



Financuar nga
Bashkimi Evropian

VLERËSIMI I SFIDAVE DHE REAGIMIT INSTITUCIONAL NDAJ DHUNËS ME BAZË GJINORE NË SHËRBIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI



Autorët:

Prof.Asoc.Dr. Rudina Rama
Prof. Gentiana Qirjako
Mirela Arqimandriti

Ndihmuan me intervistat dhe pyetësorët:

Dr. Miranda Hajdini
Esmeralda Hoxha
Krisela Pllaha
Mario Paloka
Laura Doko
Eriona Pambuku
Egida Delibashi
Hume Elezi

© 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 asnjëpërdorim që mund t'i bëhet informacionit që përmban ky dokument.



Financuar nga
Bashkimi Evropian



Gender Alliance for Development Center
Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim

Vlerësimi i sfidave dhe reagimit institucional ndaj dhunës me bazë gjinore në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri



PARATHËNIE

Dhunën me bazë gjinore e konsiderojmë jo vetëm një shkelje të të drejtave themelore të njeriut, por edhe një sfidë madhore për sistemin shëndetësor dhe për shoqërinë tonë në tërësi. Qendrat shëndetësore shpesh janë pika e parë ku gratë dhe vajzat që përballen me dhunë kërkojnë ndihmë, çka e bën reagimin institucional në këtë nivel jashtëzakonisht të rëndësishëm.

Ky studim synon të hedhë dritë mbi mënyrën se si profesionistët e kujdesit shëndetësor përballen me këto sfida, duke analizuar **praktikat ekzistuese, boshllëqet, pengesat dhe nevojat për përmirësim**. Përmes një kombinimi të metodave cilësore dhe sasimore, raporti sjell evidenca të qarta dhe të bazuara mbi realitetin e situatës në terren.

Gjetjet tona tregojnë se, pavarësisht përpjekjeve të rëndësishme dhe përparimeve të bëra vitet e fundit, **sfida të konsiderueshme mbeten**: mungesa e trajnimeve të specializuara, protokollet e paunifikuara, mungesa e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës, si dhe kufizimet në bashkëpunimin ndërinstitutional. Për më tepër, stigmat kulturore dhe presioni social shpesh pengojnë gratë dhe vajzat që përjetojnë dhunë të raportojnë rastet e tyre dhe të kërkojnë ndihmë.

Ky raport nuk është vetëm një analizë e situatës aktuale, por **një thirrje për veprim**. Ai ofron rekomandime konkrete dhe të zbatueshme për institucionet shëndetësore, politikat publike dhe shoqërinë civile, duke u fokusuar në **forcimin e kapaciteteve profesionale, përmirësimin e protokolleve dhe sigurimin e një reagimi të koordinuar e gjithëpërfshirës**.

Në këtë udhëtim, GADC mbetet e përkushtuar për të bashkëpunuar me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucionet publike, organizatat partnere dhe komunitetet lokale, për të ndërtuar **një sistem shëndetësor më të përgjegjshëm, më të ndjeshëm dhe më të gatshëm për të mbështetur të mbijetuarat e dhunës**.

Shpreh mirënjohjen time për ekipin e GADC-së, studiuesit, profesionistët e kujdesit shëndetësor, organizatat partnere dhe të gjithë kontribuesit që bënë të mundur realizimin e këtij studimi. Përmes këtij bashkëpunimi, ne synojmë të sjellim **ndryshime të qëndrueshme**, duke forcuar llogaridhënien, transparencën dhe respektimin e të drejtave të njeriut.

Bashkë mund të ndërtojmë një shoqëri më të sigurt, më të barabartë dhe më gjithëpërfshirëse.

Mirela Arqimandriti

Drejtore Ekzekutive

Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim (GADC)

FALËNDERIME

Ky raport është rezultat i një pune të përkushtuar, bashkëpunuese dhe shumëdimensionale, që përfshiu një gamë të gjerë aktorësh të cilët kontribuan në çdo fazë të tij — nga konceptimi dhe hartimi metodologjik, deri te mbledhja e të dhënave, analiza dhe përgatitja e përfundimeve.

Së pari, dëshirojmë të shprehim **mirënjohjen tonë më të thellë për ekipin e Qendrës Aleanca Gjinore për Zhvillim (GADC)**, për përkushtimin, profesionalizmin dhe kompetencën e treguar gjatë gjithë procesit të hartimit të këtij studimi. Angazhimi i tyre ka qenë vendimtar për sigurimin e cilësisë, integritetit dhe besueshmërisë së gjetjeve që paraqiten në këtë raport.

Një falënderim i veçantë shkon për **autorët dhe bashkëautorët e këtij studimi**, të cilët dhanë kontributin e tyre të çmuar për realizimin e analizës, interpretimin e të dhënave dhe hartimin e rekomandimeve praktike. Përpjekja e tyre për të ndërtuar një dokument të bazuar në evidenca dhe që reflekton realitetin e terrenit ka qenë thelbësore për vlerën dhe ndikimin e këtij raporti.

Gjithashtu, shprehim vlerësimin tonë për **profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor** në gjashtë bashkitë e përfshira në studim — **Tiranë, Elbasan, Korçë, Fier, Lezhë dhe Kukës** — të cilët ndanë përvojat, sfidat dhe perspektivat e tyre me transparencë, sinjeritet dhe kurajë. Pa kontributin dhe gatishmërinë e tyre, ky studim nuk do të kishte qenë i mundur.

Falënderimet tona shkojnë gjithashtu për **aktorët institucionalë, përfaqësuesit e organizatave partnere dhe ekspertët e shoqërisë civile**, të cilët dhanë kohën, dijen dhe ekspertizën e tyre për të siguruar që ky raport të pasqyrojë sa më saktë nevojat, sfidat dhe prioritetet e sektorit shëndetësor në adresimin e dhunës me bazë gjinore.

Shprehim mirënjohjen tonë për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, veçanërisht për znj. Jeta Deda, Operatorin e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, dhe znj. Etleva Sheshi, Drejtoren e Drejtorisë së Barazisë Gjinore, për mbështetjen dhe bashkëpunimin e tyre të vyer. Po ashtu, falënderime të veçanta i shkojnë Drejtorisë së Përgjithshme të Zhvillimit të Mbrojtjes Sociale.

Një falënderim i veçantë për **Bashkimin Evropian** për mbështetjen financiare, e cila e bëri të mundur realizimin e këtij studimi. Përmbajtja e këtij raporti pasqyron vetëm pikëpamjet e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionet e Komisionit Evropian.

Ky raport është **fryti i një pune kolektive** që demonstroi fuqinë e bashkëpunimit dhe përkushtimit të përbashkët për të ndërtuar **një sistem shëndetësor më të përgjegjshëm, më të ndjeshëm dhe më gjithëpërfshirës** në mbështetje të grave dhe vajzave që përjetojnë dhunë.

TABELA E PËRMBAJTJES

16	HYRJJE		
9	SHQYRTIM LITERATURE	KUADRI LIGJOR DHE I POLITIKAVE Rishikimi i kuadrit ndërkombëtar dhe angazhimeve të shqipërisë për adresimin e dhunës me bazë gjinore në sektorin shëndetësor Strategjitë Kombëtare dhe Planet e Veprimit për Barazinë Gjinore dhe Dhunën me Bazë Gjinore në Shqipëri Kuai dri Ligjor dhe Rregullator në Trajtimin e Dhunës me Bazë Gjinore në Sektorin Shëndetësor në Shqipëri	9 9 10 11
17	METODOLOGJIA	Popullata dhe kampioni i studimit Instrumentet për mbledhjen e të dhënave Procesi i mbledhjes së të dhënave Analiza e të dhënave	17 22 23 23
24	REZULTATET DHE DISKUTIME	REZULTATET NGA PROFESIONISTËT Rezultatet nga pyetësi i me profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor Karakteristikat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor Njohuritë dhe trajnimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor mbi dhunën me bazë gjinore Raportimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor Kuai dri ligjor dhe rregullator lidhur me aspekte të dhunës me bazë gjinore Rezultatet nga intervistat me profesionistët e shëndetit dhe aktorët institucionalë Stigma kulturore dhe hezitimi i të mbijetuarave Frika nga hakmarrja Frika nga gjykimimi ose fajësimi Presioni për të ruajtur privatësinë familjare Mungesa e besimit të sistemi Mungesat sistematike në kuadrin operacional Paqartësi në role dhe përgjegjësi Trajnim dhe Ndërgjegjësim i Kufizuar ndër Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor Përmbajtjes së Trajnimit i Mungon Specifika dhe Praktikiteti	24 24 26 26 30 35 39 39 41 42 42 44 45 47 49 52

		Pengesat Strukturore dhe Institucionale	53
		Mbingarkesa në Punë	54
		Staf i pamjaftueshëm	55
		Sfidat në bashkëpunimin ndërdisiplinor	57
		Rezultatet nga popullata e përgjithshme	60
		Karakteristikat e popullatës së përgjithshme	60
		Njohuritë dhe perceptimet e publikut mbi çështje të dhunës me bazë gjinore	62
		Raportimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore nga shërbimet shëndetësore	69
75	KONKLUZIONE	KONKLUZIONE NGA TË DHËNAT E PROFESIONISTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR	75
		Njohuritë dhe trajnimet për çështje të dhunës me bazë gjinore	75
		Raportimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor	76
		Kuadri ligjor dhe rregullator lidhur me aspekte të dhunës me bazë gjinore	77
		Sfidat strukturore dhe profesionale në reagimin e shërbimit shëndetësor ndaj dhunës me bazë gjinore	77
		KONKLUZIONE NGA TË DHËNAT E POPULLATËS SË PËRGJITHSHME	80
82	REKOMANDIME	Për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	82
		Për drejtoritë rajonale dhe lokale të shëndetësisë	84
		Për institucionet e arsimit të lartë (universitete dhe kolegje universitare) dhe institucionet e edukimit të vazhduar	84
		Për qendrat shëndetësore dhe profesionistët	85
		Për institucionet mbështetëse dhe OJQ-t	85
87	REFERENCA		
89	SHTOJCAT	Shtojca 1: Pyetësi për profesionsitët e shëndetësisë	89
		Shtojca 2: Pyetësi për popullatën e përgjithshme	94
		Shtojca 3: Intervista për profesionistët	99

LISTA E TABELAVE

- 19 Tabela 1. Shpërndarja e kampionit për mbledhjen e të dhënave cilësore me profesionistët e Shërbimit shëndetësor Parësor
- 20 Tabela 2. Shpërndarja e kampionit për mbledhjen e të dhënave cilësore me aktorët kyç në sistemin e kujdesit shëndetësor
- 25 Tabela 3: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas karakteristikave socio-demografike
- 37 Tabela 4. Dobësitë kryesore të perceptuara në kuadrin ligjor dhe politik lidhur me DHBGJ
- 61 Tabela 5: Shpërndarja e karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve në studim
- 63 Tabela 6. Shpërndarja e pjesëmarrësve nga publiku dhe perceptimet e tyre mbi përhapjen e DHBGJ në Shqipëri
- 68 Tabela 7. Shpërndarja e pjesëmarrësve mbi perceptimin e tyre për rolin e shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të DHBGJ në Shqipëri (N=894)

LISTA E GRAFIKËVE

- 26 Grafiku 1: Shpërndarja e njohurive për të gjitha llojet e dhunës sipas profesionit të profesionistëve shëndetësorë
- 27 Grafiku 2: Roli i kujdesit shëndetësor parësor në identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës në familje sipas gjinisë së profesionistëve
- 27 Grafiku 3. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas nivelit të përgatitjes për të vlerësuar rastet e dhunës
- 28 Grafiku 4: Përgatitja e profesionistëve për të kryer vlerësim të plotë të rasteve të dhunës në familje ose dhunës me bazë gjinore
- 28 Grafiku 5: Shpërndarja e opinionëve të profesionistëve mbi dobishmërinë e trajnimeve të marra për dhunën me bazë ligjore
- 29 Grafiku 6: Dokumentet në përdorim nga institucionet shëndetësore për trajtimin e rasteve të dhunës në familje
- 31 Grafiku 7: Shpërndarja e rasteve të dhunës në familje të hasura në kujdesin shëndetësor parësor
- 32 Grafiku 8: Raportimi i rasteve të dhunës në familje sipas perceptimit të profesionistëve
- 32 Grafiku 9: Rastet kur duhet bërë raportimi i dhunës sipas opinionit të profesionistëve
- 34 Grafiku 10: Arsyet kryesore që profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk raportojnë raste të dyshuara të DhBGj
- 34 Grafiku 11: Kontakti i profesionistit shëndetësor me koordinatorin lokal të dhunës
- 35 Grafiku 12: Burimet e informacionit të profesionistëve mbi ndryshimet në kuadrin ligjor dhe rregullator për dhunën me bazë gjinore dhe dhunën në familje
- 38 Grafiku 13: Veprime që do të inkurajonin profesionistët e kujdesit shëndetësor që të raportojnë më efektivisht rastet e DhBGj
- 64 Grafiku 14: Shpërndarja e njohurive të pjesëmarrësve në studim mbi institucionet ku mund të raportohet dhuna me bazë gjinore
- 65 Grafiku 15: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas njohurive mbi institucionet specifike të cilat janë përgjegjëse për pranimin dhe trajtimin e rasteve të DhBGj

- 65 Grafiku 16. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas burimeve të informacionit lidhur me raportimin e rasteve të dhbgj në shqipëri
- 66 Grafiku 17. Shpërndarjen e pjesëmarrësve sipas përvojave të tyre të raportimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore
- 67 Grafiku 18: Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas perceptimeve që kanë mbi rëndësinë e rolit të shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore
- 69 Grafiku 19: Perceptimet e pjesëmarrësve mbi përgatitjen e profesionistëve të shëndetësisë për identifikimin dhe trajtimin e rasteve të DhBGj në shqipëri
- 69 Grafiku 20: Perceptimi i pjesëmarrësve mbi sigurinë për raportimin e një rasti të dhunës me bazë gjinore (dhbgj) në një institucion shëndetësor në shqipëri
- 70 Grafiku 21: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas perceptimeve të tyre mbi respektimin e konfidencialitetit nga profesionistët e shëndetësisë lidhur me rastet e dhunës me bazë gjinore.
- 71 Grafiku 22: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas arsyeve kryesore që mund t'i pengojnë ata të raportojnë dhunën me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore
- 72 Grafiku 23. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas burimet më të preferuara për tu informuar për mundësinë e raportimit të dhunës me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore
- 73 Grafiku 24: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas perceptimet nëse shërbimet shëndetësore në zonën e ty
- 74 Grafiku 25: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas perceptimeve të tyre mbi përmirësimet e nevojshme në sektorin e kujdesit shëndetësor për të mbështetur më mirë viktimat e DhBGj

PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Qendrat shëndetësore shpesh janë vendi i parë ku gratë dhe vajzat që përjetojnë dhunë kërkojnë ndihmë dhe mbështetje. Kjo e bën rolin e tyre veçanërisht të rëndësishëm në identifikimin, parandalimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Studimi i paraqitur synon të shqyrtojë mënyrën se si shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri reagojnë ndaj rasteve të dhunës, dhe të evidentojë sfidat që pengojnë një reagim të koordinuar dhe efektiv nga ana e këtij sektori.

Kjo analizë është zhvilluar në një kontekst ku Shqipëria ka ndërmarrë angazhime të rëndësishme në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar për mbrojtjen nga dhuna me bazë gjinore dhe për promovimin e barazisë gjinore, përfshirë ratifikimin e Konventës së Stambollit dhe zbatimin e Strategjisë Kombëtare për Barazinë Gjinore. Megjithatë, zbatimi i këtyre angazhimeve në praktikë përballet me një sërë pengesash, siç janë mungesa e infrastrukturës adekuate, trajnimi i pamjaftueshëm i personelit, mungesa e bashkëpunimit ndërinstitucional dhe paqartësitë lidhur me detyrimet ligjore të profesionistëve të shëndetit.

Disa nga pyetjet kryesore që janë shtjelluar në kuadër të këtij studimi përfshijnë:

- ◆ Cilat janë arsyet që e bëjnë të vështirë për profesionistët e shëndetit raportimin dhe dokumentimin sistematik të rasteve të dhunës?
- ◆ Si janë trajtuar tradicionalisht rastet e dhunës me bazë gjinore në kujdesin shëndetësor parësor dhe çfarë ndryshimesh janë evidentuar ndër vite?
- ◆ Cilat janë detyrimet ligjore të profesionistëve të shëndetit dhe sa të njohura e të zbatueshme janë ato në praktikën e përditshme?
- ◆ Nëpërmjet analizës së përvojave të profesionistëve dhe situatës aktuale në terren, raporti synon të japë rekomandime konkrete për përmirësimin e funksionimit institucional dhe forcimin e përgjigjes së sistemit shëndetësor ndaj dhunës me bazë gjinore.

Metodologjia

Për realizimin e këtij studimi është përdorur një kombinim i metodave kërkimore sasiore dhe cilësore, me qëllim mbledhjen e informacionit të plotë dhe të shumëanshëm mbi njohuritë, qëndrimet dhe përvojat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor në lidhje me trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore.

Studimi është zhvilluar në gjashtë bashki (Tiranë, Elbasan, Korçë, Fier, Lezhë dhe Kukës), përmes një ankete të administruar me 289 profesionistë të shëndetit (mjekë, infermierë, psikologë dhe punonjës socialë), të angazhuar në zona urbane dhe rurale. Anketa synoi të vlerësonte nivelin e njohurive, përvojën praktike dhe perceptimin e tyre mbi rolin e institucionit ku punojnë në parandalimin dhe menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore.

Në kuadër të komponentit cilësor, u zhvilluan 27 intervista gjysmë të strukturuar me profesionistë të kujdesit shëndetësor, si dhe 12 intervista me aktorë institucionalë dhe përfaqësues të organizatave të shoqërisë civile, të përfshirë në zbatimin e politikave dhe shërbimeve për mbrojtjen nga dhuna. Këto intervista ndihmuan në identifikimin e sfidave praktike, boshllëqeve institucionale dhe përvojave konkrete në zbatim të mekanizmave ekzistues.

Cjithashtu, u realizua një pyetësor online me 943 qytetarë nga publiku i gjerë, për të vlerësuar perceptimet, përvojat dhe vështirësitë e raportimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore në institucionet shëndetësore. Cjetjet kryesore

Njohuritë dhe trajnimet mbi dhunën me bazë gjinore

Shumica e profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor raportojnë se kanë njohuri të mira mbi format e dhunës në familje, por vetëm 68% ndihen të përgatitur për të vlerësuar dhe menaxhuar raste të DHBGJ. Ky perceptim i mungesës së gatishmërisë është më i theksuar tek profesionistët e rinj, me më pak përvojë, si dhe tek ata që punojnë në zona rurale.

Rreth 60% e profesionistëve kanë marrë pjesë në trajnime për DHBGJ, por niveli i përfitimit nga to vlerësohet si i ndryshëm: vetëm gjysma e pjesëmarrësve i konsiderojnë trajnimet si “shumë të dobishme”, duke nxjerrë në pah nevojën për trajnime më të thelluara, të përshtatura sipas profesionit dhe kontekstit lokal. Përveç njohurive për identifikimin e rasteve, evidentohet mungesa e trajnimeve për ofrimin e mbështetjes emocionale, për detyrimet ligjore dhe për ndërveprimin me aktorët e tjerë të Mekanizmit Kombëtar i Referimit (MKR).

Raportimi dhe menaxhimi i rasteve nga profesionistët e shëndetësisë

Një pjesë e konsiderueshme e profesionistëve të anketuar raportojnë se nuk janë përballur me raste të DHBGJ-së ose i kanë hasur rrallë, gjë që në vetvete nuk pasqyron mungesën e rasteve, por më shumë kufizimet në identifikim, dokumentim dhe raportim. Vetëm 17.8% e pjesëmarrësve deklarojnë se kanë identifikuar raste të dhunës gjatë vitit të fundit.

Rastet nuk raportohen kryesisht për shkak të vetë viktimave që nuk duan ta bëjnë publike përvojën e tyre (35.4%), por edhe për shkak të frikërave profesionale, si ruajtja e konfidencialitetit (20%), kultura institucionale që nuk inkurajon raportimin (19%) apo mungesa e besimit të efektivitetit të sistemit (15.1%).

Dokumentacioni i standardizuar për menaxhimin e rasteve përdoret pjesërisht. Vetëm 37% e përdorin formularin e regjistrimit të rasteve dhe më pak akoma përdorin formularin e vlerësimit të rrezikut (24%) ose SOP-et (18%). Një e katërta e profesionistëve deklarojnë se nuk përdorin asnjë dokument të tillë.

Perceptimet dhe sfidat nga publiku i gjerë

Sipas pjesëmarrësve nga publiku, DHBGJ vazhdon të konsiderohet si një problem serioz dhe i përhapur. Megjithatë, vetëm 34% e tyre e shohin sektorin shëndetësor si aktor kyç në adresimin e rasteve të dhunës. Përveç kësaj, niveli i besimit në institucionet shëndetësore është i ulët: mbi 61% nuk ndihen të sigurtë për të raportuar dhunën, dhe vetëm 43% besojnë se profesionistët e shëndetit e ruajnë konfidencialitetin.

Frika nga ekspozimi, hakmarrja dhe stigma shoqërore janë arsye të shpeshta që i pengojnë qytetarët të raportojnë raste dhune. Për të përballuar këto sfida, qytetarët sugjerojnë fushata informuese, privatësi më të madhe gjatë konsultave dhe qasje më të lehtësuara në shërbimet e shëndetit mendor.

Pengesat kulturore dhe institucionale

Gjetjet e studimit tregojnë se normat shoqërore dhe presioni për të ruajtur imazhin e familjes përbëjnë pengesa të mëdha për gratë që përjetojnë dhunë me bazë gjinore, veçanërisht në komunitetet rurale dhe të vogla. Profesionistët e kujdesit shëndetësor vënë në dukje se frika nga gjyqimi dhe stigma sociale ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në vendimin e viktimave për të mos kërkuar ndihmë. Këto qëndrime shoqërore kontribuojnë në fshehjen e dhunës, duke e bërë atë shpesh të padukshme dhe duke e kufizuar ndërhyrjen e profesionistëve.

Një tjetër pengesë me natyrë institucionale është mungesa e besimit të viktimave të institucionet publike. Gratë hezitojnë të raportojnë për shkak të përvojave të mëparshme negative, mungesës së reagimit efektiv, apo

ndjesisë se sistemi nuk ofron mbrojtje të mjaftueshme. Frika nga hakmarrja, ndjenja e pasigurisë dhe mungesa e mekanizmave të mbështetjes reale i detyrojnë shumë gra të qëndrojnë në heshtje.

Kultura e mosndërhyrjes, mungesa e sinjalizimeve të brendshme dhe klima institucionale që nuk e inkurajon raportimin e dhunës u identifikuan gjithashtu si faktorë që zbehin përgjegjësinë dhe gatishmërinë e sistemit për të ofruar një reagim të besueshëm dhe të koordinuar.

Mungesa e qartësisë në protokolle, rolet dhe përgjegjësitë

Studimi evidenton mungesën e qartësisë në protokollet dhe dokumentet udhëzuese për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në sistemin shëndetësor, si një pengesë strukturore. Edhe pse ekzistojnë dokumente si Udhëzuesi Kombëtar për Dhunën në Familje dhe Procedurat Standarde të Operimit (SOP), këto nuk janë të përditësuara, janë të ndërlikuara për t'u përdorur në praktikë dhe shpesh nuk janë të përshtatura për realitetin dhe dinamikën e punës në qendrat shëndetësore parësore.

Punonjësit psikosocialë shpesh mbështeten në iniciativa personale për të përballuar mungesën e mjeteve praktike të punës dhe të udhëzimeve të standardizuara. Kjo tregon përkushtim, por edhe ekspozon boshllëqet institucionale që cenojnë cilësinë dhe unifikimin e shërbimeve. Një shqetësim tjetër i theksuar është mungesa e trajnimeve të rregullta dhe praktike, ku mungojnë komponentët interaktivë si simulimet dhe diskutimet me raste konkrete. Për pasojë, shumë profesionistë ndihen të papërgatitur për të menaxhuar situata të ndjeshme dhe komplekse, duke rritur rrezikun për ritraumatizim të viktimave apo për ndërhyrje të papërshtatshme.

Gjithashtu, mungesa e njohurive të mjaftueshme në lidhje me mbështetjen emocionale të viktimave, detyrimet ligjore për raportim dhe aftësitë për menaxhimin e rasteve me kompleksitet të lartë paraqitet si një sfidë e vazhdueshme. Trajnimet aktuale shpesh janë të përgjithshme dhe nuk i adresojnë nevojat specifike të profesionistëve në terren, veçanërisht në kontekste rurale apo kulturore më të mbyllura.

Mungesa e hapësirave të dedikuara dhe konfidenciale për konsultime përbën një tjetër pengesë që dëmton si cilësinë e ndërhyrjes, ashtu edhe motivimin e vetë profesionistëve. E kombinuar me ngarkesën e lartë të punës, kjo situatë kufizon mundësinë për ndjekje të kujdesshme të rasteve dhe shkakton lodhje emocionale tek stafi shëndetësor.

Së fundmi, komunikimi ndërmjet aktorëve të MKR-së mbetet i dobët dhe informal. Përdorimi i kanaleve jo të strukturuar si telefonatat apo mesazhet personale sjell pasiguri, ndërprerje të ndjekjes së rasteve dhe mungesë përgjegjshmërie të qartë institucionale, duke rrezikuar sigurinë e të mbijetuarave dhe besimin tek sistemi.

Rekomandimet kryesore

Për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

- ◆ Hartimi dhe miratimi i protokolleve të qarta, të shkurtuara dhe të thjeshtuara për menaxhimin e rasteve të dhunës, të përshtatura për nivelin e shërbimit parësor.
- ◆ Rivlerësimi dhe përditësimi i dokumenteve ekzistuese udhëzuese për DHBGJ, duke i përshtatur me nevojat e praktikës së përditshme të profesionistëve të shëndetit.
- ◆ Zbatimi i një plani kombëtar për trajnime të detyrueshme, të vazhdueshme dhe praktike për të gjitha kategoritë e profesionistëve (mjekë, infermierë, psikologë, punonjës socialë), duke përfshirë skenarë konkretë, simulime dhe njohuri mbi aspektet ligjore dhe bashkëpunimin ndërinstitutional.
- ◆ Krijimi i një moduli trajnimi në bashkëpunim me aktorë të tjerë të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR), që forcon bashkëpunimin ndërsektorial dhe ndihmon në qartësimin e roleve.
- ◆ Hartimi dhe shpërndarja e një pakete digjitale praktike me të gjithë bazën ligjore dhe rregullatore për DHBGJ, të aksesueshme nga profesionistët në sistemin shëndetësor.
- ◆ Krijimi i një regjistri kombëtar për profesionistët e trajnuar mbi menaxhimin e rasteve të dhunës, që mund të përdoret për qëllime monitorimi dhe planifikimi.

Për Drejtoritë Rajonale dhe Lokale të Shëndetësisë

- ◆ Të garantojnë infrastrukturë të përshtatshme në çdo qendër shëndetësore, përfshirë hapësira të posaçme dhe konfidenciale për konsultim me viktimat e dhunës me bazë gjinore.
- ◆ Të vendosin praktika të rregullta të informimit dhe përditësimit të stafit mbi kuadrin ligjor dhe politikat për dhunën me bazë gjinore, përmes kanaleve të brendshme të komunikimit.
- ◆ Të krijojnë sisteme të brendshme për mbështetje profesionale, përfshirë supervizim, diskutim rasti dhe referim për profesionistët që trajtojnë raste të ndërlikuara.
- ◆ Të forcojnë bashkëpunimin lokal me aktorët e tjerë të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit, përmes vendosjes së kontakteve të drejtpërdrejta dhe funksionale.

Për Institucionet e Arsimit të Lartë dhe Formimin Profesional

- ◆ Të integrojnë dhe/ose përditësojnë modulet mbi dhunën me bazë gjinore në programet akademike dhe pasuniversitare, duke përfshirë trajtimin klinik, detyrimet ligjore dhe koordinimin ndërinstitutional.
- ◆ Të hartojnë materiale të diferencuara trajnuese sipas rolit profesional (mjekë, infermierë, psikologë, punonjës socialë), në funksion të detyrave të tyre specifike në trajtimin e rasteve.

Për qendrat shëndetësore dhe institucionet vendore shëndetësore

- ◆ Të zbatojnë formularë të unifikuar për vlerësimin, dokumentimin dhe referimin e rasteve të dhunës, për të siguruar një proces të standardizuar dhe të gjurmueshëm.

- ◆ Të sigurojnë respektimin e konfidencialitetit dhe privatësisë përmes hapësirave të dedikuara dhe etikës së lartë profesionale.
- ◆ Të caktojnë një person përgjegjës për rastet e dhunës në çdo qendër shëndetësore që vepron si pikë kontakti për ndjekjen dhe bashkëpunimin me aktorët e MKR-së.

Për institucionet mbështetëse dhe organizatat joqeveritare

- ◆ Të bashkëpunojnë me shërbimet shëndetësore në organizimin e fushatave ndërgjegjësuere, sidomos në zonat rurale, për të promovuar rolin e profesionistëve në mbështetjen e viktimave.
- ◆ Të mbështesin zhvillimin profesional të vazhdueshëm të stafit shëndetësor, përmes trajnimeve dhe mentorimit, veçanërisht në zonat me akses të kufizuar.
- ◆ Të krijojnë rrjete bashkëpunimi me institucionet publike për të lehtësuar referimin dhe përmirësuar aksesin në shërbimet mbështetëse si strehimi, këshillimi psikologjik dhe ndihma juridike.

Barazia gjinore (BGJ) dhe lufta ndaj dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) janë elemente të rëndësishme për ndërtimin e një shoqërie të drejtë dhe gjithëpërfshirëse. Në Shqipëri, kuadri ligjor ofron udhëzime të qarta dhe detyrime specifike për mbrojtjen dhe promovimin e këtyre të drejtave. Megjithatë, vijnë të hasen vështirësi në përkthimin e angazhimeve ligjore në veprime të prekshme dhe konkrete, sidomos në sektorin e kujdesit shëndetësor parësor. Ky raport vlerësimi i adreson këto sfida duke u përqendruar te roli i qendrave të kujdesit shëndetësor parësor (QKSH-P) dhe përvojat e profesionistëve të shëndetësisë, të cilët janë aktorë kyçë në zbatimin e politikave për barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore.

Qendrat e kujdesit shëndetësor parësor luajnë rol të rëndësishëm në adresimin e dhunës me bazë gjinore, duke shërbyer shpesh si pika e parë e kontaktit për gratë dhe vajzat që kanë përjetuar dhunë.

Megjithatë, efektiviteti i këtyre qendrave në zbatimin e legjislacionit për barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore ndikohet nga një sërë pengesash strukturore, ligjore dhe kulturore. Organizata të ndryshme të shoqërisë civile për gratë dhe organizata të tjera, përfshirë ato që përfaqësojnë komunitete të marginalizuara si romët dhe komuniteti LGBTIQ+ theksojnë se ofruesit e shërbimeve shëndetësore shpesh nuk kanë trajnimin, burimet apo mbështetjen institucionale të nevojshme për të reaguar në mënyrë efektive ndaj rasteve të dhunës.

Për më tepër, sfidat që lidhen me nivelet e ulëta të raportimit, praktikat e paunifikuara

mes profesionistëve të shëndetësisë dhe mungesa e njohurive të mjaftueshme mbi detyrimet ligjore, nënvizojnë nevojën për një vlerësim të fokusuar të përputhshmëria me kuadrin ligjor për barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore, si dhe të llogaridhënia e sektorit shëndetësor.

Qëllimi kryesor i studimit është të vlerësojë mënyrën se si qendrat e kujdesit shëndetësor parësor dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor në Shqipëri zbatojnë legjislacionin dhe politikat lidhur me barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore. Studimi synon të identifikojë sfidat kryesore, boshllëqet dhe barrierat në zbatimin e këtyre politikave, duke u fokusuar në kapacitetet e profesionistëve, burimet institucionale, praktikat e raportimit dhe pajtueshmërinë me kuadrin ligjor. Në të njëjtën kohë, ky studim ka për qëllim të japë rekomandime praktike për përmirësimin e sistemit shëndetësor, rritjen e efikasitetit në menaxhimin e rasteve të DHBGJ-së dhe forcimin e llogaridhënies në këtë sektor.

Ky vlerësim synon të shqyrtojë në mënyrë gjithëpërfshirëse sfidat që lidhen me zbatimin e legjislacionit për barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore në kujdesin shëndetësor parësor në Shqipëri. Duke eksploruar reagimin e sektorit shëndetësor ndaj rasteve të DHBGJ-së, studimi synon të identifikojë çështjet sistemike dhe mundësitë për përmirësimin e pajtueshmërisë dhe llogaridhënies në sektorin e shëndetësisë, duke forcuar kështu rolin e tij në mbështetjen e të mbijetuarve dhe promovimin e barazisë gjinore.



PYETJET KËRKIMORE

1. Cilët janë faktorët pengues që kufizojnë raportimin dhe regjistrimin sistematik të rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor? Kjo pyetje synon të identifikojë barrierat e brendshme dhe të jashtme që ndikojnë në gatishmërinë dhe aftësinë e profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të raportuar rastet e DHBGJ. Duke evidentuar këta faktorë, studimi synon të ofrojë rekomandime konkrete për përmirësimin e mekanizmave të raportimit dhe mbështetjes për të mbijetuarit nga institucionet e kujdesit shëndetësor.

2. Si janë trajtuar rastet e dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor në qendrat e kujdesit parësor gjatë viteve? Analiza e praktikave dhe qëndrimeve të ndjekura ndër vite në trajtimin e rasteve të DHBGJ në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor ndihmon në identifikimin e boshllëqeve ekzistuese në trajnimet e stafit, burimet në dispozicion dhe mbështetjen institucionale. Kjo pyetje synon gjithashtu të evidentojë nëse ka pasur përmirësime apo ndryshime në qasjen e sistemit shëndetësor ndaj kësaj problematike, duke theksuar si progresin e arritur, ashtu edhe nevojat për zhvillim të mëtejshëm.

3. Cilat janë detyrimet ligjore të profesionistëve të kujdesit shëndetësor në raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, sipas legjislacionit në fuqi? Njohja dhe kuptimi i këtyre detyrimeve përbën një bazë të rëndësishme për të vlerësuar përputhshmërinë e profesionistëve me kuadrin ligjor, si dhe për të identifikuar sfidat që hasin në zbatimin e tij. Përmes analizës së njohurive dhe praktikave aktuale të raportimit, studimi synon të propozojë masa konkrete për përmirësimin e përputhshmërisë me legjislacionin për barazinë gjinore dhe parandalimin e dhunës me bazë gjinore.

Ky raport studimor përbën një instrument të rëndësishëm për të kuptuar dhe adresuar boshllëqet ekzistuese në reagimin e sektorit shëndetësor në Shqipëri ndaj dhunës me bazë gjinore. Nëpërmjet një analize të thelluar të praktikave aktuale, përputhshmërisë me kuadrin ligjor dhe pengesave që ndikojnë në zbatimin efektiv të politikave, raporti ofron rekomandime konkrete dhe të zbatueshme për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve dhe forcimin e mekanizmave të llogaridhënies në trajtimin e rasteve të DHBGJ.

Gjetjet e raportit synojnë të pajisin politikëbërësit, institucionet shëndetësore dhe organizatat e shoqërisë civile me njohuri të bazuara në evidenca, të cilat do t'u shërbejnë në procesin e avokimit për një sektor shëndetësor më të përgjegjshëm, gjithëpërfshirës dhe në përputhje me angazhimet që ka marrë Shqipëria në fushën e barazisë gjinore dhe parandalimit të dhunës.

