të dhunës.

Roli i mjekut të familjes në Planin e Sigurisë dhe Ndërhyrjes Individuale

1. Pjesë e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR)

Në kuadër të Ligjit nr. 11/2026 dhe akteve nënligjore në fuqi për funksionimin e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR), mjeku i familjes kontribuon, sipas kompetencave të tij profesionale, në identifikimin, vlerësimin dhe referimin e rasteve të dhunës në familje..
Kjo do të thotë që ai:

- merr pjesë në procesin e identifikimit, vlerësimit dhe referimit të rasteve të dyshuara ose të konfirmuara të dhunës;

- bashkëpunon me punonjësin social të njësisë së vetëqeverisjes vendore, për hartimin e planit individual të ndërhyrjes në kuadër të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR);
- ofron informacione shëndetësore dhe psikosociale mbi viktimën, për të ndihmuar në përcaktimin e shërbimeve që duhen ofruar.

Roli i tij nuk është drejtues, por thelbësisht kontribues dhe mjekësor-profesional.

2. Ofrimi i vlerësimit dhe raportit shëndetësor

Në kuadër të vlerësimit të nevojave të viktimës dhe planifikimit të ndërhyrjeve, dokumentacioni përkatës mund të përfshijë edhe një raport mbi shëndetin mendor dhe gjendjen psikosociale të viktimës.".
Ky raport, sipas praktikës dhe Procedurave Standarde të Veprimeve (PSV – MSHMS, UNDP & UNFPA, 2020), hartohet në bashkëpunim mes:

- mjekut të familjes,
- psikologut klinik (kur është i disponueshëm),
- punonjësit social që udhëheq rastin.

Mjeku i familjes kontribuon duke:

- përshkruar gjendjen fizike dhe dëmtimet klinike të konstatuara;
- evidentuar ndikimet në shëndetin mendor (p.sh., simptoma ankthi, depresioni, trauma);
- dhënë rekomandime për kujdesin shëndetësor të mëtejshëm ose nevojën për ndërhyrje specialistike.

Ky raport bëhet pjesë e dosjes së rastit, që përdoret për planifikimin e ndërhyrjeve dhe, në disa raste, edhe për mbështetje ligjore (urdhër mbrojtjeje, kallëzim penal etj.).

Seksioni V – Rrugët e referimit dhe bashkëpunimi ndërsektorial.

Konceptet Kryesore të Rrugës së Referimit

Rruga e referimit është një proces i strukturuar dhe i koordinuar që synon të drejtojë personat në nevojë – veçanërisht të mbijetuarit e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) – drejt shërbimeve përkatëse mjekësore, psikosociale, ligjore dhe sociale. Ky mekanizëm siguron që viktimat të kenë qasje në kujdesin e nevojshëm për rimëkëmbje, duke adresuar në mënyrë gjithëpërfshirëse nevojat e tyre.

Koordinimi Ndërsektorial dhe Bashkëpunimi
Një rrugë referimi efektive mbështetet në bashkëpunimin ndërmjet sektorëve të ndryshëm: shëndetësor, policor, social, psikosocial dhe ligjor. Çdo ofrues shërbimi duhet të ketë të qartë rolin e tij në zinxhirin e reagimit. Bashkëpunimi ndërsektorial, përmes shkëmbimit të

informacionit (me pëlqimin e të mbijetuarës/it), garanton një qasje të integruar dhe shmang fragmentimin e përgjigjes institucionale.

Qasja me Në Qendër të Mbijetuarin
Në thelb të rrugës së referimit qëndron një **qasje e ndjeshme dhe e orientuar te i mbijetuari**, ku siguria, dinjiteti dhe zgjedhjet e tij/saj janë prioritet. Kjo qasje nënkupton:

- Respektimin e autonomisë së të mbijetuarës/it;
- Lejimin për të zgjedhur cilat shërbime të pranojë;
- Ofrimin e mbështetjes pa gjykim dhe me ndjeshmëri kulturore dhe gjinore;
- Garantimin e konfidencialitetit dhe privatësisë në çdo hap të procesit.

Rolet dhe Përgjegjësitë e Qarta
Rruga e referimit funksionon vetëm nëse rolet dhe detyrat e secilit institucion dhe profesionist janë të përcaktuara qartë. Kjo siguron:

- Parandalimin e boshllëqeve dhe mbivendosjeve në ofrimin e shërbimeve;
- Kalimin e qetë të të mbijetuarës/it nga një shërbim në tjetrin;
- Rritjen e llogaridhënies dhe përgjegjshmërisë ndërinstitucionale.

Aksesueshmëria dhe Disponueshmëria e Shërbimeve
Shërbimet në rrugën e referimit duhet të jenë:

- **Fizikisht të aksesueshme** (pranë vendbanimit të të mbijetuarës/it);
- **Logjistikisht të përballueshme** (transport, kosto, orare fleksibël);
- **Të disponueshme në kohë reale**, për të shmangur vonesat që mund të përkeqësojnë situatën e të mbijetuarës/it.

Shërbime Gjithëpërfshirëse dhe të Integruara
Një rrugë referimi duhet të përfshijë shërbime që adresojnë dimensionet e ndryshme të dhunës:

- **Kujdesi shëndetësor:** përfshirë trajtim emergjent, ekzaminime mjeko-ligjore, mbështetje për IST ose kontracepsion urgjent.
- **Mbështetja psikosociale:** këshillim, terapi e bazuar në traumë.
- **Ndihma juridike:** mbështetje për denoncim penal, urdhra mbrojtjeje, ndihmë ligjore falas.
- **Siguria dhe strehimi:** qasje në strehëza të sigurta dhe ndihmë për zhvendosje.
- **Fuqizimi ekonomik:** orientim për punësim, trajnime profesionale, ndihmë financiare emergjente.

Konfidencialiteti dhe Mbrojtja e Privatësisë
Të gjitha informacionet lidhur me rastin duhet të:

- Ndahen vetëm me pëlqimin e të mbijetuarës/it, përveç rasteve të përcaktuara me ligj;
- Dokumentohen dhe ruhen me kujdes sipas standardeve të konfidencialitetit në çdo sektor përkatës;
- Përdoren në mënyrë të ndjeshme për të parandaluar ritraumatizimin dhe ekspozimin e mëtejshëm të të mbijetuarës/it.

Reagimi i Shpejtë dhe Menaxhimi i Rasteve Urgjente

Koha është element kritik në rrugën e referimit:

- Rastet që paraqesin **rrezik për jetën** ose **nevojë për ndërhyrje të menjëhershme** (si kujdes emergjent mjekësor, strehim ose siguri fizike) duhet të trajtohen menjëherë;
- Sistemi duhet të parashikojë mekanizma për reagim të shpejtë dhe koordinim efektiv në situata emergjente.

Përfitimet e Rrugës së Referimit në Kontekstin e Dhunës me Bazë Gjinore

Rruga e referimit përbën një mekanizëm thelbësor në trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ), duke siguruar që të mbijetuarit të marrin mbështetje të koordinuar, gjithëpërfshirëse dhe në kohë. Përdorimi i një rruge të qartë dhe funksionale referimi kontribuon në përmirësimin e cilësisë së kujdesit, në mbrojtjen e të drejtave të viktimave dhe në fuqizimin e institucioneve që ofrojnë shërbime.

✅ **Mbështetje gjithëpërfshirëse për të mbijetuarit.** Rruga e referimit siguron qasje të integruar në shërbime mjekësore, psikosociale, ligjore dhe strehimore. Kjo i mundëson të mbijetuarit të marrin kujdes të plotë që mbulon nevojat e tyre fizike, emocionale dhe sociale.

✅ **Qasje efikase dhe në kohë në shërbime.** Përmes mekanizmave të qartë të bashkëpunimit, të mbijetuarit mund të lidhen menjëherë me shërbimet e duhura, duke shmangur vonesat kritike dhe duke përmirësuar shanset për ndërhyrje të suksesshme, veçanërisht në raste urgjente.

✅ **Koordinim ndërsektorial dhe bashkëpunim institucional.** Rruga e referimit forcon bashkëpunimin midis sektorëve të ndryshëm — shëndetësi, polici, shërbime sociale, sistem gjyqësor — duke krijuar një përgjigje të harmonizuar që adreson kompleksitetin e rasteve të DHBGJ dhe shmang mbivendosjet apo boshllëqet në kujdes.