02 SHQYRTIM LITERATURE

KUADRI LIGJOR DHE I POLITIKAVE

Rishikimi i kuadrit ndërkombëtar dhe angazhimeve të shqipërisë për adresimin e dhunës me bazë gjinore në sektorin shëndetësor

Shqipëria ka ndërmarrë një sërë angazhimesh ndërkombëtare për parandalimin dhe adresimin e dhunës me bazë gjinore, përfshirë edhe dimensionin e ndërhyrjes institucionale në sektorin e shëndetësisë. Këto angazhime burojnë nga instrumente ndërkombëtare dhe rajonale që e vendosin detyrimin për shtetin shqiptar për të garantuar një sistem shëndetësor që reagon në mënyrë efektive dhe të ndjeshme ndaj dhunës me bazë gjinore.

Një nga dokumentet më të rëndësishme është Konventa e Stambollit, e ratifikuar nga Shqipëria me Ligjin Nr. 104/2012. Kjo Konventë obligon palët të garantojnë që viktimat e dhunës me bazë gjinore të kenë qasje në shërbime shëndetësore të përbalueshme, të ndjeshme dhe gjithëpërfshirëse. Konventa thekson nevojën për trajnime të vazhdueshme për profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe përcakton që institucionet shëndetësore të luajnë një rol kyç në identifikimin, referimin dhe mbrojtjen e viktimave.

Po ashtu, Shqipëria është pjesë e angazhimeve të Kombeve të Bashkuara në kuadër të Konventës për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (CEDAË), si dhe udhëzimeve dhe dokumenteve politike të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) për trajtimin e dhunës ndaj grave dhe vajzave në kontekstin e sistemit shëndetësor. Dokumente si “Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women” (ËHO, 2013) dhe “Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: Clinical Handbook” (WHO, 2019) janë udhëzime bazë për ndërtimin e protokolleve të ndërhyrjes, përfshirë përgatitjen e stafit, sigurimin e ambienteve të përshtatshme dhe ruajtjen e konfidencialitetit të viktimës.

Në nivel rajonal, Shqipëria është subjekt i vlerësimeve periodike nga Komiteti GREVIO, i cili monitoron zbatimin e Konventës së Stambollit. Raporti i parë i GREVIO-s për Shqipërinë (2020) thekson se ndonëse janë ndërmarrë hapa për integrimin e reagimit ndaj dhunës me bazë gjinore në sistemin shëndetësor, mbeten boshllëqe të konsiderueshme në fushën e zbatimit, mbikëqyrjes dhe trajnimit të stafit.

Ky kontekst ndërkombëtar përbën bazën për analizën e kuadrit ligjor dhe rregullator kombëtar në lidhje me rolin dhe përgjegjësitë e sektorit të shëndetësisë në adresimin e dhunës me bazë gjinore, si dhe për rekomandimet për përmirësimin e këtij sistemi në përputhje me standardet ndërkombëtare.

Strategjitë Kombëtare dhe Planet e Veprimit për Barazinë Gjinore dhe Dhunën me Bazë Gjinore në Shqipëri

Shqipëria është angazhuar në mënyrë të vazhdueshme për të luftuar pabarazitë gjinore dhe për të adresuar dhunën me bazë gjinore përmes një kuadri politikash kombëtare të harmonizuara me instrumente ndërkombëtare. Strategjitë dhe planet e veprimit si Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore dhe ajo për Shëndetin Riprodhues përcaktojnë masa të qarta për përfshirjen e sektorit shëndetësor në parandalimin, identifikimin dhe trajtimin e rasteve të DHBGJ, duke theksuar bashkëpunimin ndërsektorial dhe forcimin e mekanizmave të koordinuar të referimit.

Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore 2021–2030

Kjo strategji përfaqëson një nga dokumentet më gjithëpërfshirëse të politikëbërjes për avancimin e barazisë gjinore në Shqipëri. Ajo identifikon reduktimin e dhunës ndaj grave dhe vajzave si një nga katër shtyllat themelore dhe vendos objektiva specifike për forcimin e kapaciteteve të institucioneve që punojnë me të mbijetuarat e dhunës, përfshirë institucionet shëndetësore. Plan i veprimit për periudhën 2021–2025 parashikon trajnime të detyrueshme për profesionistët e kujdesit shëndetësor, standardizimin e protokolleve dhe përmirësimin e sistemit të referimit dhe ndjekjes së rasteve, duke vendosur në qendër sigurinë dhe dinjitetin e viktimave. Strategjia përmend qartë nevojën për ndërhyrje gjithëpërfshirëse, të bazuara në udhëzimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH, 2013) dhe përfshirjen e sektorit shëndetësor në përgjigjen ndaj DHBGJ.

Strategjia Kombëtare për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2022–2030

Kjo strategji e re pasqyron zhvillime të rëndësishme në adresimin e DHBGJ në kontekstin e shëndetit riprodhues. Ajo integron qartë konceptin e parandalimit dhe trajtimit të dhunës në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë:

- ◆ identifikimin e hershëm gjatë kujdesit prenatal dhe perinatal;
- ◆ krijimin e qendrave të krizës me shërbim 24/7 për menaxhimin emergjent të rasteve të dhunës seksuale;
- ◆ forcimin e zinxhirit të referimit dhe ndërveprimit me mekanizmat lokalë të mbrojtjes;
- ◆ standardizimin e trajnimeve për mjekët, infermierët dhe mamitë në dhunën me bazë gjinore;
- ◆ monitorimin e cilësisë së shërbimeve në përputhje me standardet etike dhe profesionale.

Kjo strategji nënvizon se kujdesi për viktimat e DHBGJ nuk është vetëm një çështje klinike, por një detyrim institucional i lidhur me të drejtat e njeriut. Përmes kësaj qasjeje të integruar, synohet jo vetëm reagimi ndaj rasteve, por edhe fuqizimi i mbijetuarave dhe rimëkëmbja e tyre afatgjatë.

Kuadri Ligjor dhe Rregullator në Trajtimin e Dhunës me Bazë Gjinore në Sektorin Shëndetësor në Shqipëri

Kuadri ligjor dhe rregullator në Shqipëri për trajtimin e dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore (DHBCJ) është ndërtuar përgjatë viteve në përputhje me standardet ndërkombëtare, duke synuar garantimin e një qasjeje gjithëpërfshirëse për mbrojtjen e të mbijetuarave dhe rritjen e përgjegjësisë institucionale. Kjo qasje ka për qëllim që institucionet publike, përfshirë sektorin shëndetësor, të jenë në gjendje të parandalojnë, identifikojnë dhe trajtojnë në mënyrë efektive rastet e dhunës, si dhe të kontribuojnë në ndërtimin e një sistemi të fortë referimi dhe mbrojtjeje.

Kuadri ligjor kryesor

Baza ligjore për trajtimin e dhunës në familje dhe DHBCJ është Ligji nr. 9666, datë 18.12.2006, “Për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare”, i cili është ndryshuar dhe përmirësuar disa herë (Ligji nr. 9914/2008, Ligji nr. 10329/2010, Ligji nr. 47/2018 dhe Ligji nr. 125/2020). Këto përmirësime kanë rritur kapacitetin ligjor dhe institucional të shtetit për të mbrojtur viktimat, duke i dhënë sektorit shëndetësor rol të drejtpërdrejtë në trajtim dhe dokumentim.

Ligji i përcakton Ministrisë së Shëndetësisë përgjegjësinë për ofrimin e ndihmës mjekësore, psikologjike dhe sociale për viktimat nëpërmjet qendrave shëndetësore dhe shërbimeve të urgjencës. Mjekët dhe personeli tjetër shëndetësor kanë detyrimin të realizojnë ekzaminime të menjëhershme, të dokumentojnë rastin në regjistra të posaçëm dhe të hartojnë raporte të hollësishme mjeko-ligjore që mund të shërbejnë si prova në proceset gjyqësore. Ligji gjithashtu parashikon ngritjen e qendrave të menaxhimit të krizave pranë spitaleve për të ofruar trajtim emergjent për viktimat e dhunës seksuale.

Në nenin 8 të ligjit, theksohet që strukturat shëndetësore duhet të reagojnë menjëherë ndaj rasteve të dhunës, të informojnë viktimën për gjendjen shëndetësore, të sigurojnë ndihmë mjekësore dhe të përgatisin raportin përkatës. Neni 16 e detyron stafin shëndetësor të dëshmojë në gjykatë në rastet e shqyrtimit të urdhrave të mbrojtjes. Mosraportimi i rasteve të dhunës përbën shkelje që mund të sjellë ndëshkime administrative apo penale, sipas dispozitave të Kodit Penal.

Aktet nënligjore dhe udhëzimet për sistemin shëndetësor

Në vitin 2008, Ministria e Shëndetësisë nxori disa udhëzime për zbatimin e ligjit, përmes Urdhrave nr. 13, 14 dhe 15, të cilat më vonë u pasuan dhe përditësuan me Urdhrin nr. 410, datë 28.06.2010. Urdhrat përcaktonin detyrime të qarta për dokumentimin e rasteve të dhunës, përgatitjen e raportit mjeko-ligjor, ruajtjen e konfidencialitetit dhe sigurimin e ndihmës së menjëhershme për viktimat. Urdhri nr. 410 përforcoi këto detyrime duke përfshirë edhe

mbështetjen psikosociale dhe detyrimin për raportim periodik. Këto udhëzime i obligojnë institucionet shëndetësore publike dhe private të ndjekin protokolle të unifikuara dhe të respektojnë standardet klinike për trajtimin e rasteve të DHBGJ. Nëpërmjet regjistrave zyrtarë, dokumentacionit të individualizuar dhe ruajtjes së dosjeve, krijohet një sistem më i strukturuar për gjurmimin dhe monitorimin e rasteve.

Standardizimi i raportimit dhe mbledhja e të dhënave

Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 327, datë 29.05.2014, përcakton standardet për dokumentimin dhe raportimin e rasteve të dhunës në familje nga institucionet shëndetësore. Ai kërkon që çdo rast i dyshuar ose i konfirmuar i dhunës të regjistrohet në mënyrë të detajuar dhe të raportohen të dhënat për qëllime monitorimi dhe ndjekjeje. Megjithatë, të dhënat e viteve të mëvonshme tregojnë zbatim të pasigurt të këtij vendimi. Nga 440 raste të raportuara në 2013, numri ra në vetëm 36 në vitin 2015, duke ngritur shqetësime për mungesën e identifikimit aktiv nga profesionistët e shëndetit.

Procedurat Standarde të Veprimit dhe integrimi në MKR

Për të përforcuar qasjen e koordinuar në nivel lokal, në vitin 2020 u miratua Urdhri nr. 101, datë 23.02.2020, që vendosi Procedurat Standarde të Veprimit (PSV) për profesionistët e shëndetësisë, si pjesë e Mekanizmit Kombëtar të Referimit (MKR). Këto procedura përshkruajnë në mënyrë të detajuar hapat që duhet të ndjekin profesionistët për identifikimin, dokumentimin, trajtimin dhe referimin e rasteve të DHBGJ. PSV-të përqendrohen në ofrimin e një kujdesi të ndjeshëm ndaj viktimës, me theks në ruajtjen e privatësisë, respektimin e pëlqimit të informuar dhe sigurimin e një reagimi në kohë.

PSV-të gjithashtu vendosin përgjegjësi për vlerësimin e shëndetit mendor të viktimës, realizimin e ekzaminimeve mjeko-ligjore, sigurimin e referimeve për mbështetje psikosociale dhe ndjekjen e rasteve në bashkëpunim me aktorët e tjerë institucionalë. Ato kërkojnë gjithashtu trajnime të vazhdueshme për profesionistët e shëndetësisë për të rritur efektivitetin dhe cilësinë e shërbimit.

Mekanizmi Kombëtar i Referimit dhe përfshirja e sektorit shëndetësor

Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 327, datë 16.06.2021, formalizoi krijimin e Mekanizmit Kombëtar të Referimit në nivel vendor, i cili funksionon si strukturë ndërsektoriale për menaxhimin e rasteve të dhunës në familje. MKR përbëhet nga Komiteti Drejtues, Ekipet Teknike Ndërdisciplinare (ETN) dhe Koordinatorët Vendorë (KV), të cilët bashkëpunojnë për të siguruar një qasje të koordinuar për mbështetjen e të mbijetuarave.

Sektori shëndetësor, përmes përfaqësuesve të tij në ETN, luan një rol aktiv në identifikimin e rasteve, ofrimin e ndihmës së parë mjekësore, mbështetjen psikologjike dhe referimin në

shërbimet përkatëse. Informacioni mbledhet përmes sistemit elektronik REVALB dhe ndihmon në ndjekjen dhe monitorimin e rasteve. Megjithatë, zbatimi i MKR-së has ende në sfida, përfshirë mungesën e trajnimeve të rregullta për personelin shëndetësor, përfshirjen jo të barabartë të institucioneve dhe mungesën e një sistemi të qëndrueshëm monitorimi dhe vlerësimi.

Rekomandime për forcimin e rolit të sektorit shëndetësor

- ◆ Në funksion të përmirësimit të zbatimit të kuadrit ligjor dhe rritjes së rolit të sektorit shëndetësor në adresimin e DHBGJ, është e domosdoshme;
- ◆ Të sigurohen trajnime të vazhdueshme dhe të detyrueshme për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor;
- ◆ Të forcohet bashkëpunimi ndërinstytucional përmes MBPSh, bashkive dhe shoqërisë civile;
- ◆ Të përmirësohen mekanizmat e mbledhjes dhe analizës së të dhënave;
- ◆ Të rritet llogaridhënia për institucionet që nuk zbatojnë detyrimet ligjore;
- ◆ Të institucionalizohet mbështetja psikosociale si pjesë integrale e kujdesit shëndetësor.

Vetëm nëpërmjet një zbatimi të konsoliduar, trajnimi të qëndrueshëm dhe një kulture bashkëpunimi ndërsektorial, sektori shëndetësor mund të përmbushë realisht përgjegjësinë e tij në adresimin e dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

Protokolle dhe Udhëzues

Përgjatë viteve, përpjekjet për të fuqizuar reagimin institucional ndaj dhunës me bazë gjinore në Shqipëri janë konkretizuar edhe përmes hartimit të protokolleve dhe udhëzuesve të posaçëm për sektorin shëndetësor. Një ndër dokumentet më të rëndësishme në këtë drejtim është “Qasje Praktike ndaj Dhunës me Bazë Gjinore: Udhëzues për Punonjësit e Kujdesit Shëndetësor”, i cili ofron një strukturë të qartë dhe të standardizuar për identifikimin, trajtimin dhe referimin e rasteve të dhunës. Ky udhëzues u zhvillua në vijim të miratimit të Ligjit nr. 9669/2006 dhe u rishikua në vitin 2011 për t’u përafuar me praktikën më të mira ndërkombëtare.

Dokumenti përfshin përkufizime të qarta të formave të dhunës, shpjegon bazën ligjore të ndërhyrjes, dhe paraqet hapat që profesionistët e shëndetit duhet të ndjekin gjatë trajtimit të viktimave – nga mbështetja e parë psikologjike dhe mjekësore, deri te mekanizmat e referimit ndërinstytucional. Ai shërben si urë lidhëse ndërmjet sektorit shëndetësor, institucioneve të drejtësisë dhe shërbimeve sociale.

Megjithëse ka pasur ndikim të rëndësishëm në standardizimin e praktikave të trajtimit të DHBGJ në institucionet shëndetësore, përdorimi i këtij udhëzuesi është reduktuar ndjeshëm pas vitit 2015. Kjo situatë vjen si pasojë e mungesës së trajnimeve të vazhdueshme, ndryshimeve në strukturat organizative, si dhe mungesës së mbikëqyrjes efektive për zbatimin e tij në praktikë. Kjo tregon nevojën për përditësimin e përmbajtjes së udhëzuesit dhe për rikthimin e tij si një dokument referimi aktiv në punën e përditshme të profesionistëve të shëndetit.

Një tjetër dokument me rëndësi është Paketa Bazë e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor, e miratuar me Vendimin nr. 101, datë 04.02.2015. Kjo paketë përfshin mjete dhe udhëzime standarde për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në nivel parësor, si raportet mjekësore të posaçme, formularët e pëlqimit të informuar dhe regjistrat për ndjekjen e rasteve, të ndara sipas grupmoshave dhe karakteristikave të viktimës. Roli i mjekëve të familjes, infermierëve dhe mamive theksohet në mënyrë të veçantë, duke u vendosur në vijën e parë të kontaktit me viktimat dhe duke u dhënë përgjegjësinë për identifikimin përmes pyetësorëve të strukturuar, këshillimin dhe referimin e rasteve. Kjo paketë përfshin gjithashtu një seksion të dedikuar për shëndetin e grave, ku përcaktohen detyrimet për kryerjen e kontrollit për dhunën gjatë vizitave vjetore, gjatë shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes. Parashikohet gjithashtu ofrimi i kontracepsionit emergjent, këshillimi për HIV/AIDS dhe ndihmë për çështjet e shëndetit mendor. Një komponent tjetër i rëndësishëm është kujdesi për të moshuarit, ku profesionistët e shëndetësisë udhëzohen të vlerësojnë shenjat e mundshme të abuzimit fizik, psikologjik apo ekonomik dhe të referojnë rastet për trajtim të mëtejshëm. Megjithëse në teori ky kuadër protokollesh përbën një bazë solide për ndërhyrjen ndaj DHBGJ në shëndetësi, në praktikë zbatimi i tyre është shpesh fragmentar, jo i njëtrajtshëm dhe varet nga vullneti apo kapaciteti i individëve brenda sistemit. Kjo situatë dëshmon për një hendek mes kuadrit ligjor dhe zbatimit real, dhe thekson nevojën për forcim të trajnimeve, garantim të mbështetjes teknike, si dhe krijimin e mekanizmave më efikasë për monitorimin dhe mbikëqyrjen e praktikës.

**Protokolli për
Menaxhimin e Rasteve të
Dhunës në Familje**

Ky protokoll është zhvilluar si pjesë përbërëse e Mekanizmit Kombëtar të Referimit (MKR), me qëllim standardizimin e qasjes së institucioneve në menaxhimin e rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore në nivel vendor. Ai përshkruan në mënyrë të qartë dhe të detajuar rolin e secilit institucion pjesëmarrës në MKR, veçanërisht atë të Ekipeve Teknike Ndërdisciplinare (ETN) dhe Koordinatorëve Vendorë, si strukturat kyçe në identifikimin, trajtimin dhe referimin e rasteve.

Protokolli thekson rëndësinë e një qasjeje ndërsektoriale dhe të orientuar nga viktimat, duke i vendosur të mbijetuarat në qendër të procesit të ndërhyrjes. Ai është në përputhje të plotë me kuadrin ligjor shqiptar për mbrojtjen nga DHBGJ dhe përpiket të rrisë llogaridhënien institucionale, efikasitetin e përgjigjes dhe garantimin e të drejtave të viktimave në çdo fazë të ndërhyrjes – që nga momenti i identifikimit e deri në mbrojtjen afatgjatë dhe rehabilitimin social të tyre.

Roli i Sektorit Shëndetësor

Sektori shëndetësor përbën një hallkë thelbësore në zinxhirin institucional të trajtimit të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore. Roli i tij shtrihet në të gjitha fazat e ndërhyrjes – nga identifikimi i hershëm e deri te ndjekja e mbështetjes afatgjatë për të mbijetuarat. Në situatat emergjente, profesionistët e shëndetit publik duhet të jenë të gatshëm të ofrojnë ndërhyrje të menjëhershme. Kjo përfshin sigurimin e ndihmës mjekësore për dëmtimet fizike, mbështetje psikologjike për traumën emocionale, si dhe dokumentim mjeko-ligjor të dëmtimeve, që mund të përdoret si provë në proceset gjyqësore.

Roli i mjekëve ligjorë është i pazëvendësueshëm në këtë fazë, pasi ata jo vetëm kryejnë ekzaminime të detajuara të dëmtimeve, por gjithashtu vlerësojnë rrezikun dhe ndihmojnë në orientimin e rasteve për shërbime të mëtejshme. Gjatë gjithë procesit të ndërhyrjes, ruajtja e konfidencialitetit dhe respektimi i të drejtave të të mbijetuarave janë të domosdoshme për të ruajtur besimin në sistemin shëndetësor.

Në rastet jo emergjente, ndërhyrja e sektorit shëndetësor merr një formë më të strukturuar dhe afatgjatë. Profesionistët marrin pjesë aktive në Ekipet Teknike Ndërdisciplinare (ETN), duke kontribuar në hartimin e planeve të ndërhyrjes dhe në ndjekjen e vazhdueshme të rasteve. Ata ndihmojnë në garantimin e aksesit të barabartë në shërbime të kujdesit shëndetësor, mbështetje psikologjike, këshillim ligjor dhe referim në qendra të specializuara si ato për menaxhimin e krizave. Këto ndërhyrje ndihmojnë në rikuperimin afatgjatë të të mbijetuarave dhe në adresimin e faktorëve të rrezikut për rikthimin e dhunës.

Bashkëpunimi dhe Sfidat në Zbatim

Protokolli i MKR-së thekson domosdoshmërinë e një qasjeje të koordinuar ndërinstitutionale për rastet e dhunës, duke përfshirë sektorin shëndetësor, policinë, sistemin e drejtësisë dhe shërbimet sociale. Profesionistët shëndetësorë janë të obliguar të dokumentojnë çdo rast të konstatuar, të raportojnë në përputhje me procedurat, të ofrojnë dëshmi në gjykatë dhe të bashkëpunojnë në lëshimin e urdhrave të mbrojtjes, kur është e nevojshme. Në

rastet e dhunës seksuale, referimi duhet të jetë i menjëhershëm në qendrat e krizës, duke ndjekur praktikat për ruajtjen e provave mjeko-ligjore.

Megjithatë, pavarësisht se protokoli përbën një bazë të mirë ligjore dhe procedurale, sfidat në zbatim mbeten të dukshme, për shkak të mungesës së kapaciteteve të mjaftueshme, mosangazhimit të disa aktorëve dhe mungesës së trajnimeve të vazhdueshme. Për një zbatim efektiv të protokollit, kërkohet forcim i kapaciteteve, rritje e ndërgjegjësimit dhe bashkëpunim i qëndrueshëm ndërmjet të gjitha institucioneve përgjegjëse. Vetëm përmes angazhimit të plotë të sektorit shëndetësor dhe bashkëpunimit të mirëkoordinuar ndërsektorial mund të sigurohet një mbrojtje efektive dhe gjithëpërfshirëse për viktimat e dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

03 METODOLOGJIA

Për të përmbushur me sukses qëllimin dhe objektivat e studimit është përdorë metoda e kombinuar e mbledhjes së të dhënave, përmes pyetësorëve dhe intervistave, për të ofruar një analizë të thelluar mbi reagimin e kujdesit shëndetësor parësor ndaj dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Studimi shqyrton aspektet e ndryshme të ofrimit të shërbimeve shëndetësore, duke ofruar një kuptim të plotë mbi mënyrën se si faktorët rregullatorë, kulturorë dhe institucionalë ndikojnë në zbatimin e legjislacionit për barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore brenda qendrave të kujdesit shëndetësor parësor.

Ky raport sjell të dhëna të vlefshme mbi sfidat sistematike dhe boshllëqet ekzistuese në përgjigjen e sistemit shëndetësor ndaj DHBGJ dhe paraqet rekomandime konkrete për politikëbërësit, institucionet shëndetësore dhe organizatat e shoqërisë civile. Përmes fuqizimit të organizatave dhe grupeve që veprojnë në nivel komunitar, ky studim mbështet forcimin e llogaridhënies dhe avokon për një sektor shëndetësor më të përgjegjshëm, gjithëpërfshirës dhe në përputhje me angazhimet e Shqipërisë për barazinë gjinore dhe parandalimin e dhunës.

Popullata dhe kampioni i studimit

Studimi është zhvilluar në bashkitë Tiranë, Elbasan, Korçë, Fier, Lezhë dhe Kukës, me fokus te profesionistët e sistemit të kujdesit shëndetësor parësor, të cilët, në kuadër të ushtrimit të profesionit të tyre, hasin gra dhe vajza që përjetojnë dhunë në familje.

Popullata e studimit:

Bashkia Tiranë ka në total 27 qendra të kujdesit shëndetësor parësor, prej të cilave 14 ndodhen në zona urbane dhe 13 në zona rurale. Në qendrat urbane ofrojnë shërbime 345 mjekë dhe 541 punonjës të

tjerë shëndetësorë, përfshirë infermierë, mami dhe teknikë laborator. Qendrat rurale kanë në përbërje të tyre 59 mjekë dhe 184 punonjës të tjerë shëndetësorë.

Bashkia Elbasan përfshin 22 qendra të kujdesit shëndetësor parësor, nga të cilat 4 ndodhen në zona urbane dhe 18 në zona rurale. Në qendrat urbane punojnë 50 mjekë dhe 105 punonjës të tjerë shëndetësorë, ndërsa në ato rurale shërbejnë 40 mjekë dhe 228 punonjës të tjerë shëndetësorë.

Bashkia Korçë ka 16 qendra të kujdesit shëndetësor parësor, përkatësisht 4 në zonat urbane dhe 12 në zonat rurale. Qendrat urbane përbëhen nga 31 mjekë dhe 93 punonjës të tjerë shëndetësorë, ndërsa ato rurale kanë në përbërje 25 mjekë dhe 188 punonjës të tjerë shëndetësorë.

Bashkia Fier numëron gjithsej 16 qendra të kujdesit shëndetësor parësor, ku 3 ndodhen në zona urbane dhe 13 në zona rurale. Në qendrat urbane janë të angazhuar 36 mjekë dhe 79 punonjës të tjerë shëndetësorë, ndërsa në ato rurale ofrojnë shërbime 36 mjekë dhe 160 punonjës të tjerë shëndetësorë.

Bashkia Kukës ka 13 qendra të kujdesit shëndetësor parësor, përkatësisht 1 në zonë urbane dhe 12 në zona rurale. Qendra urbane përbëhet nga 10 mjekë dhe 35 punonjës të tjerë shëndetësorë, ndërsa qendrat rurale kanë 19 mjekë dhe 122 punonjës të tjerë shëndetësorë.

Bashkia Lezhë ka gjithsej 9 qendra shëndetësore, nga të cilat 1 ndodhet në zonë urbane me 26 mjekë dhe 94 punonjës shëndetësorë, dhe 8 në zona rurale ku shërbejnë 19 mjekë dhe 122 punonjës të tjerë shëndetësorë.

Kampionimi

Madhësia e kampionit për mbledhjen e të dhënave cilësore:

Për analizën cilësore, janë përfshirë gjithsej 27 profesionistë të kujdesit shëndetësor parësor nga 6 bashki (Tiranë, Elbasan, Korçë, Fier, Kukës dhe Lezhë), të përzgjedhur nga qendra urbane dhe rurale për të reflektuar përvoja të ndryshme në ofrimin e shërbimeve ndaj rasteve të dhunës me bazë gjinore. Kampioni përfshin:

- ♦ **mjekë familjeje, përfaqësues të qendrave shëndetësore si:** Q.Sh nr.1 Tiranë, Q.Sh Shkozë, Q.Sh. Farkë, Q.Sh Bradashesh, Q.Sh3 Elbasan, Q.Sh2 Korçë, Q.Sh Mbrostar Fier, Q.Sh Shen Koll Kukës, dhe Q.Sh në Lezhë.
- ♦ **9 infermierë, të angazhuar në qendra si:** Q.Sh Shkozë, Q.Sh Dajt, Q.Sh Bradashesh, Q.Sh3 Elbasan, Q.Sh Bulgarec, Q.Sh Bicaj, etj.
- ♦ **4 punonjës socialë, të përfshirë** në Tiranë, Elbasan, Fier dhe Lezhë.
- ♦ **3 psikologë,** përkatësisht në Tiranë, Fier dhe Kukës.

Gjithashtu, u përfshinë 6 zyrtarë nga institucionet përgjegjëse për politikën dhe zbatimin e tyre, si më poshtë:

- ♦ **2 përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale,** respektivisht nga Drejtoria e Mbrojtjes Sociale dhe Barazisë Gjinore dhe nga Drejtoria e Shëndetit Publik/ Parësor;
- ♦ **1 përfaqësues nga Operatorët e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor,** përkatësisht Zv/ Drejtori Teknik dhe përfaqësues nga Drejtoria e Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor;
- ♦ **2 përfaqësues nga Drejtoritë Rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor,** të angazhuar në komitetet vendore për bashkërendimin e rasteve të dhunës;
- ♦ **1 përfaqësues nga Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor,** me rol teknik në Etapat e Trajtimit Ndërinstitucional (ETN).

Në këtë analizë janë përfshirë edhe 6 përfaqësues të organizatave të shoqërisë civile që veprojnë në rajone të ndryshme dhe kanë fokus në çështjet e barazisë gjinore dhe dhunës me bazë gjinore (nga Tirana, Elbasani, Korça, Fieri, Kukësi dhe Lezha), me qëllim përfshirjen e perspektivave të bazuara në komunitet dhe të aktorëve të linjës së parë.

Në total, kampioni përbëhet nga 39 pjesëmarrës, të përzgjedhur me kujdes për të përfaqësuar një gamë të gjerë rolesh dhe përvojash në nivel kombëtar dhe vendor, si dhe për të siguruar përfaqësim gjeografik dhe institucional të balancuar.

	Tiranë		Elbasan		Korcë	
	Qytet	Fshat	Qytet	Fshat	Qytet	Fshat
Mjek familje	Q.Sh1	Farkë;	Q.Sh1	Bradashesh	Q.Sh3	
	Q.Sh Shkozë					
Infermier	Shkozë	Dajt	Q.Sh1	Bradashesh	Q.Sh3	Bulgarec
Punonjëse sociale	Q.Sh10		Q.Sh1			
Psikolog	Q.Sh1				Q.Sh1	
Total	5	2	3	2	3	1

	Fier		Kukës		Lezhë	
	Qytet	Fshat	Qytet	Fshat	Qytet	Fshat
Mjek familje	Q.Sh2	Mbrostar	Q.Sh		Q.Sh	Shen Koll
Infermier	Q.Sh2			Bicaj	Q.Sh	
Punonjëse sociale	Q.Sh1				Q.Sh	
Psikolog			Q.Sh			
Total	3	1	2	1	3	1

Tabela 1. Shpërndarja e kampionit për mbledhjen e të dhënave cilësore me profesionistët e Shërbimit shëndetësor Parësor

	Tiranë	Elbasan	Korçë
MSHMS	Dr e Mbrojtjes Sociale dhe Barazisë Gjimore;		
Operatori Shërbime Kujdesit Shëndetësor	Zv Drejtori teknik; Drejtoria e Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor		
Drejtore Rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor	Përfaqësuesi në komitetin drejtues për bashkërendimin e veprimtarisë së institucioneve përgjegjëse në nivel vendor për rastet e dhunës	Përfaqësuesi në komitetin drejtues për bashkërendimin e veprimtarisë së institucioneve përgjegjëse në nivel vendor për rastet e dhunës	
Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor			
Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor	Përfaqësuesi teknik në ETN	Përfaqësuesi teknik në ETN	Përfaqësuesi teknik në ETN
OJF	Përfaqësues organizate që ka në fokus çështjet e dhunës	Përfaqësues organizate që ka në fokus çështjet e dhunës	Përfaqësues organizate që ka në fokus çështjet e dhunës
Totali	5	3	2

	Fier	Kukës	Lezhë
MSHMS			
Operatori Shërbime Kujdesit Shëndetësor			
Drejtore Rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor			
Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor		Përfaqësuesi në komitetin drejtues për bashkërendimin e veprimtarisë së institucioneve përgjegjëse në nivel vendor për rastet e dhunës	Përfaqësuesi në komitetin drejtues për bashkërendimin e veprimtarisë së institucioneve përgjegjëse në nivel vendor për rastet e dhunës
Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor	Përfaqësuesi teknik në ETN	Përfaqësuesi teknik në ETN	Përfaqësuesi teknik në ETN
OJF	Përfaqësues organizate që ka në fokus çështjet e dhunës	Përfaqësues organizate që ka në fokus çështjet e dhunës	Përfaqësues organizate që ka në fokus çështjet e dhunës
Totali	2	3	3

Tabela 2. Shpërndarja e kampionit për mbledhjen e të dhënave cilësore me aktorët kyç në sistemin e kujdesit shëndetësor



Madhësia e Kampionit për mbledhjen e të dhënave sasiore:

Karakteristikat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor

- ◆ Ky studim përfshiu 289 pjesëmarrës nga profesionistët e shëndetit, nga të cilët 251 (rreth 87%) ishin femra dhe 38 (13%) ishin meshkuj.
- ◆ Pjesëmarrësit në anketë ishin të shpërndarë në mënyrë relativisht të balancuar në rrethet Elbasan, Korçë, Kukës, Fier dhe Lezhë (rreth 14%-15% secili), ndërsa Tirana përbënte pothuajse dyfishin e tyre (rreth 27% të totalit).
- ◆ Rreth 52% e pjesëmarrësve punonin në zonat urbane kundrejt 48% që punonin në zonat rurale.
- ◆ Mosha mesatare e profesionistëve të kujdesit shëndetësor të përfshirë në këtë studim ishte 41.5 ± 11.5 vjet. Rreth 34% e pjesëmarrësve ishin 18-34 vjeç, 37% ishin 35-50 vjeç dhe 29% ishin ≥ 51 vjeç.
- ◆ Afërsisht 32% e pjesëmarrësve ishin mjekë, shumica (62%) ishin infermierë, dhe vetëm 6% e tyre ishin staf psikosocial (psikologë ose punonjës socialë).
- ◆ Mesatarja e viteve të punës në pozicionin përkatës për profesionistët shëndetësorë të përfshirë në këtë studim ishte 14.7 ± 12.0 vjet. Rreth 21% e tyre ishin të rinj, me 0-3 vite përvojë pune, 26% kishin 4-10 vite përvojë pune, ndërsa më shumë se gjysma (53% e totalit) kishin mbi 11 vite përvojë pune.

Karakteristikat e kampionit nga popullata e përgjithshme

- ◆ 943 persona nga publiku i gjerë, iu përgjigjën pyetësorit online, nga të cilët 163 (rreth 17%) ishin meshkuj dhe 769 (~81%) ishin femra.
- ◆ Mosha mesatare ($\pm SD$) e pjesëmarrësve ishte 41.7 ± 14.1 vjet (intervali: 18-78 vjet). Rreth 14% e pjesëmarrësve ishin mbi 60 vjeç, ndërsa 48% ishin 18-39 vjeç.
- ◆ Rreth 51% e pjesëmarrësve jetonin në zonat urbane, ndërsa 49% në zonat rurale.
- ◆ Rreth 71% e pjesëmarrësve ishin aktualisht të martuar, ndërsa 68% ishin të punësuar.
- ◆ Pothuajse 40% e individëve kishin arsim të lartë, ndërsa vetëm 17% kishin nivel të ulët edukimi.
- ◆ Krahësuar me nivelin mesatar të të ardhurave në Shqipëri, më shumë se gjysma e pjesëmarrësve (53%) raportuan një nivel të ulët të tyre, kundrejt 13% që raportuan një nivel më të lartë të të ardhurave.
- ◆ Rreth 57% e individëve raportuan akses të lehtë në shërbimet shëndetësore, ndërsa 48% raportuan vështirësi në aksesimin e tyre.

Instrumentet për mbledhjen e të dhënave

Mbledhja e të dhënave u krye nëpërmjet administrimit të dy pyetësorëve dhe intervistave gjysëm të strukturuar:

Pyetësori për profesionistët shëndetësorë i cili u hartua për të vlerësuar reagimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor në menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Përpara se të shpërndahej ai iu nënshtrua një shqyrtimi paraprak të kushteve de jure dhe de facto të raportimit të DHBGJ brenda sistemit shëndetësor. Pyetësori përmbante pesë seksione me gjithsej 24 pyetje dhe u administrua tek personeli shëndetësor i qendrave të përzgjedhura. Mbledhja e të dhënave u realizua ngant intervistues të trajnuar, të cilët regjistronin përgjigjet duke përdorur formatin e Lyme Survey, një platformë online e strukturuar për grumbullimin e të dhënave. Në raste të veçanta, kur ishte e nevojshme, u përdor edhe shpërndarja fizike e pyetësorit. Ky instrument synonte të përfshinte profesionistët shëndetësorë me kontakt të drejtpërdrejtë me pacientët, për të mbledhur informacion mbi përvojën dhe qasjet e tyre në trajtimin e rasteve të DHBGJ (Shih Aneksin 1).

Pyetësori për popullatën e përgjithshme i cili u hartua për të vlerësuar ndërgjegjësimin, perceptimet dhe pengesat e lidhura me raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) brenda sistemit shëndetësor. Ky instrument ishte pjesë e një vlerësimi gjithëpërfshirës mbi gatishmërinë dhe efektivitetin e mekanizmave të raportimit të DHBGJ, duke eksploruar përvojat dhe qëndrimet e publikut në lidhje me këtë fenomen dhe rolin e shërbimeve shëndetësore.

I strukturuar në disa seksione, pyetësori përfshinte pyetje mbi të dhënat socio-demografike, njohuritë mbi DHBGJ, perceptimin mbi aksesueshmërinë dhe reagimin e shërbimeve shëndetësore, si dhe

faktorët që pengojnë raportimin. Përveç kësaj, ai vlerësonte nivelin e besimit të publikut tek profesionistët e shëndetësisë për menaxhimin e rasteve të DHBGJ dhe garantimin e konfidencialitetit.

Pyetësori u shpërnda online përmes rrjeteve sociale dhe u administrua përmes platformës Lyme, e cila mundësoi mbledhjen e të dhënave në mënyrë të strukturuar dhe të sigurt. Qëllimi ishte të sigurohej një përfaqësim i gjerë i individëve me sfond të ndryshëm social, kulturor dhe ekonomik, duke mundësuar një kuptim më të thellë të sfidave dhe mundësive për përmirësimin e raportimit dhe menaxhimit të rasteve të DHBGJ brenda sektorit shëndetësor në Shqipëri (Shih Aneksin 2).

Intervistat gjysmë të strukturuar u realizuan për të mbledhur të dhëna të thelluara me aktorë kyç të kujdesit shëndetësor parësor. Intervistat, të cilat përmbanin gjithsej 26 pyetje, mbulonin fusha si: njohja me legjislacionin për dhunën me bazë gjinore, përvojat në trajtimin e rasteve të dhunës, sfidat në raportimin dhe menaxhimin e rasteve, si dhe sugjerime për përmirësimin e sistemit. Intervistat u zhvilluan si në mënyrë fizike, ashtu edhe online, në varësi të preferencave dhe mundësive logjistike të pjesëmarrësve. (Shih Aneksin 3 të bashkëlidhur).

Si pyetësori, ashtu edhe udhëzuesi i intervistës u pilotuan me një kampion të vogël pjesëmarrësish, me qëllim përmirësimin e qartësisë së pyetjeve dhe sigurimin e një rrjedhe logjike të procesit të mbledhjes së të dhënave.

U hartuan udhëzime të detajuara për intervistuesit për të siguruar qartësi, koherencë dhe respektim të standardeve etike gjatë gjithë procesit të mbledhjes së të dhënave. Këto udhëzime përfshinin instruksione për zhvillimin e intervistave, trajtimin e tematikave të ndjeshme dhe respektimin e parimeve etike. Gjithashtu, u organizuan sesione trajnuese për të njohur

intervistuesit me strukturën e udhëzuesit të intervistës, çështjet etike dhe teknikat për ndërtimin e besimit dhe nxitjen e një dialogu të hapur me pjesëmarrësit.

Procesi i mbledhjes së të dhënave

Planifikimi i intervistave dhe organizimi logjistik u koordinuan nga ekipi i projektit. Gjatë gjithë procesit, u respektuan me rigorozitet parimet etike, duke përfshirë marrjen e pëlqimit të informuar nga të gjithë pjesëmarrësit, garantimin e konfidencialitetit dhe respektimin e të drejtave të tyre. U hartuan formularë të qartë të pëlqimit, të cilët përshkruanin qëllimin e kërkimit, procedurat e ndjekura, rreziqet dhe përfitimet e mundshme, si dhe të drejtat e pjesëmarrësve. Pëlqimi u sigurua/u mor përpara fillimit të procesit të mbledhjes së të dhënave.

U zhvilluan protokolle të detajuara për realizimin e intervistave dhe anketave, duke përfshirë planifikimin, zhvillimin e sesioneve dhe procedurat për regjistrimin dhe administrimin e të dhënave. Të gjitha intervistat dhe diskutimet në grup u regjistruan (me pëlqimin e pjesëmarrësve) dhe u transkriptuan me saktësi, ndërsa përgjigjet nga anketat u regjistruan në mënyrë të kujdesshme dhe të saktë. Për të garantuar konfidencialitetin dhe integritetin e të dhënave, u zbatuan masa të sigurta për ruajtjen e tyre, përfshirë përdorimin e sistemeve të enkriptimit dhe protokolleve të aksesit të sigurt, me qëllim parandalimin e aksesit të paautorizuar.

Analiza e të dhënave

Analiza e të dhënave të mbledhura dhe transkriptuara nga intervistat u krye nëpërmjet analizës tematike me qëllim identifikimin e temave kryesore dhe prirjeve që lidhen me raportimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, nivelin e njohurive dhe qëndrimet e profesionistëve

të kujdesit shëndetësor ndaj legjislacionit për barazinë gjinore dhe dhunën me bazë gjinore, si dhe sfidat praktike me të cilat ata përballen në praktikën e përditshme.

Kjo qasje analitike mundësoi një vështrim më të thelluar mbi përvojat dhe narrativat e profesionistëve, duke hedhur dritë në kontekstin dhe kompleksitetin që ndikon në mënyrën se si ata reagojnë dhe veprojnë përballë rasteve të dhunës me bazë gjinore. Analiza shërbeu si një mjet i rëndësishëm për të kuptuar më mirë jo vetëm aspektet strukturore dhe institucionale, por edhe dimensionet njerëzore dhe profesionale të angazhimit të tyre në këtë fushë.

Analiza e të dhënave sasiore ishte kryesisht përshkruese (deskriptive) mbi të dhënat e anketës, duke përmbledhur gjetjet kryesore si frekuenca (numra absolutë dhe përqindje) të raportimit të rasteve të DHBGJ, ndërgjegjësimit mbi detyrimet ligjore dhe sfidat me të cilat përballen profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe popullata e përgjithshme. Testi i Hi-katrorit dhe Fisher-exact test u përdor për të vlerësuar ndryshimet statistikore sinjifikante të lidhura me karakteristikat socio-demografike të pjesëmarrësve në studim. Në raport janë përfshirë vetëm rezultatet statistike sinjifikante. Në krahasimin e proporcioneve u përdor një nivel sinjifikance 95%.

Analiza e të dhënave sasiore ndihmon në vizualizimin e rezultateve kryesore përmes tabelave dhe grafikëve për ta bërë informacionin më të kuptueshëm dhe të transmetueshëm për audienca të niveleve të ndryshme. Gjithashtu, kjo analizë ofron një bazë të qartë për të identifikuar prirjet dhe modelet e të dhënave të mbledhura në këtë studim.

E gjithë analiza e të dhënave u krye nëpërmjet paketës statistikore SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versioni 22.0).

04 REZULTATET DHE DISKUTIME

REZULTATET NGA PROFESIONISTËT

Rezultatet nga pyetësi me profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor

Ky seksion paraqet rezultatet e mbledhura përmes një pyetësi të strukturuar me profesionistë të kujdesit shëndetësor parësor (mjekë, infermierë, punonjës socialë dhe psikologë), në zona urbane dhe rurale të Shqipërisë. Pyetësi kishte për qëllim të vlerësonte njohuritë, përvojat dhe perceptimet e tyre në lidhje me identifikimin, dokumentimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Të dhënat ndihmojnë në kuptimin e kapaciteteve ekzistuese brenda sistemit shëndetësor dhe sfidave praktike me të cilat përballen profesionistët në përditshmëri.

Karakteristikat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor

Tabela 3 paraqet shpërndarjen e pjesëmarrësve në studim sipas karakteristikave socio-demografike. Në studim u përfshinë gjithsej 289 pjesëmarrës, nga të cilët shumica ishin femra (251, ose 87%), ndërsa 38 pjesëmarrës (13%) ishin meshkuj.

Lidhur me shpërndarjen sipas bashkive, shpërndarja e pjesëmarrësve ishte relativisht e balancuar në Elbasan, Korçë, Kukës, Fier dhe Lezhë, ku secila prej këtyre bashkive përfaqësonte rreth 14-15% të totalit. Nga ana tjetër, Tirana kishte një përqindje më të lartë të pjesëmarrësve (27%), pothuajse dyfishi i secilës nga bashkitë e tjera.

Sa i përket vendbanimit, pjesëmarrësit ishin të ndarë pothuajse në mënyrë të barabartë midis zonave urbane dhe rurale, me 149 pjesëmarrës (52%) që jetonin në qytete dhe 140 (48%) në zona rurale.

Në lidhje me shpërndarjen sipas grupmoshave, 98 pjesëmarrës (34%) i përkisnin grupmoshës 18-34 vjeç, 106 pjesëmarrës (37%) ishin 35-50 vjeç dhe 85 pjesëmarrës (29%), ishin mbi 50 vjeç. Mosha mesatare e profesionistëve shëndetësorë të përfshirë në studim ishte 41.5 ± 11.5 vjet, me një moshë mediane prej 40 vjetësh (intervali interkuartil: 31-52 vjet). Pjesëmarrësi më i ri ishte 24 vjeç, ndërsa më i vjetri 74 vjeç, duke reflektuar një shtrirje prej 50 vitesh.

Sa i përket pozicionit të punës, pjesëmarrësit ishin kryesisht infermierë (179, ose 62%), ndërsa 93 pjesëmarrës (32%) ishin mjekë. Një përqindje më e vogël (17 pjesëmarrës, ose 6%) i përkisnin stafit psiko-social, përfshirë psikologë dhe punonjës socialë.

Përvoja profesionale e pjesëmarrësve varionte nga fillestarë deri te profesionistë me eksperiencë të gjatë. Rreth 21% kishin deri në 3 vite pune, 26% kishin 4-10 vite, ndërsa mbi gjysma (53%) kishin 11 ose më shumë vite përvojë.

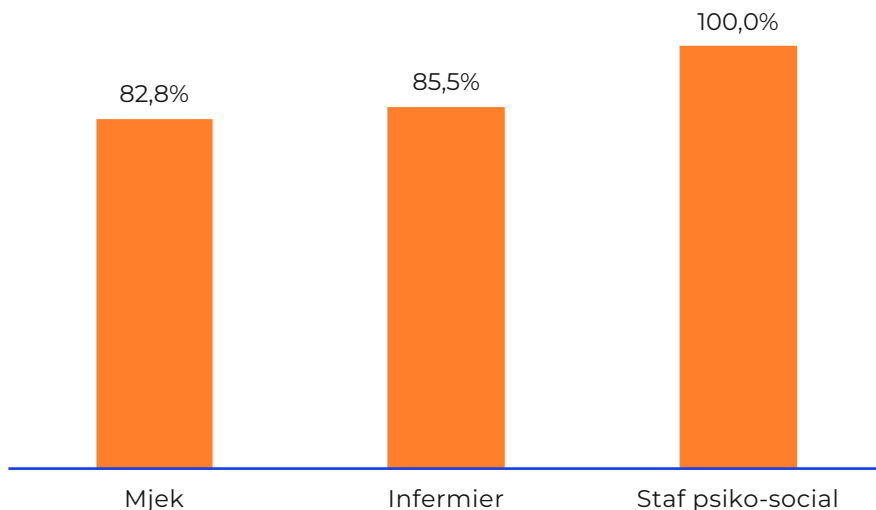
Ndryshorët	Numri	Përqindja (%)
Cjinia		
Meshkuj	251	87
Femra	38	13
Bashkia		
Elbasan	41	14,2
Fier	41	14,2
Korçë	40	13,8
Kukës	45	15,6
Lezhë	43	14,9
Tiranë	79	27,3
<i>Totali</i>	298	100
Vendbanimi:		
Urban	149	51,6
Rural	140	48,4
Grup-mosha:		
18-34 vjeç	98	29,4
35-50 vjeç	106	36,7
≥51 vjeç	85	33,9
Mosha mesatare	41.5±11.5	
Profesioni		
Mjek	93	32
Infermier	179	62
Staf psiko-social	17	6
Eksperienca në punë:		
0-3 vite	61	21,1
4-10 vite	75	26
≥11 vite	153	52,9

Tabela 3: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas karakteristikave socio-demografike

Njohuritë dhe trajnimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor mbi dhunën me bazë gjinore

Njohuritë mbi llojet e dhunës në familje

Në këtë studim, 85.5% e pjesëmarrësve raportuan njohuri mbi të gjitha llojet e dhunës në familje sipas legjislacionit shqiptar, ndërsa 14.5% nuk ishin plotësisht të informuar. Sipas profesionit, 100% e stafit psiko-social, 85.5% e infermierëve dhe 82.8% e mjekëve deklaruan njohuri mbi të gjitha format e dhunës (Grafiku 1). Në lidhje me përvojën në punë, njohuritë ishin të ngjashme mes të gjitha grupeve (85%), duke treguar një ndërgjegjësim të qëndrueshëm mbi këtë çështje në të gjithë profesionistët shëndetësorë.



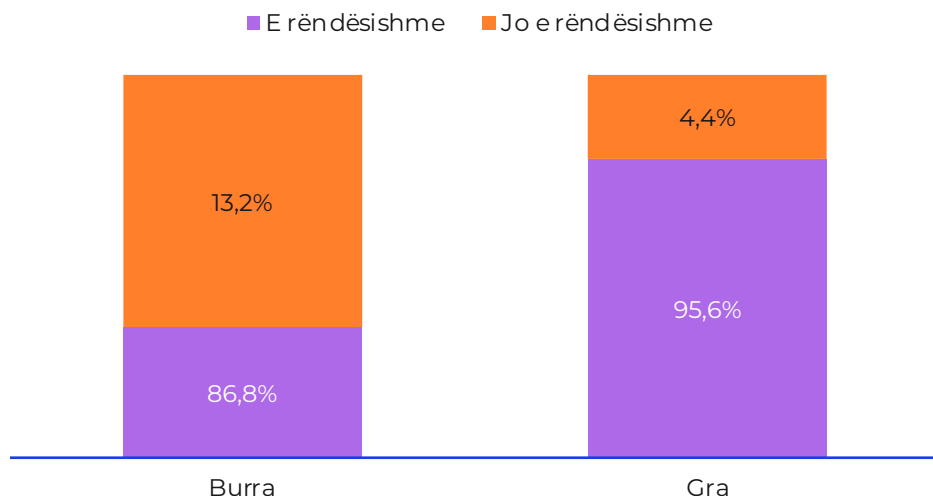
Grafiku 1: Shpërndarja e njohurive për të gjitha llojet e dhunës sipas profesionit të profesionistëve shëndetësorë

Analiza e mëtejshme sipas karakteristikave socio-demografike dhe profesionale tregoi se gjinia ishte i vetmi variabël me një lidhje statistikisht domethënëse ($p=0.044$). Burrat raportuan një përqindje më të lartë të mungesës së njohurive në krahasim me gratë (26.3% kundrejt 12.7%), duke sugjeruar se njohuritë mbi ligjin për dhunën në familje mund të jenë më të përhapura tek profesionistët femra.

Megjithëse shumica e profesionistëve shëndetësorë raportojnë njohuri mbi të gjitha llojet e dhunës në familje sipas ligjit, përqindja e atyre që nuk janë të informuar mbetet e rëndësishme (14,5%). Kjo nënvizon nevojën për ndërhyrje të mëtejshme për forcimin e njohurive ligjore të profesionistëve të shëndetësisë, veçanërisht në grupet që raportojnë më pak njohuri, për të siguruar një zbatim më efektiv të ligjit dhe një mbrojtje më të mirë të të mbijetuarave.

Roli i kujdesit shëndetësor parësor në identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës në familje

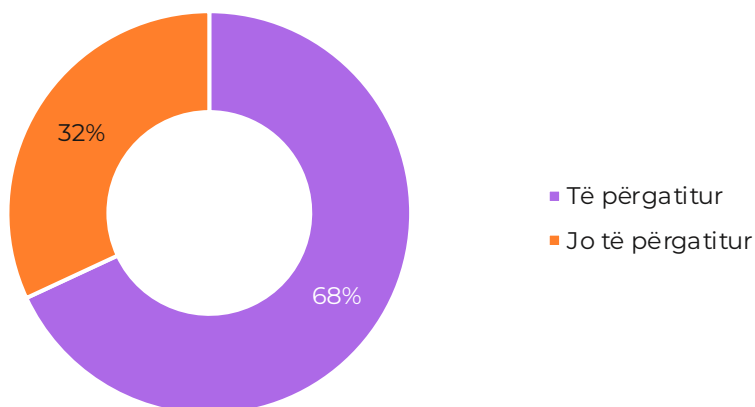
Në këtë studim, shumica e profesionistëve të shëndetit (95.1%) raportuan se janë të ndërgjegjësuar mbi rolin e kujdesit shëndetësor parësor në identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës në familje (Grafiku 2). Gjinia ishte e vetmja karakteristikë me një lidhje statistikisht domethënëse ($p=0.045$), ku gratë treguan një nivel më të lartë ndërgjegjësimi (95.6%) krahasuar me burrat (86.8%).



Grafiku 2: Roli i kujdesit shëndetësor parësor në identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës në familje sipas gjinisë së profesionistëve

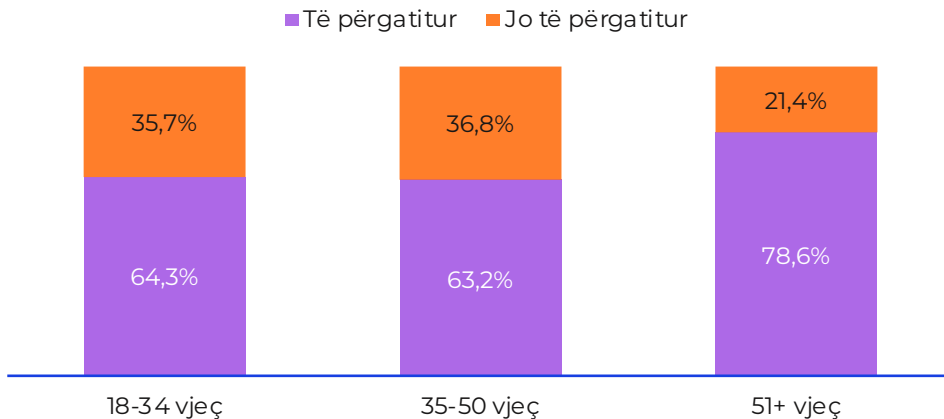
Përgatitja për të kryer një vlerësim të plotë të rasteve të dhunës në familje ose dhunës me bazë gjinore

Vetëm 68% e profesionistëve shëndetësor (196 nga 288) raportuan se ndihen të përgatitur për të kryer një vlerësim të plotë të rasteve të dhunës në familje ose dhunës me bazë gjinore (DHBGJ), ndërsa 32% deklaruan se ndihen pak ose aspak të përgatitur (Grafiku 3).



Grafiku 3: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas nivelit të përgatitjes për të vlerësuar rastet e dhunës

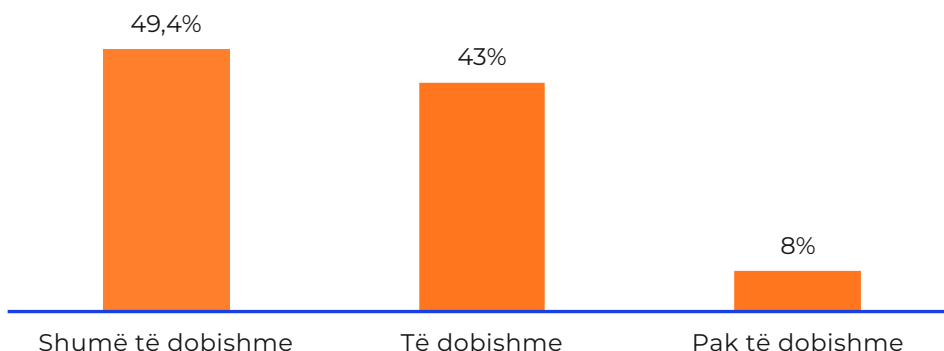
Analiza sipas karakteristikave socio-demografike dhe profesionale tregoi se mosha ishte e vetmja variabël me një lidhje statistikisht domethënëse ($p=0.048$). Profesionistët mbi 51 vjeç raportuan një ndjenjë më të lartë gatishmërie (78.6%) krahasuar me grupmoshat më të reja (64.3% për 18-34 vjeç dhe 63.2% për 35-50 vjeç), çka sugjeron se përvoja më e gjatë ndikon në kompetencat për vlerësimin e rasteve të dhunës (Grafiku 4)



Grafiku 4: Përgatitja e profesionistëve për të kryer vlerësim të plotë të rasteve të dhunës në familje ose dhunës me bazë gjinore

Trajnimet e profesionistëve për dhunën në familje dhe dhunën me bazë gjinore

Lidhur me pyetjen nëse pjesëmarrësit janë trajnuar ndonjëherë për dhunën me bazë gjinore, rezultoi se pothuajse 60% e tyre kishin marrë trajnim në këtë fushë, ndërsa 40% nuk kishin përfituar. Nga ata që raportuan se ishin trajnuar, 49.4% e konsideruan trajnimin shumë të dobishëm, 43% e vlerësuan si kryesisht të dobishëm, ndërsa vetëm 7.6% e konsideruan pak të dobishëm. Këto të dhëna tregojnë se shumica e të trajnuarve i perceptonin trajnimet si të vlefshme, duke reflektuar një ndikim pozitiv në njohuritë dhe aftësitë e tyre (Grafiku 5).



Grafiku 5: Shpërndarja e opinionëve të profesionistëve mbi dobishmërinë e trajnimeve të marra për dhunën me bazë ligjore

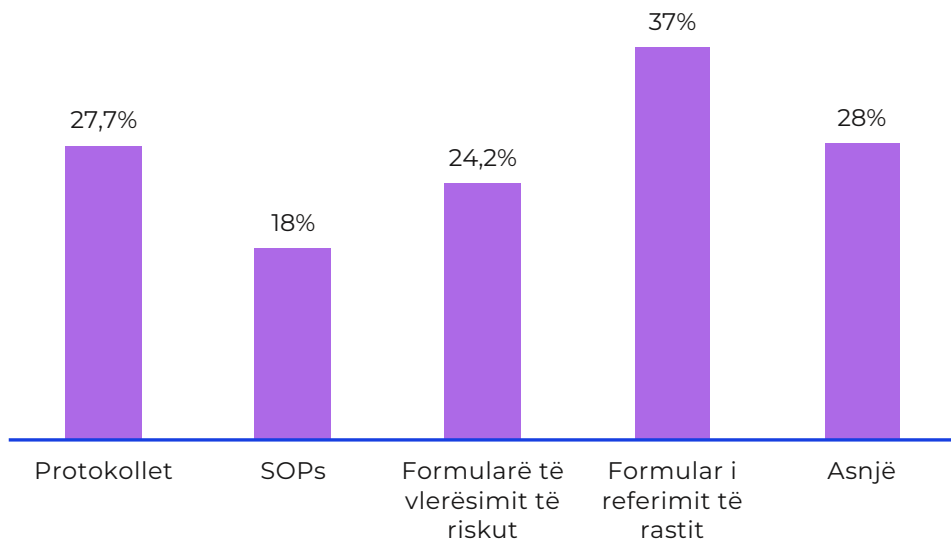
Megjithatë, fakti që 40% e profesionistëve të intervistuar nuk kishin marrë trajnim mbi dhunën me bazë gjinore tregon nevojën për të zgjeruar mundësitë e formimit profesional në këtë fushë. Po ashtu, përqindja e vogël e atyre që i konsiderojnë trajnimet pak të dobishme sugjeron hapësira për përmirësimin e përmbajtjes dhe metodologjisë së tyre, me qëllim që të jetë sa më efektiv dhe i përshtatshëm për nevojat e pjesëmarrësve.

Analiza e mëtejshme mbi perceptimin e dobishmërisë së trajnimit sipas karakteristikave socio-demografike dhe profesionale tregoi se nuk kishte dallime të rëndësishme midis grupeve të ndryshme. Pavarësisht gjinisë, moshës, vendbanimit, pozicionit të punës apo përvojës profesionale, shumica e pjesëmarrësve raportuan se i konsideronin të dobishme trajnimet e kryera. Këto rezultate nënvizojnë rëndësinë e ofritit të trajnimeve të vazhdueshme mbi këtë temë për të gjithë profesionistët, duke garantuar akses të barabartë dhe përmirësim të njohurive dhe aftësive për adresimin e dhunës me bazë gjinore.

Dokumentimi i rasteve të dhunës nga profesionistët shëndetësorë

Grafiku 6 paraqet shpërndarjen e dokumenteve më të përdorura në institucionet ku punojnë profesionistët shëndetësorë për trajtimin e rasteve të dhunës në familje.

Rezultatet tregojnë se përdorimi i dokumentacionit të standardizuar për menaxhimin e këtyre rasteve mbetet i kufizuar. Dokumenti më i përdorur është formulari i regjistrimit të rasteve, i raportuar nga 37% e profesionistëve të shëndetit, i ndjekur nga protokollet e trajtimit të rasteve të dhunës, të cilat përdoren nga 28% e tyre. Po ashtu, 24% e profesionistëve (n=70) raportuan se përdorin formate të vlerësimit të rrezikut, ndërsa vetëm 18% (n=52) deklaruan se në institucionet e tyre zbatohen Procedurat Standarde të Operimit (SOP-et) për këtë çështje.



Grafiku 6: Dokumentet në përdorim nga institucionet shëndetësore për trajtimin e rasteve të dhunës në familje

Nga ana tjetër, një përqindje e konsiderueshme e profesionistëve, 28% (n=81), deklaruan se asnjë nga këto dokumente nuk përdoren në institucionet e tyre, duke nxjerrë në pah nevojën për standardizim më të madh dhe udhëzime më të qarta mbi përdorimin e dokumentacionit në menaxhimin e rasteve të dhunës në familje.

Mungesa e përdorimit të dokumenteve të duhura përbën një problem shqetësues në zbatimin e qasjeve të standardizuara për adresimin e dhunës në familje brenda institucioneve shëndetësore. Kjo mund të ketë një ndikim të rëndësishëm në ofrimin e kujdesit shëndetësor, pasi mungesa e përdorimit të këtyre dokumenteve mund të pengojë profesionistët shëndetësorë në Shqipëri për t'iu përgjigjur në mënyrë efektive rasteve të dhunës në familje, duke rrezikuar sigurinë e pacientëve dhe cilësinë e kujdesit të ofruar.

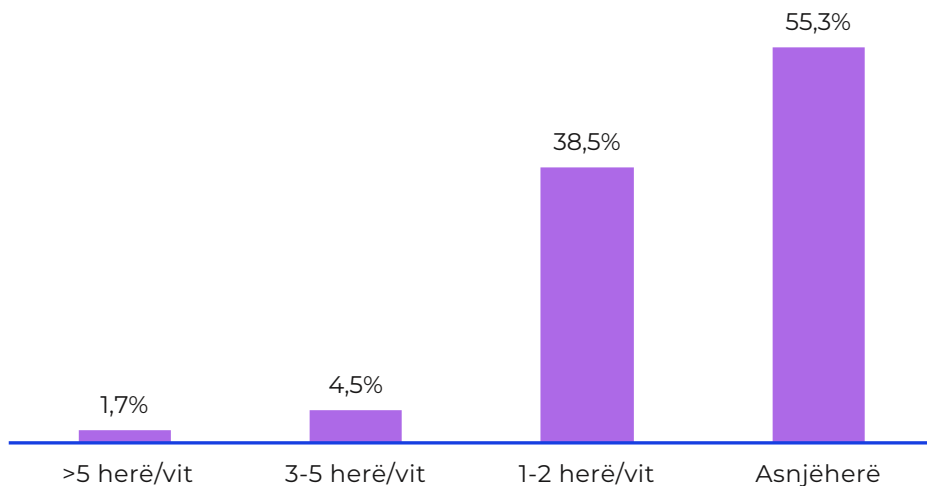
Mungesa e përdorimit të dokumenteve të standardizuara në gati një të tretën e institucioneve të përfshira në këtë studim nënvizon domosdoshmërinë për tu fokusuar me shumë në zhvillimin e politikave të duhura dhe organizimin e trajnimeve të profesionistëve për përgjigjen ndaj dhunës në familje në Shqipëri.

Analizat e mëtejshme të karakteristikave socio-demografike dhe profesionale tregojnë disa dallime të rëndësishme, ku vendbanimi dhe përvoja në punë shfaqën lidhje domethënëse statistikore me mos-përdorimin e dokumenteve për raportimin e dhunës. Konkretisht, profesionistët që punonin në zonat rurale dhe ata me më pak se 3 vite përvojë raportuan një përqindje më të lartë të mos-përdorimit të asnjë dokumenti për raportimin e dhunës në familje.

Këto gjetje sugjerojnë nevojën për përmirësimin e infrastrukturës dhe forcimin e kapaciteteve për zbatimin e protokolleve dhe udhëzimeve të standardizuara në trajtimin e rasteve të dhunës. Në veçanti, mbështetja e institucioneve shëndetësore në zonat rurale është thelbësore për të siguruar qasje të barabartë në udhëzime dhe mjete standarde. Po ashtu, është e domosdoshme të fuqizohen profesionistët e rinj përmes trajnimeve të specializuara dhe udhëzimeve praktike, duke i pajisur ata me aftësitë dhe mjetet e nevojshme për identifikimin dhe menaxhimin e rasteve të dhunës në familje në mënyrë më efektive.

Raportimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor

Lidhur me shpeshtësinë e hasjes së rasteve të DHBGJ në praktikën profesionale të Kujdesit Shëndetësor Parësor (Grafiku 7), 55.3% e pjesëmarrësve raportuan se nuk janë përballur kurrë me raste të tilla, kundrejt 38.5% që i kanë hasur rrallë (1-2 herë në vit), 4.5% që janë përballur me to disa herë (3-5 herë në vit) dhe vetëm 1.7% që raportuan se i hasin shpesh (më shumë se 5 herë në vit). Nga ana tjetër, lidhur me hasjen e rasteve të dhunës gjatë vitit të fundit, vetëm 17.8% e pjesëmarrësve raportuan se kishin identifikuar raste të tilla.



Grafiku 7: Shpërndarja e rasteve të dhunës në familje të hasura në Kujdesin Shëndetësor Parësor

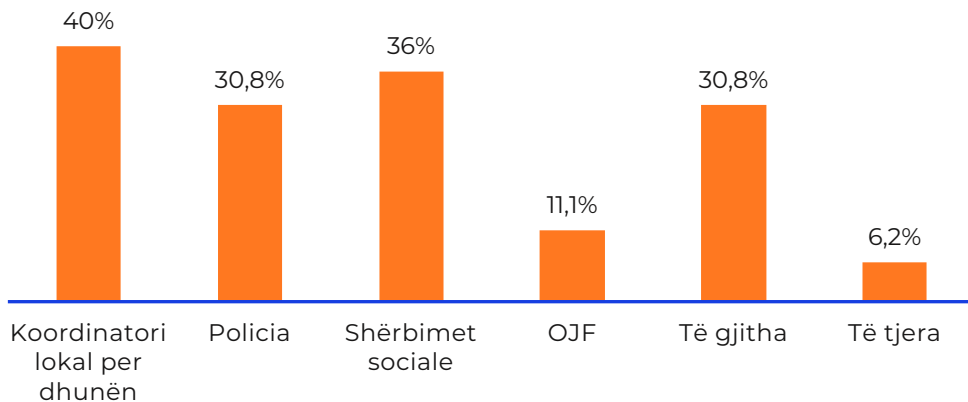
Këto tregues evidentojnë faktin se DHBGJ nuk identifikohet shpesh në kujdesin shëndetësor parësor, pavarësisht se profesionistët shëndetësorë janë pika e parë e kontaktit për popullatën në çdo problem shëndetësor. Mungesa e identifikimit të rasteve të dhunës nga më shumë se gjysma e profesionistëve shëndetësorë është shqetësuese dhe sugjeron nevojën për eksplorim të mëtejshëm mbi faktorët që ndikojnë në këtë fenomen dhe rrit gjithashtu nevojën për forcimin e kapaciteteve të stafit shëndetësor për të njohur dhe menaxhuar rastet e DHBGJ. Analiza sipas karakteristikave socio-demografike dhe profesionale tregoi se nuk kishte dallime të rëndësishme statistikore në raportimin e rasteve sipas gjinisë, moshës, vendbanimit apo përvojës së punës ($p > 0.05$). E vetmja lidhje statistikisht domethënëse u identifikua me pozicionin e punës ($p = 0.007$), ku personeli psiko-social raportoi një shpeshtësi më të lartë të hasjes së rasteve të DHBGJ krahasuar me mjekët dhe infermierët. Këto gjetje sugjerojnë se përvoja e profesionistëve në raport me DHBGJ mund të ndryshojë në varësi të rolit të tyre në sistemin shëndetësor, duke e bërë të domosdoshëm nevojën për një qasje më të personalizuar për fuqizimin e aftësive të tyre në këtë fushë.

Raportimi i rasteve të dhunës në familje sipas perceptimit të profesionistëve

Lidhur me përgjegjësitë ligjore të profesionistëve të shëndetësisë për raportimin e rasteve të dhunës në familje, rezultatet tregojnë një shpërndarje të ndryshme të institucioneve ku ata besojnë se duhet të bëhet raportimi. Koordinatori lokal për dhunën u identifikua si institucioni më i përmendur, ku 40% e pjesëmarrësve deklaruan se raportimi duhet të bëhet pranë tij. Po ashtu, 36% e profesionistëve shëndetësorë mendonin se rastet duhet të referohen tek shërbimi social, ndërsa 30.8% e tyre e shihnin policinë si pikën kryesore për raportim.

Një pjesë e profesionistëve (30.8%) besojnë se të gjitha institucionet e mësipërme duhet të jenë të përfshira njëkohësisht në procesin e raportimit, duke reflektuar një qasje më të integruar dhe të koordinuar. Nga ana tjetër, OJQ-të u përmendën nga 11.1% e pjesëmarrësve si një opsion i mundshëm për referimin e rasteve.

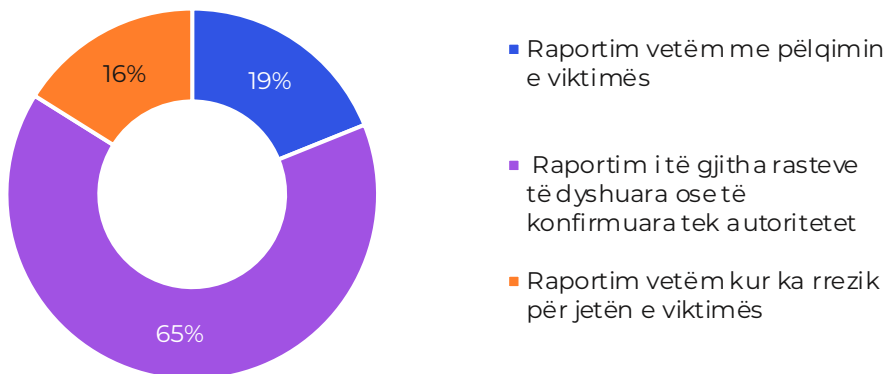
Ndërkohë, 6.2% e pjesëmarrësve dhanë përgjigje të ndryshme nga opsionet e listuara, duke treguar një larmi perceptimesh mbi mekanizmat e raportimit. Këto rezultate tregojnë se nuk ka një qartësi të plotë midis profesionistëve shëndetësorë mbi institucionet e duhura për raportimin e rasteve të dhunës, duke theksuar nevojën për standardizimin e procedurave përkatëse (Grafiku 8).