✅ **Rezultate të përmirësuara për të mbijetuarit.** Një rrugë funksionale referimi përmirëson rikuperimin fizik dhe emocional të të mbijetuarve dhe rrit mundësinë e qasjes në drejtësi. Mbështetja sistematike ndikon pozitivisht në rikthimin e dinjitetit dhe sigurisë së viktimës.

✅ **Garanci për konfidencialitet dhe siguri.** Rruga e referimit parashikon masa të posaçme për mbrojtjen e informacionit personal dhe të ndjeshëm të të mbijetuarit, duke ndërtuar besim dhe siguruar që ata ndihen të mbrojtur dhe të respektuar.

✅ **Fuqizim dhe pjesëmarrje aktive e të mbijetuarve.** Kur rruga e referimit është e qartë dhe transparente, të mbijetuarit ndihen të autorizuar të marrin vendime të informuara mbi kujdesin dhe të ardhmen e tyre. Kjo nxit ndjenjën e kontrollit dhe rikthimit të autonomisë.

✅ **Ngritja e kapaciteteve të ofruesve të shërbimeve.** Zbatimi i rrugës së referimit ndihmon në përcaktimin e roleve dhe përgjegjësive të secilit institucion, duke përmirësuar aftësinë e profesionistëve për të reaguar me kompetencë dhe ndjeshmëri.

✅ **Parandalimi i riviktimizimit.** Rruga e referimit ndihmon për të shmangur ritraumatizimin e të mbijetuarve, duke siguruar kalim të butë dhe të strukturuar nga një shërbim në tjetrin. Kjo redukton stresin e lundrimit përmes sistemeve të fragmentuara dhe forcon ndjesinë e mbështetjes së qëndrueshme.

Referimi i rasteve të DHBGJ në Shqipëri

Referimi është një komponent kyç i mbrojtjes dhe mbështetjes së të mbijetuarve të DHBGJ. Kur profesionistët e sektorit shëndetësor, të rendit apo të shërbimeve sociale orientojnë një të mbijetuar drejt shërbimeve përkatëse, ata ndihmojnë në krijimin e një zinxhiri

mbështetjeje të koordinuar, të personalizuar dhe gjithëpërfshirës, i cili ndihmon në rikuperimin dhe fuqizimin e të mbijetuarit.
Përfitimet e një sistemi funksional referimi për profesionistët shëndetësorë
Për profesionistët e kujdesit shëndetësor, ekzistenca e një rrjeti të qartë referimi sjell përfitime të rëndësishme praktike dhe profesionale:

- Reduktim i ngarkesës: Mundëson transferimin e rasteve drejt institucioneve të specializuara, duke lehtësuar barrën administrative dhe emocionale për profesionistët shëndetësorë.
- Rritje e besimit dhe ndërgjegjësimit: Inkurajon identifikimin aktiv të rasteve të DHBGJ, duke u dhënë profesionistëve sigurinë se ekziston një mekanizëm që i mbështet.
- Lehtësim në reagim dhe veprim: Kur një sistem referimi është funksional dhe i njohur, reagimi bëhet më i shpejtë dhe më i saktë, duke e ndihmuar menjëherë të mbijetuarin pa vonesa apo pengesa procedurale.

Kuadri Ligjor për Referimin e DHBGJ në Shqipëri
Procesi i referimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore, mbështetja dhe rehabilitimi i viktimave si dhe përcaktimi i përgjegjësive institucionale në Shqipëri, është i bazuar në kuadrin ligjor dhe nënligjor në vijim:
1. Ligji nr. 11/2026, datë 28.01.2026, "Për parandalimin dhe mbrojtjen nga dhuna ndaj grave dhe dhuna në familje." Ky ligj përcakton masat për parandalimin, mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave të dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje. Ai parashikon vlerësimin individual të nevojave dhe rrezikut, aksesin në shërbime të përgjithshme dhe të specializuara, si dhe bashkëpunimin ndërinstitucional për identifikimin, referimin dhe menaxhimin e rasteve. Kopjo:
2. Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 327, datë 02.06.2021
"Për mekanizmin e bashkërendimit të punës ndërmjet autoriteteve përgjegjëse për referimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare, si dhe procedimin e tij për mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave të dhunës."
Ky vendim:

- Sanksionon procedurat standarde të referimit dhe bashkëpunimit ndërinstitucional;
- Përcakton qartë rolet dhe detyrat e çdo institucioni përfshirë në mekanizmin e referimit (shëndetësia, policia, shërbimet sociale, pushteti vendor, etj.);
- Synon të garantojë një përgjigje të koordinuar, të integruar dhe të bazuar në respektimin e të drejtave të njeriut, me qëllim mbrojtjen dhe fuqizimin e viktimave;
- Promovon parimet e barazisë gjinore dhe lufton diskriminimin ndaj grave dhe vajzave.

Detyrimi ligjor për referim dhe raportim
Profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë përgjegjësi për identifikimin, trajtimin, dokumentimin dhe referimin e rasteve të dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje, në përputhje me Ligjin nr. 11/2026, legjislacionin përkatës dhe protokollet në fuqi. Raportimi dhe shkëmbimi i informacionit me institucionet përgjegjëse duhet të kryhen duke respektuar konfidencialitetin, pëlqimin e informuar dhe mbrojtjen e të dhënave personale, përveç rasteve kur legjislacioni parashikon detyrimin për raportim ose një bazë tjetër ligjore për komunikimin e informacionit. Në përputhje me nenin 14 të Ligjit nr. 11/2026, transmetimi i të dhënave mund të kryhet edhe pa pëlqimin e viktimës kur ekzistojnë arsye të bazuara për të besuar se ka ndodhur një nga format e dhunës të parashikuara në këtë ligj

ose se ekziston rrezik i menjëhershëm për ushtrimin e dhunës. Rastet që përfshijnë fëmijë trajtohen gjithashtu në përputhje me legjislacionin për të drejtat dhe mbrojtjen e fëmijës. Në praktikë, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet:

- Të identifikojnë dhe vlerësojnë rastin, duke i kushtuar vëmendje shenjave të dhunës, nevojave shëndetësore dhe rrezikut të mundshëm për viktimën.
- Të ofrojnë kujdesin e nevojshëm shëndetësor, duke garantuar një qasje të ndjeshme ndaj traumës, pa paragjykim dhe pa riviktimizim.
- Të dokumentojnë rastin, duke regjistruar në mënyrë objektive konstatimet klinike, deklarimet përkatëse dhe ndërhyrjet e kryera, sipas protokolleve në fuqi.
- Të informojnë viktimën për të drejtat dhe shërbimet e disponueshme, përfshirë mundësitë e mbrojtjes dhe referimit pranë institucioneve përgjegjëse.
- Të kryejnë raportimin dhe referimin sipas legjislacionit në fuqi, duke respektuar pëlqimin e informuar dhe përjashtimet ligjore nga konfidencialiteti, përfshirë rastet e parashikuara në nenin 14 të Ligjit nr. 11/2026.
- Të bashkëpunojnë me Mekanizmin e Koordinuar të Referimit (MKR) dhe institucionet përkatëse, sipas përgjegjësive dhe procedurave të përcaktuara në aktet në fuqi.
- Të mbrojnë konfidencialitetin dhe të dhënat personale, duke ndarë vetëm informacionin e nevojshëm dhe mbi bazën e një detyrimi ose autorizimi ligjor.

Kujt i drejtohet referimi?

Sipas Vendimit Nr. 327, datë 2.06.2021, të Këshillit të Ministrave:

- Rasti duhet të referohet te Koordinatori Vendor për Dhunën në Familje (KVDHF), pranë njësisë së vetëqeverisjes vendore, për mbrojtje dhe menaxhim të mëtejshëm.
- Policia njoftohet në rastet kur ekziston rrezik i menjëhershëm për jetën ose sigurinë e viktimës, kur kërkohet ndërhyrje urgjente, si dhe në rastet e tjera kur njoftimi kërkohet nga legjislacioni në fuqi. Referimi dhe shkëmbimi i informacionit kryhen duke respektuar të drejtat e viktimës, konfidencialitetin dhe përjashtimet ligjore nga kërkesa për pëlqim.
- Institucionet përgjegjëse për referimin dhe menaxhimin e rasteve duhet të veprojnë në përputhje me Ligjin nr. 11/2026, aktet nënligjore në fuqi dhe kompetencat e tyre përkatëse, duke garantuar bashkëpunimin ndërinstitucional dhe mbrojtjen e viktimave.