Grafiku 8: Raportimi i rasteve të dhunës në familje sipas perceptimit të profesionistëve

Detyrimi ligjor i profesionistëve për të raportuar rastet e dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore

Rezultatet e studimit tregojnë se profesionistët shëndetësorë kanë interpretime të ndryshme mbi detyrimin e tyre ligjor për të raportuar rastet e dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore. Shumica e pjesëmarrësve (65%) besojnë se të gjitha rastet e dyshuara ose të konfirmuara duhet të raportohen tek autoritetet përkatëse, duke reflektuar një qasje më strikte dhe gjithëpërfshirëse ndaj raportimit. Nga ana tjetër, 18.9% e tyre mendojnë se raportimi duhet të bëhet vetëm me pëlqimin e të mbijetuarës, duke theksuar rëndësinë e konfidencialitetit dhe të drejtës së pacientit për privatësi. Kurse 16.1% të të anketuarve, beson se raportimi duhet të bëhet vetëm kur ekziston rrezik i drejtpërdrejtë për jetën e të mbijetuarës (Grafiku 9)



Grafiku 9: Rastet kur duhet bërë raportimi i dhunës sipas opinionit të profesionistëve

Këto rezultate tregojnë se nuk ka një qëndrim të unifikuar mes profesionistëve të shëndetit në lidhje me këtë çështje, duke sugjeruar se disa prej tyre mund të mos jenë të qartë mbi detyrimet e tyre ligjore ose mund të kenë interpretime të ndryshme të legjislacionit në fuqi. Kjo tregon nevojën për udhëzime dhe trajnime më të strukturuar për të forcuar njohuritë mbi përgjegjësitë ligjore dhe për të garantuar një qasje të qëndrueshme në raportimin e rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

Analiza më të thelluar mbi këto perceptime, duke i lidhur me karakteristikat socio-demografike dhe profesionale të profesionistëve të shëndetit treguan se vetëm mosha kishte një lidhje statistikisht të rëndësishme me perceptimet mbi raportimin ($p=0.019$). Më konkretisht, profesionistët më të rinj (18-34 vjeç) kishin më shumë gjasa të besonin se raportimi ishte i detyrueshëm në të gjitha rastet krahasuar me grupmoshat më të mëdha, të cilët në një përqindje më të lartë besonin se raportimi bëhej vetëm në raste rreziku për jetën.

Arsyet kryesore që profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk raportojnë raste të dyshuara të DHBGJ

Grafiku 10 paraqet arsyet kryesore pse profesionistët shëndetësorë nuk raportojnë rastet e dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore, duke reflektuar sfidat dhe pengesat e hasura në praktikën e tyre të përditshme.

Arsyeja më e zakonshme për mos-raportimin ishte kërkesa e pacientëve për të mos e bërë publike dhunën që kishin përjetuar, e raportuar nga 35.4% e profesionistëve. Kjo tregon kompleksitetin e çështjes dhe rolin e ndjeshëm të profesionistëve shëndetësorë në ruajtjen e besimit me pacientët.

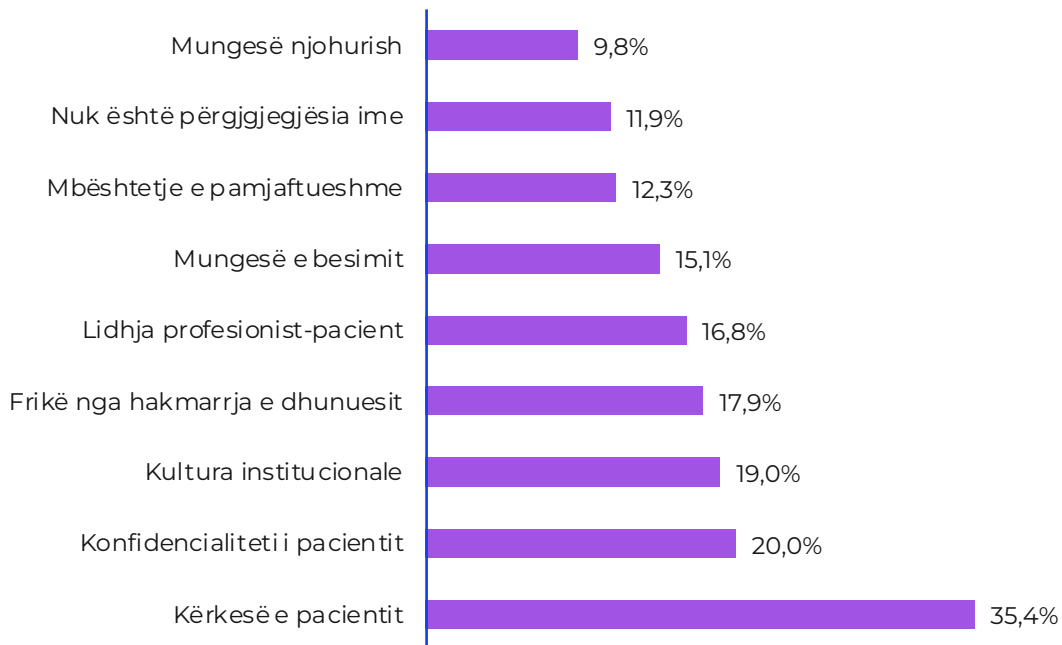
Një tjetër shqetësim i rëndësishëm ishte konfidencialiteti i pacientëve, i cili u përmend nga 20% e të anketuarve si arsye për të mos raportuar rastet. Kjo reflekton dilemën etike me të cilën përballen profesionistët kur balancojnë të drejtën e pacientit për privatësi me nevojën për ndërhyrje.

Kultura institucionale që nuk promovon raportimin e dhunës u rendit si arsyeja e tretë më e zakonshme (19.0%), duke sugjeruar se mungesa e mbështetjes nga institucioni dhe politikave të qarta mund të ndikojë negativisht në reagimin e sistemit shëndetësor ndaj dhunës me bazë gjinore.

Frika nga hakmarrja e dhunuesve ishte një tjetër faktor i rëndësishëm, i raportuar nga 17.9% e profesionistëve, duke nxjerrë në pah pasiguritë dhe rreziqet me të cilat ata mund të përballen kur trajtojnë raste të dhunës.

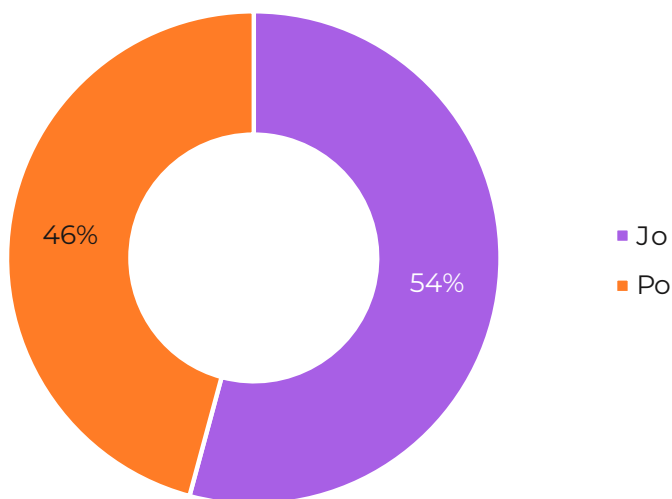
Po ashtu, shqetësimet për ndikimin në marrëdhënien pacient-profesionist (16.8%) dhe mungesa e besimit në efektivitetin e procesit të raportimit (15.1%) tregojnë pasiguri mbi pasojat e raportimit dhe ndikimin e tij real në mbrojtjen e të mbijetuarave.

Faktorë të tjerë që ndikonin në mos-raportimin përfshinin mungesën e mbështetjes nga drejtuesit e institucionit (12.3%), perceptimin se raportimi nuk është përgjegjësi e profesionistëve të shëndetit (11.9%) dhe mungesën e njohurive mbi mënyrën e raportimit (9.8%).



Grafiku 10: Arsyet kryesore që profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk raportojnë raste të dyshuara të DHBGJ

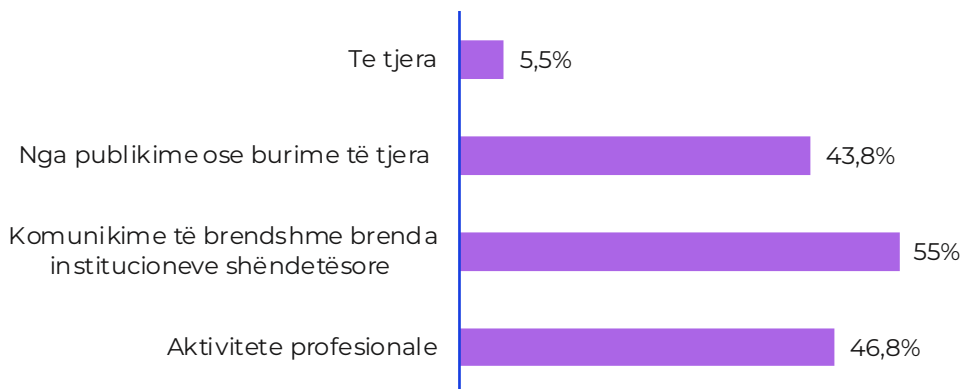
Kontakti me koordinatorët lokalë të dhunës në familje në nivel bashkie
Rezultatet tregojnë se më shumë se gjysma e profesionistëve shëndetësorë (54,2%) kanë pasur kontakte me koordinatorët lokalë për çështjet e dhunës në familje në bashkitë e tyre përkatëse duke ngritur pikëpyetje mbi nivelin e integritetit të sistemit shëndetësor me mekanizmat institucionalë për menaxhimin e rasteve të dhunës (Grafiku 11).



Grafiku 11: Kontakti i profesionistit shëndetësor me koordinatorin lokal të dhunës

Kuadri ligjor dhe rregullator lidhur me aspekte të dhunës me bazë gjinore

Lidhur me mënyrat se si profesionistët e shëndetit informohen mbi përditësimet ose ndryshimet në kuadrin ligjor dhe politik për dhunën me bazë gjinore dhe dhunën në familje (DHBCJ), përgjigjet tregojnë një shpërndarje të ndryshme të burimeve të informacionit. 55% e pjesëmarrësve raportuan se informohen përmes komunikimeve të brendshme brenda institucioneve shëndetësore, duke e bërë këtë burimin më të zakonshëm të informacionit. 46.8% e profesionistëve deklaruan se marrin informacion përmes trajnimeve profesionale dhe seminareve, ndërsa 43.6% e tyre e marrin informacionin nga publikime ose burime të tjera.



Grafiku 12: Burimet e informacionit të profesionistëve mbi ndryshimet në kuadrin ligjor dhe rregullator për dhunën me bazë gjinore dhe dhunën në familje

Një numër shumë i vogël pjesëmarrësish (5.5%) raportuan formë të tjera informimi, përfshirë median, bisedat në institucionet shëndetësore, psikologët, vetë-mësimin, apo kombinimin e të gjitha burimeve të sipërpërmendura. Ndërkohë, 2.8% e profesionistëve deklaruan se nuk informohen fare mbi ndryshimet ligjore dhe politikat për DHBCJ (Grafiku 12).

Analiza sipas karakteristikave socio-demografike dhe profesionale tregoi se profesionistët më të moshuar dhe me më shumë përvojë në shëndetësi priren të përdorin një gamë më të gjerë kanalesh informacioni, veçanërisht trajnime/seminare dhe publikime. Stafi psiko-social ka një preferencë të theksuar për trajnime/seminare, ndërsa profesionistët në zonat rurale priren të mbështeten më shumë te komunikimet e brendshme.

Dallimet gjinore në kanalet e preferuara të informacionit janë minimale. Këto rezultate nxjerrin në pah rëndësinë e diversifikimit të metodave të shpërndarjes së informacionit për të arritur në mënyrë efektive të gjitha grupet.

Boshllëqet ose dobësitë kryesore të perceptuara në kuadrin aktual ligjor dhe të politikave që lidhen me DHBGJ brenda sektorit të kujdesit shëndetësor

Tabela 4 përmbledh boshllëqet ose dobësitë kryesore të perceptuara në kuadrin ligjor dhe politik aktual në lidhje me dhunën me bazë gjinore (DHBGJ), sipas karakteristikave të ndryshme të profesionistëve të shëndetësisë.

Trajnime të pamjaftueshme për stafin shëndetësor

Ky ishte problemi më i identifikuar, ku 57.3% e grave dhe 55.6% e burrave e konsiderojnë mungesën e trajnimeve si një mangësi kryesore. Përqindjet më të larta u raportuan nga stafi psiko-social (76.5%), i ndjekur nga infermierët (56.5%) dhe mjekët (54.5%). Gjithashtu, ky shqetësim ishte më i përhapur tek profesionistët me përvojë mbi 11 vite (57.3%), duke sugjeruar se edhe profesionistët më me përvojë e ndiejnë nevojën për më shumë trajnim.

Shërbime të pamjaftueshme për mbështetjen e të mbijetuarave të DHBGJ-së

39.8% e grave dhe 44.4% e burrave raportuan se shërbimet mbështetëse për të mbijetuarat janë të pamjaftueshme. Ky problem perceptohet në mënyrë të barabartë midis moshave dhe vendbanimeve, me 41.5% të profesionistëve në zonat urbane dhe 39.3% në zonat rurale që e kanë evidentuar këtë si një boshllëk në sistemin aktual.

Mungesa e qartësisë mbi procedurat e raportimit

Rreth 42.7% e grave dhe 30.6% e burrave raportuan se procedurat e raportimit nuk janë të qarta, duke sugjeruar se ky problem perceptohet më shumë nga gratë. Nga ana tjetër, ky shqetësim ishte më i theksuar tek profesionistët në zonat urbane (46.5%) krahasuar me ata në zonat rurale (35.7%), si dhe tek profesionistët me 4-10 vite përvojë pune (45.8%).

Mekanizma të kufizuara të zbatimit të ligjit

Rreth 35.4% e grave dhe 36.1% e burrave raportuan se zbatimi i ligjeve mbetet i kufizuar. Ky shqetësim ishte më i theksuar tek profesionistët me më shumë se 11 vite përvojë (43.3%) dhe më i ulët tek ata me më pak se 10 vite eksperiencë. Gjithashtu, perceptimi për kufizimet në zbatimin e ligjit ishte më i lartë në zonat urbane (38.0%) sesa në zonat rurale (32.9%).

Si përfundim, trajnimi i pamjaftueshëm perceptohet gjerësisht si një boshllëk kryesor, veçanërisht nga stafi psiko-social, profesionistët në zonat rurale dhe ata me më pak përvojë.

Mekanizmat e kufizuar të zbatimit dhe mungesa e qartësisë mbi procedurat e raportimit janë gjithashtu shqetësime të zakonshme, veçanërisht midis profesionistëve urbanë dhe atyre me më shumë përvojë pune.

Këto gjetje nxjerrin në pah fushat ku forcimi i trajnimeve, qartësimi i procedurave të raportimit dhe zbatimi i politikave mund të përmirësojnë kuadrin aktual për trajtimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) në sektorin shëndetësor në Shqipëri.

Karakteristikat e pjesëmarrësve	Dobësitë kryesore të perceptuara në kuadrin ligjor dhe politik lidhur me DHBGJ			
	Mungesa e qartësisë mbi procedurat e raportimit	Shërbime të pamjaftueshme për mbështetjen e të mbijetuarave të DHBGJ-së	Trajnime të pamjaftueshme për stafin shëndetësor	Mekanizma të kufizuara të zbatimit të ligjit
Gjinia				
Meshkuj Femra	11 (30.6)* 105 (42.7)	16 (44.4) 98 (39.8)	20 (55.6) 141 (57.3)	13 (36.1) 87 (35.4)
Mosha				
18-34 vjeç 35-50 vjeç ≥51 vjeç	37 (38.9) 50 (47.6) 29 (35.4)	39 (41.1) 45 (42.9) 30 (36.6)	47 (49.5) 69 (65.7) 45 (54.9)	30 (31.6) 38 (36.2) 32 (39.0)
Vendbanimi				
Zonë urbane Zonë rurale	66 (46.5) 50 (35.7)	59 (41.5) 55 (39.3)	69 (48.6) 92 (65.7)	54 (38.0) 46 (32.9)
Pozicioni në punë				
Mjek Infermier Staf psiko-social	33 (37.5) 76 (42.9) 7 (41.2)	44 (50.0) 64 (36.2) 6 (35.3)	48 (54.5) 100 (56.5) 13 (76.5)	32 (36.4) 61 (34.5) 7 (41.2)
Eksperienca në punë				
0-3 vjeç 4-10 vjeç ≥11 vjeç	21 (35.0) 33 (45.8) 62 (41.3)	25 (41.7) 31 (43.1) 58 (38.7)	38 (63.3) 37 (51.4) 86 (57.3)	18 (30.0) 17 (23.6) 65 (43.3)

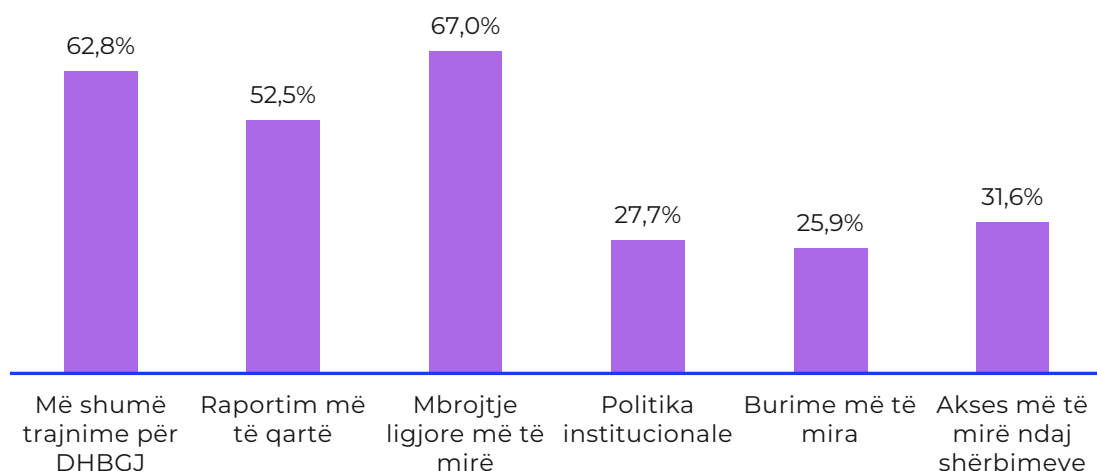
* Numrat absolutë dhe përqindjet respektive (në kllapa).

Tabela 4. Dobësitë kryesore të perceptuara në kuadrin ligjor dhe politik lidhur me DHBGJ

Veprime që do të inkurajonin profesionistët e kujdesit shëndetësor që të raportojnë më efektivisht rastet e DHBGJ

Grafiku 13 paraqet opinionet e profesionistëve të shëndetësisë mbi ndryshimet ose mbështetjen që do t'i inkurajonte ata të raportonin më efektivisht rastet e DHBGJ. Rezultatet tregojnë se profesionistët identifikuan disa nevoja kryesore për përmirësimin e këtij procesi:

- ♦ **Mbrojtje më e mirë ligjore (67.0%)** – Kjo ishte kërkesa më e rëndësishme e raportuar nga pjesëmarrësit, duke treguar se mungesa e mbrojtjes ligjore mbetet një pengesë kryesore për raportimin e rasteve të DHBGJ.
- ♦ **Më shumë trajnime mbi DHBGJ (62.8%)** – Trajnimet e vazhdueshme dhe të strukturuar konsiderohen të nevojshme për të përmirësuar aftësitë e profesionistëve në menaxhimin dhe raportimin e rasteve.
- ♦ **Raportim më i qartë (52.5%)** – Më shumë se gjysma e profesionistëve theksojnë nevojën për qartësim të procedurave të raportimit, duke sugjeruar pasiguri mbi hapat që duhet të ndiqen në raste të DHBGJ.
- ♦ **Qasje më e mirë në shërbime (31.6%)** – Një pjesë e konsiderueshme e profesionistëve besojnë se qasja më e mirë në shërbimet mbështetëse për viktimat do të lehtësonte procesin e referimit dhe raportimit.
- ♦ **Politika institucionale më të forta (27.7%)** – Më pak se një e treta e pjesëmarrësve identifikojnë mungesën e politikave të brendshme institucionale si një pengesë për raportimin efektiv.
- ♦ **Burime më të mira (25.9%)** – Furnizimi i institucioneve me më shumë burime dhe infrastrukturë mbështetëse shihet si një faktor i rëndësishëm, por më pak i përmendur në krahasim me aspektet ligjore dhe trajnimet.



Grafiku 13: Veprime që do të inkurajonin profesionistët e kujdesit shëndetësor që të raportojnë më efektivisht rastet e DHBGJ

Në përfundim, studimi ka evidentuar disa sfida dhe boshllëqe të rëndësishme në trajtimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët shëndetësorë.

Gjetjet tregojnë se, megjithëse shumica e profesionistëve janë të ndërgjegjësuar për rëndësinë e trajtimit të DHBGJ, ka ende nevojë për përmirësime të konsiderueshme në disa fusha. Trajnimi i pamjaftueshëm dhe mungesa e qartësisë mbi procedurat e raportimit janë shqetësime kryesore, veçanërisht për stafin psiko-social dhe profesionistët me më pak përvojë. Po ashtu, mekanizmat e kufizuar të zbatimit të ligjit dhe mungesa e mbështetjes ligjore janë pengesa që ndalojnë raportimin efikas të rasteve të dhunës me bazë gjinore.

Një tjetër gjetje thelbësore është se profesionistët shëndetësorë kërkojnë mbrojtje ligjore më të fortë dhe trajnime të vazhdueshme për të përmirësuar aftësitë e tyre në menaxhimin e rasteve të dhunës. Gjithashtu, është e nevojshme që procedurat e raportimit të jenë më të qarta dhe që të ketë qasje më të lehtë në shërbime mbështetëse për viktimat.

Për të përmirësuar situatën, studimi sugjeron forcimin e kapaciteteve të profesionistëve të shëndetësisë përmes trajnimeve më të strukturuar dhe rishikimin e kuadrit ligjor dhe institucional që mbështet raportimin dhe trajtimin e rasteve të DHBGJ. Standardizimi i procedurave të raportimit dhe përmirësimi i mbështetjes për viktimat janë hapa të nevojshëm për të siguruar një përgjigje më të efektshme dhe të koordinuar nga sektori i shëndetësisë.

Rezultatet nga intervistat me profesionistët e shëndetit dhe aktorët institucionalë

Të dhënat cilësore të mbledhura përmes intervistave me profesionistë të kujdesit shëndetësor dhe përfaqësues të institucioneve përgjegjëse, hedhin dritë mbi përvojat

konkrete, perceptimet dhe sfidat me të cilat përballen ata në menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DBGJ). Përgjigjet e pjesëmarrësve pasqyrojnë kompleksitetin e reagimit institucional ndaj DBGJ-së, duke përfshirë aspekte operacionale, kulturore dhe strukturore që ndikojnë në mënyrën se si rasti trajtohet në praktikë.

Kjo analizë mbështetet në një qasje tematike, për të evidentuar çështjet më të rëndësishme që kufizojnë reagimin efektiv ndaj rasteve të dhunës me bazë gjinore në sektorin e shëndetësisë. Nga të dhënat e intervistave dalin në pah një sërë çështjesh sistematike dhe praktike, përfshirë mungesën e mjeteve të standardizuara për dokumentim dhe ndjekje të rasteve, trajnime të pamjaftueshme për profesionistët, pengesa të natyrës kulturore si stigma dhe normalizimi i dhunës, si dhe sfida të vazhdueshme në koordinimin ndërmjet aktorëve të përfshirë në Mekanizmin e Koordinuar të Referimit.

Gjithashtu, intervistat nxjerrin në pah barriera institucionale dhe strukturore që ndikojnë negativisht në performancën e profesionistëve të vijës së parë, duke kufizuar efektivitetin e përgjigjes ndaj rasteve. Përmes këtyre gjetjeve, analiza synon të ndihmojë në hartimin e ndërhyrjeve të orientuara drejt përmirësimit të funksionimit të MKR-së, forcimit të bashkëpunimit ndërinstitucional dhe zhvillimit të një qasjeje më të ndjeshme ndaj nevojave të të mbijetuarve.

Stigma kulturore dhe hezitimi i të mbijetuarave

Përhapja dhe mosraportimi i dhunës me bazë gjinore (DBGJ) doli si një shqetësim kryesor në intervistat e realizuara, ku profesionistë nga rajone të ndryshme theksuan natyrën e përhapur të saj dhe pengesat serioze në denoncim. Megjithëse është e përhapur, DBGJ shpesh mbetet e fshehur për shkak të stigmës kulturore, frikës nga hakmarrja, frikës nga gjyqimi apo fajësimi, presionit për ruajtjen e privatësisë

së familjes dhe mungesës së mungesës së besimit të sistemi. Këta faktorë çojnë në një cikël heshtjeje, veçanërisht në zonat rurale, ku normat shoqërore dhe komunitetet e lidhura ngushtë e pengojnë edhe më tej raportimin.

Stigma kulturore

Profesionistët e shëndetit që punojnë në shërbimet e kujdesit parësor në Shqipëri kanë identifikuar në mënyrë të vazhdueshme stigmën kulturore si një pengesë madhore ndaj raportimit të dhunës me bazë gjinore (DBGJ). Sipas tyre, të mbijetuarat shpesh i bëjnë tyre normat shoqërore mbizotëruese. Sipas këtyre normave, janë viktimat e dhunës ato që e kanë fajin. Përveç kësaj, viktimat, nisur nga këto norma, vënë në plan të parë reputacionin dhe kohezionin familjar. Këto norma kontribuojnë në krijimin e një ambienti ku nuk nxitet të folurit hapur për shkak të rrezikut nga pasojat personale dhe gjykimi shoqëror.

“.....
Një punonjëse sociale përshkroi se si kufizohen të mbijetuarat në komunitete më të vogla nga këto pritshmëri kulturore: *“Në komunitete të vogla, njerëzit kanë frikë të flasin. Edhe kur raportojnë, kanë frikë se çfarë do të ndodhë më pas — kush do t'i mbrojë dhe a do të marrin mbështetjen që u nevojitet?”*

Kjo perspektivë tregon se si ndikon stigma dhe perceptimi se institucionet nuk të ofrojnë siguri. Për të gjitha këto arsye, të mbijetuarat nuk ndihen të gatshme të dalin hapur.

“.....
Po kështu, një mjek që punon në një zonë rurale theksoi se si mungesa e anonimatit e përkeqëson problemin: *“Viktimat e DBGJ-së shpesh jetojnë me frikë, jo vetëm nga dhunuesit e tyre, por edhe nga gjykimi apo thashethemet e fqinjëve. Kjo i pengon shumë prej tyre të kërkojnë ndihmë.”*

Natyra e lidhur ngushtë e komuniteteve rurale krijon kushte në të cilat të mbijetuarat ndihen vazhdimisht të ekspozuara, duke forcuar hezitimin e tyre për të raportuar rastet e dhunës.

Edhe një përfaqësues i një OJF-je theksoi rolin që luajnë dinamikat komunitare në dekurajimin e aksesit në shërbime mbështetëse: “Shumë gra kanë frikë të raportojnë dhunën sepse mendojnë se të gjithë do të marrin vesh për situatën e tyre. Në zonat rurale, të gjithë njohin njëri-tjetrin, ndaj privatësia është e pamundur.” Mungesa e konfidencialitetit në këto rrethana e mban heshtjen në fuqi dhe sjell si pasojë që shumë raste të DBGJ-së të mbeten të paraportuara dhe të pazgjidhura.

Këto shembuj theksojnë se sa thellë të rrënjosura janë stigmat kulturore që nxisin heshtjen dhe padukshmërinë, duke e kthyer DBGJ-në në një epidemi të fshehur në shumë komunitete.

Gjetjet tregojnë se profesionistët e kujdesit shëndetësor në strukturat e kujdesit parësor në Shqipëri e perceptojnë stigmën kulturore si një pengesë thelbësore që i ndalon të mbijetuarat e dhunës me bazë gjinore të kërkojnë ndihmë dhe të tregojnë përvojat e tyre. Pjesëmarrësit theksuan se normat shoqërore të rrënjosura thellë, veçanërisht në zonat rurale dhe në komunitetet e lidhura ngushtë, krijojnë një ambient heshtjeje, frike nga gjykimi dhe fajësimi të viktimës. Këto perceptime nënvizojnë vetëdijen e profesionistëve për kufizimet sociokulturore që ndikojnë në sjelljen e të mbijetuarave, duke rezultuar shpesh në mosraportim dhe në vonesa për të marrë shërbime mbështetëse.

Për më tepër, rrëfimet e mbledhura sugjerojnë se punonjësit e kujdesit parësor shëndetësor e njohin jo vetëm ndikimin psikosocial që ka stigma mbi të mbijetuarat, por edhe kufizimet që ajo u imponon vetë atyre në aftësinë për të reaguar në mënyrë efektive. Mungesa e anonimatit, frika nga

pasojat shoqërore dhe shqetësimet lidhur me mbështetjen institucionale kontribuojnë në krijimin e një klime ku dhuna me bazë gjinore mbetet kryesisht e padukshme brenda sistemit shëndetësor.

Kjo tregon nevojën për integrimin e qasjeve të ndjeshme ndaj kontekstit kulturor dhe të informuara mbi stigmën në trajnimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor, veçanërisht në nivelin e kujdesit parësor. Është thelbësore forcimi i kapaciteteve të tyre për të komunikuar me të mbijetuarat në mënyrë jogjyquese, konfidenciale dhe mbështetëse. Paralelisht, nevojiten ndërhyrje më të gjera në nivel komunitar për të sfiduar normat gjinore të dëmshme, për të reduktuar stigmën dhe për të promovuar një kulturë ku kërkimi i ndihmës të jetë i normalizuar dhe i mbështetur.

Frika nga hakmarrja

Një tjetër pengesë e rëndësishme e identifikuar nga profesionistët e shëndetit është frika nga hakmarrja. Të mbijetuarat shpesh shqetësohen për sigurinë e tyre dhe për pasojat e mundshme të raportimit të dhunës, veçanërisht në mungesë të mekanizmave të fortë mbrojtës.

“.....

Një infermiere raportoi se gratë shpesh hezitojnë të raportojnë rastet për shkak të shqetësimeve për pasojat, duke theksuar se *“Kanë frikë nga dhuna e mëtejshme. Frika është dominuese.”* Kjo tregon se si ndikon frika nga hakmarrja e dhunuesit si një pengesë e fuqishme.

Paaftësia e mekanizmave mbrojtës e shton këtë frikë, siç u theksua nga një drejtues njësie shëndetësore, *“ka raste kur të mbijetuarat kanë vendosur të mos raportojnë, sepse nuk kishin besim se sistemi mund t'i mbronte. Kishin frikë se duke raportuar, gjërat do të përkeqësoheshin.”* Kjo ndjenjë pasqyron se si të mbijetuarave nga dhuna nuk u ofrohet ndjenja e sigurisë dhe drejtësisë.

Një psikologe e përforcoi këtë shqetësim, duke theksuar barrën psikologjike që mbartin të mbijetuarat, *“Frika është shumë problem. Nëse dikush raporton, mendon: ‘Po sikur dhunuesi të kthehet tek unë? Po sikur askush të mos më ndihmojë?’”* Kjo frikë i paralizon të mbijetuarat, duke i detyruar të përballen me dhunën në heshtje. Përvojat e mësipërme nënvizojnë nevojën për përmirësimin e shërbimeve dhe mekanizmave të mbrojtjes që garantojnë se siguria e të mbijetuarave nuk do të vihet në rrezik nëse raportojnë.

Perceptimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në sistemin e kujdesit parësor në Shqipëri theksojnë se frika nga hakmarrja mbetet një pengesë e vazhdueshme dhe thellësisht e rrënjësuar për raportimin e dhunës me bazë gjinore. Dëshmitë e infermierëve, psikologëve dhe drejtuesve të njësive shëndetësore tregojnë se shumë të mbijetuara hezitojnë të kërkojnë ndihmë për shkak të frikës nga dhuna e mëtejshme dhe mungesës së besimit tek mekanizmat ekzistues të mbrojtjes. Kjo frikë nuk buron vetëm nga kërcënimi i menjëhershëm i dhunuesit, por edhe nga mungesa e një besimi më të gjerë në institucionet që duhet të ofrojnë masa të duhura dhe në kohë për sigurinë e tyre.

Reflektimet e profesionistëve tregojnë se infrastruktura aktuale e mbrojtjes nuk arrin të sigurojë të mbijetuarat se raportimi i dhunës do të sjellë mbështetje dhe siguri, në vend që të rrisë rrezikun. Si pasojë, frika bëhet një faktor paralizues që ushqen heshtjen dhe zgjat ekspozimin e tyre ndaj dhunës.

Këto gjetje nënvizojnë domosdoshmërinë për mekanizma mbrojtës gjithëpërfshirës dhe të orientuar drejt të mbijetuarave, si dhe për një koordinim të ngushtë ndërmjet institucioneve shëndetësore, sociale dhe atyre të zbatimit të ligjit, për të siguruar që të mbijetuarat të ndihen të mbrojtura kur vendosin të raportojnë. Ndërtimi i besimit te reagimi institucional, përmes shërbimeve

efektive, të aksesueshme dhe konfidenciale, është thelbësor për të ulur pengesat dhe për të nxitur fuqizimin e të mbijetuarave.

Frika nga gjykimi ose fajësimi

Profesionistët e shëndetit theksojnë se frika nga gjykimi apo fajësimi përbën një pengesë serioze që i ndalon të mbijetuarat e dhunës me bazë gjinore të tregojnë përvojat e tyre. Kjo frikë buron nga norma shoqërore të rrënjosura thellë, të cilat i japin përparësi reputacionit familjar ndaj mirëqenies individuale dhe shpesh i stigmatizojnë të mbijetuarat, duke i bërë të ndihen sikur janë bashkëpërgjegjëse për dhunën e ushtruar ndaj tyre. Këto qëndrime shoqërore përforcojnë heshtjen dhe izolimin, duke i dekurajuar të mbijetuarat të kërkojnë ndihmë ose të raportojnë rastet, çka ndikon ndjeshëm në nivelin e ulët të raportimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore.

“.....
Ndikimi i kësaj frike pasqyrohet qartë në deklaratën e një drejtuesi njësie shëndetësore, i cili thotë: *“Të mbijetuarat shpesh kanë frikë se do të gjykohen apo fajësohen nga komuniteti, ndaj shmangin raportimin e dhunës.”*

Kjo dëshmi nënvizon se si stigma nxit izolimin dhe i pengon të mbijetuarat të kërkojnë mbështetjen e nevojshme, duke i lënë të mbërthyer në situata abuzive.

“.....
Po kështu, një punonjëse sociale ndau se: *“Edhe kur përpiqemi t'i inkurajojmë të mbijetuarat të flasin, ato hezitojnë sepse ndihen se reputacioni i tyre do të dëmtohet nëse të tjerët marrin vesh.”*

Këtu, frika nga dëmtimi i imazhit nuk ndikon vetëm në mungesën e besimit ndaj punonjësve të kujdesit shëndetësor, por gjithashtu forcon hezitimin për të kërkuar mbështetje edhe nga mekanizmat e tjerë të ndihmës.

“.....
Natyra e përhapur e fajësimit të viktimës theksohet më tej nga një infermiere: *“Shumë gra shqetësohen se do të gjykohen si përgjegjëse për dhunën që kanë përjetuar, ndaj zgjedhin të heshtin në vend që të kërkojnë ndihmë.”* Ky perceptim nxjerr në pah se si qëndrimet shoqërore ia veshin barrën e dhunës vetë të mbijetuarës, duke e bërë atë të ndihet përgjegjëse për vuajtjen e saj dhe duke e dekurajuar të kërkojë drejtësi apo siguri.

Perceptimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor theksojnë se frika nga gjykimi apo fajësimi përbën një pengesë të vazhdueshme dhe thellësisht të rrënjosur, e cila i pengon të mbijetuarat e dhunës me bazë gjinore të ndajnë përvojat e tyre. Siç kanë vënë në dukje infermierët, punonjësit socialë dhe drejtuesit e njësive shëndetësore, kjo frikë është e ushqyer nga norma kulturore mbizotëruese që vënë në plan të parë reputacionin e familjes, stigmatizojnë të mbijetuarat dhe përforcojnë narrativat e fajësimit të viktimës. Këto qëndrime krijojnë një klimë ku të mbijetuarat presin gjykim shoqëror, izolim apo dëmtim të reputacionit, çka ndikon ndjeshëm në gatishmërinë e tyre për të raportuar dhunën apo për të kërkuar ndihmë nga shërbimet shëndetësore. Frika se mund të perceptohen si përgjegjëse për viktimizimin e tyre minon besimin e tyre ndaj institucioneve dhe i dekurajon të kërkojnë mbështetje nga vetë sistemet që janë krijuar për t'i mbrojtur.

Gjetjet tregojnë praninë e një dinamike sociokulturore më të gjerë, e cila ushqen heshtjen dhe përjetëson ciklet e dhunës. Reflektimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor theksojnë nevojën imediate për ndërhyrje sistemike dhe të shumanshme — duke përfshirë fushata ndërgjegjësuese në nivel komunitar, trajnime për profesionistët e vijës së parë mbi reagime të ndjeshme ndaj stigmës, si dhe promovimin e modeleve të kujdesit të orientuara drejt nevojave të të mbijetuarave.

Vetëm përmes adresimit të rrënjëve kulturore të gjykimit dhe fajësimit, sistemi shëndetësor mund të mbështesë në mënyrë më efektive të mbijetuarat, të nxisë raportimin dhe të kontribuojë realisht në thyerjen e heshtjes që rrethon dhunën me bazë gjinore.

Presioni për të ruajtur privatësinë familjare

Profesionistët e shëndetit vërejnë se në shumë komunitete, normat kulturore i japin përparësi ruajtjes së privatësisë dhe unitetit familjar, shpesh në dëm të sigurisë dhe mirëqenies individuale. Këto pritshmëri shoqërore krijojnë një mjedis ku të mbijetuarat e dhunës me bazë gjinore ndihen të detyruara të durojnë dhunën, nga frika se mund t'i sjellin turp apo njollë familjes së tyre. Ky presion kulturor ushqen heshtjen, i dekurajon të mbijetuarat të kërkojnë ndihmë ose të raportojnë përvojat e tyre, dhe përforcon ciklet e dhunës.

“.....
Një infermiere përshkroi këtë dinamikë shoqërore duke thënë: *“Ekziston një presion kulturor për të mbajtur çështjet familjare private. Shumë gra zgjedhin të heshtin për të shmangur turpin.”*

Kjo deklaratë thekson se pritshmëritë shoqërore i japin përparësi ruajtjes së imazhit familjar përpara sigurisë dhe mirëqenies personale, duke i dekurajuar të mbijetuarat të thyejnë heshtjen. Përqendrimi tek mbrojtja e reputacionit të familjes shpesh i lë të mbijetuarat të izoluara dhe pa mundësi për të aksesuar shërbimet thelbësore të mbështetjes.

“.....
Roli i ndikimit familjar në heshtjen e të mbijetuarave u theksua më tej nga një psikologe: *“Në shumë raste, të mbijetuarave u thuhet nga anëtarët e familjes të mos flasin, sepse kjo do të dëmtonte reputacionin e familjes.”*

Kjo dëshmi nxjerr në pah presionin e fortë që ushtron vetë familja mbi të mbijetuarat, duke vënë në plan të parë imazhin shoqëror të familjes, në vend të drejtësisë apo procesit të shërimit të individit. Këto qëndrime përforcojnë stigmën që rrethon dhunën me bazë gjinore dhe i dekurajojnë të mbijetuarat të kërkojnë ndihmë apo të ndërmarrin hapa për t'u mbrojtur.

“.....
Pasojat shkatërruese të këtyre pritshmërive kulturore shfaqen qartë në rastet kur të mbijetuarat rikthehen në situata abuzive. Një psikologe shpjegoi: *“Kemi dëgjuar për raste kur të mbijetuarat janë rikthyer në marrëdhënie abuzive pasi janë ndjerë të detyruara nga familja të pajtohen.”*

Kjo dëshmi pasqyron se si normat shoqërore i japin përparësi pajtimit dhe ruajtjes së unitetit familjar, shpesh në kurriz të sigurisë individuale, duke i shtyrë të mbijetuarat të rikthehen në ambiente të dëmshme. Presioni për të ruajtur privatësinë familjare përforcon një kulturë heshtjeje, duke krijuar pengesa serioze në trajtimin efektiv të dhunës me bazë gjinore. Të mbijetuarat shpesh ndodhen përballë zgjedhjes mes sigurisë personale dhe presionit shoqëror e familjar, duke zgjedhur të qëndrojnë në marrëdhënie abuzive për të mos turpëruar familjen. Kjo dinamikë jo vetëm që i pengon të kërkojnë ndihmë, por edhe normalizon dhunën, duke e bërë më të vështirë ndërprerjen e ciklit të saj.

Vëzhgimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në nivelin parësor në Shqipëri tregojnë se presioni kulturor për të ruajtur privatësinë dhe unitetin familjar luan një rol kyç në heshtjen e të mbijetuarave të dhunës me bazë gjinore. Sipas tyre, normat shoqërore që e vendosin reputacionin e familjes mbi mirëqenien individuale i detyrojnë të mbijetuarat të përballen me dhunën në heshtje, nga frika se mos i sjellin turp ose njollë familjes. Ky presion, i ushtruar shpesh si nga komuniteti ashtu edhe nga vetë anëtarët e familjes, përbën një pengesë

të madhe për kërkimin e ndihmës apo raportimin e dhunës.

Dëshmitë e infermierëve dhe psikologëve theksojnë se vendosja e imazhit të familjes mbi sigurinë e të mbijetuarës kontribuon në një kulturë ku dhuna me bazë gjinore mbetet e fshehur dhe e paadresuar. Të mbijetuarat shpesh dekurajohen, drejtpërdrejt ose tërthorazi, nga rrëfimi i përvojave të tyre, dhe në disa raste, nxiten të pajtohen me dhunuesit për të ruajtur harmoninë familjare. Kjo dinamikë pasqyron një normalizim shqetësues të dhunës brenda hapësirave private, ku mbrojtja e reputacionit familjar vihet përpara të drejtave dhe nevojave individuale.

Këto gjetje theksojnë nevojën urgjente për ndërhyrje të ndjeshme ndaj kontekstit kulturor, që sfidojnë normat e dëmshme dhe promovojnë qasje të fokusuara te e mbijetuara. Fushatat e ndërgjegjësimit publik, dialogët komunitarë dhe programet edukative në nivel familjar janë thelbësore për ndryshimin e qëndrimeve dhe fuqizimin e të mbijetuarave që të vënë në prioritet sigurinë e tyre, pa frikë nga pasojat shoqërore. Adresimi i theksit kulturor mbi privatësinë familjare është vendimtar për të thyer heshtjen që rrethon dhunën me bazë gjinore dhe për të krijuar mjedise ku të mbijetuarat ndihen të mbështetura në kërkimin e mbrojtjes dhe drejtësisë.

Mungesa e besimit të sistemi

Njëtemëshqetësuese që del vazhdimisht nga intervistat me profesionistët e shëndetësisë është mungesa e besimit që viktimat kanë ndaj reagimit institucional ndaj dhunës me bazë gjinore (DBGJ). Viktimat e shohin shpesh sistemin si joefikas, të pandjeshëm dhe të paafte për të trajtuar rastet e tyre me kujdesin dhe konfidencialitetin e nevojshëm. Kjo mungesë besimi i dekurajon ato të raportojnë dhunën, duke i lënë shumë gra të vuajnë në heshtje dhe duke përforcuar kështu ciklin e dhunës.

Hezitimi për të kërkuar ndihmë krijon një hendektë madh midis përhapjes së vërtetë të DBGJ-së dhe numrit të rasteve të raportuara pranë institucioneve shëndetësore dhe shërbimeve sociale.

“.....
Një psikolog e përmbloodhi qartë këtë mospërputhje: *“Nuk kemi raste të raportuara në qendrat shëndetësore, por kjo nuk do të thotë se nuk ekzistojnë. Shumë gra vuajnë në heshtje, dhe ky është një realitet që kërkon vëmendje urgjente.”* Ky vëzhgim nënvizon se mungesa e besimit ndaj sistemit çon në raportim të një numri rastesh më të vogël sesa rastet reale, duke fshehur përmasat e problemit dhe duke penguar përpjekjet për ta adresuar atë në mënyrë efektive.

Për shumë viktimë, vendimi për të mos raportuar buron nga bindja se reagimi institucional është i padobishëm.

“.....
Probleme të vazhdueshme në sistem, si vonesat në trajtimin e rasteve dhe mungesa e rezultateve konkrete, e forcojnë këtë perceptim. Një infermiere theksoi *“Viktimat shpesh ndihen sikur nuk ka kuptim të raportojnë, sepse asgjë nuk do të ndryshojë. Ato nuk besojnë se sistemi do t’u sjellë drejtësi apo do t’i mbrojë.”* Kjo ndjenjë pasqyron dështime të thella sistemike që i pengojnë viktimat të kërkojnë ndihmë, pasi ndihen se përpjekjet e tyre nuk do të japin asnjë rezultat real.

Edhe kur viktimat zgjedhin të përfshihen në sistem, shumë prej tyre raportojnë se ndihen të braktisura menjëherë pas regjistrimit të rastit.

“.....
Mosndjekja e mëtejshme e gërryen më tej besimin, duke krijuar ndjesinë se përvoja e tyre nuk është marrë seriozisht. Një mjeke theksoi: *“Ndoshta një nga arsyt pse gratë nuk duan të raportojnë është se mund të kenë raportuar më parë e mund të mos*

ketë ndodhur asgjë...” Kjo ndjesi braktisjeje nxjerr në pah dështimin e institucioneve për të vendosur në qendër kujdesin ndaj viktimës dhe për të siguruar një menaxhim të plotë dhe të vazhdueshëm të rasteve.

Mungesa e besimit të viktimave ndaj institucioneve ndikon thellësisht në mënyrën si raportohet dhe trajtohet dhuna me bazë gjinore (DHBGJ). Ky mosbesim çon në nënraportim të konsiderueshëm, duke fshehur përmasat reale të problemit dhe duke penguar hartimin e ndërhyrjeve të efektshme. Kur viktimat e shohin sistemin si joefikas apo të pandjeshëm, besimi i tyre zbehet dhe ato mbeten të izoluara, pa mbështetjen e nevojshme për t'u larguar nga situatat e dhunshme. Mungesa e drejtësisë dhe mosndjekja e rasteve nga institucionet e thellojnë më tej këtë ndjenjë zhgënjimi, duke krijuar një cikël mosbesimi që i pengon viktimat të kërkojnë ndihmë. Prandaj, është jetike të adresohen këto pengesa sistemike për të rindërtuar besimin, për të siguruar llogaridhënie dhe për t'u garantuar viktimave mbështetjen që u takon.

Qëndrimet e profesionistëve të shëndetësisë në shërbimet e kujdesit parësor në Shqipëri nxjerrin në pah një pengesë serioze në trajtimin e dhunës me bazë gjinore: mungesën e besimit që viktimat kanë ndaj reagimit institucional. Sipas intervistave, viktimat e perceptojnë sistemin si joefikas, të pandjeshëm dhe të paafët për të ofruar ndjeshmërinë, konfidencialitetin dhe ndjekjen e nevojshme për t'i mbështetur realisht. Ky mosbesim i përhapur çon në nënraportim të theksuar, duke fshehur përmasat e vërteta të DHBGJ-së dhe duke kufizuar ndjeshëm kapacitetin e sektorëve të shëndetësisë dhe shërbimeve sociale për të reaguar në mënyrë efektive.

Profesionistët e shëndetësisë, përfshirë infermierë, psikologë dhe mjekë, kanë vënë re se viktimat shpesh hezitojnë të raportojnë abuzimin, pasi nuk besojnë se sistemi është në gjendje t'u ofrojë mbrojtje apo drejtësi. Kur institucionet nuk arrijnë të ofrojnë

mbështetje në kohë ose rezultate konkrete, viktimat ndihen se raportimi nuk do të sjellë asnjë ndryshim. Në shumë raste, përvojat e mëparshme negative – si ankesat pa përgjigje apo mosndjekja e rasteve – forcojnë bindjen se zëri i tyre nuk do të dëgjohet apo respektohet. Siç theksoi një mjeke: disa gra mund të kenë provuar të raportojnë më parë, por janë ndërë të braktisura nga sistemi – gjë që i ka çuar drejt zhgënjimit dhe heshtjes së mëtejshme.

Rënia e besimit jo vetëm që i izolon viktimat, por pengon edhe reagimin e koordinuar institucional, dobëson përpjekjet për parandalim dhe zgjat ciklin e dhunës. Për ta rifituar këtë besim, kërkohet një angazhim i vazhdueshëm sistematik ndaj qasjeve me në fokus viktimën, përmes zbatimit të protokolleve të qarta të reagimit, përmirësimit të bashkëpunimit ndërinstitutional, ndjekjes së qëndrueshme të rasteve dhe trajnimit të profesionistëve mbi ofrimin e kujdesit me ndjeshmëri ndaj traumës.

Në thelb, forcimi i besueshmërisë dhe efektivitetit të institucioneve është vendimtar për të siguruar që viktimat të ndihen të mbrojtura, të dëgjua dhe të mbështetura kur zgjedhin të raportojnë. Në mungesë të këtij besimi, hendeuku mes përvojës së viktimave dhe reagimit institucional do të vazhdojë të ekzistojë, duke dëmtuar përpjekjet për parandalimin dhe trajtimin efektiv të dhunës me bazë gjinore.

Mungesat sistemike në kuadrin operacional

Mungesa e protokolleve dhe mjeteve të standardizuara për trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) u identifikua si një problem që doli në të gjitha intervistat. Pjesëmarrësit theksuan vazhdimisht boshllëqe sistemike që pengojnë profesionistët të ofrojnë përgjigje të qëndrueshme dhe efektive. Mungesa e dokumentacionit të qartë, përkufizimeve të roleve dhe mjeteve praktike ka sjellë si pasojë

mungesë koordinimi në hapat e ndërmarrë, vonesa në trajtim dhe mbështetje më shumë se duhet tek iniciativat individuale. Këto mangësi ndikojnë jo vetëm në cilësinë e kujdesit ndaj viktimave, por edhe në funksionimin e duhur të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR).

Mungesa e protokolleve për DHBGJ-në në sektorin e shëndetësisë

Edhe pse ekzistojnë udhëzues, Procedura Standarde Veprimi (PSV) dhe dokumente mbështetëse për trajtimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ), profesionistët e shëndetësisë në disa rajone kanë theksuar një boshllëk të rëndësishëm: mungesën e protokolleve praktike dhe të standardizuara, të përshtatura për detyrat e tyre të përditshme. Udhëzuesi aktual për DHBGJ-në, i përditësuar për herë të fundit në vitin 2011, përmban informacion të vlefshëm dhe të detajuar. Megjithatë, kompleksiteti dhe gjatësia e tij e bëjnë të vështirë për profesionistët e vijës së parë ta zbatojnë në mënyrë të efektshme në situata reale.

Mungesa e protokolleve të qarta dhe lehtësisht të zbatueshme dëmton koherencën në trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ), duke i detyruar profesionistët të mbështeten në gjykimin personal dhe në zgjidhje të rastësishme. Kjo qasje sjell variabilitet të madh në reagimet institucionale dhe nxjerr në pah mangësitë sistematike në mënyrën si sektori i shëndetësisë e trajton DHBGJ-në.

“.....
Një mjeke shprehu pasiguri për mungesën e udhëzimeve të strukturuar: **“Nuk jam shumë e sigurt, por këtu nuk kemi protokolle të qarta; nuk kemi një udhërrëfyes specifik.”** Kjo deklaratë vë në dukje sfidat operacionale me të cilat përballen punonjësit e vijës së parë, të cilët detyrohen të trajtojnë raste të ndjeshme dhe komplekse pa mbështetje të mjaftueshme apo udhëzime të qarta nga institucionet.

“.....
Një punonjëse sociale theksoi gjithashtu se burimet ekzistuese janë të vjetruara: **“Dokumenti i vetëm që kemi është protokollin i vjetër për dhunën në familje, që daton nga viti 2006. Ai nuk është i mjaftueshëm për të përballuar situatat komplekse me të cilat përballemi sot.”**

Ky koment thekson shkëputjen mes kërkesave gjithnjë në rritje për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) dhe natyrës statike të udhëzimeve ekzistuese, të cilat nuk adresojnë kompleksitetin dhe dimensionet e shumta të rasteve bashkëkohore.

“.....
Një përfaqësues i njësisë vendore të kujdesit shëndetësor raportoi **“Nuk ka raportime zyrtare për raste të DHBGJ-së. Nga bisedat me stafin e qendrave shëndetësore kemi kuptuar se nuk ekzistojnë protokolle zyrtare apo konkrete për trajtimin e këtyre rasteve.”** Kjo deklaratë nënvizon një boshllëk të thellë sistematik, ku profesionistët e kujdesit shëndetësor në vijën e parë nuk kanë në dispozicion mjete formale që t'i udhëheqin në ndërhyrjet e tyre.

Vëzhgimet e profesionistëve të shëndetësisë që punojnë në sistemin e kujdesit parësor në Shqipëri nxjerrin në pah një pengesë të rëndësishme institucionale në reagimin ndaj dhunës me bazë gjinore: mungesën e protokolleve të qarta, praktike dhe të përditësuara, të përshtatura për detyrat e tyre të përditshme. Edhe pse ekzistojnë udhëzime kombëtare dhe Procedura Standarde Veprimi, kompleksiteti i tyre, përmbajtja e vjetruar dhe vështirësia në akses i kanë bërë ato të papërshtatshme për zbatim efektiv nga profesionistët e vijës së parë.

Profesionistët e shëndetësisë, përfshirë mjekë, punonjës socialë dhe përfaqësues të njësive vendore të kujdesit shëndetësor, kanë theksuar vazhdimisht mungesën e udhëzimeve operacionale si një nga

pengesat kryesore për ofrimin e kujdesit të qëndrueshëm dhe efektiv për viktimat e dhunës me bazë gjinore (DHBCJ). Mbështetja në gjykimin personal, në mungesë të mjeteve të standardizuara, jo vetëm që sjell mospërputhje në menaxhimin e rasteve, por reflekton edhe boshllëqe sistemike në përgatitjen institucionale. Për më tepër, dokumentet ekzistuese, si protokollet që datojnë nga viti 2006 apo 2011, janë të vjetruara dhe nuk përputhen me natyrën gjithnjë në zhvillim të DBGJ-së dhe realitetet praktike të atyre që punojnë në terren.

Mungesa e protokolleve të qarta, të aksesueshmedhetëzbatueshmememinonrolin e sektorit të shëndetësisë në parandalimin, identifikimin, referimin dhe mbështetjen e viktimave. Kjo situatë kontribuon edhe në nënraportimin dhe mungesën e vizibilitetit të rasteve brendapërbrenda sistemit, pasi stafi shpesh nuk është i qartë mbi procedurat e raportimit dhe përgjegjësitë institucionale. Për të adresuar këtë sfidë, është e domosdoshme hartimi dhe shpërndarja e protokolleve të thjeshtuara, të përshtatura për kontekstin lokal, të kombinuara me trajnime të dedikuara dhe mbështetje të vazhdueshme për personelin shëndetësor. Rritja e qartësisë, aksesueshmërisë dhe përshtatshmërisë së udhëzimeve për trajtimin e dhunës me bazë gjinore është thelbësore për ndërtimin e një sistemi të qëndrueshëm dhe efikas, ku profesionistët e shëndetësisë të jenë të përgatitur të veprojnë me kompetencë dhe besim në mbështetje të viktimave.

Paqartësi në role dhe përgjegjësi

Një problem serioz i evidentuar në sektorin e shëndetësisë është mungesa e qartësisë në lidhje me rolet dhe përgjegjësitë e aktorëve të Mekanizmit të të Koordinuar të Referimit (MKR). Kjo paqartësi çon shpesh në vonesa në reagim, kujdes të fragmentuar dhe, në disa raste, përballje të viktimave me mangësitë e sistemit. Mungesa e përcaktimeve të qarta mbi rrjedhën e punës e pengon aftësinë e profesionistëve për të ofruar mbështetje të

shpejtë dhe efektive, duke e përkeqësuar më tej situatën e viktimave.



.....
Një profesionist i shëndetësisë i shpjegoi kështu mangësitë operacionale që shkakton kjo mungesë qartësie:

“Rastet mund të mbeten pezull sepse askush nuk e di saktësisht kush duhet të veprojë më pas. Kjo pasiguri vonon ndihmën për viktimat.”

Kjo deklaratë nxjerr në pah se mungesa e përcaktimit të qartë të roleve krijon ngërçe në procesin e referimit dhe reagimit, duke i lënë viktimat pa mbështetjen e menjëhershme që u nevojitet. Kjo vëzhgim thekson nevojën urgjente për bashkëpunim të strukturuar ndërmjet profesionistëve të shëndetësisë, forcave të rendit dhe shërbimeve sociale. Mungesa e mekanizmave të tillë e dobëson funksionimin e Mekanizmit të Referimit të Koordinuar (MKR) si një njësi e integruar, duke e bërë menaxhimin e rasteve edhe më të ndërlikuar.



.....
Ndikimi i bashkëpunimit të pamjaftueshëm ndërdisiplinor u theksua gjithashtu edhe nga një drejtues i njësisë shëndetësore:

“Profesionistët e shëndetësisë nuk punojnë gjithmonë ngushtë me policinë apo punonjësit socialë, gjë që krijon boshllëqe në ofrimin e kujdesit.”

Mungesa e bashkëpunimit mes aktorëve kyç vë në rrezik sigurinë dhe mirëqenien e viktimave, pasi çon në reagime të fragmentuara dhe në humbjen e mundësive për mbështetje të plotë dhe të koordinuar. Paqartësia në rolet dhe përgjegjësitë brenda kuadrit të Mekanizmit të Referimit të Koordinuar (MKR) pasqyron një boshllëk më të thellësisistik. Në mungesë të protokolleve të qarta që përcaktojnë detyrimet e secilit aktor, dëmtohen si llogaridhënia, ashtu edhe efikasiteti institucional. Si pasojë, viktimat mbeten të ekspozuara ndaj vonesave dhe mospërputhjeve në ofrimin e kujdesit, çka mund t'i dekurajojë të kërkojnë ndihmë të mëtejshme ose të raportojnë abuzimin.

Qëndrimet e profesionistëve të shëndetësisë zbulojnë një boshllëk thelbësor operacional në zbatimin e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit për rastet e dhunës me bazë gjinore: mungesën e qartësisë në lidhje me rolet dhe përgjegjësitë e aktorëve kryesorë. Kjo paqartësi minon efikasitetin e sistemit të reagimit, duke çuar në vonesa, kujdes të fragmentuar dhe mbështetje të paqëndrueshme për viktimat.

Siç theksohet në dëshmitë e profesionistëve, mungesa e ndarjes së qartë të punës dhe e rrugëve të strukturuar të vendimmarrjes krijon pasiguri mbi atë se kush është përgjegjës për të vepruar në secilën fazë të procesit të referimit. Kjo mungesë strukture jo vetëm që pengon ndërhyrjen në kohë, por gjithashtu ndikon negativisht në llogaridhënie dhe ndjekjen e mëtejshme të rasteve, duke i lënë viktimat të ekspozuara ndaj rrezikut dhe të pambrojtura përballë mangësive të sistemit.

Për më tepër, mungesa e bashkëpunimit ndërdisiplinor—veçanërisht ndërmjet ofruesve të shërbimeve shëndetësore, organeve të rendit dhe shërbimeve sociale—e zvogëlon edhe më tej efektivitetin e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR). Kur bashkëpunimi është i dobët ose joformal, humbasin mundësitë për ofrimin e një kujdesi gjithëpërfshirës dhe të përqendruar te viktima, duke rrezikuar si sigurinë, ashtu edhe procesin e rikuperimit të personave të prekur nga dhuna.

Ky konstatim nxjerr në pah një nevojë më të gjerë sistemike për protokolle të formalizuara dhe marrëveshje ndërinstitucionale që përcaktojnë rolet, përgjegjësitë dhe kanalet e komunikimit për të gjithë aktorët e MKR-së. Forcimi i bashkëpunimit dhe ngritja e kornizave të përbashkëta të përgjegjësisë janë thelbësore për t'u siguruar që viktimat të marrin mbështetje të qëndrueshme, në kohë dhe efikase gjatë gjithë rrugëtimit të tyre në sistemin e referimit.

Mbështetja më shumë se duhet të nismat individuale

Në mungesë të udhëzimeve të strukturuar, manualeve dhe instrumenteve të standardizuara, punonjësit socialë dhe psikologët shpesh janë të detyruar të mbështeten në iniciativën personale për të menaxhuar rastet e dhunës me bazë gjinore (DHBCJ). Edhe pse kjo tregon përkushtimin e tyre për të mbështetur viktimat, thekson gjithashtu boshllëqe të mëdha sistemike që krijojnë diferenca në reagim dhe komprometojnë cilësinë dhe qëndrueshmërinë e kujdesit. Edhe pse profesionistët janë të vetëdijshëm për përpjekjet në vijim për hartimin e manualeve zyrtare të punës dhe kanë marrë pjesë në konsultimet për versionin paraprak, mungesa aktuale e burimeve të miratuara ekspozon cenueshmërinë e një sistemi të pastrukturuar.

“.....
Një punonjëse sociale ndau përvojën e saj duke treguar se si ishte detyruar të kompensonte mungesën e mjeteve institucionale *“M'u desh t'i krijoja vetë ca formularë për të ndjekur rastet. Nuk janë ideale, por pa dokumentacion të rregullt, nuk di ndonjë mënyrë tjetër se si t'i menaxhoj.”* Kjo ilustron mbështetjen te zgjidhje të improvizuara për të mbuluar boshllëqet në dokumentimin dhe ndjekjen e rasteve, duke theksuar kështu një mangësi kritike në mbështetjen institucionale.

Mungesa e mjeteve formale jo vetëm që rrit ngarkesën e punës për profesionistët, por sjell edhe rrezikun e ndryshimeve në mënyrën se si trajtohen rastet në rajone të ndryshme.

“.....
Gjithashtu, një psikolog shprehu shqetësimet e ngjashme lidhur me natyrën e përkohshme dhe të improvizuar të procesit të menaxhimit të rasteve: *“Mbaj një regjistër personal të rasteve dhe përpiqem t'i ndjek në vazhdimësi, por kjo nuk është mënyra si duhet të bëhet. Na duhen sisteme zyrtare.”*

Ky koment thekson se si mungesa e sistemeve të standardizuara për ndjekjen e rasteve rrezikon vazhdimësinë dhe cilësinë e kujdesit, duke e bërë të vështirë monitorimin e progresit të viktimave dhe bashkëpunimin efektiv me aktorët e tjerë.

Mbështetja të iniciativa personale nga ana e psikologëve dhe punonjësve socialë në menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore pasqyron si përkushtimin e tyre profesional, ashtu edhe boshllëqet institucionale që vazhdojnë të ekzistojnë brenda sistemit shëndetësor dhe atij të shërbimeve sociale. Në mungesë të mjeteve të standardizuara të dokumentimit, manualeve specifike për detyrën dhe udhëzimeve të qarta procedurale, këta profesionistë të vijës së parë shpesh janë të detyruar të zhvillojnë metoda të vetat për ndjekjen dhe menaxhimin e rasteve. Edhe pse ky reagim i përshtatur dëshmon përkushtim të lavdërueshëm, ai nxjerr njëkohësisht në pah dobësitë e sistemit të një qasjeje të pastrukturuar, duke sjellë diferenca në kujdesin e ofruar dhe duke ulur nivelin e bashkëpunimit ndërmjet aktorëve të përfshirë në Mekanizmin e Koordinuar të Referimit.

Për më tepër, gjetjet tregojnë se, përveç mungesës së mjeteve operacionale, shumë punonjës socialë dhe psikologë kanë akses të kufizuar në informacion të përditësuar dhe trajnime mbi kuadrin ligjor që rregullon dhunën me bazë gjinore (DHBGJ) si dhe mbi funksionimin e vetë Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR). Kjo mungesë qartësie lidhur me rolet, detyrimet ligjore dhe procedurat institucionale komprometon aftësinë e tyre për të reaguar në mënyrë efektive dhe në përputhje me standardet kombëtare. Me rëndësi është se ky boshllëk nuk kufizohet vetëm te profesionistët psikosocialë; sfida të ngjashme janë të dukshme edhe te kategori të tjera profesionistësh në sektorët e shëndetësisë dhe kujdesit social, duke treguar një nevojë më të gjerë të sistemit për ngritje kapacitetesh dhe harmonizim institucional.

Për të adresuar këto çështje, është thelbësore të dilet përtej përpjekjeve individuale dhe të zbatohet një strategji e unifikuar në nivel sektorial, që përfshin hartimin dhe shpërndarjen e përkrahjeve të qarta të detyrave, protokolleve operacionale dhe mjeteve të dokumentimit të lehta për t'u përdorur, të përshtatura me kontekstin lokal. Po aq e rëndësishme është ofrimi i trajnimeve të vazhdueshme mbi legjislacionin përkatës dhe kornizat e bashkëpunimit ndërinstitutional. Masa të tilla do të forcojnë aftësinë e profesionistëve për të reaguar në mënyrë të qëndrueshme dhe të koordinuar, duke përmirësuar në fund cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit për viktimat e dhunës me bazë gjinore.

Trajnim dhe Ndërgjegjësim i Kufizuar ndër Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor

Intervistat zbulojnë mangësi të ndryshme në trajnimet dhe ndërgjegjësimin e profesionistëve që menaxhojnë rastet e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Megjithatë disa prej tyre kanë marrë pjesë në seanca trajnimi, këto përkrahje si sporadike, sipërfaqësore dhe pa thellim në fushat kritike. Patrajnimet qëndrueshme, gjithëpërfshirëse dhe të specializuara, profesionistët e kanë të vështirë të ofrojnë mbështetje efektive për viktimat, veçanërisht kujdesin të ndjeshëm ndaj traumave, detyrimeve ligjore dhe strategjive të ndërhyrjeve. Ky boshllëk ndikon jo vetëm te profesionistët individualisht, por edhe te funksionaliteti dhe reagueshmëria e përgjithshme e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit.

Trajnim i Parregullt dhe i Pamjaftueshëm

Pjesëmarrësit theksuan shpesh natyrën e rrallë dhe të paqëndrueshme të mundësive për trajnim. Seancat sporadike nuk sigurojnë vazhdimësinë e nevojshme që profesionistët të zhvillojnë dhe të ruajnë aftësitë e kërkuara për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Kjo mungesë e përfundimit të rregullt i lë shumë profesionistë të ndihen të papërgatitur dhe të pambështetur në rolet e tyre.

“.....
Një infermiere shprehu pakënaqësi lidhur me thellësinë dhe frekuencën e kufizuar të trajnimeve:

“Kemi marrë pjesë në disa trajnime, por janë shumë sipërfaqësore. Nuk hyjnë në thellësinë që na nevojitet për të trajtuar këto raste sensitive.” Kjo ilustron se si trajnimet sipërfaqësore kufizojnë aftësinë e profesionistëve për të trajtuar situata komplekse dhe me nuanca të theksuara.

Në të njëjtën linjë, një punonjës social shprehu keqardhje për mungesën e trajnimeve pasuese:

“Para disa vitesh ishte një trajnim mbi rolet gjinore, por që atëherë asgjë. Na duhet më shumë udhëzim i specializuar për të ditur si të përballemi në mënyrë efektive me rastet e dhunës me bazë gjinore.” Mungesa e vazhdimësisë dhe e përmbajtjes së përditësuar i lë profesionistët pa mjetet e nevojshme për t'u përshtatur me sfidat në zhvillim.

“.....

Një përfaqësues i njësisë vendore të kujdesit shëndetësor shprehu zhgënjim lidhur me mungesën e mundësive të qasshme dhe të qëndrueshme për trajnim, duke theksuar: *“Nuk kam marrë pjesë në asnjë trajnim mbi dhunën me bazë gjinore, edhe pse besoj se jo vetëm unë, por i gjithë stafi ka një nevojë të madhe për trajnime të tilla”.*

Gjithashtu, profesionistët theksuan shkëputjen midis përmbajtjes teorike të trajnimeve dhe zbatimit praktik. Një mjek tha: *“Ka shumë informacion teorik në trajnim, por nuk vlen nëse nuk është praktik dhe ndërveprues.”*

Ky boshllëk nënvizon rëndësinë e përqendrimit të trajnimit praktik, i bazuar në skenarë konkretë, që përgatit profesionistët të zbatojnë konceptet e mësuara në situata reale.

Perspektivat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor nxjerrin në pah një sfidë të vazhdueshme dhe sistemike: natyra e parregullt, e pamjaftueshme dhe shpesh

sipërfaqësore e trajnimeve mbi dhunën me bazë gjinore. Edhe pse disa profesionistë kanë marrë pjesë në trajnime, këto seanca përshkruhen si të rralla, të cekëta dhe të shkëputura nga realitetet praktike me të cilat përballen në terren. Si rezultat, shumë prej tyre ndihen të papërgatitur për të reaguar në mënyrë efektive ndaj natyrës komplekse dhe të ndjeshme të rasteve të DHBGJ-së.

Pjesëmarrësit theksuan se nismat ekzistuese të trajnimit shpesh i japin përparësi përmbajtjes teorike në vend të zbatimit praktik, duke i lënë profesionistët e vijës së parë pa mjetet e nevojshme për të përballuar me siguri situatat reale. Mungesa e sesioneve pasuese, zhvillimit të vazhdueshëm profesional dhe mundësive për mësim ndërveprues, të bazuar në raste konkrete, kontribuon në një ndjenjë të përgjithshme të papërgatitjes dhe izolimit profesional. Kjo situatë është veçanërisht shqetësuese, duke marrë parasysh kompleksitetin emocional dhe ligjor që përfshijnë shpesh rastet e dhunës me bazë gjinore.

Për më tepër, gjetjet tregojnë se qasja në trajnim nuk është e shpërndarë në mënyrë të barabartë. Disa profesionistë, përfshirë staf nga njësitë vendore të kujdesit shëndetësor, raportuan se nuk kanë marrë kurrë asnjë trajnim mbi dhunën me bazë gjinore, megjithëse e njohin nevojën urgjente për të tillë brenda ekipeve të tyre. Kjo pasqyron më tej mungesën e një qasjeje të strukturuar dhe gjithëpërfshirëse në nivel kombëtar për ngritjen e kapaciteteve në këtë fushë.

Adresimi i këtyre boshllëqeve kërkon hartimin e një strategjie gjithëpërfshirëse dhe të standardizuar trajnimi, e cila të përfshijë module të rregullta, praktike dhe të përshtatura sipas roleve dhe përgjegjësi të profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe atyre psikosocialë. Duhet të vihet theks i veçantë te ushtrimet praktike, koordinimi ndërsektorial dhe integrimi i njohurive ligjore dhe procedurale në programet e trajnimit. Institucionalizimi i një qasjeje të tillë jo vetëm që do të përmirësojë kompetencat

individuale, por edhe do të forcojë aftësinë e përgjithshme të sistemit për të ofruar reagime të koordinuara, efektive dhe të përqendruara te viktima në rastet e dhunës me bazë gjinore.