Udhëzues praktik për referim efektiv nga profesionistët e kujdesit shëndetësor

1. Njohja dhe vlerësimi i situatës

- Të identifikojnë shenjat e dhunës dhe të kuptojnë nevojat individuale të viktimës.
- Të vlerësojnë nivelin e riskut dhe urgjencës – ndihmë mjekësore, psikologjike ose strehim.

2. Zbatimi i ligjit dhe ruajtja e konfidencialitetit

- Të njohin detyrimet ligjore dhe të veprojnë në përputhje me to.
- Të marrin pëlqimin e informuar të viktimës për ndarjen e informacionit, përveç rasteve kur raportimi është i detyrueshëm.

3. Procesi i referimit – Hapat kryesorë

- Përditësoni listën e institucioneve që ofrojnë shërbime për viktimat.
- Vlerësoni se cilat institucione janë më të përshtatshme në raport me nevojat e viktimës.

- Informoni viktimën mbi opsionet e mundshme dhe merrni pëlqimin e saj për referimin.
- Jepni informacion të qartë dhe të plotë:
    - KUSH e ofron shërbimin – emri i institucionit, personi i kontaktit.
    - ÇFARË shërbimi ofrohet dhe nëse ka ndonjë kosto.
    - KU ndodhet – adresë, orar funksionimi, aksesibilitet.

4. Mbështetje gjatë referimit
    - Shoqëroni referimin me një raport të shkurtër me shkrim dhe, kur është e mundur, një telefonatë paraprake me institucionin pritës për të shmangur retraumatizimin.
    - Nxisni pavarësinë e viktimës duke e inkurajuar të marrë vetë kontaktin (nëse është e mundur).
    - Në rastet kur është e nevojshme, shoqëroni fizikisht viktimën deri te institucioni i referimit.
    - Jepini kontakte për takime të mëtejshme ose ndjekje të gjendjes shëndetësore.
    - Përmbylleni referimin vetëm kur është arritur një zgjidhje optimale ose kur nevojat/kërkesat e viktimës ndryshojnë.
5. Marrëveshje ndërinstitucionale dhe protokolle bashkëpunimi
    - Lidheni marrëveshje bashkëpunimi me shërbimet përkatëse për të garantuar shkëmbim të strukturuar të informacionit dhe referim të vazhdueshëm.
    - Sigurohuni që të gjitha palët e përfshira në rrjetin e referimit të njohin rolet dhe procedurat.

Në këtë mënyrë, referimi nuk mbetet thjesht një detyrim, por një akt profesional dhe human që garanton qasje të sigurt, dinjitoze dhe të koordinuar në shërbime për viktimat e DHBGJ në Shqipëri.

Seksioni VI – Aspektet etike dhe komunikimi me viktimat e dhunës me bazë gjinore

Trajtimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) kërkon që profesionistët shëndetësorë të veprojnë me ndjeshmëri të lartë etike dhe me aftësi të zhvilluara komunikimi. Ndërveprimi me viktimat nuk është vetëm një çështje klinike apo procedurale, por një proces i kujdesshëm që kërkon **respekt**, **besim**, **dinjitet**, dhe **fuqizim** të të mbijetuarve.

Parimet etike bazë

Për të garantuar një qasje të ndjeshme dhe të sigurt, profesionistët duhet të udhëhiqen nga parimet e mëposhtme etike:

✅ **Respekti për dinjitetin njerëzor.** Çdo individ që përjeton DHBGJ duhet të trajtohet me respekt të plotë për integritetin dhe vlerën e tij si njeri, pavarësisht nga gjinia, mosha, statusi martesor, orientimi seksual, etnia apo përkatësia fetare.

✅ **Mosdiskriminimi.** Shërbimet duhet të ofrohen në mënyrë të barabartë dhe pa paragjykime. Diskriminimi në bazë të gjinisë, statusit ekonomik apo kulturor, orientimit seksual apo përkatësisë etnike është jo vetëm joprofesional, por edhe shkelje e të drejtave të njeriut.

✅ **Konfidencialiteti.** Të gjitha informacionet e ndara nga viktima duhet të trajtohen dhe të ruhen në mënyrë konfidenciale, duke respektuar privatësinë dhe mbrojtjen e të dhënave

personale. Ndarja e informacionit me autoritetet përgjegjëse bëhet me pëlqimin e viktimës ose në rastet kur lejohet apo kërkohet nga legjislacioni në fuqi, përfshirë përjashtimet e parashikuara në nenin 14 të Ligjit nr. 11/2026. Në çdo rast, duhet të ndahet vetëm informacioni i nevojshëm për qëllimin përkatës..

✅ **Miratimi i informuar.** Çdo veprim klinik apo social që kryhet mbi ose për viktimën duhet të bëhet vetëm pasi ajo të jetë informuar qartë dhe plotësisht, dhe të ketë dhënë pëlqimin e saj të ndërgjegjshëm dhe të lirë.

✅ **Autonomia e viktimës.** Profesioni shëndetësor duhet të respektojë të drejtën e viktimës për të marrë vendime për vetveten, pa detyrim apo presion.

Parime të komunikimit të ndjeshëm me viktimat

Komunikimi i efektshëm dhe empatik me viktimat e DHBGJ është themelor për ndërtimin e një marrëdhënieje besimi dhe për të mbështetur procesin e rikuperimit.

🔷 **Dëgjimi aktiv dhe i duruar**
- Dëgjo viktimën pa ndërprerje.
- Shfaq interes të vërtetë për historinë që ajo ndan.
- Mbaj kontakt pamor (kur është e përshtatshme).
- Konfirmo dëgjimin me shprehje si “E kuptoj”, “Të faleminderit që ma the këtë”.

🔷 **Komunikim jo-gjykues**
- Shmang shprehjet që fajësojnë ose dyshojnë në fjalët e viktimës.
- Përdor një gjuhë neutrale dhe të kujdesshme.
- Mos bëj pyetje që sugjerojnë faj apo vendime të gabuara.

🔷 **Vlerësimi i gjendjes emocionale**
- Vëzhgo shenjat e stresit, frikës, ankthit apo tërheqjes.
- Mos ushqej ndjesinë e urgjencës për të nxjerrë informacion nëse viktima nuk është gati.

🔷 **Sigurimi i një ambienti të qetë dhe të sigurt**
- Përdor një hapësirë të veçantë për bisedë konfidenciale.
- Shmang prani të palëve të treta pa pëlqimin e viktimës.
- Jep garanci për privatësi dhe mbrojtje fizike kur është e nevojshme.

Çfarë të shmangësh në komunikim me viktimat

Shmang	Sepse…
Pyetjet “Pse nuk ike më parë?”	Fajësojnë dhe minimizojnë përvojën e viktimës
Presionin për të bërë kallëzim	Viktima ka të drejtë të vendosë kur dhe si do të veprojë
Premtimet që nuk mund të përmbushen	Cënojnë besimin dhe sigurinë emocionale
Diskutimin e dhunës në prani të fëmijëve apo dhunuesit	Krijon frikë dhe rrezik për viktimën

Ndërtimi i marrëdhënies së besimit

Besimi ndërtohet përmes qëndrueshmërisë, ndjeshmërisë dhe transparencës:

- Jini të sinqertë për rolin tuaj dhe kufizimet e tij.
- Jepni informacion të saktë për hapat e ardhshëm.
- Jepni kohë viktimës për të marrë vendime.
- Jepni mbështetje emocionale dhe afirmoni forcën e saj për të kërkuar ndihmë.

Kujdesi për mirëqenien emocionale të stafit
Komunikimi me viktima të dhunës është emocionalisht i ngarkuar. Profesionistët duhet të kujdesen edhe për veten përmes:

- Mbështetjes psikologjike ndërkolegjiale;
- Mbledhjeve të rregullta për diskutim rastesh të vështira (supervizim);
- Teknikave për menaxhimin e stresit dhe mirëqenies mendore.

Seksioni VII – Trajtimi i Grupeve në Rrezik të Shtuar

Dhuna me bazë gjinore (DHBGJ) mund të prekë këdo, por disa grupe janë në **rrezik të shtuar për përjetimin e dhunës dhe përballen me barriera të mëdha për akses në mbrojtje dhe kujdes**. Profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor duhet të jenë të vetëdijshëm për këto rreziqe dhe të zbatojnë **qasje të diferencuara dhe të përshtatura** për secilin grup.
Ky seksion ofron **udhëzime praktike, etike dhe kulturore** për punën me grupe vulnerabël, duke theksuar nevojën për ndjeshmëri, profesionalizëm dhe referim të saktë ndërsektorial.
Ky seksion synon të **ndihmojë profesionistët shëndetësorë të ofrojnë kujdes të barabartë, të drejtë dhe me ndjeshmëri** për çdo person që përjeton dhunë, pavarësisht kush është dhe nga vjen.

Qasje e personalizuar për grupet në rrezik të shtuar

Grupet e mëposhtme konsiderohen me rrezik të shtuar për përjetimin e DHBGJ dhe kanë nevoja specifike që duhet të merren parasysh gjatë vlerësimit, trajtimit dhe referimit:

🔷 Gratë shtatzëna dhe lehonat

Gratë gjatë shtatzënisë ose periudhës së lehonisë janë në një situatë të ndjeshme fiziologjike dhe psikologjike dhe mund të përballen me forma të rënda të dhunës fizike, seksuale dhe ekonomike, shpesh të padukshme për mjekët.
Udhëzime praktike:

- Vlerësoni shenjat fizike të dhunës me kujdes gjatë kontrolleve rutinë.
- Përdorni pyetje të ndjeshme për të vlerësuar mirëqenien në marrëdhënie.
- Siguroni akses të menjëhershëm në kujdes obstetrik dhe psikologjik.
- Informoni për opsionet ligjore dhe mbështetëse pa e detyruar të marrë vendim.

🔷 Fëmijët dhe adoleshentët

Fëmijët mund të jenë viktima të drejtpërdrejta të dhunës ose dëshmitarë të saj. Kjo ndikon rëndë në zhvillimin emocional dhe fizik. Adoleshentët përballen me rrezik të lartë për dhunë në marrëdhënie, presion seksual dhe abuzim.
Udhëzime praktike:

- Krijoni një ambient të sigurt dhe të besueshëm për fëmijët që flasin.
- Raportoni menjëherë rastet e dhunës tek autoritetet për mbrojtjen e fëmijës.

- Punoni në bashkëpunim me shërbimet psikosociale, arsimore dhe sociale.
- Përdorni gjuhë të përshtatshme për moshën dhe jepni informacion të kuptueshëm.

🔷 **Personat me aftësi të kufizuara**

Kjo kategori është veçanërisht e pambrojtur ndaj formave të ndryshme të dhunës, përfshirë dhunën institucionale, shfrytëzimin financiar dhe abuzimin fizik/seksual. Ata shpesh nuk dëgjohen ose nuk besohen.

Udhëzime praktike:

- Siguroni përkthyes të gjuhës së shenjave ose pajisje ndihmëse për komunikim.
- Vlerësoni nëse personi ka mbështetje të besueshme ose është i izoluar.
- Bashkëpunoni me organizata të specializuara në mbrojtjen e PAK-ve.
- Respektoni autonominë e tyre për vendimmarrje, duke ofruar udhëzim të qartë.

🔷 **Gratë nga komunitetet romë dhe egjiptianë**

Gratë nga këto komunitete përballen me margjinalizim të shumëfishtë: nga gjinia, përkatësia etnike dhe varfëria. Ato shpesh nuk kanë akses në informacion, shërbime dhe përballen me mosbesim institucional.

Udhëzime praktike:

- Siguroni komunikim në gjuhën e tyre ose me ndihmën e ndërmjetësuesve kulturorë.
- Mos gjykoni stilet e jetesës apo normat kulturore; shmangni stereotipet.
- Ofroni informacion të shkruar në mënyrë të thjeshtë dhe vizuale.
- Bashkëpunoni me aktorë lokalë të komunitetit që gëzojnë besim.

🔷 **Gratë migrante dhe/ose pa dokumente**

Migranteve shpesh u mungon njohja e të drejtave, ndihen të pasigurta për të kërkuar ndihmë dhe mund të përballen me dhunë si brenda familjes ashtu edhe nga punëdhënësit apo autoritetet.

Udhëzime praktike:

- Siguroni që ndihma nuk është e kushtëzuar me statusin ligjor.
- Informoni viktimën që kërkimi i ndihmës nuk përbën shkelje.
- Bashkëpunoni me organizata për mbrojtjen e të drejtave të migrantëve.
- Jepni informacion për mbrojtjen ligjore, përfshirë urdhrat e mbrojtjes.

🔷 **Personat LGBTIQ+**

Personat lezbike, gej, biseksualë, transgjinorë, interseks dhe kuir përballen shpesh me dhunë për shkak të orientimit të tyre seksual, identitetit gjinor ose shprehjes gjinore. DHBGJ ndaj tyre merr forma të ndryshme: dhunë në familje për "korrigjim", dhunë seksuale për "ndreqje", dhunë shoqërore, ekonomike apo edhe institucional.

Udhëzime praktike:

- Përdor gjuhë të përfshirë dhe neutrale: P.sh., "partneri/ja" në vend të "burri" apo "gruaja".
- Mos bëj supozime për gjininë, identitetin apo marrëdhëniet.
- Respekto emrin dhe përkatësinë gjinore që preferon personi, sidomos për personat trans dhe jo-binarë.
- Mos kërko informacione të panevojshme për orientimin seksual apo historikun e tranzicionit gjinor, përveç nëse ka lidhje direkte me shërbimin mjekësor.

- Merr parasysh se viktima mund të ketë përjetuar dhunë nga familja, partnerët, shoqëria apo institucione – mos supozo që viktima ka mbështetje.
- Bashkëpuno me organizatat që ofrojnë mbështetje për komunitetin LGBTIQ+, për referim të sigurt dhe ndihmë psikosociale.

🔷 **Personat me aftësi të kufizuara (PAK)**
Personat me aftësi të kufizuara, përfshirë ata me **kufizime mendore, psikologjike, motorike apo shqisore**, janë të ekspozuar ndaj DHBGJ përmes abuzimeve fizike, seksuale, financiare dhe neglizhencës – shpesh nga kujdestarët apo institucionet që duhet t'i mbrojnë. Ata gjithashtu kanë **akses më të kufizuar në informacion dhe shërbime**, dhe përballen me **mungesë besimi nga ana e autoriteteve**.
Udhëzime praktike:

- **Siguro akses fizik dhe komunikues në qendrat shëndetësore** (rampa, dhoma të përshtatura, gjuhë e lehtë, përkthyes për gjuhën e shenjave).
- **Përdor mjete ndihmëse për komunikim**, si karta vizuale, gjuhë e lehtë apo teknologji asistuese.
- **Vlerëso nëse personi është i varur nga një kujdestar që mund të jetë edhe dhunuesi** – krijo mundësi për komunikim të sigurt dhe privat.
- **Mos e nënvlerëso dëshminë e viktimës për shkak të kufizimeve mendore apo të të folurit** – vlerëso me ndihmën e specialistëve të duhur.
- Respekto **autonominë** e personit për vendimmarrje, dhe siguro që vendimet mjekësore të bëhen me **miratim të informuar**, edhe në rastet kur përfshihen kujdestarë ligjorë.
- Siguro që **referimi në institucione të tjera të bëhet vetëm në kushte që garantojnë barazi, siguri dhe dinjitet.**

📌 **Paralajmërim profesional për të dy grupet:**
Kujdes! Viktimat LGBTIQ+ dhe PAK shpesh përballen me "riviktimizim" – nga mosbesimi, refuzimi institucional, ose nga ndërhyrjet mjekësore joetike. **Kujdesi i tyre kërkon përgatitje të mirë profesionale, ndjeshmëri, dhe bashkëpunim me organizata që mbrojnë të drejtat e tyre.**

Shembuj praktikë

Raste të ndryshme

Grupi	Situatë	Veprim i rekomanduar
Djalë 19-vjeçar gej	Ka pësuar dhunë nga familja pas zbulimit të orientimit seksual	Trajtim i menjëhershëm, referim në qendër mbështetëse LGBTIQ+, njoftim për shërbime sociale
Vajzë me sindromë Down	Ankohet për dhimbje në pjesët intime, është e frikësuar	Sigurim i përkthyesit të përshtatshëm, ekzaminim i kujdesshëm, njoftim për autoritetet mbrojtëse

Parime të përgjithshme për punën me grupe vulnerabël

- **Qasje individuale**: Mos e trajtoni grupin si një njësi të vetme – vlerësoni nevojat individuale.
- **Ndjeshmëri kulturore**: Respektoni normat dhe vlerat kulturore, duke ruajtur balancën me të drejtat e njeriut.
- **Pjesëmarrje aktive**: Fuqizoni individin në procesin e vendimmarrjes, pavarësisht moshës apo gjendjes.
- **Përdorimi i rrjetit lokal**: Shfrytëzoni rrjetet mbështetëse të komunitetit për ndërhyrje më efektive.