Mangësi në Njohuri në Fusha Kritike

Edhe kur ofrohen trajnime, pjesëmarrësit vunë në dukje mangësi të konsiderueshme në përmbajtje, veçanërisht në fusha që janë thelbësore për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHGBJ). Këto boshllëqe përfshijnë mungesën e kuptimit mbi kujdesin e ndjeshëm ndaj traumës, orientimin në detyrimet ligjore dhe zbatimin e strategjive praktike të ndërhyrjes.

“.....
Një përfaqësues i një njësie vendore të kujdesit shëndetësor theksoi se mungesa e trajnimit mbi kujdesin e ndjeshëm ndaj traumës ndikon në procesin e ndërtimit të besimit me të mbijetuarat: *“Nuk jemi trajnuar për mënyrën si t'i qasemi viktimave me ndjeshmëri, sidomos atyre që përballen me traumë. Kjo është një mungesë e madhe, sepse shumë prej tyre kanë vështirësi për të krijuar besim.”* Pa këto njohuri, profesionistët mund, pa dashje, të ripërfetojnë traumat e viktimave ose të kenë vështirësi në krijimin e një marrëdhënieje besimi.

Mungesa e qartësisë lidhur me përgjegjësitë ligjore ishte një tjetër shqetësim i zakonshëm, siç u theksua nga një profesionist shëndetësor *“Nuk i kuptoj plotësisht detyrimet ligjore kur bëhet fjalë për raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Çfarë jam i detyruar të bëj dhe cilat janë rreziqet nëse e bëj gabim?”* Kjo pasiguri mund të çojë në hezitim për të raportuar rastet ose në gabime që rrezikojnë sigurinë dhe të drejtat e viktimave.

“.....
Aftësitë praktike të ndërhyrjes u identifikuan gjithashtu si një fushë që kërkon përmirësim të ndjeshëm. Një psikolog shprehu zhgënjim për mungesën e trajnimit në strategji

konkrete të zbatueshme: *“Nuk kemi marrë kurrë trajnim mbi strategji praktike të ndërhyrjes. Për shembull, si të de-përshkallëzojmë një situatë apo si ta bëjmë viktimën të ndihet e sigurt?”* Kjo mungesë udhëzimesh praktike i lë profesionistët të papërgatitur për situata me stres të lartë.

Këta shembuj zbulojnë një nevojë urgjente për programe trajnimi që shkojnë përtej koncepteve teorike dhe ofrojnë njohuri praktike dhe të zbatueshme, të cilat profesionistët mund t'i përdorin në punën e tyre të përditshme.

Perceptimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor tregojnë për mangësi të mëdha në njohuri në fusha kyçe të menaxhimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore, edhe kur ekzistojnë mundësi trajnimi. Këto boshllëqe, veçanërisht në kujdesin e ndjeshëm ndaj traumës, detyrimet ligjore dhe strategjitë praktike të ndërhyrjes, pengojnë ndjeshëm aftësinë e profesionistëve për të reaguar në mënyrë efektive dhe me ndjeshmëri ndaj nevojave të të mbijetuarave.

Siç tregojnë gjetjet, mungesa e trajnimit mbi qasjet e ndjeshme ndaj traumës cenon aftësinë e profesionistëve për të ndërtuar besim tek të mbijetuarat dhe rrezikon ripërfjetimin e paqëllimshëm të traumës. Po ashtu, mungesa e qartësisë lidhur me përgjegjësitë ligjore, si detyrimi për raportim dhe rreziqet përkatëse, krijojnë pasiguri që mund të çojnë në mosveprime ose gabime procedurale, duke vënë në rrezik sigurinë e të mbijetuarave dhe përgjegjësinë profesionale.

Po aq shqetësuese është edhe mungesa e udhëzimeve mbi teknikat praktike të ndërhyrjes, të bazuara në skenarë konkretë, si strategjitë e de-përshkallëzimit apo komunikimi i përqendruar te viktima. Kjo mungesë i lë profesionistët e vijës së parë të papërgatitur për të menaxhuar situata komplekse dhe emocionalisht të ngarkuara, duke ulur cilësinë dhe qëndrueshmërinë e kujdesit të ofruar.

Së bashku, këto gjetje theksojnë nevojën urgjente për të forcuar përmbajtjen dhe strukturën e programeve të trajnimit që lidhen me dhunën me bazë gjinore. Përpjekjet për ngritjen e kapaciteteve duhet të shkojnë përtej pasqyrimeve teorike dhe të përfshijnë përmbajtje praktike, të përshtatura sipas rolit dhe të mbështetura në baza ligjore, për t'u ofruar profesionistëve mjetet dhe besimin e nevojshëm për të vepruar në mënyrë efektive. Duke adresuar këto boshllëqe në njohuri, institucionet mund të përmirësojnë ndjeshëm gatishmërinë e stafit shëndetësor dhe të kontribuojnë në ndërtimin e një sistemi reagimi më të koordinuar dhe të përqendruar te viktimat.

Përmbajtjes së Trajnimit i Mungon Specifika dhe Praktikiteti

Disa pjesëmarrës u shprehën se seancat ekzistuese të trajnimit prirën të përqendrohen në tema të gjera dhe të përgjithshme, dhe jo tek sfidat dhe dinamikat specifike të menaxhimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Mospërshtatja e përmbajtjes dhe mungesa e proaktivitetit i bëjnë më pak të zbatueshme trajnimet në situatat reale.

“.....
Një punonjës social kritikoi këtë qasje trajnimi: *“Përmbajtja e trajnimeve që kemi ndjekur është shumë e gjerë. Nuk adreson sfidat e veçanta që hasim në zonat rurale, ku stigma dhe frika janë aq të përhapura.”* Kjo thekson edhe më shumë nevojën për trajnime të lokalizuara që marrin në konsideratë realitetet kulturore dhe logjistike të rajoneve të ndryshme.

Një mjek theksoi nevojën për trajnim praktik, të bazuar në skenarë konkretë: *“Seancat e trajnimit mbulojnë kryesisht koncepte teorike. Ajo që na nevojitet vërtet janë shembuj të bazuar në raste dhe simulime për të kuptuar si të veprojmë në situata reale.”* Kjo thekson rëndësinë e të nxënësve përmes përvojës si urë lidhëse midis teorisë dhe praktikës.

“.....
Mungesa e përqendrimin në bashkëpunimin ndërdisiplinor ishte një tjetër çështje e ngritur nga një drejtues i një njësie shëndetësore: *“Në trajnim nuk i kushtohet pothuajse fare rëndësi bashkëpunimit ndërdisiplinor. Duhet të mësojmë si të punojmë në mënyrë efektive me aktorët e tjerë të MKR-së.”* Bashkëpunimi efektiv është thelbësor për funksionimin e MKR-së, por profesionistët nuk trajnohen mjaftueshëm për të menaxhuar dinamikat ndërinstitutionale.

Këto vërejtje theksojnë nevojën për programe trajnimi që të jenë njëkohësisht të përshtatura sipas kontekstit dhe praktike, duke i mundur profesionistëve të reagojnë në mënyrë efektive ndaj sfidave të ndryshme në menaxhimin e dhunës me bazë gjinore.

Disponueshmëria e kufizuar dhe mungesa e thellësisë së mjaftueshme në trajnimet për profesionistët që menaxhojnë rastet e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) nxjerrin në pah boshllëqe sistematike që dëmtojnë efektivitetin e MKR-së. Këto mangësi i lënë profesionistët të papërgatitur për të përballuar kompleksitetin e DHBGJ-së, duke sjellë në mosofrimin njësor të kujdesit dhe mbështetje të dobët për viktimat. Për të rritur kapacitetin e aktorëve të MKR-së dhe për të përmirësuar rezultatet, programet e trajnimit duhet të zhvillohen më tej për të adresuar nevojat e rëndësishme si vijon: Programet e trajnimit të vazhdueshëm dhe të strukturuar janë thelbësore për të siguruar që profesionistët të qëndrojnë të përditësuar mbi praktikën më të mira, sfidat në zhvillim dhe kuadrin ligjor e procedural në ndryshim. Trajnimet e rregullta ndihmojnë në ndërtimin e kompetencës dhe vetëbesimit të profesionistët, duke siguruar qëndrueshmëri në reagimin e tyre ndaj rasteve të dhunës me bazë gjinore.

Programet e trajnimit duhet të japin përparësi temave të specializuara si kujdesi i ndjeshëm ndaj traumës, kuadri ligjor dhe teknikat praktike të ndërhyrjes. Theksimi

i qasjeve praktike, si të nxënit përmes skenarëve dhe studimeve të rasteve, do t'i përgatisë më mirë profesionistët për situata reale, duke i pajisur me aftësitë e nevojshme për të trajtuar raste të ndjeshme në mënyrë efektive dhe me empati.

Për të siguruar rëndësinë dhe zbatueshmërinë, trajnimet duhet të marrin në konsideratë kontekstet unike socio-kulturore dhe operacionale të rajoneve të ndryshme. Përshtatja e përmbajtjes me nevojat dhe sfidat specifike të komuniteteve lokale do të rrisë efektivitetin e programeve të trajnimit dhe do t'u mundësojë profesionistëve të ofrojnë mbështetje të përshtatshme me kontekstin.

Menaxhimi efektiv i rasteve të dhunës me bazë gjinore kërkon koordinim të pandërprerë midis aktorëve të ndryshëm të MKR-së, përfshirë ofruesit e kujdesit shëndetësor, punonjësit socialë, forcat e rendit dhe OJF-të. Programet e trajnimit duhet të përfshijnë module mbi bashkëpunimin ndërdisiplinor, duke nxitur komunikimin, bashkëpunimin dhe një qasje të unifikuar në menaxhimin e rasteve.

Duke adresuar këto boshllëqe, programet e trajnimit mund të fuqizojnë profesionistët për të ofruar kujdes më efektiv, të ndjeshëm dhe të përqendruar te viktima. Një kuadër i fortë trajnimi jo vetëm që do të rrisë kapacitetin e aktorëve të MKR-së, por gjithashtu do të forcojë aftësinë e përgjithshme të sistemit për t'iu përgjigjur dhunës me bazë gjinore, duke siguruar që viktimat të marrin mbështetjen dhe drejtësinë që meritojnë.

Pengesat Strukturore dhe Institucionale

Analiza e intervistave cilësore zbuloi disa pengesa sistematike që kufizojnë efektivitetin e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR) në adresimin e dhunës me bazë gjinore (DHGJ). Këto pengesa përfshijnë infrastrukturë fizike të pamjaftueshme, ngarkesë të madhe pune dhe mungesë të stafit të specializuar. Së bashku, këto sfida

e kufizojnë aftësinë e profesionistëve për të ofruar mbështetje të përqendruar te viktima, të qëndrueshme dhe në kohë.

Infrastrukturë fizike e papërshtatshme

Mungesa e hapësirave të përshtatshme për konsultime private u shfaq si një pengesë e rëndësishme për menaxhimin efektiv të rasteve të viktimave të dhunës me bazë gjinore. Profesionistët theksuan shpesh se pamundësia për të garantuar konfidencialitetin jo vetëm që i dekurajon viktimat të kërkojnë ndihmë, por gjithashtu minon cilësinë dhe profesionalizmin e mbështetjes së ofruar.

“

.....
Një profesionist shëndetësor përshkroi se si mungesa e hapësirave private ndikon në hapjen e të mbijetuarave:

“Nuk kemi hapësira të dedikuara për konsultime. Viktimat shpesh janë të detyruara të flasin në ambiente të përbashkëta, gjë që i bën hezitues të tregojnë përvojat e tyre.”

Kjo deklaratë ilustron se si mungesa e konfidencialitetit i pengon viktimat të ndajnë detaje thelbësore, duke kufizuar kështu efektivitetin e ndërhyrjeve dhe duke penguar aftësinë për të ofruar kujdes të përqendruar te viktima.

“

.....
Po kështu, një punonjës social theksoi se si kjo çështje komprometon profesionalizmin e ofrimit të shërbimeve: *“Është e vështirë të trajtosh siç duhet rastet e dhunës me bazë gjinore kur nuk ke një hapësirë të sigurt dhe private për të biseduar me viktimat. Kjo ndjesi është jo profesionale dhe e pandjeshme ndaj nevojave të tyre.”*

Mungesa e hapësirave të përshtatshme për konsultim ndikon jo vetëm në gatishmërinë e viktimave për të bashkëpunuar, por edhe në moralin dhe vetëbesimin e profesionistëve, duke e bërë të vështirë ruajtjen e një standardi të lartë të kujdesit.

“

Një psikolog elaboroi mbi sfidat operacionale të shkaktuara nga infrastruktura e papërshtatshme:

“Mungesa e dhomave të dedikuara do të thotë se jemi vazhdimisht duke kërkuar ndonjë vend të qetë për konsultime, dhe kjo nuk është gjithmonë e mundur. Kjo ndikon në cilësinë e mbështetjes që mund të ofrojmë.” Kjo mungesë infrastrukture të besueshme ndërpret vazhdimësinë dhe qëndrueshmërinë e kujdesit, duke i detyruar profesionistët të përshtaten me kushte jo optimale që nuk e vendosin në qendër dinjitetin dhe nevojat e viktimave.

Përvojat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe psikosocial në sistemin e kujdesit parësor nxjerrin në pah infrastrukturën fizike të papërshtatshme, veçanërisht mungesën e hapësirave private për konsultime, si një pengesë të rëndësishme për menaxhimin efektiv të rasteve të dhunës me bazë gjinore. Mungesa e ambienteve të sigurta dhe konfidenciale për konsultat me viktimat jo vetëm që i dekurajon ato të flasin hapur, por gjithashtu cenon cilësinë, ndjeshmërinë dhe qëndrueshmërinë e kujdesit të ofruar.

Dëshmitë e profesionistëve tregojnë se mungesa e hapësirave të dedikuara ndikon drejtpërdrejt në gatishmërinë e viktimave për të folur hapur, duke kufizuar kështu aftësinë e stafit për të kryer vlerësime të plota dhe për të ofruar ndërhyrje të përshtatshme. Ky mangësim infrastrukturor ndikon jo vetëm te viktimat, por edhe i vendos profesionistët në pozita etike të vështira, duke minuar aftësinë e tyre për të ofruar shërbime në mënyrë të respektueshme, profesionale dhe në përputhje me parimet e përqendruara te viktima.

Përveç kësaj, përpjekja e vazhdueshme për të gjetur hapësira private dhe të qeta për konsultime – shpesh në bazë rasti më rasti – ndërpret vazhdimësinë e kujdesit dhe dëmton besueshmërinë institucionale të përgjigjes së sistemit

shëndetësor ndaj dhunës me bazë gjinore. Kjo ka gjithashtu një ndikim demoralizues te ofruesit e shërbimeve, të cilët nuk arrijnë të përmbushin standardet profesionale për shkak të kufizimeve mjedisore jashtë kontrollit të tyre.

Adresimi i kësaj çështjeje kërkon investime të synuara në infrastrukturë që vënë në përparësi krijimin e hapësirave të dedikuara, të sigurta dhe konfidenciale brenda qendrave shëndetësore për konsultime që lidhen me rastet e dhunës me bazë gjinore. Përmirësime të tilla janë thelbësore jo vetëm për të rritur besimin dhe rehatinë e viktimave, por edhe për të respektuar standardet etike dhe për të mbështetur profesionistët në ofrimin e një kujdesi cilësor dhe të koordinuar..

Mbingarkesa në Punë

Një sfidë e rëndësishme e identifikuar në menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) është ngarkesa e madhe e punës me të cilën përballen profesionistët. Shumë të anketuar raportuan se janë të mbingarkuar për shkak të burimeve të kufizuara, mungesës së stafit dhe detyrimeve të tjera të shumta, gjë që ndikon rëndë në aftësinë e tyre për të ofruar mbështetjen e përqendruar dhe gjithëpërfshirëse që u nevojitet të mbijetuarave.

“

Një infermiere përshkroi tensionin operacional që u shkaktonte përballja me përgjegjësi të shumta:

“Ngarkesa e punës është e jashtëzakonshme. Pritet të menaxhojmë rastet e DHBGJ-së përveç detyrave tona të zakonshme, dhe thjesht nuk ka kohë të mjaftueshme gjatë ditës.”

Kjo deklaratë ilustron se si barra e dyfishtë e përgjegjësi të përditshme dhe menaxhimit të rasteve të DHBGJ-së krijon tension te profesionistët, duke sjellë joefikasitet dhe vonesa në adresimin e nevojave të viktimave.

“.....
Një përfaqësues i njësisë vendore të kujdesit shëndetësor theksoi kohën që kërkon menaxhimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore: *“Rastet e DHBGJ-së kërkojnë kohë dhe durim, por me ngarkesën tonë aktuale të punës është e vështirë t’u japim të mbijetuarave vëmendjen që meritojnë.”*

Ky koment nënvizon konfliktin e brendshëm midis nevojës për kujdes të detajuar dhe të përqendruar te viktima, dhe kufizimeve që vijnë nga mbingarkesa në punë. Pamundësia për t’i kushtuar kohë të mjaftueshme çdo rasti cenon cilësinë e ndërhyrjeve dhe ndjekjes së mëtejshme.

Një mjek theksoi ndikimin emocional që këto presione kanë te profesionistët: *“Jemi me mungesë stafi dhe të mbingarkuar. Kjo krijon një situatë ku disa raste nuk marrin vëmendjen që u nevojitet, dhe kjo është vërtet e dhimbshme.”*

Ky vëzhgim nxjerr në pah jo vetëm ndikimin operativ të ngarkesës së madhe të punës, por edhe barrën emocionale mbi profesionistët, të cilët shpesh ndihen të demoralizuar dhe të papërmbyshur kur nuk arrijnë të përmbyshin kërkesat e rolit të tyre.

Vëzhgimet e ndara nga profesionistët e kujdesit shëndetësor theksojnë ngarkesën e madhe dhe shpesh të tejskajshme të punës, e cila përbën një pengesë të rëndësishme për menaxhimin efektiv të rasteve të dhunës me bazë gjinore. Barra e akumuluar nga detyrat rutinë klinike, mungesa e stafit dhe burimet e kufizuara lë profesionistët pa kohën dhe kapacitetin e nevojshëm për t’u angazhuar në mënyrë domethënëse në punën që lidhet me rastet e DHBGJ.

Siç është shprehur nga infermierët, mjekët dhe përfaqësuesit e njësive vendore të kujdesit shëndetësor, natyra që kërkon kohë e menaxhimit të rasteve të DHBGJ nuk përputhet me realitetin aktual të ngarkesës së punës. Ndërhyrjet e përqendruara te viktima—që kërkojnë ndjeshmëri, durim dhe

ndjekje të mëtejshme—komprometohen shpesh për shkak të kërkesave të shumta konkurruese. Pamundësia për të ndarë kohë të mjaftueshme për secilin rast çon në vonesa procedurale, cilësi të reduktuar të kujdesit dhe mundësi të humbura për mbështetje gjithëpërfshirëse.

Përtej joefikasitetit operacional, profesionistët raportojnë gjithashtu një barrë të thellë emocionale, pasi përballen me realitetin tronditës të pamundësisë për të përmbushur nevojat komplekse të viktimave. Kjo kontribuon në ndjenja të papërshtatshmërisë profesionale, frustrimi dhe lodhje emocionale (burnout), të cilat e dobësojnë më tej aftësinë e sistemit për t’iu përgjigjur në mënyrë efektive dhunës me bazë gjinore.

Këto gjetje tregojnë për një nevojë urgjente për planifikim strategjik të fuqisë punëtore dhe masa mbështetëse institucionale, duke përfshirë shtimin e stafit, ndarjen e qartë të roleve dhe rishpërndarjen e ngarkesës së punës. Forcimi i kapaciteteve të profesionistëve të vijës së parë për të menaxhuar rastet e DHBGJ-së kërkon jo vetëm trajnim teknik, por edhe kohë të mjaftueshme, burime adekuate dhe njohje sistemike të barrës emocionale që mbart kjo punë.

Vendosja e përparësisë te këto përmirësime strukturore është thelbësore për të siguruar si mirëqenien e profesionistëve, ashtu edhe ofrimin e një kujdesi cilësor dhe të përqendruar te viktima.

Staf i pamjaftueshëm

Mungesa e personelit të specializuar, përfshirë profesionistët e shëndetit mendor dhe punonjësit socialë, është identifikuar si një pengesë e rëndësishme për ofrimin e shërbimeve efektive për viktimat e dhunës me bazë gjinore. Ky boshllëk i vazhdueshëm i vendos barrë të padrejtë stafit ekzistues, duke i detyruar të menaxhojnë ngarkesa të tepërta pune dhe duke kufizuar aksesin e viktimave në kujdes të specializuar dhe në kohë.

“.....
Një profesionist shëndetësor përshkroi ndikimin e mungesës së stafit në ofrimin e shërbimeve: *“Thjesht nuk jemi mjaftueshëm për të përballuar numrin e rasteve që kemi. Të mbijetuarat shpesh duhet të presin, gjë që është e papranueshme në situata kaq të ndjeshme.”*

Kjo deklaratë thekson se si mungesa e stafit shkakton vonesa në ofrimin e kujdesit, duke i lënë viktimat pa mbështetjen e menjëhershme që u nevojitet në momente kritike.

“.....
Mungesa e profesionistëve të shëndetit mendor u theksua nga një psikolog: *“Na duhen më shumë specialistë, veçanërisht në fushën e shëndetit mendor, për të përballuar ndikimin psikologjik që ka dhuna me bazë gjinore mbi viktimat. Aktualisht jemi të mbingarkuar me punë.”*

Ky vëzhgim nënvizon nevojën urgjente për rekrutime të synuara dhe investime në shërbimet e shëndetit mendor për të adresuar barrën e thellë emocionale dhe psikologjike që lë DHBGJ te viktimat.

“.....
Një infermiere ilustroi vendimet e vështira me të cilat përballlet stafi për shkak të mungesës së burimeve: *“Kur kemi mungesë stafi, përfundojmë duke i dhënë përparësi emergjencave, dhe rastet e dhunës me bazë gjinore shpesh nuk marrin vëmendjen që u nevojitet derisa të jetë tepër vonë.”*

Kjo pasqyron sfidat sistematike të triazhimit, ku kufizimet e burimeve i detyrojnë profesionistët të vonojnë ose të mos i japin përparësi rasteve të DHBGJ-së, shpesh në dëm të mirëqenies së të mbijetuarave.

Mungesa e personelit të specializuar e dobëson kapacitetin e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR) për t'u ofruar të mbijetuarave kujdes gjithëpërfshirës dhe me to në fokus. Vonesat e shkaktuara nga mungesa e stafit komprometojnë cilësinë

e mbështetjes, ndërsa mbingarkesa e stafit ekzistues çon në lodhje emocionale (burnout) dhe ulje të moralit. Të mbijetuarat preken në mënyrë të pabarabartë, pasi mund të detyrohen të përballen me një sistem që nuk është në gjendje të përmbushë nevojat e tyre të menjëhershme dhe afatgjata.

Mungesa e vazhdueshme e personelit të specializuar, përfshirë profesionistët e shëndetit mendor, punonjësit socialë dhe stafin tjetër të vijës së parë, del si një pengesë strukturore e rëndësishme për menaxhimin efektiv të rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) brenda sistemit të kujdesit parësor në Shqipëri. Perspektivat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor ilustrjnë qartë se si mungesa e stafit cenon si kohën e reagimit ashtu edhe cilësinë e kujdesit, duke i lënë të mbijetuarat pa mbështetjen thelbësore gjatë periudhave të vulnerabilitetit të theksuar.

Gjetjet theksojnë se vonesat në kujdes, stresi emocional tek ofruesit e shërbimeve dhe pamundësia për të ofruar shërbime të përqendruara te viktimat janë të gjitha pasojë direkte e mungesës sistematike të stafit. Në veçanti, mungesa e specialistëve të shëndetit mendor kufizon ndjeshëm kapacitetin e sistemit shëndetësor për t'u përgjigjur traumës psikologjike të lidhur me dhunën me bazë gjinore (DHBGJ), ndërkohë që ekipet e mbingarkuara detyrohen të bëjnë triazh në mënyra që mund të mos i japin përparësi nevojave të viktimave.

Për më tepër, tejingarkesa e stafit ekzistues kontribuon në lodhjen profesionale (burnout), uljen e moralit dhe boshllëqe në përgjigjet e koordinuara brenda kuadrit të Mekanizmit të Referimit të Koordinuar (MKR). Në kontekste të tilla, edhe profesionistët më të përkushtuar nuk arrijnë të ruajnë standardet e nevojshme të kujdesit për rastet komplekse dhe të ndjeshme, ndërsa viktimat preken në mënyrë të pabarabartë nga një sistem që nuk është në gjendje të përmbushë nevojat e tyre për mbështetje gjithëpërfshirëse.

Adresimi i kësaj sfide kërkon investime

të synuara në burime njerëzore, përfshirë rekrutimin dhe mbajtjen në punë të personelit të kualifikuar, veçanërisht në fushën e shëndetit mendor dhe shërbimeve sociale. Forcimi i bazës së stafit në të gjitha institucionet është thelbësor jo vetëm për të siguruar kujdes në kohë dhe gjithëpërfshirës për viktimat, por edhe për të mbështetur profesionistët në ofrimin e ndërhyrjeve cilësore, etike dhe të koordinuara brenda sistemit më të gjerë të reagimit ndaj DHBGJ-së.

Sfidat në bashkëpunimin ndërdisiplinor

Bashkëpunimi ndërdisiplinor është thelbësor për funksionimin efektiv të Mekanizmit të Referimit të Koordinuar (MKR) në adresimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Megjithatë, intervistat zbulojnë se pengesat sistematike, përfshirë rolet e paqarta, komunikimin e fragmentuar dhe izolimin institucional, e pengojnë bashkëpunimin midis aktorëve të MKR-së. Këto sfida ndikojnë drejtpërdrejt në cilësinë e kujdesit që u ofrohet viktimave, duke vonuar ndërhyrjet dhe duke e fragmentuar procesin e mbështetjes.

Role dhe përgjegjësi të paqarta

Pavarësisht ekzistencës së një protokollit të MKR-së dhe zbatimit të fundit të Procedurave Standarde të Operimit (SOP), një sfidë e rëndësishme vazhdon të mbetet mungesa e qartësisë në lidhje me rolet dhe përgjegjësitë e profesionistëve të shëndetësisë në identifikimin dhe referimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Kjo paqartësi buron nga mungesa e informacionit mbi MKR-në, duke i lënë profesionistët të pasigurt për detyrat specifike dhe fushat e tyre të përgjegjësisë.

Paqartësia në role minon efektivitetin e MKR-së, pasi profesionistët nuk janë të sigurt se kush duhet të kujdeset për viktimën. Kjo pasiguri çon shpesh në vonesa dhe boshllëqe në reagim, me veprime të rëndësishme që mbeten të paadresuara ose që përsëriten. Mungesa e qartësisë për rolet jo vetëm që pengon bashkëpunimin ndërmjet aktorëve

të MKR-së, por gjithashtu ul efikasitetin dhe besueshmërinë e sistemit të mbështetjes, duke ndikuar përfundimisht në cilësinë e kujdesit të ofruar viktimave.



.....
Një mjek përshkroi këtë paqartësi *“Nuk është e qartë se ku përfundon roli im dhe ku fillon ai i një profesionisti tjetër. Kur vjen një rast i DHBGJ-së, shpesh nuk e di nëse duhet të koordinohem me policinë apo të pres që të merren shërbimet sociale.”* Kjo pasqyron se si mungesa e udhëzimeve të qarta pengon bashkëpunimin efektiv.

Po ashtu, një infermiere theksoi joefikasitetin e shkaktuar nga përgjegjësitë e papërcaktuara: *“Nuk kemi udhëzime se si të trajtojmë rastet e DHBGJ-së si ekip. Secili prej nesh përpqet të bëjë pjesën e vet, por pa një strukturë të qartë, ndonjëherë përfundojmë duke përsëritur të njëjtat veprime ose duke anashkaluar hapa kritikë.”* Kjo thekson se si mungesa e roleve të përcaktuara sjell joefikasitet dhe mospërputhje. Një përfaqësues i një njësie shëndetësore e shpjegoi më tej këtë çështje *“Nuk kemi një sistem që përcakton se çfarë duhet të bëjë secili aktor. Të gjithë përpqen të bëjnë më të mirën, por pa një udhërrëfyes, gjithçka është kaotike.”* Kjo nënvizon nevojën për një kuadër të strukturuar që të udhëheqë profesionistët në përpjekjet e tyre bashkëpunuese.

Pavarësisht ekzistencës së një protokollit të MKR-së dhe futjes së fundit të Procedurave Standarde të Operimit (SOP), profesionistët e kujdesit shëndetësor në Shqipëri vazhdojnë të përballen me pasiguri të konsiderueshme në lidhje me rolet dhe përgjegjësitë e tyre në identifikimin, referimin dhe menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Kjo mungesë qartësie i atribuohet kryesisht përhapjes së pamjaftueshme të informacionit në lidhje me MKR-në dhe trajnimeve të kufizuara mbi zbatimin praktik të protokolleve, duke lënë shumë profesionistë të pasigurt për detyrat dhe kufijtë e përgjegjësisë së tyre.

Përvojat e ndara nga mjekë, infermiere dhe përfaqësues të njësive vendore të kujdesit shëndetësor tregojnë se paqartësia në ndarjen e detyrave e dobëson efektivitetin dhe reagueshmërinë e MKR-së. Profesionistët shpesh operojnë pa një udhërrëfyes të strukturuar, duke çuar në vonesa, përsëritje të përpjekjeve dhe boshllëqe kritike në kujdes. Kjo mungesë koordinimi jo vetëm që ul efikasitetin e bashkëpunimit ndërinstytucional, por ndikon drejtpërdrejt edhe në përvojën e viktimës, duke komprometuar cilësinë, kohën dhe vazhdimësinë e mbështetjes.

Për më tepër, mungesa e një kuadri të qartë dhe të kuptuar në mënyrë të përbashkët pengon llogaridhënien dhe krijon konfuzion mbi atë se cili aktor është përgjegjës për ndërhyrjet kyçe. Ndërkohë që profesionistët individualë janë të përkushtuar për të bërë pjesën e tyre, mungesa e udhëzimeve operacionale të përbashkëta dhe e rrugëve të përcaktuara të komunikimit kufizon aftësinë e tyre për të punuar si një ekip i bashkuar.

Për të adresuar këto sfida, është thelbësore të zhvillohen dhe të institucionalizohen udhëzime praktike dhe të përcaktuara sipas rolit për të gjithë aktorët e MKR-së, të mbështetura nga trajnime të rregullta dhe ushtrime të përbashkëta ndërsektoriale. Përcaktimi i qartë i përgjegjësive jo vetëm që do të përmirësojë koordinimin dhe llogaridhënien, por gjithashtu do të sigurojë që viktimat të marrin mbështetje gjithëpërfshirëse dhe të harmonizuar, në përputhje me standardet kombëtare dhe parimet e kujdesit të përqendruar te viktima.

Kanale jokonsistente komunikimi

Kanalet e dobëta të komunikimit ndërmjet aktorëve të MKR-së u identifikuan si një pengesë kryesore për bashkëpunimin efektiv. Pjesëmarrësit raportuan se mungesa e mekanizmave të strukturuar të komunikimit çon shpesh në përpjekje të pakoordinuara, reagime të vonuara dhe raste të mbijetuarave që “humbasin rrugës” në sistem.

“.....
Një infermiere ndau se si komunikimi i fragmentuar ndikon në menaxhimin e rasteve: *“Komunikojmë përmes kanaleve joformale, si telefonata apo mesazhe të shpejta. Nuk ka një sistem formal për ndarjen e përditësimeve, dhe kjo sjell vonesa.”* Kjo thekson se si metodat joformale të komunikimit pengojnë veprimet në kohë dhe të koordinuara.

Një mjek përshkroi pasojat e komunikimit të dobët ndërmjet institucioneve:

“Kur kemi pacientë në nevojë, qofshin raste të dhunës me bazë gjinore apo të tjera, përpiqemi t'i lidhim përmes rrjetit tonë privat... jo, nuk kam një listë të organizatave... të shohim tani çfarë do të ndryshojë me ardhjen e punonjësve socialë dhe psikologëve...” Kjo tregon se si komunikimi i pamjaftueshëm çon në mundësi të humbura për të mbështetur në mënyrë efektive viktimat.

Mbështetja të metodat joformale të komunikimit dhe mungesa e sistemeve të centralizuara pengojnë bashkëpunimin dhe komprometojnë cilësinë e kujdesit të ofruar viktimave.

Përvojat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor tregojnë se kanalet e pastrukturuara dhe joformale të komunikimit ndërmjet aktorëve të MKR-së përbëjnë një pengesë të rëndësishme për bashkëpunimin efektiv në përgjigjen ndaj dhunës me bazë gjinore (DHBCJ). Pavarësisht përkushtimit të profesionistëve individualë, mungesa e sistemeve të strukturuar dhe të formalizuara për shkëmbimin e informacionit shpesh çon në vonesa, ndërhyrje të fragmentuara dhe mundësi të humbura për të ofruar mbështetje të koordinuar dhe në kohë për viktimat.

Siç u theksua nga infermierët dhe mjekët, mbështetja aktuale në metodat rastësishme si telefonatat apo mesazhet personale krijon joefikasitet, shpërputhje në përgjegjësi dhe dobëson llogaridhënien institucionale.

Këto shkëmbime joformale, edhe pse me qëllime të mira, janë të pamjaftueshme për të mbështetur kompleksitetin e menaxhimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ), i cili kërkon procese komunikimi të qarta, të besueshme dhe të dokumentuara ndërsektorialisht.

Mungesa e drejtorive të centralizuara të kontakteve, rrugëve të referimit ose sistemeve të përbashkëta të informacionit i përkeqëson më tej këtë sfida. Në shumë raste, profesionistët detyrohen të mbështeten në rrjete personale në vend të kuadrit institucional, duke rritur rrezikun e kujdesit të paqëndrueshëm dhe të të mbijetuarave që “humbasin rrugës” në sistem.

Për të forcuar koordinimin brenda MKR-së, është thelbësore të vendosen protokolle formale të komunikimit, përfshirë mjete standarde për referim, baza të përbashkëta të të dhënave ose drejtoritë e ofruesve të shërbimeve, si dhe takime të rregullta ndërinstitutionale për rishikimin e rasteve. Institucionalizimi i këtyre mekanizmave do të përmirësojë reagueshmërinë, do të rrisë vazhdimësinë në trajtimin e rasteve dhe do të mbështesë një qasje më kohezive dhe të përqendruar te viktimat në kuadër të sistemit shëndetësor dhe të mbrojtjes sociale.

Fragmentimi ndërmjet institucioneve

Pjesëmarrësit përshkruan ndarjen institutionale si një sfidë madhore për bashkëpunimin ndërdisiplinor. Në vend që të funksionojnë si një rrjet i integruar, aktorët e MKR-së shpesh punojnë në izolim, duke çuar në shërbime të fragmentuara dhe boshllëqe në mbështetjen për të mbijetuarat.



.....
Një mjek ndau këndvështrimin e tij mbi këtë fragmentim:

“Çdo institucion përqendrohet te përgjegjësitë e veta pa u koordinuar me të tjerët. Për shembull, ne përqendrohemi te aspektet mjekësore, por aspektet sociale dhe ligjore mbeten të paadresuara.” Kjo ilustron se si ndarja ndërinstitutionale çon

në kujdes të paplotë.

Një infermiere reflektoi mbi mungesën e bashkëpunimit me institucione të tjera:

“Kur merremi me rastet, ndihet sikur po punojmë në një fluskë. Nuk ka bashkëpunim të vërtetë mes nesh, policisë dhe punonjësve socialë.” Kjo thekson nevojën për bashkëpunim më të fortë ndërinstitutional për të ofruar mbështetje gjithëpërfshirëse.