Raste praktike

Grupi	Situatë	Veprim i rekomanduar
Grua shtatzënë	Paraqitet me dhimbje barku dhe shenja gjakderdhjeje	Pyetje të kujdesshme për sigurinë në shtëpi, referim për mbështetje psikosociale
Vajzë rome 16 vjeç	Ka ndërprerë shkollën dhe paraqet shenja izolimi	Ndërmjetësim me shkollën, shërbime sociale dhe mbështetje komunitare
Djalë 13 vjeç	Raporton se “nuk fle dot natën” dhe ka frikë të shkojë në shtëpi	Njoftim i menjëhershëm për strukturat e mbrojtjes së fëmijëve dhe përfshirje psikologu
Grua me kufizim dëgjimi	Vjen me plagë të përsëritura, nuk shoqërohet nga askush	Përkthyes për komunikim, referim në shërbime të specializuara, njoftim autoriteteve

Seksioni VIII – Ndjekja dhe Monitorimi i Rasteve të Referuara

Ndjekja dhe monitorimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore pas referimit është një hap thelbësor për të siguruar që të mbijetuarit të përfitojnë mbështetje të vazhdueshme dhe cilësore në të gjitha hallkat e sistemit. Përtej identifikimit dhe referimit fillestar, përgjegjësia e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor përfshin **kujdesin afatgjatë, koordinimin ndërinstitucional dhe ndjekjen etike të progresit të viktimës**, duke respektuar në çdo hap **konfidencialitetin dhe dinjitetin** e saj.

Qëllimi i ndjekjes dhe monitorimit

- Të sigurohet që viktima ka marrë ndihmën e nevojshme nga institucioni ku është referuar.
- Të identifikohen pengesat ose vështirësitë në aksesin e shërbimeve.
- Të ruhet një vijueshmëri e kujdesit dhe mbështetjes psiko-sociale dhe mjekësore.
- Të përmirësohet përgjigja institucionale përmes analizës së rasteve dhe përmirësimit të bashkëpunimit ndërsektorial.

Parimet themelore të ndjekjes

✅ **Konfidencialiteti dhe mbrojtja e të dhënave personale.** Të gjitha informacionet që lidhen me rastin duhet të trajtohen me diskrecion dhe të ruhen në përputhje me legjislacionin për mbrojtjen e të dhënave personale. Informacioni ndahet vetëm me pëlqimin e viktimës ose kur ekziston një detyrim apo autorizim ligjor, duke respektuar përjashtimet e parashikuara në nenin 14 të Ligjit nr. 11/2026. Kontakti me viktimën për

ndjekjen e rastit duhet të realizohet me pëlqimin paraprak të saj dhe në mënyrë **që nuk rrezikon sigurinë personale apo emocionale**..

✅ **Respektimi i autonomisë së viktimës.** Viktima ka të drejtë të **refuzojë ndjekjen ose kontaktin e mëtejshëm**. Ky vendim duhet të respektohet pa gjykim dhe të dokumentohet në mënyrë të sigurt.

✅ **Qasja e koordinuar dhe gjithëpërfshirëse.** Monitorimi nuk duhet të jetë detyrë e izoluar e një institucioni, por pjesë e një rrjeti referimi aktiv, ku secili institucion kontribuon me informacion të përmbledhur dhe të nevojshëm për ruajtjen e cilësisë së kujdesit.

Hapat praktike të ndjekjes pas referimit

1. **Dokumentimi i referimit**
    - Regjistroni datën, institucionin pritës, kontaktin dhe llojin e shërbimit të kërkuar.
    - Siguroni që viktima është informuar për shërbimin dhe ka dhënë pëlqimin për kontaktin.
2. **Ndjekja e ecurisë pas referimit**
    - Pas një periudhe të përshtatshme (zakonisht 3–7 ditë), mund të realizohet një kontakt i sigurt për të pyetur:

"A arritët të merrni shërbimin që ju nevojitej?"
"A keni nevojë për ndonjë mbështetje tjetër?"

    - Shmangni pyetjet invazive ose presionin për të zbuluar detaje të ndjeshme.
3. **Koordinimi me institucionet pritëse**
    - Me lejen e viktimës, kontaktoni me institucionin pritës për të konfirmuar përfundimin apo vazhdimësinë e ndihmës.
    - Kërkoni feedback për cilësinë e bashkëpunimit dhe propozime për përmirësim.
4. **Regjistrimi dhe raportimi**
    - Përdorni forma të thjeshta për të regjistruar ecurinë e rasteve të referuara.
    - Mblidhni të dhëna të agreguara për analizë mujore, pa identifikues personal.

Përfitimet e ndjekjes dhe monitorimit cilësor

- Përmirëson **efikasitetin e ndërhyrjes** në rastet e dhunës.
- Siguron **qëndrueshmëri në mbështetje dhe kujdes** për viktimën.
- Forcon **besimin e viktimave në sistemin shëndetësor dhe rrjetin mbështetës**.
- Mundëson **vlerësimin dhe përmirësimin e rrugës së referimit**.
- Nxit një **kulturë institucionale përgjegjshmërie dhe bashkëpunimi**.

Shembuj praktikë për ndjekje efektive

Rasti	**Veprimi i ndjekjes**
Grua e referuar në shërbim psikosocial	Telefonatë konfidenciale 5 ditë pas referimit për të siguruar që ka marrë ndihmë
Vajzë 17-vjeçare e referuar në polici	Komunikim me përfaqësuesin ligjor dhe mbrojtësin e fëmijës për ecurinë e rastit
Nënë me dy fëmijë në strehimore	Bashkëpunim me punonjësen sociale të strehimores për nevojat shëndetësore të fëmijëve

Mjete të rekomanduara për ndjekje dhe monitorim

- Formular për regjistrimin e referimit dhe përgjigjes institucionale
- Ditar i sigurt për ndjekjen e rasteve (pa të dhëna identifikuese)
- Udhëzues i brendshëm për kohëzgjatjen dhe format e kontaktit të ndjekjes
- Raporte të përmbledhura mujore për përmirësimin e bashkëpunimit me rrjetin

Përfundim: Ndjekja dhe monitorimi i rasteve të referuara nuk është vetëm një veprim administrativ – është një pjesë e pandarë e kujdesit të ndjeshëm, gjithëpërfshirës dhe të orientuar drejt rikuperimit të plotë të viktimës. Ai reflekton përgjegjshmërinë institucionale për të mos e lënë viktimën vetëm pas kontaktit të parë.

Seksioni IX – Trajnimi dhe Zhvillimi Profesional i Vazhdueshëm

Adresimi efektiv i dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) në kontekstin e kujdesit shëndetësor parësor kërkon **një qasje të informuar, të ndjeshme dhe të vazhduar profesionale** nga ana e punonjësve të shëndetësisë. Aftësitë për të identifikuar, menaxhuar dhe referuar rastet e DHBGJ nuk janë njëherë e përgjithmonë – ato duhet të **përditësohen dhe përforcohen në mënyrë sistematike**, duke reflektuar zhvillimet në legjislacion, politika dhe praktika klinike.

Rëndësia e edukimit të vazhduar në fushën e DHBGJ

Trajnimi i vazhdueshëm:

- **Rrit kompetencën teknike** të profesionistëve në trajtimin klinik, psikologjik dhe social të rasteve.
- **Forcon ndjeshmërinë etike dhe komunikimin empatik** me viktimat.
- **Minimizon rrezikun e gabimeve** në identifikim, dokumentim dhe referim të rasteve.
- **Rrit besimin e viktimave në sistemin shëndetësor**, kur përballen me staf të trajnuar.
- **Nxit një kulturë institucionale që kundërshton dhunën dhe promovon barazinë gjinore.**

Rekomandime për programe trajnimi efektive

✅ **Trajnime bazë për të gjithë personelin**

Çdo punonjës i kujdesit shëndetësor parësor – mjekë familjeje, infermierë, psikologë, punonjës socialë, administratë – duhet të marrë një trajnim bazë që përfshin:

- Përkufizimet e DHBGJ dhe format e saj
- Kuadrin ligjor kombëtar dhe ndërkombëtar
- Identifikimin dhe sinjalet e hershme
- Udhëzimet për komunikimin me viktimat
- Procesin e referimit dhe ndjekjes
- Rolin e tyre si pjesë e rrjetit ndërinstitucional

✅ **Trajnime të avancuara për personelin kyç**

Për ata që kanë rol drejtues ose teknik (p.sh., përgjegjës shëndetësor, psikolog klinik, infermier referues), rekomandohen trajnimet e thelluara mbi:

- Menaxhimin e rasteve komplekse
- Bashkëpunimin ndërinstitucional dhe ndërsektorial

- Koordinimin e rrugës së referimit
- Menaxhimin e dokumentacionit dhe raportimit të rasteve
- Ndërhyrjen në situata urgjente (p.sh., rastet akute të dhunës)

✅ **Përsëritja periodike e trajnimeve**

- Trajnimet bazë të përsëriten **çdo 2–3 vjet**.
- Sesione për rifreskimin e njohurive pas çdo **ndryshimi në kuadrin ligjor ose protokollet kombëtare**.
- Përfshirja e trajnimeve në **planin vjetor të edukimit të vazhduar të qendrës shëndetësore**.

Përfshirja e temës së DHBGJ në arsimin parauniversitar dhe universitar shëndetësor

- **Institucionet formuese shëndetësore** (shkollat e infermierisë, universitetet mjekësore) duhet të integrojnë në kurrikula temat që lidhen me:
  - të drejtat e njeriut dhe barazinë gjinore,
  - njohuritë mbi DHBGJ dhe rolin e sistemit shëndetësor,
  - komunikimin etik me viktimat.
- Për studentët e mjekësisë dhe të shkencave shëndetësore, **praktikat klinike** duhet të përfshijnë **simulime rastesh dhe reflektim etik mbi situata të dhunës në familje**.

Roli i personelit kyç – Koordinatorët vendor për DHBGJ

Çdo qendër shëndetësore duhet të caktojë një ose më shumë **personel kyç të trajnuar** që shërbejnë si **koordinatorë për menaxhimin e rasteve të DHBGJ**.

Detyrat e koordinatorit vendor:

- Zbatimi i protokolleve dhe rrugës së referimit brenda qendrës.
- Ndërmjetësimi me institucionet partnere (shërbime sociale, polici, strehimore).
- Mbështetja e kolegëve në trajtimin e rasteve të ndërlikuara.
- Organizimi i mbledhjeve të brendshme për reflektim mbi rastet dhe përmirësim të praktikës.
- Sigurimi që trajnimet e reja dhe informacionet përditësohen dhe shpërndahen.

Ndërtimi i një kulture institucionale të ndjeshme ndaj DHBGJ

- Trajnimi i vazhdueshëm nuk është vetëm teknik – ai ndihmon në **ndryshimin e qëndrimeve, normave dhe bindjeve** brenda mjedisit të punës.
- Promovimi i një kulture që **i beson viktimave**, i **adreson shkeljet etike** dhe i **inkurajon reagimet kolektive** është një hap drejt **transformimit institucional**.

Sugjerime për burime trajnimi dhe partneritet

- Bashkëpunim me:
  - **Shërbimet e mbrojtjes sociale**
  - **Qendrat për të drejtat e grave**
  - **Organizatat LGBTIQ+ dhe për PAK**
  - **Agjencitë ndërkombëtare (UNFPA, UN Ëomen, ËHO, UNICEF)**
- Përdorimi i platformave online dhe materialeve vizuale për trajnime asinkrone.

✅ **Përmbledhje:**

Trajnimi dhe zhvillimi profesional i vazhdueshëm është një **kusht themelor për cilësi, besueshmëri dhe përgjegjshmëri** në përballjen e sistemit shëndetësor me dhunën me bazë

gjinore. Pa personel të informuar dhe të trajnuar mirë, referimi dhe mbështetja e viktimave mbeten të fragmentuara dhe joefektive.

Checklistë për Trajnimin dhe Zhvillimin Profesional të Vazhdueshëm mbi DHBGJ

📌 A. Trajnime Bazë për të Gjithë Stafin

Nr.	Aktiviteti	Po	Jo	Komente
1	Stafi ka ndjekur trajnim bazë për DHBGJ në 3 vitet e fundit	☐	☐	
2	Trajnimi përfshinte përkufizime, kuadrin ligjor, identifikimin, komunikimin dhe referimin	☐	☐	
3	Trajnimi është dokumentuar dhe certifikuar	☐	☐	

📌 B. Trajnime të Avancuara për Stafin Kyç

Nr.	Aktiviteti	Po	Jo	Komente
4	Ekziston një staf referues i trajnuar për menaxhimin e rasteve komplekse	☐	☐	
5	Ky staf ka njohuri për vlerësimin e rrezikut dhe planifikimin e sigurisë	☐	☐	
6	Ky staf bashkëpunon rregullisht me institucionet partnere	☐	☐	

📌 C. Përsëritja dhe Përditësimi i Trajnimeve

Nr.	**Aktiviteti**	**Po**	**Jo**	**Komente**
7	**Ekziston një plan vjetor i trajnimeve të brendshme/rifreskuese**	☐	☐	
8	**Stafi është informuar për ndryshime në protokollet apo legjislacionin përkatës**	☐	☐	
9	**Përdoren mjete të ndryshme formimi: manuale, video, simulime, etj.**	☐	☐	

📌 D. Përfshirja në Programet Formuese Akademike

Nr.	**Aktiviteti**	**Po**	**Jo**	**Komente**
10	**Qendra bashkëpunon me institucione formuese për praktikë studentore mbi DHBGJ**	☐	☐	
11	**Studentët përfshihen në simulime trajtimi dhe referimi**	☐	☐	

📌 E. Roli i Koordinatorëve Institucionalë

Nr.	Aktiviteti	Po	Jo	Komente
12	Është emëruar një koordinator institucional për rastet e DHBGJ	☐	☐	Emri: _____
13	Ka përshkrim të qartë detyrash dhe përgjegjësish për këtë rol	☐	☐	
14	Koordinatori ndjek dhe raporton mbi trajnimet dhe përmirësimet e brendshme	☐	☐	

📌 F. Nxitja e Kulturës Institucionale të Ndjeshme ndaj DHBGJ

Nr.	Aktiviteti	Po	Jo	Komente
15	Promovohet një ambient pune që inkurajon respekt dhe reagim ndaj dhunës	☐	☐	
16	Ka zero tolerancë për qëndrimet paragjykuese apo fajësuese ndaj viktimave	☐	☐	
17	Raportet e stafit mbi vështirësitë në trajtim adresohen institucionalisht	☐	☐	

📌 G. Burime dhe Partneritete për Trajnime

Nr.	Aktiviteti	Po	Jo	Komente
18	Qendra bashkëpunon me organizata të specializuara (UNFPA, UN Ëomen, etj.)	☐	☐	
19	Është i aksesueshëm një listë e përditësuar me materialet për trajnime	☐	☐	
20	Përdoren platforma online për trajnime asinkrone (në mungesë të prezencës fizike)	☐	☐	

VLERËSIM PËRFUNDIMTAR I CHECKLIST-ËS

- Nëse janë përmbushur ≥ 16 nga 20 pika → ✅ *Qendra konsiderohet me kapacitet të mirë trajnimi.*
- Nëse janë përmbushur 10–15 pika → ⚠️ *Rekomandohet përmirësim dhe mbështetje për zhvillim kapacitetesh.*
- Nëse janë përmbushur < 10 pika → 🌡️ *Kërkohet ndërhyrje urgjente për forcim të kapaciteteve profesionale.*

Seksioni X – Menaxhimi i Stresit dhe Mirëqenies së Stafit Shëndetësor

Profesionistët e kujdesit shëndetësor që punojnë me raste të dhunës me bazë gjinore përballen rregullisht me ngarkesa të mëdha emocionale dhe psikologjike. Ekspozimi i vazhdueshëm ndaj historive traumatike të viktimave, ndjenja e përgjegjësisë morale, kufizimet institucionale dhe mungesa e mbështetjes strukturore mund të çojnë në lodhje emocionale, *burnout*, dhe ndonjëherë edhe në ndjesi pafuqie apo mospërmbushjeje profesionale.
Ky seksion synon të ofrojë një kuadër praktik për të njohur, parandaluar dhe menaxhuar stresin në mënyrë që të ruhet mirëqenia dhe qëndrueshmëria e stafit shëndetësor.