Një profesionist shëndetësor përshkroi pasojat e kësaj ndarjeje për viktimat: “Çdo institucion bën pjesën e vet, por askush nuk e sheh të gjithë tablonë.” Kjo tregon rëndësinë e eliminimit të barrierave institucionale për të siguruar një mbështetje të plotë për të mbijetuarat.

Mungesa e integritetit ndërmjet aktorëve të MKR-së jo vetëm që vonon reagimet, por edhe i privon të mbijetuarat nga mbështetja shumëdimensionale që u nevojitet.

Profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë identifikuar fragmentimin institucional si një pengesë të rëndësishme për funksionimin efektiv të MKR-së në adresimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ). Në vend që të funksionojnë si një rrjet i bashkuar dhe i integruar, aktorët e MKR-së shpesh operojnë brenda strukturave të ndara institutionale, duke u përqendruar ngushtë te mandatet sektoriale, pa komunikim apo bashkëpunim të qëndrueshëm ndërdisiplinor.

Dëshmitë e mjekëve, infermierëve dhe stafit tjetër të vijës së parë tregojnë se kjo mungesë koordinimi ndërinstitutional çon në përgjigje të paplota dhe të shkëputura, ku aspekte kritike të kujdesit ndaj viktimës—si mbështetja ligjore, sociale dhe psikologjike—mund të neglizhohen. Kjo qasje e fragmentuar jo vetëm që minon cilësinë e ndërhyrjeve, por edhe i vendos të mbijetuarat përballë barrës për t'u marrë me sisteme komplekse pa udhëzime apo mbështetje të mjaftueshme.

Mungesa e praktikave të përbashkëta të menaxhimit të rasteve, përgjegjësisë të

ndara dhe mekanizmave të llogaridhënies institucionale i pengon aktorët e MKR-së që ta shohin njësoj secilin rast. Siç theksuan profesionistët, çdo institucion mund të përmbushë rolin e vet specifik, por pa integrim, nevojat më të gjera të viktimës mbeten të papërmbushura.

Për të kapërcyer këto sfida, ekziston një nevojë e qartë për forcimin e koordinimit ndërinstitutional, përfshirë krijimin e rrugëve

të formalizuara të referimit, protokolleve të përbashkëta dhe takimeve të rregullta ndërdisiplinore që nxisin përgjegjësi të përbashkët mbi rastet. Vendosija e strukturave bashkëpunuese do të ndihmojë në kapërcimin e boshllëqeve institucionale, duke i mundësuar profesionistëve të reagojnë në mënyrë më gjithëpërfshirëse dhe duke siguruar që viktimat të marrin mbështetjen gjithëpërfshirëse dhe në kohë që meritojnë.

REZULTATET NGA POPULLATA E PËRGJITHSHME

Karakteristikat e popullatës së përgjithshme

Në studim morën pjesë 943 pjesëmarrës (Tabela 5), me një mbizotërim më të madh të grave (81,5%) kundrejt burrave (17,3%) dhe me shpërndarje moshore të ndryshme. Mbizotëronte grup-mosha 18-39 vjeç (48%), e ndjekur nga grupmosha 40-59 vjeç (38%) dhe ajo mbi 60 vjeç (14%). Pjesëmarrësit ishin të ndarë pothuajse në mënyrë të barabartë mes zonave urbane (51%) dhe rurale (49%).

Statusi martesor tregoi se shumica e pjesëmarrësve ishin të martuar (71%), kundrejt 29% që ishin beqarë. Lidhur me nivelin e edukimit, 17,1% raportuan nivel të ulët arsimimi, 43,4% arsimim të mesëm dhe 39,5% arsim të lartë. Për sa i përket punësimit, 68% ishin të punësuar, 19% ishin të papunë dhe 12% ishin shtëpiakë, studentë ose pensionistë. Pjesëmarrësit ishin të ndarë edhe sipas nivelit të të ardhurave:

53% raportuan të ardhura më të ulëta se mesatarja në Shqipëri, 34% kishin të ardhura mesatare dhe vetëm 13% kishin të ardhura më të larta se mesatarja. Lidhur me aksesin ndaj shërbimeve mjekësore 57% e individëve raportuan se kishin akses pa vështirësi, ndërsa 43% përballeshin me vështirësi me shërbimet shëndetësore.

Gjatë plotësimit të pyetësorit, në disa raste disa pyetje nuk kanë marrë përgjigje, kështu që janë përjashtuan nga analizat e mëtejshme. Këto vlera të munguara janë përmbledhur më poshtë.

Prandaj, rezultatet e paraqitura në seksionet në vijim përfshijnë një numër paksa të ndryshëm pjesëmarrësish, bazuar në përgjigjet specifike për secilën pyetje/variabël të lidhur me njohuritë, perceptimet dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore.

Ndryshori	Vlerat e munguara
Përhapja e DHBGJ	39
Njohuri mbi institucionet ku mund të raportohet DHBGJ	38
Eksperienca personale në raportimin e rasteve të DHBGJ	37
Roli i shërbimeve shëndetësore në raportimin e DHBGJ	40
Përgatitja e profesionistëve shëndetësorë	73
Aksesi ndaj shërbimeve shëndetësore	73

Karakteristikat e pjesëmarrësve	Numri	Përqindjet (%)
Gjinia Meshkuj Femra Nuk dëshiroj të përgjigjem	769 163 11	81,5 17,3 1,2
Grupmosha: 18-39 vjeç 40-59 vjeç ≥60 vjeç	455 360 128	48 38 14
Mosha mesatare	41.7±14.1	
Vendbanimi: Urban Rural	482 461	51 49
Statusi martesor Martuar Beqar	665 278	71 29
Arsimi 8/9 vjeçar I mesëm I lartë	161 409 373	17,1 43,4 39,5
Punësimi: Të punësuar Të papunë Tjetër: shtëpiak/student/pension	645 179 17	32 62 6
Niveli i të ardhurave: Më i lartë Mesatar Më i ulët	125 321 497	13 34 53
Akresi në shërbime mjekësore Pa vështirësi Me vështirësi	535 408	57 43

Tabela 5: Shpërndarja e karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve në studim

Njohuritë dhe perceptimet e publikut mbi çështje të dhunës me bazë gjinore

Tabela 6 paraqet shpërndarjen e pjesëmarrësve sipas perceptimit të tyre mbi përhapjen e dhunës me bazë gjinore (DHBCJ) në Shqipëri. Kësaj pyetje ju përgjigjën 895 individë me karakteristika të ndryshme socio-demografike.

Rezultatet tregojnë se më shumë se gjysma e pjesëmarrësve (56.3%) mendojnë se dhuna me bazë gjinore është e përhapur ose shumë e përhapur në Shqipëri. Ky perceptim është i ndryshëm sipas karakteristikave socio-demografike të pjesëmarrësve. Kështu, gratë janë më të prirura të besojnë se dhuna me bazë gjinore është e përhapur, (58%) krahasuar me vetëm 48.8% të burrave.

Përsa i përket grup-moshave, perceptimi i përhapjes së dhunës ndryshon dukshëm. 62% e grup-moshës 18-39 vjeç e konsiderojnë dhunën një fenomen të përhapur, kundrejt 40,3% të individëve të moshës ≥60 vjeç. Kjo mund të lidhet me ndryshimet kulturore dhe sociale ndër vite, ku individët më të rinj janë më të ekspozuar ndaj informacionit dhe më të prirur të identifikojnë dhunën si një çështje të rëndësishme shoqërore.

Pjesëmarrësit e martuar kanë një perceptim më të ulët të përhapjes së dhunës me bazë gjinore (51.1%) në krahasim me ata që nuk janë të martuar (69.3%). Ky dallim mund të reflektojë një mundësi për individët të martuar për të parë dhunën si një çështje private ose personale, ndërsa ata që jetojnë vetëm mund të kenë një perceptim më të theksuar për dhunën si një fenomen shoqëror që kërkon ndërhyrje.

Ndryshimet në perceptimet e dhunës janë gjithashtu të dukshme kur krahasohen individët nga zona urbane dhe ato rurale. 75.1% e pjesëmarrësve nga zonat urbane e perceptojnë dhunën si një fenomen të përhapur, ndërsa vetëm 37.3% e atyre nga zonat rurale mendojnë po ashtu. Ky ndryshim mund të lidhet me faktin se në qytete ka më shumë mundësi për qasje në informacion dhe shërbime mbështetëse, duke ndihmuar individët të kuptojnë më mirë dhe të raportojnë dhunën me bazë gjinore.

Edhe niveli i edukimi ka një ndikim të rëndësishëm në perceptimet për dhunën me bazë gjinore. 72,8% e pjesëmarrësve me arsim të lartë besojnë se dhuna është e përhapur, kundrejt 6.9% të individëve me arsim të ulët. Ky rezultat tregon se arsimimi mund të luajë një rol të rëndësishëm në rritjen e ndërgjegjësimit për dhunën dhe mundësinë e individëve për të identifikuar dhe reaguar ndaj saj. Për më tepër, perceptimi për dhunën ka një lidhje të ngushtë me nivelin e të ardhurave. 70% e pjesëmarrësve me të ardhura më të larta besojnë se dhuna me bazë gjinore është e përhapur, kundrejt 48.6% e individëve me të ardhura më të ulëta. Ky rezultat tregon se individët me të ardhura më të larta kanë mundësi më të shumta për t'u informuar dhe për të pasur qasje në shërbime, duke i bërë ata më të prirur të kuptojnë dhe të reagojnë ndaj dhunës.

Së fundmi, gjetjet tregojnë se individët që kanë qasje të lehtë në shërbime shëndetësore janë më të prirur të perceptojnë dhunën me bazë gjinore si një fenomen të përhapur (80.7%), ndërsa ata që kanë vështirësi në qasjen e këtyre shërbimeve kanë një perceptim më të ulët (25.2%).

Karakteristikat e pjesëmarrësve	Total (N=895)	Perceptimet e publikut mbi përhapjen e DHBGJ në Shqipëri			
		Shumë e përhapur / e përhapur	Mesatarisht	Pak / Shumë pak	p †
TOTAL	895 (100.0)*	504 (56.3)	110 (12.3)	281 (31.4)	-
Gjinia: Meshkuj Femra	160 (100.0) 735 (100.0)	78 (48.8) 426 (58.0)	22 (13.8) 88 (12.0)	60 (37.5) 221 (30.1)	0.099
Mosha: 18-39 vjeç 40-59 vjeç ≥60 vjeç	426 (100.0) 350 (100.0) 119 (100.0)	264 (62.0) 192 (54.9) 48 (40.3)	52 (12.2) 43 (12.3) 15 (12.6)	110 (25.8) 115 (32.9) 56 (47.1)	<0.001
Statusi civil: I martuar Tjetër	638 (100.0) 257 (100.0)	326 (51.1) 178 (69.3)	70 (11.0) 40 (15.6)	242 (37.9) 39 (15.2)	<0.001
Vendbanimi: Zonë urbane Zonë rurale	450 (100.0) 445 (100.0)	338 (75.1) 166 (37.3)	73 (16.2) 37 (8.3)	39 (8.7) 242 (54.4)	<0.001
Edukimi: I ulët I mesëm I lartë	159 (100.0) 398 (100.0) 338 (100.0)	11 (6.9) 247 (62.1) 246 (72.8)	8 (5.0) 29 (7.3) 73 (21.6)	140 (88.1) 122 (30.7) 19 (5.6)	<0.001
Punësimi: I punësuar I papunë Tjetër	613 (100.0) 175 (100.0) 107 (100.0)	322 (52.5) 101 (57.7) 81 (75.7)	80 (13.1) 10 (5.7) 20 (18.7)	211 (34.4) 64 (36.6) 6 (5.6)	<0.001
Të ardhurat Më të larta Njësoj Më të ulëta	110 (100.0) 295 (100.0) 490 (100.0)	77 (70.0) 189 (64.1) 238 (48.6)	23 (20.9) 64 (21.7) 23 (4.7)	10 (9.1) 42 (14.2) 229 (46.7)	<0.001
Aksesi në kujdesin shëndetësor: Pa vështirësi Me vështirësi	502 (100.0) 393 (100.0)	405 (80.7) 99 (25.2)	77 (15.3) 33 (8.4)	20 (4.0) 261 (66.4)	<0.001

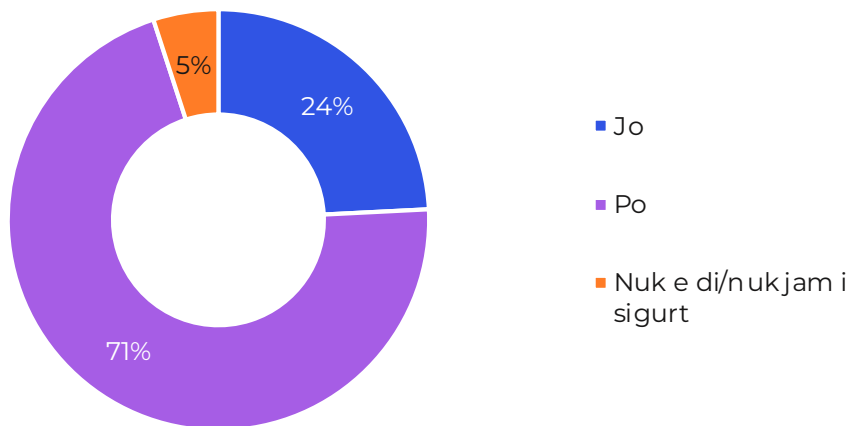
* Numrat absolutë dhe përqindjet respektive (në kllapa).

† Vlerat e P-së sipas testit ekzakt të Fisherit.

Tabela 6. Shpërndarja e pjesëmarrësve nga publiku dhe perceptimet e tyre mbi përhapjen e DHBGJ në Shqipëri

Njohuritë mbi raportimin e dhunës

Gjetjet e paraqitura në Grafikon 14 tregojnë që dy të tretat e pjesëmarrësve, 634 nga 896 (70.8%), kanë njohuri mbi institucionet ku mund të raportohet dhuna me bazë gjinore, kundrejt 23.3% të tyre që nuk e dinë se ku mund të raportojnë dhunën, dhe 5% që shprehen të pasigurt në lidhje me këtë informacion.

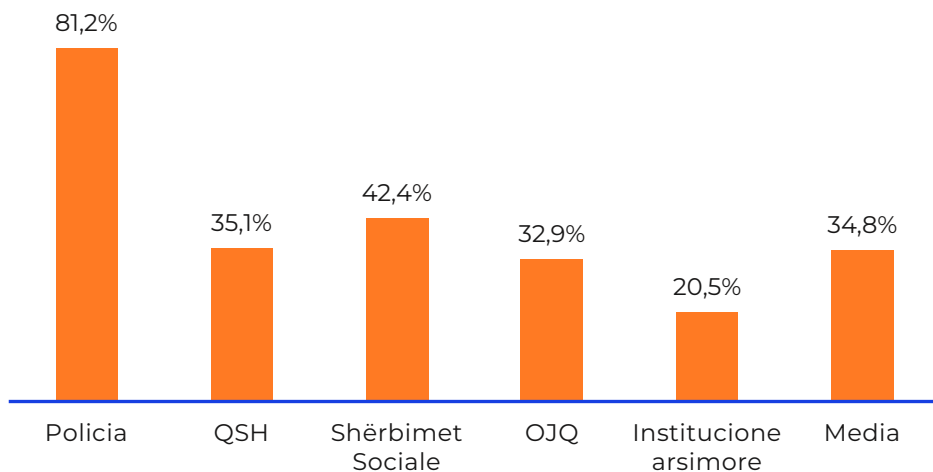


Grafiku 14: Shpërndarja e njohurive të pjesëmarrësve në studim mbi institucionet ku mund të raportohet dhuna me bazë gjinore

Pas një analize më të thelluar rezultoi se ka pabarazi të rëndësishme të bazuara në faktorë socio-ekonomikë dhe demografikë përsa i përket njohurive mbi institucionet ku mund të raportohet dhuna. Kështu, pjesëmarrësit nga zonat urbane, ata me nivel më të lartë edukimi si dhe ata që raportojnë akses të mirë ndaj shërbimeve shëndetësore janë shumë më të informuar mbi raportimin e dhunës me bazë gjinore. Këto gjetje rritin nevojën e planifikimit të ndërhyrjeve të targetuara drejt grupeve më vulnerabël në Shqipëri.

Grafiku 15 paraqet shpërndarjen e pjesëmarrësve sipas njohurive të tyre mbi institucionet specifike që ata i konsiderojnë përgjegjëse për pranimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

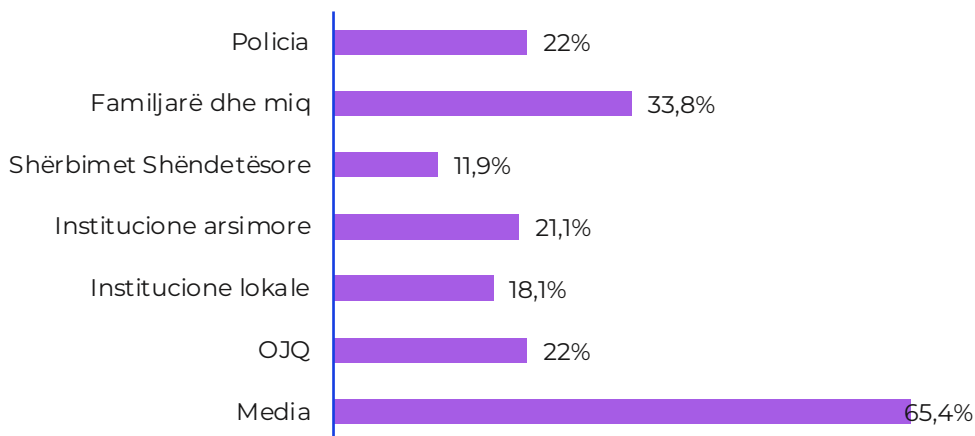
Rezultatet tregojnë se 728 pjesëmarrës (81%) e konsiderojnë Policinë si institucionin kryesor përgjegjës për pranimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Rreth 42% e pjesëmarrësve besojnë se shërbimet sociale duhet të jenë përgjegjëse, ndërsa 35% mendojnë se qendrat shëndetësore dhe/ose media duhet të kenë një rol në trajtimin dhe raportimin e rasteve. Gjithashtu, 33% e pjesëmarrësve besojnë se OJQ-të janë të përgjegjshme për trajtimin e këtyre rasteve, ndërsa 21% e konsiderojnë institucionet arsimore si përgjegjëse për këtë çështje.



Grafiku 15: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas njohurive mbi institucionet specifike të cilat janë përgjegjëse për pranimin dhe trajtimin e rasteve të DHBGJ

Burimet e informacionit për raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore

Grafiku 16 paraqet shpërndarjen e pjesëmarrësve sipas burimeve nga të cilat ata marrin informacion në lidhje me raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

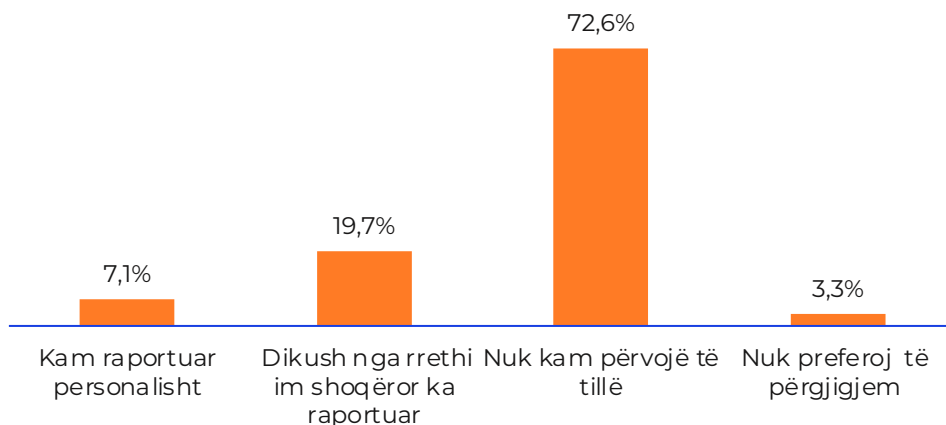


Grafiku 16. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas burimeve të informacionit lidhur me raportimin e rasteve të DHBGJ në Shqipëri

Në përgjithësi, media u identifikua si burimi kryesor i informacionit për 587 pjesëmarrës (65%). Burimi i dytë më i rëndësishëm i informacionit ishin familja dhe miqtë, të cilët u përmendën nga 303 pjesëmarrës (34%). 197 pjesëmarrës (22%) mendonin se OJQ-të janë një burim i rëndësishëm informacioni për raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Institucionet arsimore u identifikuan nga 189 pjesëmarrës (21%) si një burim informacioni, ndërsa 162 pjesëmarrës (18%) përmendën institucionet lokale. Së fundi, 107 pjesëmarrës (12%) konsideruan shërbimet shëndetësore si një burim informacioni për raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore.

Përvojat e raportimit të dhunës me bazë gjinore në institucione shëndetësore

Grafiku 17 paraqet shpërndarjen e pjesëmarrësve sipas përvojave të raportimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore në institucione shëndetësore (qoftë personalisht, apo përmes miqve ose anëtarëve të familjes). Kështu gjetjet tregojnë se 7,1% e pjesëmarrësve (66 raste) raportuan përvoja personale të raportimit të dhunës dhe 19,7% e tyre raportuan se njihnin raste në rrethin e tyre familjar/shoqëror që kishin raportuar raste dhune.



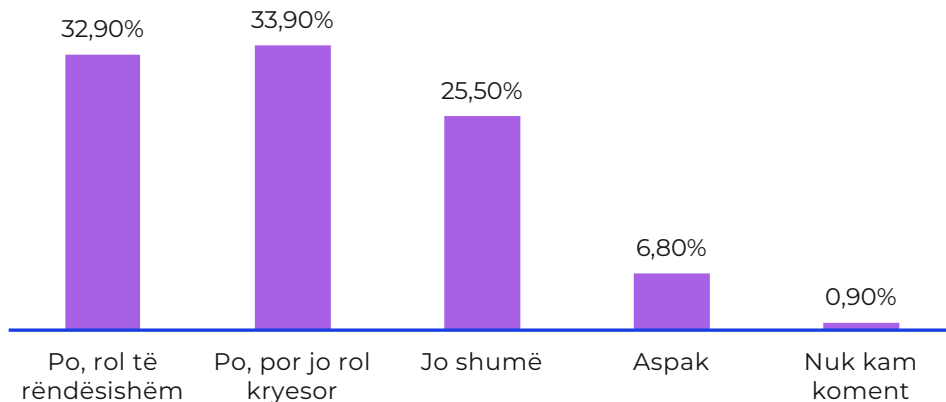
Grafiku 17. Shpërndarjen e pjesëmarrësve sipas përvojave të tyre të raportimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore

Rëndësia e rolit të shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore

Grafiku 18 tregon perceptimet e pjesëmarrësve mbi rëndësinë e rolit të shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në Shqipëri. Shumica e pjesëmarrësve mendojnë se shërbimet shëndetësore luajnë një rol të rëndësishëm në këtë fushë.

Më konkretisht, 33.9% e pjesëmarrësve besojnë se shërbimet shëndetësore kanë një rol kryesor në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, ndërsa 32.9% e konsiderojnë rolin e shërbimeve shëndetësore si të rëndësishëm, por jo si rol kryesor për sa i përket tërësisë së veprimtarive për këtë çështje.

Përkundrazi, 25.5% e pjesëmarrësve e shohin rolin e shërbimeve shëndetësore si të pakët, ndërsa një grup më i vogël (6.8%) nuk beson se këto shërbime kanë një rol të madh në trajtimin dhe raportimin e rasteve të dhunës. Vetëm një 0.9% e pjesëmarrësve nuk kanë koment mbi këtë çështje.



Grafiku 18: Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas perceptimeve që kanë mbi rëndësinë e rolit të shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore

Përmes një analize më të thelluar (Tabela 7), shohim se perceptimet mbi rolin e shërbimeve shëndetësore variojnë sipas disa karakteristikave demografike dhe sociale. Personat më të rinj (18-39 vjeç), ata që kanë nivel më të lartë arsimor dhe jetojnë në zona urbane janë më të prirur të besojnë se shërbimet shëndetësore kanë një rol të rëndësishëm në identifikimin dhe raportimin e rasteve të DHBGJ. Nga ana tjetër, pjesëmarrësit që janë të martuar, ata që jetojnë në zona rurale, ata me arsimim më të ulët dhe ata që kanë vështirësi në qasjen në shërbime shëndetësore janë më skeptikë ndaj këtij roli. Këto dallime janë të rëndësishme edhe në kontekstin e statusit profesional dhe të ardhurave, ku ata që janë të punësuar dhe kanë të ardhura më të larta kanë një perceptim më të fortë për rolin e shërbimeve shëndetësore në trajtimin e dhunës me bazë gjinore.

Si përfundim mund të konkludojmë se gjetjet sugjerojnë pabarazi të konsiderueshme në perceptimin e rolit të sektorit shëndetësor në trajtimin e DHBGJ, të ndikuara nga faktorë si niveli arsimor, të ardhurat, vendbanimi dhe aksesueshmëria në shërbimet shëndetësore. Adresimi i këtyre boshllëqeve mund të përmirësojë ndikimin e shëndetësisë në luftimin e DHMGJ në Shqipëri.

Karakteristikat e pjesëmarrësve	Roli i shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të DHBGJ në Shqipëri		
	Po		P†
TOTAL: 894 (100.0)*	597 (66.8)	297 (33.2)	-
Gjinia: Meshkuj Femra	100 (62.5) 497 (67.7)	60 (37.5) 237 (32.3)	0.228
Mosha: 18-39 vjeç 40-59 vjeç ≥60 vjeç	308 (72.5) 229 (65.4) 60 (50.4)	117 (27.5) 121 (34.6) 59 (49.6)	<0.001
Statusi civil: I martuar Tjetër	390 (61.1) 207 (80.9)	248 (38.9) 49 (19.1)	<0.001
Vendbanimi: Zonë urbane Zonë rurale	404 (90.0) 193 (43.4)	45 (10.0) 252 (56.6)	<0.001
Edukimi: I ulët I mesëm I lartë	15 (9.4) 271 (68.1) 311 (92.3)	144 (90.6) 127 (31.9) 26 (7.7)	<0.001
Punësimi: I punësuar I papunë Tjetër	392 (64.1) 110 (62.9) 95 (88.8)	220 (35.9) 65 (37.1) 12 (11.2)	<0.001
Të ardhurat Më të larta Njësoj Më të ulëta	97 (88.2) 252 (85.7) 248 (50.6)	13 (11.8) 42 (14.3) 242 (49.4)	<0.001
Aksesi në kujdesin shëndetësor: Pa vështirësi Me vështirësi	471 (94.0) 126 (32.1)	30 (6.0) 267 (67.9)	<0.001

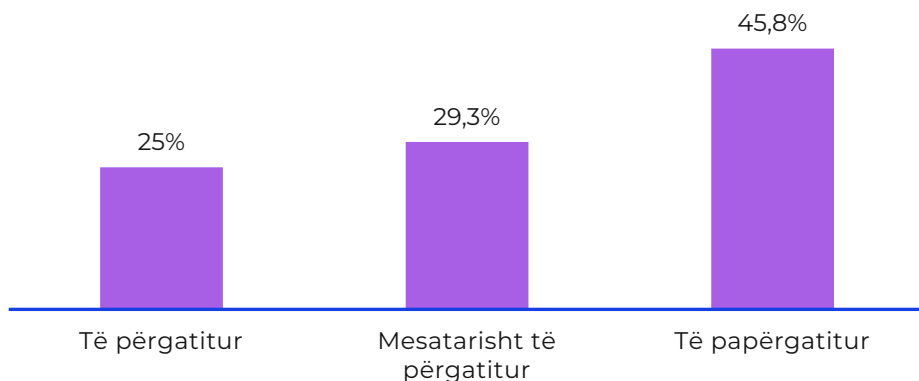
* Numrat absolutë dhe përqindjet respektive (në kllapa).

† Vlerat e P-së sipas testit ekzakt të Fisherit.

Tabela 7. Shpërndarja e pjesëmarrësve mbi perceptimin e tyre për rolin e shërbimeve shëndetësore në identifikimin dhe raportimin e rasteve të DHBGJ në Shqipëri (N=894)

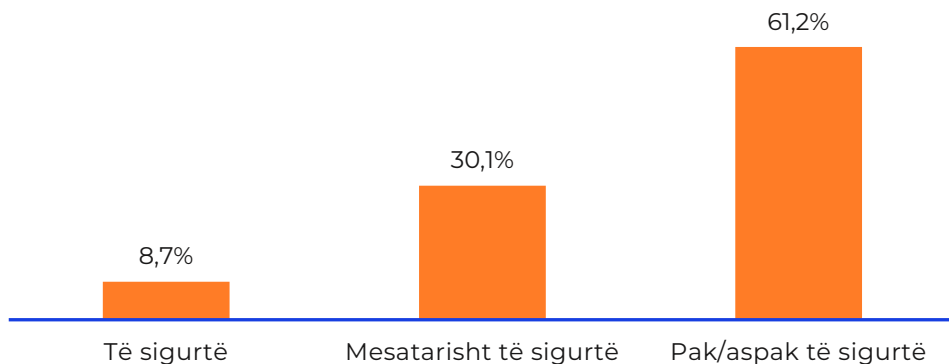
Raportimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore nga shërbimet shëndetësore

Gjetjet e paraqitura në Grafikun 14 tregojnë që dy të tretat e pjesëmarrësve, 634 nga 896 (70.8%), kanë njohuri mbi institucionet ku mund të raportohet dhuna me bazë gjinore, kundrejt 23.3% të tyre që nuk e dinë se ku mund të raportojnë dhunën, dhe 5% që shprehen të pasigurt në lidhje me këtë informacion.



Grafiku 19: Perceptimet e pjesëmarrësve mbi përgatitjen e profesionistëve të shëndetësisë për identifikimin dhe trajtimin e rasteve të DHBGJ në Shqipëri

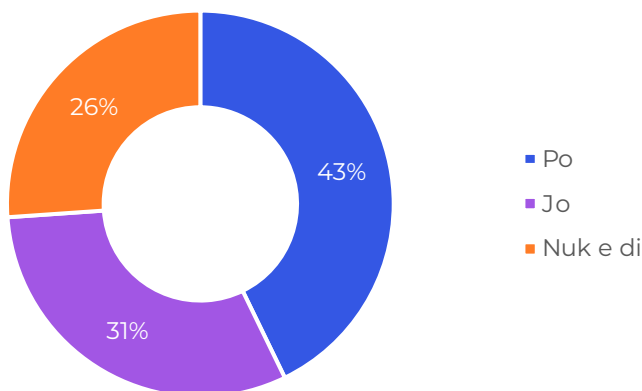
Grafiku 20 paraqet perceptimet e pjesëmarrësve mbi sigurinë e tyre për raportimin e një rasti të dhunës me bazë gjinore në një institucion shëndetësor në Shqipëri. Gjetjet tregojnë se shumica e pjesëmarrësve (61,2%) nuk ndihen të sigurtë në raportimin e një rasti dhune në institucionet shëndetësore. Vetëm 8,7% e pjesëmarrësve ndiheshin plotësisht të sigurtë dhe 30,1% mesatarisht të sigurtë për të raportuar një rast të DHBGJ në një institucion shëndetësor në Shqipëri.



Grafiku 20: Perceptimi i pjesëmarrësve mbi sigurinë për raportimin e një rasti të dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) në një institucion shëndetësor në Shqipëri

Ruajtja e konfidencialitetit nga personeli shëndetësor

Grafiku 21 paraqet perceptimet e pjesëmarrësve në lidhje me ruajtjen e konfidencialitetit nga profesionistët e shëndetësisë lidhur me rastet e dhunës me bazë gjinore. Një pjesë e konsiderueshme e pjesëmarrësve, 42.8%, besojnë se personeli shëndetësor ruan konfidencialitetin e pacientëve, duke treguar një perceptim pozitiv për mbrojtjen e informacionit të pacientëve dhe ruajtjen e privatësisë. Nga ana tjetër, 31.1% e pjesëmarrësve mendojnë se personeli shëndetësor nuk ruan konfidencialitetin, duke shfaqur shqetësime rreth mundësisë së shkeljes së privatësisë. Për më tepër, 26.1% e pjesëmarrësve janë të pasigurtë nëse personeli shëndetësor ruan konfidencialitetin gjatë vizitës mjekësore, duke reflektuar një nivel të konsiderueshëm të paqartësisë ose mungesës së informacionit rreth politikave dhe praktikave të ruajtjes së konfidencialitetit në institucionet shëndetësore.



Grafiku 21: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas perceptimeve të tyre mbi respektimin e konfidencialitetit nga profesionistët e shëndetësisë lidhur me rastet e dhunës me bazë gjinore.

Arsyet kryesore që pengojnë individët të raportojnë dhunën me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore

Grafiku 22 paraqet arsyet kryesore që mund ta pengojnë individët të raportojnë dhunën me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore.

Frika nga ekspozimi është arsyeja kryesore, me 63.2% të individëve që shprehin frikën se rastet e dhunës mund të bëhen të njohura dhe ata mund të përballen me pasojat e mundshme sociale dhe personale. Kjo frikë është një barrierë e madhe, pasi shumë individë shqetësohen për stigmën sociale dhe pasojat që mund të ndikojnë në jetën e tyre.

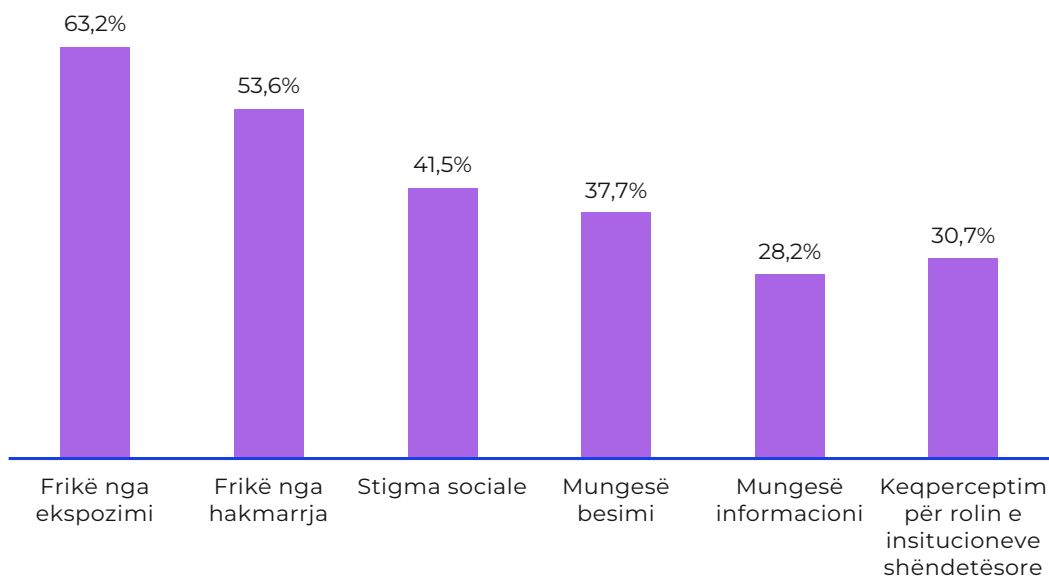
Më pas vjen frika nga hakmarrja, me 53.6% të pjesëmarrësve që janë të shqetësuar për mundësinë e hakmarrjes nga agresori pas raportimit të dhunës. Ky shqetësim e bën procesin e raportimit më të vështirë, pasi individët ndihen të pasigurtë për sigurinë e tyre dhe të të afërmeve.

Stigmatizimi social është një arsye tjetër e rëndësishme, me 41.5% të individëve që janë të shqetësuar se mund të përballen me gjykime dhe kritika nga shoqëria

nëse bëhet e ditur dhuna që kanë përjetuar. Ky faktor mund të i pengojë ata të kërkojnë ndihmë dhe mbështetje.