Ndikimi emocional i punës me raste të DHBGJ

- Përballja me trauma të përsëritura mund të çojë në dëmtime të shëndetit mendor, përfshirë ankth, depresion, pagjumësi, dhe ndjeshmëri të lartë emocionale.
- Profesionistët mund të përjetojnë ndjesi faji për pamundësinë për të bërë më shumë për viktimat, sidomos në raste që përfundojnë me pasoja të rënda për viktimat.
- Në disa raste, lind fenomeni i quajtur "trauma sekondare", ku profesionisti përthith emocionalisht vuajtjen e viktimës.
- Ekspozimi i zgjatur ndaj situatave të vështira mund të çojë në burnout, duke ulur përqendrimin, motivimin dhe cilësinë e shërbimit të ofruar.

Shenjat paralajmëruese të lodhjes profesionale (burnout)

- Rënie e vazhdueshme e energjisë dhe motivimit.
- Ndjenja e shterimit emocional dhe fizike në fund të ditës së punës.
- Irritueshmëri dhe vështirësi në marrëdhënie pune.
- Cinizëm ndaj punës ose ndaj viktimave.
- Mungesë e ndjeshmërisë apo reagime të ftohta.
- Rritje e gabimeve në vlerësimin ose kujdesin për pacientët.

Strategji individuale për menaxhimin e stresit

- Vetëreflektimi i rregullt mbi kufijtë profesionalë dhe emocionalë.
- Përdorimi i teknikave të frymëmarrjes së thellë, relaksimit muskulor progresiv ose meditimit të udhëhequr.
- Vendosja e kufijve të shëndetshëm: të dish kur të thuash "jo" dhe të kërkosh pushim.
- Krijimi i një rrjeti mbështetës kolegësh për ndarje emocionesh në mënyrë jo-gjykuese.
- Përdorimi i journaling për të përpunuar përvojat emocionale.

Mekanizma institucionale për mbështetjen e stafit

- **Ofrimi i supervizimit klinik ose psikologjik të rregullt për stafin që punon me raste të DHBGJ.**
- Organizimi i ëorkshop-eve për mirëqenie dhe trajnimeve mbi menaxhimin e stresit.
- Vendosja e protokolleve për mbrojtjen e shëndetit mendor të stafit, përfshirë ndërhyrje në rast burnout-i.
- Ofrimi i mundësive për rotacion pune për të shmangur ekspozimin e zgjatur ndaj rasteve traumë-induktuese.
- Sigurimi i qasjes në këshillim psikologjik konfidencial, falas ose me kosto të mbuluar nga institucioni.
- Nxitja e një kulture pune mbështetëse, pa stigmë ndaj ndjeshmërisë emocionale apo kërkesës për ndihmë.

Promovimi i mirëqenies kolektive

- Krijimi i hapësirave për reflektim të përbashkët në fund të javës apo muajit.
- Aktivitetet informale të socializimit në ekip, për të forcuar lidhjet ndërmjet kolegëve.
- Vlerësimi dhe njohja institucionale për punën e bërë me viktimat e DHBGJ.
- Zhvillimi i një politike institucionale për kujdesin ndaj stafit, e integruar në manualet dhe praktikat e përditshme.

Përfundim

Ruajtja e mirëqenies emocionale dhe profesionale të stafit shëndetësor është një parakusht për ofrimin e një shërbimi të ndjeshëm dhe të qëndrueshëm ndaj viktimave të DHBGJ. Përmes masave individuale dhe mbështetjes strukturore, institucionet mund të sigurojnë jo vetëm një trajtim më cilësor për viktimat, por edhe një ambient pune më i shëndetshëm për ata që i shërbejnë atyre.

Seksioni XI – Zbatimi i Protokolleve dhe Standardeve Institucionale

Zbatimi i protokolleve dhe standardeve të brendshme është një element thelbësor për të siguruar që reagimi ndaj dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) në qendrat e kujdesit shëndetësor

të jetë i qëndrueshëm, i koordinuar dhe në përputhje me ligjin. Ky seksion ofron udhëzime praktike për hartimin, miratimin, zbatimin dhe mbikëqyrjen e protokolleve institucionale që rregullojnë ndërhyrjen ndaj rasteve të DHBGJ.

Rëndësia e protokolleve të brendshme në trajtimin e DHBGJ

- Standardizimi i praktikës klinike: Protokollet ndihmojnë në harmonizimin e mënyrës së trajtimit të rasteve, pavarësisht vendndodhjes ose personelit në detyrë.
- Reduktimi i gabimeve dhe keqmenaxhimeve: Duke pasur një rrugë të qartë veprimi, minimizohet rreziku i mosveprimit ose reagimeve të papërshtatshme ndaj viktimave.
- Zbatim më i mirë i të drejtave të viktimës: Protokollet sigurojnë që procesi të jetë i ndjeshëm ndaj traumës, etik dhe në përputhje me standardet e të drejtave të njeriut.
- Mbështetje për profesionistët shëndetësorë: Një udhëzues i qartë ndihmon personelin të ndjehet më i përgatitur dhe më i sigurt në ndërveprimin me rastet sensitive.

Përmbajtja minimale e një protokolli institucional për rastet e DHBGJ

Një protokoll i brendshëm duhet të përfshijë:

- Udhëzime për identifikimin dhe vlerësimin fillestar të rastit.
- Hapat për komunikim të ndjeshëm dhe marrje të miratimit të informuar.
- Procedura për dokumentim të sigurt dhe konfidencial të të dhënave.
- Udhëzime për referim të koordinuar dhe të menjëhershëm drejt institucioneve të tjera.
- Mekanizma për menaxhimin e rasteve urgjente.
- Qartësim të roleve dhe përgjegjësive të secilit anëtar të ekipit shëndetësor.
- Rregulla për ndjekjen dhe mbështetjen afatgjatë të viktimave.
- Protokolle për menaxhimin e konflikteve të interesit dhe trajtimin e situatave ku dhunuesi është pjesë e sistemit.

Përputhshmëria me udhëzimet kombëtare dhe ndërkombëtare

- Protokollet duhet të jenë në përputhje me ligjin shqiptar, përfshirë Ligjin për Masat ndaj Dhunës në Marrëdhëniet Familjare dhe aktet nënligjore.
- Duhet të reflektojnë parimet e Konventës së Stambollit, udhëzimet e OBSH-së dhe standardet e vendosura nga organizatat si UN Ëomen dhe UNICEF.
- Miratimi institucional duhet të përfshijë njësitë vendimmarrëse, drejtuesit e qendrës shëndetësore, dhe përfaqësues të bashkëpunëtorëve lokalë.

Roli i drejtuesve institucionalë në zbatimin e protokolleve

- Drejtuesit e qendrave shëndetësore kanë detyrën të:
    - Sigurojnë formimin dhe trajnimin e stafit mbi protokollet.
    - Kujdesen për disponueshmërinë dhe përditësimin periodik të dokumenteve të udhëzimit.
    - Mbështesin monitorimin sistematik të zbatimit në praktikë.
    - Reagojnë ndaj pengesave organizative dhe strukturore që mund të ndalojnë zbatimin e plotë.

Monitorimi i cilësisë së zbatimit të protokolleve

- Vlerësimi i performancës së stafit dhe identifikimi i praktikave të suksesshme ose problematike.
- Përdorimi i instrumenteve të vetëvlerësimit dhe raporteve vjetore mbi rastet e trajtuara.
- Krijimi i mekanizmave për mbledhjen anonime të feedback-ut nga viktimat për të vlerësuar cilësinë e shërbimeve.
- Inkurajimi i reflektimit kolektiv institucional mbi përmirësimet e nevojshme dhe sukseset.

Raportimi dhe transparenca

- Protokolli duhet të përfshijë detyrime për:
    - Raportim periodik institucional, si pjesë e përgjegjësive menaxheriale.
    - Kontribut në sistemet kombëtare të mbledhjes së të dhënave për DHBGJ.
    - Sigurim të konfidencialitetit gjatë raportimit, duke respektuar të drejtat e viktimave.
    - Koordinim me institucionet e tjera në nivel vendor dhe kombëtar për ndarjen e të dhënave të agreguara për qëllime analizash dhe përmirësimi të politikave.

Përfundim. Zbatimi i protokolleve të brendshme nuk është vetëm një detyrë administrative – është një angazhim institucional ndaj cilësisë, barazisë dhe të drejtave të njeriut. Përmes standardizimit, monitorimit dhe reflektimit të vazhdueshëm, qendrat shëndetësore mund të bëhen aktorë aktivë në luftën kundër dhunës me bazë gjinore.

Referencat

- Adams, Adrienne E. 2007. *Measuring the Effects of Domestic Violence on Women's Financial Well-Being*. East Lansing, MI: Michigan State University.
- Adams, Adrienne E., Cris M. Sullivan, Deborah Bybee, and Megan R. Greeson. 2007. "Development of the Scale of Economic Abuse." *Violence Against Women* 13(6): 563–587.
- Bacchus, Loraine J., et al. 2018. "Barriers to Identifying and Responding to Intimate Partner Violence in Health Settings: A Synthesis of Qualitative Evidence." *The Lancet Global Health* 6(6): e603–e610.
- Campbell, Jacquelyn C. 2002. “Health Consequences of Intimate Partner Violence.” *The Lancet* 359(9314): 1331–1336.
- Campbell, Jacquelyn C., Daniel W. Webster, Jane Koziol-McLain, Carolyn Block, Doris Campbell, Mary Ann Curry, et al. 2002. “Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results from a Multisite Case Control Study.” *American Journal of Public Health* 93(7): 1089–1097.
- Colombini, Manuela, et al. 2012. "Interventions to Respond to Violence against Women in Health Care Settings: A Review." *Social Science & Medicine* 74(11): 1665–1675.
- Devries, Karen M., et al. 2013. "The Global Prevalence of Intimate Partner Violence against Women." *Science* 340(6140): 1527–1528.

- Dutton, Donald G. 2006. *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver: UBC Press.
- Dutton, Donald G. 2006. *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver: UBC Press.
- Feder, Gene, et al. 2006. "How Far Does Screening Women for Domestic (Intimate Partner) Violence in Different Health-Care Settings Meet Criteria for a Screening Programme?" *Health Technology Assessment* 13(16).
- Foran, Heather M., and K. Daniel O'Leary. 2008. "Alcohol and Intimate Partner Violence: A Meta-Analytic Review." *Clinical Psychology Review* 28(7): 1222–1234.
- Golding, Jacqueline M. 1999. "Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis." *Journal of Family Violence* 14(2): 99–132.
- Golding, Jacqueline M. 1999. "Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis." *Journal of Family Violence* 14(2): 99–132.
- Hegarty, Kelsey, and Angela Taft. 2001. "Overcoming the Barriers to Disclosure and Inquiry of Partner Abuse for Women Attending General Practice." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 433–437.
- Hegarty, Kelsey, et al. 2007. "Domestic Violence in Australia: Definition, Prevalence and Nature of Presentation in Clinical Practice." *Medical Journal of Australia* 187(10): 535–539.
- Heise, Lori. 1998. "Violence against Women: An Integrated, Ecological Framework." *Violence Against Women* 4(3): 262–290.
- Heise, Lori. 1998. "Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework." *Violence Against Women* 4(3): 262–290.
- Humphreys, Cathy, and Ravi K. Thiara. 2003. "Mental Health and Domestic Violence: 'I Call it Symptoms of Abuse.'" *The British Journal of Social Work* 33(2): 209–226.
- Pence, Ellen, and Michael Paymar. 1993. *Education Groups for Men Who Batter: The Duluth Model*. New York: Springer Publishing Company.
- Rothman, Emily F., Renee M. Baughman, Anita Raj, and Jay G. Silverman. 2011. "Intimate Partner Violence Perpetration by Men Seeking Help: Associations with Child Abuse Exposure and Trauma Symptoms." *Journal of Interpersonal Violence* 26(14): 2821–2833.
- Stark, Evan. 2007. *Coercive Control: The Entrapment of Women in Personal Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Sullivan, Cris M., and Marisa Rumptz. 1994. "Adjustment and Needs of African American Women Who Utilized a Domestic Violence Shelter." *Violence and Victims* 9(3): 275–286.
- Walker, Lenore E. 1979. *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.
- Walker, Lenore E. A. 2017. *The Battered Woman Syndrome*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company.
- Widom, Cathy Spatz. 1989. "The Cycle of Violence." *Science* 244(4901): 160–166.
- World Health Organization (WHO). 2013. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2017. *Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence against Women*. Geneva: WHO

SHTOJCA 1 - FORMULAR PËR DEPISTIMIN RUTINË TË DHUNËS NË FAMILJE

Ky formular plotësohet 1 herë në vit për çdo grua gjatë vizitës shëndetësore rutinë (në shtëpi ose në qendër), me qëllim identifikimin e mundshëm të dhunës fizike, seksuale apo abuzimit psikologjik. Formulari arkivohet në kartelën personale të pacientes.

TË DHËNAT E PACIENTES:

- **Emri, Mbiemri:** _____
- **Datëlindja (dd/mm/vvvv):** _____
- **Nr. i dokumentit të identifikimit (nëse e disponon):** _____
- **Data e plotësimit:** _____
- **Shtatzënë:** ☐ Po ☐ Jo
- **Nr. i regjistrit:** _____
- **Emri i punonjësit shëndetësor:** _____
- **Qendra shëndetësore / Njësia administrative:** _____

SEKSIONI I – PYETJE HYRËSE

(Shërbejnë për të krijuar besim dhe për të lehtësuar komunikimin)

1. Si e përshkruani marrëdhënien tuaj aktuale me partnerin/bashkëshortin?

---

2. A përjetoni ndonjë shqetësim, stres apo vështirësi në ambientin ku jetoni?

---

3. Cili mendoni se është shkaku i këtyre shqetësimeve?

---

4. A keni konflikte me partnerin apo ndonjë anëtar tjetër të familjes?

---

5. A ka partneri juaj probleme me alkoolin, drogat, lojërat e fatit apo çrregullime të tjera?

---

6. Si ndikon kjo në sjelljen e tij me ju dhe me fëmijët?

SEKSIONI II – PYETJE DIREKTE PËR DHUNËN

7. A jeni aktualisht në një marrëdhënie me dikë që ju ka dëmtuar fizikisht, ju ka kërcënuar apo ju ka frikësuar ndonjëherë?

---

8. A ka ndonjë person në familje të cilit i druheni apo ndiheni e kërcënuar prej tij?

9. A ju ka qëlluar ndonjëherë partneri juaj aktual apo i mëparshëm?

10. A ju ka detyruar ndonjëherë partneri juaj të kryeni marrëdhënie seksuale kundër dëshirës suaj?

11. A keni përjetuar dhunë fizike gjatë shtatzënive (të tanishme apo të mëparshme)?

12. A ndiheni e izoluar apo e kontrolluar nga partneri juaj?

13. A keni frikë të ktheheni në shtëpi? Pse?

14. Si e përshkruani marrëdhënien tuaj me partnerin dhe mënyrën si zgjidhni konfliktet?

15. A i kanë shkaktuar dëmtime fizike aktuale partneri/bashkëshorti juaj?

16. A do të dëshironit të flisnim më tej për shëndetin dhe mirëqenien tuaj?

SEKSIONI III – PYETJE PËR PRINDIN / KUJDESTARIN (VLERËSIM I RREZIKUT TË MUNDSHËM PËR FËMIJËT)

17. Çfarë nënkupton për ju të kujdeseni për fëmijën/fëmijët tuaj?

18. Kush ju ndihmon me përkujdesjen për fëmijët?

19. A ndjeni se keni kohë të mjaftueshme për t'u kujdesur për veten?

20. Si reagoni kur sjellja e fëmijës ju streson apo ju acaruar?

21. A keni ndonjë vështirësi gjatë ushqimit, fjetjes apo aktiviteteve të tjera ditore me fëmijët?

22. A ndodhen fëmijët në një institucion të kujdesit ditor? (çerdhe, kopësht etj.)

23. A e keni dëmtuar ndonjëherë fëmijën tuaj? Nëse po, pse?

24. Kush kujdeset për fëmijët nëse ju jeni në punë?

25. Si janë marrëdhëniet tuaja me partnerin në lidhje me kujdesin ndaj fëmijëve?

26. A humbet ndonjëherë durimin partneri gjatë përkujdesjes ndaj fëmijëve? Si reagon ai?

KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

☐ DHF e konstatuar

☐ DHF e dyshuar

☐ DHF jo e pranishme

Përfundime dhe rekomandime:

(Shkruani të dhëna nga intervista që lidhen me trajtimin, ndjekjen dhe veprimet e nevojshme)

EKZAMINIMI U KRYE NGA:

- **Emri, Mbiemri: _____**
- **Nr. telefoni: _____**
- **Pozicioni i punës: _____**
- **Firma dhe vula: _____**