Mungesa e besimit në shërbimet shëndetësore është gjithashtu një faktor i dukshëm, pasi 37.7% e individëve nuk besojnë plotësisht se shërbimet shëndetësore do t'i trajtojnë me respekt dhe do t'i mbështesin në mënyrë të duhur gjatë procesit të raportimit të dhunës. Kjo gjë kombinohet me keqkuptimin mbi rolin e shërbimeve shëndetësore pasi 30.7% të individëve kanë një ide të pasaktë mbi atë se çfarë mund të ofrojnë shërbimet shëndetësore për viktimat e dhunës, duke i bërë ata të hezitojnë të kërkojnë ndihmë.

Së fundmi, mungesa e informacionit është një tjetër arsye që i pengon individët të denoncojnë dhunën, me 28.2% të pjesëmarrësve që nuk janë të informuar plotësisht mbi mundësitë dhe procedurat për raportimin e dhunës, duke e bërë procesin të paqartë dhe të pasigurt.



Grafiku 22: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas arsyeve kryesore që mund t'i pengojnë ata të raportojnë dhunën me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore

Burimet e informacionit për raportimin e dhunës me bazë gjinore

Grafiku 23 tregon burimet më të preferuara nga pjesëmarrësit për tu informuar për mundësinë e raportimit të dhunës me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore. Burimi më i preferuar, me 58.1% të pjesëmarrësve, janë fushatat mediatike, që tregojnë se individët shpesh preferojnë të marrin informacion përmes fushatave publike, si televizion, radio, dhe media sociale, duke qenë se këto mund të arrijnë një audiencë të gjerë dhe mund të ndikojnë në rritjen e ndërgjegjësimit dhe informacionit për DHBGJ.

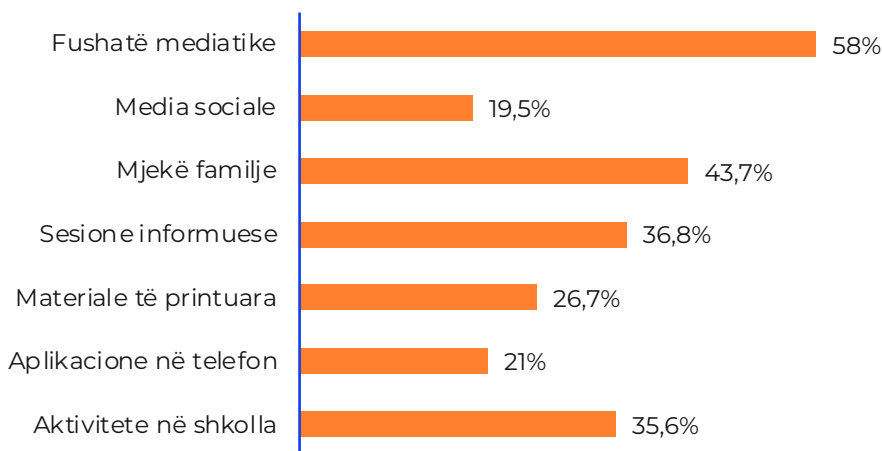
Një tjetër burim i preferuar është mjeku i familjes, me 43.7% të pjesëmarrësve që besojnë se informacioni mund të vijë nga mjeku i tyre personal. Kjo sugjeron se shumë individë ndihen më të sigurt për të diskutuar çështje të ndjeshme, si

dhuna me bazë gjinore, me mjekët që kanë një marrëdhënie të ngushtë me ta. Sesionet informuese gjithashtu janë një burim i rëndësishëm informacioni, me 36.8% të pjesëmarrësve që preferojnë të marrin informacion nëpërmjet aktiviteteve të organizuara si trajnimet ose seminarët, që mund të ofrojnë mundësi për të diskutuar dhe mësuar rreth mundësive të raportimit.

Aktivitete shkollore janë gjithashtu të rëndësishme, me 35.6% të pjesëmarrësve që preferojnë të informohen përmes aktiviteteve të cilat mund të përfshijnë mësim dhe diskutime në shkollë, duke treguar rëndësinë e edukatës së hershme në këtë fushë.

Pjesëmarrësit gjithashtu tregojnë se preferojnë materialet informuese të printuara, si broshura ose fletushka, me 26.7% që i konsiderojnë si burim informacioni, duke theksuar rëndësinë e ofrimit të materialeve të qarta dhe të lehta për t'u përdorur.

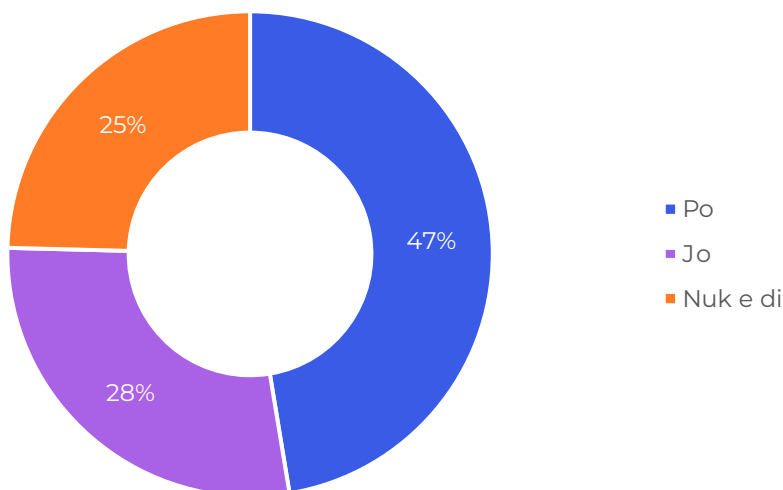
Së fundmi, aplikacionet telefonike dhe mediat sociale janë më pak të preferuara, me përkatësisht 21.2% dhe 19.5% të pjesëmarrësve që zgjedhin këto kanale informimi duke sugjeruar se, ndonëse platformat digjitale janë të rëndësishme, ato nuk janë ende kanale kryesore për informacionin mbi raportimin e dhunës me bazë gjinore.



Grafiku 23. Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas burimet më të preferuara për tu informuar për mundësinë e raportimit të dhunës me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore

Përgatitja e shërbimeve shëndetësore për të trajtuar rastet e dhunës me bazë gjinore

Grafiku 24 tregon perceptimet e pjesëmarrësve nëse shërbimet shëndetësore në zonën e tyre janë të arritshme dhe të përgatitura për të trajtuar raste të dhunës me bazë gjinore. Pothuajse gjysma e pjesëmarrësve, 47.4%, besojnë se shërbimet shëndetësore janë të aksesueshme dhe mund të përdoren lehtësisht për trajtimin e rasteve të dhunës, kundrejt 28% të tyre që e kundërshtojnë këtë mendim. Ndërsa, 24.6% e pjesëmarrësve janë të pasigurt nëse shërbimet e tyre shëndetësore janë të aksesueshme dhe të përgatitura për të trajtuar rastet e dhunës.



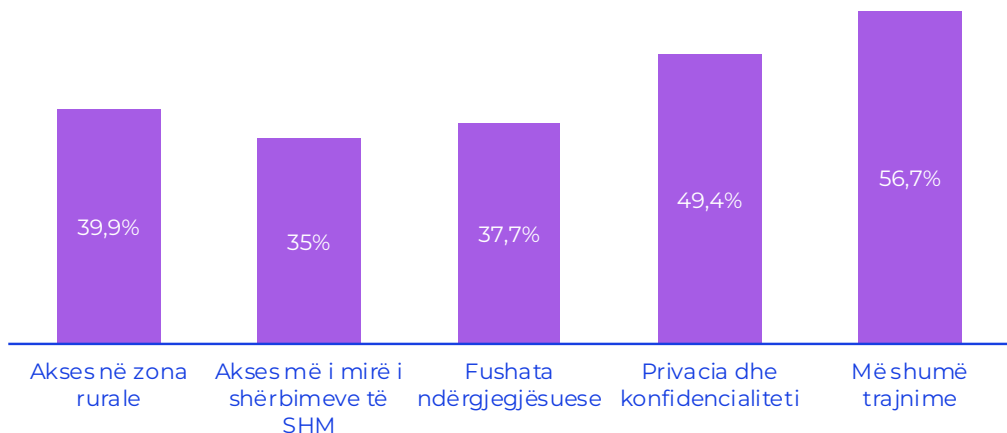
Grafiku 24: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas perceptimit nëse shërbimet shëndetësore në zonën e tyre janë të arritshme dhe të përgatitura për të trajtuar raste të dhunës me bazë gjinore

Propozime për përmirësimin e shërbimeve shëndetësore në mbrojtje të viktimave të dhunës me bazë gjinore

Pjesëmarrësit në studim bënë disa propozime për përmirësimet e nevojshme në shërbimet shëndetësore për të mbështetur më mirë viktimat e dhunës me bazë gjinore të cilat janë renditur më poshtë, sipas prioritetit (Grafiku 25):

1. Më shumë trajnime për stafin shëndetësor – 56.7% e pjesëmarrësve e vlerësojnë këtë si përmirësimin më të rëndësishëm, duke theksuar nevojën për përgatitjen e mëtejshme të profesionistëve të shëndetësisë për trajtimin dhe mbështetjen e viktimave të dhunës me bazë gjinore.
2. Privatësia dhe konfidencialiteti – 49.4% e pjesëmarrësve e konsiderojnë përmirësimin e privatësisë dhe konfidencialitetit si një faktor kyç, për të siguruar që viktimat të ndihen të sigurta dhe të besueshme gjatë trajtimit dhe raportimit të rasteve të dhunës.
3. Përmirësimi i aksesit në shërbime për shëndetin mendor – 35.2% e pjesëmarrësve kërkojnë përmirësim në aksesin ndaj shërbimeve për shëndetin mendor, për të siguruar mbështetje psikologjike të nevojshme për viktimat pas përvojave të dhunshme.

4. Fushata të ndërgjegjësimit për dhunën me bazë gjinore – 37.7% e pjesëmarrësve theksojnë rëndësinë e shtimit të fushatave ndërgjegjëse, për të rritur informacionin dhe edukimin për viktimat dhe mundësitë për mbështetje dhe raportim.
5. Qasja në shërbime shëndetësore në zonat rurale – 39.9% e pjesëmarrësve kërkojnë përmirësimin e aksesit në shërbime në zonat rurale, ku viktimat e dhunës shpesh përballen me barriera më të mëdha për të marrë ndihmën që u nevojitet.



Grafiku 25: Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas perceptimeve të tyre mbi përmirësimet e nevojshme në sektorin e kujdesit shëndetësor për të mbështetur më mirë viktimat e DHBGJ

Në përfundim, rezultatet e këtij studimi tregojnë një perceptim të ndarë dhe sfida të mëdha për sektorin shëndetësor në trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Gjetjet sugjerojnë se shumica e pjesëmarrësve nuk i konsiderojnë shërbimet shëndetësore si institucioni kryesor përgjegjës për trajtimin e rasteve të dhunës. Më shumë se gjysma e pjesëmarrësve besojnë se dhuna me bazë gjinore është e përhapur, dhe perceptimi i kësaj përhapjeje është i ndryshëm sipas faktorëve socio-demografikë, si mosha, niveli i edukimit dhe vendbanimi. Në lidhje me përgatitjen e shërbimeve shëndetësore, shumica e pjesëmarrësve besojnë se ato kanë një rol të rëndësishëm në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës, por ka ende pasiguri dhe shqetësime mbi konfidencialitetin dhe përgatitjen e profesionistëve shëndetësorë. Gjetjet tregojnë gjithashtu se shumë individë nuk ndihen të sigurt për të raportuar raste dhune për shkak të frikës nga hakmarrja, stigmës sociale dhe mungesës së besimit në sistemin e shëndetësisë.

Pjesëmarrësit sugjerojnë disa përmirësime të nevojshme, si më shumë trajnime për stafin shëndetësor, sigurinë e konfidencialitetit, përmirësimin e aksesit në shërbime për shëndetin mendor, dhe fushata të ndërgjegjësimit për dhunën me bazë gjinore. Gjithashtu, ata kërkojnë përmirësimin e shërbimeve shëndetësore në zonat rurale, ku barrierat për akses janë më të mëdha. Të gjitha këto gjetje theksojnë nevojën për përmirësime të koordinuara dhe ndërhyrje të targetuara për të përmirësuar mbështetjen e viktimave të dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

05 KONKLUZIONE

Konkluzionet që vijojnë përmbledhin në mënyrë sintetike dhe analitike të dhënat e mbledhura nga grupet kryesore të përfshira në studim, duke reflektuar perceptimet, përvojat dhe vlerësimet e tyre mbi përhapjen e dhunës me bazë gjinore, funksionimin e shërbimeve ekzistuese dhe rolin e sistemit shëndetësor në trajtimin e këtij fenomeni. Të ndara sipas grupeve të targetuara – profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe popullata e përgjithshme – këto përfundime ndihmojnë në identifikimin e boshllëqeve, kapaciteteve ekzistuese dhe hapësirave për ndërhyrje, duke shërbyer si bazë për formulimin e rekomandimeve të argumentuara dhe të qëndrueshme në funksion të politikëbërjes dhe përmirësimit institucional.

KONKLUZIONE NGA TË DHËNAT E PROFESIONISTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Njohuritë dhe trajnimet për çështje të dhunës me bazë gjinore

- ◆ 85.5% e pjesëmarrësve raportuan njohuri mbi të gjitha llojet e dhunës në familje sipas legjislacionit shqiptar, ndërsa 14.5% nuk ishin plotësisht të informuar. Sipas profesionit, 100% e stafit psiko-social, 85.5% e infermierëve dhe 82.8% e mjekëve deklaruan njohuri mbi të gjitha format e dhunës. Informacioni mbi të gjitha format e dhunës në familje ishte më i lartë tek profesionistët femra kundrejt atyre meshkuj (26.3% vs. 12.7%).
- ◆ 95.1% e profesionistëve shëndetësorë raportuan se janë të ndërgjegjësuar mbi rolin e kujdesit shëndetësor parësor në identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës në familje. Profesionistët femra treguan një nivel më të lartë ndërgjegjësimi (95.6%) krahasuar me meshkujt (86.8%).
- ◆ Vetëm 68% e profesionistëve shëndetësorë (196 nga 288) raportuan se ndihen të përgatitur për të kryer një vlerësim të plotë të rasteve të dhunës në familje ose dhunës me bazë gjinore, ndërsa 32% deklaruan se ndihen pak ose aspak të përgatitur. Profesionistët mbi 51 vjeç raportuan një ndjenjë më të lartë gatishmërie (78.6%) krahasuar me grupmoshat më të reja (64.3% për 18-34 vjeç dhe 63.2% për 35-50 vjeç), çka sugjeron se përvoja më e gjatë ndikon në kompetencat për vlerësimin e rasteve të dhunës.
- ◆ Pothuajse 60% e profesionistëve raportuan se kishin marrë pjesë në trajnime për dhunën në familje, ndërsa 40% nuk kishin përfituar. Nga ata që raportuan se ishin trajnuar, 49.4% e konsideruan trajnimin shumë të dobishëm, 43% e vlerësuan si kryesisht të dobishëm, ndërsa vetëm 7.6% e konsideruan pak të dobishëm.
- ◆ Përdorimi i dokumentacionit të standardizuar për menaxhimin e rasteve të dhunës mbetet i kufizuar. Dokumenti më i përdorur nga profesionistët u raportua formulari i regjistrimit të rasteve, (37%),

i ndjekur nga protokollet e trajtimit të rasteve të dhunës, (28%); nga formularët e vlerësimit të rrezikut (24%) dhe Procedurat Standarde të Operimit (SOP-et) 18%. Nga ana tjetër, 28% e profesionistëve deklaruan se asnjë nga këto dokumente nuk përdoren në institucionet e tyre, veçanërisht ata që punonin në zonat rurale dhe ata me më pak se 3 vite përvojë.

Raportimi i rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor

- ◆ 55.3% e pjesëmarrësve raportuan se nuk janë përballur kurrë me raste të DHBGJ në praktikën profesionale, kundrejt 38.5% që i kanë hasur rrallë (1-2 herë në vit), 4.5% që janë përballur me to disa herë (3-5 herë në vit) dhe vetëm 1.7% që raportuan se i hasin shpesh (më shumë se 5 herë në vit). Nga ana tjetër, lidhur me hasjen e rasteve të dhunës gjatë vitit të fundit, vetëm 17.8% e pjesëmarrësve raportuan se kishin identifikuar raste të tilla.
- ◆ Profesionistët shëndetësorë besojnë se Koordinatori lokal për dhunën është institucioni më i përshtatshëm për raportim (40%), pasuar nga shërbimi social (36%) dhe policia (30.8%). Ndërkohë, 30.8% e pjesëmarrësve mendojnë se raportimi duhet bërë njëkohësisht në të gjitha këto institucione. Vetëm 11.1% e tyre mendojnë se këto raste duhen raportuar në OJQ të ndryshme.
- ◆ Shumica e pjesëmarrësve (65%) besojnë se të gjitha rastet e dyshuara ose të konfirmuara për dhunë duhet të raportohen tek autoritetet përkatëse, 18.9% e tyre mendojnë se raportimi duhet të bëhet vetëm me pëlqimin e viktimës kurse 16.1% të të anketuarve, beson se raportimi duhet të bëhet vetëm kur ekziston rrezik i drejtpërdrejtë për jetën e viktimës. Profesionistët më të rinj (18-34 vjeç) kishin më shumë gjasa të besonin se raportimi ishte i detyrueshëm në të gjitha rastet krahasuar me grupmoshat më të mëdha.
- ◆ Arsyeja më e zakonshme për mos-raportimin e rasteve të dhunës nga profesionistët ishte kërkesa e pacientëve për të mos e bërë publike dhunën që kishin përjetuar (35.4%), e ndjekur nga ruajtja e konfidencialitetit (20%), kultura institucionale që nuk promovon raportimin e dhunës (19.0%) dhe frika nga hakmarrja e dhunuesve (17.9%). Përveç këtyre, arsye të tjera ishin shqetësimet për ndikimin në marrëdhënien pacient-profesionist (16.8%), mungesa e besimit në efektivitetin e procesit të raportimit (15.1%), mungesa e mbështetjes nga drejtuesit e institucionit (12.3%), perceptimi se raportimi nuk është përgjegjësi e profesionistëve të shëndetësisë (11.9%) dhe mungesa e njohurive mbi mënyrën e raportimit (9.8%).

Kuadri ligjor dhe rregullator lidhur me aspekte të dhunës me bazë gjinore

- ◆ 55% e pjesëmarrësve raportuan se informohen për përditësimet ose ndryshimet në kuadrin ligjor dhe politik që lidhet me DHBGJ përmes komunikimeve të brendshme brenda institucioneve shëndetësore; 46.8% e profesionistëve deklaruan se marrin informacion përmes trajnimeve profesionale dhe seminareve, ndërsa 43.6% e tyre marrin informacionin nga publikime ose burime të tjera. Një numër shumë i vogël pjesëmarrësish (5.5%) raportuan format të tjera informimi, përfshirë median, bisedat në institucionet shëndetësore, psikologët, vetëmësimin, apo kombinimin e të gjitha burimeve të sipërpërmendura. Ndërkohë, 2.8% e profesionistëve deklaruan se nuk informohen fare mbi ndryshimet ligjore dhe politikat për DHBGJ.
- ◆ Dobësitë kryesore të perceptuara nga profesionistët në kuadrin ligjor dhe politik aktual në lidhje me dhunën me bazë gjinore ishin: trajnimi i pamjaftueshëm i stafit, shërbime të pamjaftueshme për mbështetjen e viktimave të DHBGJ, mekanizmat e kufizuara të zbatimit, mungesa e qartësisë mbi procedurat e raportimit.
- ◆ Ndryshimet kryesore ose mbështetja që do të inkurajonte profesionistët e shëndetësisë të raportonin më efektivisht rastet e dhunës përfshinin rekomandimet e mëposhtme: mbrojtje më të mirë ligjore për ata që raportojnë rastet e dhunës (67%); më shumë trajnime mbi njohjen dhe reagimin ndaj rasteve të DHBG (62.8%); protokolle dhe procedura më të qarta për raportimin (52.5%); akses më të mirë në shërbimet mbështetëse për mbijetuesit e DHBG (31.6%); politika institucionale që prioritojnë raportimin e DHBG (27.7%); dhe burime më të mira për trajtimin e rasteve të DHBG (25.9%).

Sfidat strukturore dhe profesionale në reagimin e shërbimit shëndetësor ndaj dhunës me bazë gjinore

- ◆ Në intervistat me profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor u evidentuan disa pengesa të thella dhe të përsëritura që ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në heshtjen dhe mosraportimin e dhunës me bazë gjinore nga gratë. Normat shoqërore që mbizotërojnë në komunitetet e vogla, veçanërisht në zonat rurale, përforcojnë kulturën e turpit, fajësimit dhe ruajtjes së “nderit familjar”, duke e bërë të vështirë për viktimat të kërkojnë ndihmë apo të besojnë se do të marrin mbështetje. Frika nga gjykimi i komunitetit, mungesa e privatësisë, presioni për të mos “prishur” familjen, si dhe ndjenja e përgjegjësisë për ruajtjen e reputacionit, shtojnë shumë gra të qëndrojnë në marrëdhënie abuzive dhe të heshtin përballë dhunës.
- ◆ Një tjetër pengesë e theksuar, sipas profesionistëve të shëndetit dhe aktorëve institucionalë të përfshirë në intervista, lidhet me frikën nga hakmarrja dhe mungesën e besimit të grave ndaj institucioneve shtetërore. Sipas tyre, gratë hezitojnë të raportojnë dhunën sepse nuk

ndihen të sigurta që do të marrin mbrojtje reale dhe të menjëhershme nga sistemi. Përvoja të mëparshme të neglizhimit institucional apo të mosndjekjes së rasteve vetëm sa e kanë përforcuar këtë mosbesim. Këto vlerësime janë në përputhje me gjetje nga studime të mëparshme në Shqipëri dhe jashtë saj, dhe nënvizojnë nevojën urgjente për forcimin e sistemit të mbrojtjes, rritjen e besueshmërisë së institucioneve dhe ndërtimin e një qasjeje që vendos sigurinë dhe dinjitetin e viktimës në qendër të ndërhyrjes.

- ◆ Mungesa e një protokollit të qartë dhe praktik për identifikimin, trajtimin dhe referimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e shëndetësisë përbën një pengesë për përgjigjen e shërbimit të kujdesit parësor për çështjet e DHBGJ. Edhe pse ekzistojnë dokumente orientuese kombëtare dhe procedura standarde, ato rezultojnë të rënduara me informacion, disa edhe të papërditësuara ose jo të përshtatura me realitetin dhe dinamikën e punës për profesionistët e shërbimit shëndetësor parësor. Në mungesë të udhëzimeve të thjeshtuara dhe të qarta, punonjësit shëndetësorë detyrohen të veprojnë sipas gjykimit personal, çka çon në qasje të ndryshme dhe shpesh të pasigurta. Kjo situatë jo vetëm që ul efektivitetin e reagimit institucional, por ndikon edhe në mosraportimin e rasteve.
- ◆ Njohja e kufizuar dhe paqartësia mbi rolet dhe përgjegjësitë e aktorëve të MKR, nga profesionistët e shëndetësisë, përbën një barrierë që ndikon drejtpërdrejt në cilësinë e reagimit ndaj dhunës me bazë gjinore. Kjo paqartësi shkakton vonesa, keqkoordinim dhe përgjigje të fragmentuara, duke lënë shpesh viktimat pa mbështetjen e nevojshme. Mungesa e protokollit specifik për sektorin e shëndetësisë dhe e rrugëve të strukturuar për vendimmarrje krijon pasiguri për atë që duhet të veprojë në secilën fazë të rastit. Në kushtet kur bashkëpunimi ndërinstitutional është i dobët ose informal, mungon ndjekja e duhur dhe përgjegjësia e përbashkët.
- ◆ Mungesa e udhëzimeve të strukturuar, manualeve të punës dhe mjeteve të standardizuara i ka detyruar punonjësit socialë dhe psikologët të mbështeten kryesisht në iniciativën personale për të menaxhuar rastet e dhunës me bazë gjinore. Kjo tregon përkushtimin e tyre profesional, por njëkohësisht nxjerr në pah boshllëqet sistematike që çojnë në trajtime të paunifikuara dhe me cilësi të ndryshme. Përveç mungesës së mjeteve praktike për dokumentim dhe ndjekje, vërehen njohuri të kufizuara mbi kuadrin ligjor dhe funksionimin e MKR-së. Këto vështirësi nuk kufizohen vetëm te profesionistët psikosocialë, por prekin edhe profesionistët e tjerë brenda sistemit shëndetësor, duke theksuar nevojën për ndërtimin e kapaciteteve dhe përmirësimin e mbështetjes institucionale në të gjithë sektorin.
- ◆ Edhe pse janë zhvilluar trajnime për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, profesionistët e kujdesit shëndetësor theksojnë se ato mbeten të përgjithshme dhe të shkëputura nga realiteti i punës në terren. Mungesa e përmbajtjes praktike, fokusit në raste konkrete

dhe elementëve ndërveprues bën që njohuritë e marra të mos përkthehen lehtësisht në praktikë, duke krijuar pasiguri në ushtrimin e rolit profesional dhe duke ndikuar ofrimin e një mbështetjeje jo të përshtatshme për të mbijetuarat.

- ◆ Të dhënat tregojnë se njohuritë e pamjaftueshme në çështje kyçe për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore përbën një sfidë për adresimin e DHBGJ nga sektori i shëndetësisë. Në mënyrë të veçantë, vërehet mungesë përgatitjeje në ofrimin e mbështetjes psikologjike dhe emocionale për gratë që kanë përjetuar trauma, pasiguri në lidhje me detyrimet ligjore për raportim, si dhe mungesë aftësish praktike për menaxhimin e situatave komplekse. Këto boshllëqe ndikojnë drejtpërdrejt në cilësinë e mbështetjes që u ofrohet viktimave, duke rritur rrezikun për qasje të papërshtatshme, vonesa në reagim apo edhe mosveprim.
- ◆ Pamjaftueshëria e hapësirave të përshtatshme dhe konfidenciale për konsultime del si një pengesë serioze në menaxhimin efektiv të rasteve të dhunës me bazë gjinore në shërbimin shëndetësor parësor. Profesionistët raportojnë se mungesa e mjediseve të sigurta dhe të veçuara jo vetëm që dekurajon gratë për të ndarë përvojat e tyre, por ndikon edhe në cilësinë dhe ndjeshmërinë e shërbimit të ofruar. Kjo situatë jo vetëm kufizon ndërhyrjet e duhura ndaj viktimave, por ndikon edhe në motivimin dhe ndjesinë profesionale të vetë stafit.
- ◆ Një nga sfidat më të mëdha të evidentuara nga profesionistët e shëndetit është ngarkesa e lartë e punës, e cila ndikon drejtpërdrejt në aftësinë e tyre për të menaxhuar në mënyrë efektive rastet e dhunës me bazë gjinore. Përgjegjësitë e shumta, mungesa e stafit dhe burimeve të mjaftueshme kufizojnë mundësinë për t'u përqendruar tek rastet që kërkojnë kohë, ndjeshmëri dhe ndjekje të vazhdueshme. Kjo situatë jo vetëm ul cilësinë e kujdesit të ofruar për viktimat, por shkakton edhe lodhje emocionale te vetë profesionistët, të cilët shpesh ndihen të pafuqishëm përballë kërkesave që nuk arrijnë t'i përmbushin.
- ◆ Pavarësisht ekzistencës së udhërrëfyesit, akteve nënligjore, SOP-të, etj., mungesa e qartësisë mbi rolet dhe përgjegjësitë e profesionistëve të shëndetit vijon të jetë një sfidë e në adresimin e DHBGJ-së. Shumë profesionistë nuk janë të qartë për detyrat e tyre konkrete dhe për kufijtë e bashkëpunimit me institucionet e tjera, gjë që çon në vonesa, mbivendosje përgjegjësish dhe mangësi në trajtimin e rasteve. Kjo paqartësi cenon cilësinë e ndërhyrjes dhe e bën sistemin më pak efikas, duke ndikuar drejtpërdrejt në përvojën dhe sigurinë e viktimave.
- ◆ Mungesa e kanaleve të qarta dhe të strukturuar të komunikimit ndërmjet aktorëve të MKR-së paraqet vështirësi në sigurimin e një bashkëpunimi të mirëfilltë dhe të vazhdueshëm për trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Profesionistët raportojnë se informacioni shpërndahet në mënyrë të fragmentuar dhe joformale, përmes telefonatave apo mesazheve të shpejta çka sjell ndërprerje në ndjekjen

e rasteve dhe një mungesë përgjegjshmërie institucionale. Kjo mënyrë komunikimi, e mbështetur më shumë në rrjete personale sesa në struktura zyrtare, rrezikon jo vetëm cilësinë e ndërhyrjes, por edhe vetë sigurinë e të mbijetuarave.

KONKLUZIONE NGA TË DHËNAT E POPULLATËS SË PËRGJITHSHME

Perceptimi i përhapjes së dhunës me bazë gjinore në Shqipëri

- ◆ Rreth 56% e pjesëmarrësve nga publiku konsideruan se dhuna me bazë gjinore është e përhapur dhe/ose shumë e përhapur në Shqipëri.
- ◆ Individët më të moshuar, me arsim më të ulët, që jetojnë në zonat rurale dhe me të ardhura të ulëta, kishin tendencën të perceptonin dhunën me bazë gjinore si më pak të përhapur.

Njohuritë mbi institucionet dhe preferencat për raportim

- ◆ Rreth 71% e pjesëmarrësve nga publiku i përgjithshëm kishin njohuri për institucionet ku mund të raportohen rastet e dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.
- ◆ Banorët e zonave urbane, individët me arsim të lartë dhe më të rinjtë janë më të informuar për institucionet ku mund të raportohen rastet e dhunës me bazë gjinore.
- ◆ Lidhur me pyetjen se cili duhet të jetë institucioni kryesor për trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, 81% e pjesëmarrësve konsiderojnë Policinë si përgjegjësin kryesor, 42% mendojnë se shërbimet sociale duhet të kenë këtë rol, ndërsa 35% besojnë se qendrat shëndetësore dhe/ose media duhet të përfshihen. 33% e pjesëmarrësve mbështesin OJQ-të dhe 21% e konsiderojnë institucionet arsimore si përgjegjëse.

Burimet e informacionit mbi raportimin e rasteve

- ◆ Afërsisht 65% e pjesëmarrësve raportuan se burimi kryesor i informacionit mbi raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në Shqipëri është media.
- ◆ Burimet e tjera të rëndësishme përfshinin familjen dhe miqtë (34%), OJQ-të (22%), institucionet arsimore (21%), institucionet lokale (18%) dhe shërbimet shëndetësore (12%).

Përvoja personale dhe në rrethin shoqëror me raportimin e rasteve

- ◆ 7,1% e pjesëmarrësve (66 raste) raportuan përvoja personale të raportimit të dhunës.
- ◆ 19,7% e tyre raportuan se njihnin raste në rrethin e tyre familjar/shoqëror që kishin raportuar raste dhune në institucione shëndetësore.

Perceptimi mbi rolin dhe përgatitjen e shërbimeve shëndetësore

- ◆ Rreth 34% e pjesëmarrësve besojnë se shërbimet shëndetësore kanë një rol kryesor në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, ndërsa 32.9% e konsiderojnë rolin e tyre si të rëndësishëm, por jo kryesor.
- ◆ 25.5% e pjesëmarrësve e shohin rolin e shërbimeve shëndetësore si të pakët, ndërsa një grup më i vogël (6.8%) nuk beson se këto shërbime kanë një rol të madh në trajtimin e rasteve të dhunës.
- ◆ Një e katërta (25%) e pjesëmarrësve perceptuan se profesionistët

e shëndetësisë janë të përgatitur për identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në Shqipëri.

- ◆ Banorët urbanë, individët me arsim të lartë dhe pjesëmarrësit më të rinj kanë perceptime më pozitive për kapacitetet dhe kompetencat e profesionistëve të shëndetësisë në Shqipëri.

Niveli i sigurisë dhe besimit për raportim në shërbimet shëndetësore

- ◆ Shumica e pjesëmarrësve (61,2%) nuk ndihen të sigurtë në raportimin e një rasti dhune në institucionet shëndetësore.
- ◆ Vetëm 8,7% e pjesëmarrësve ndiheshin plotësisht të sigurtë dhe 30,1% mesatarisht të sigurtë për të raportuar një rast të DHBGJ në një institucion shëndetësor në Shqipëri.
- ◆ Vetëm 43% e pjesëmarrësve nga publiku i përgjithshëm raportuan se profesionistët e shëndetësisë respektojnë konfidencialitetin lidhur me rastet e dhunës me bazë gjinore.
- ◆ Grupet me status socio-ekonomik më të lartë ishin më kritikë për këtë çështje, ndoshta për shkak të pritshmërive më të larta nga profesionistët e shëndetësisë në Shqipëri.

Pengesat kryesore për raportimin e dhunës në shërbimet shëndetësore

- ◆ Arsyeja kryesore e raportuar nga pjesëmarrësit që i pengonte ata të raportonin dhunën me bazë gjinore tek shërbimet shëndetësore lidhej me frikën nga ekspozimi (rreth 63%), pasuar nga frika nga hakmarrja (pothuajse 54%) dhe stigma sociale (rreth 42%).

Burimet e preferuara të informacionit për raportim

- ◆ Burimi kryesor i preferuar i informacionit mbi mundësinë e raportimit të dhunës me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore përfshinte fushatat mediatike (rreth 58%), mjekët e familjes ose profesionistët e tjerë të shëndetësisë (44%), sesionet informuese (37%) dhe aktivitetet edukative në shkolla (36%).

Aksesueshmëria dhe përgatitja e shërbimeve shëndetësore

- ◆ Pak më pak se gjysma (47%) e pjesëmarrësve nga publiku i përgjithshëm raportuan se shërbimet shëndetësore në zonat e tyre ishin të aksesueshme dhe të përgatitura për të trajtuar rastet e dhunës me bazë gjinore.
- ◆ Banorët urbanë dhe grupet me status socio-ekonomik më të lartë ishin më kritikë për përgatitjen e shërbimeve shëndetësore për të trajtuar rastet e dhunës me bazë gjinore.

Rekomandimet e publikut për përmirësimin e shërbimeve

- ◆ Pjesëmarrësit sugjeruan disa përmirësime në shërbimet shëndetësore për të mbështetur më mirë viktimat e dhunës me bazë gjinore: më shumë programe trajnimi në sektorin e shëndetësisë (57%); sigurimi i privatësisë dhe konfidencialitetit gjatë raportimit (49%); fushata ndërgjegjësuere për të nxitur raportimin (38%); dhe përmirësimi i aksesit në shërbimet e shëndetit mendor (35%).

REKOMANDIME

Rekomandimet janë formuluar në bazë të analizës së gjetjeve të studimit, të cilat përfshijnë perceptimet dhe përvojat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të popullatës së përgjithshme, në lidhje me trajtimin institucional të dhunës me bazë gjinore. Ato synojnë të ofrojnë orientime të qarta dhe të zbatueshme për institucionet përgjegjëse, me qëllim forcimin e rolit të sektorit shëndetësor në parandalimin, identifikimin dhe referimin e rasteve të dhunës. Rekomandimet adresojnë nevojën për ndërhyrje të integruara në nivelet e politikëbërjes, kapaciteteve profesionale dhe mekanizmave të bashkëpunimit ndërsektorial, duke kontribuar në përmirësimin e përgjigjes institucionale dhe rritjen e aksesit dhe besueshmërisë së shërbimeve publike.

Për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

1. Hartimi dhe miratimi i një protokolli të qartë, praktik dhe operacionale për menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore në sistemin shëndetësor. Protokolli duhet të jetë i strukturuar në mënyrë të thjeshtë, të zbatueshme nga të gjithë profesionistët e shëndetësisë dhe i përshtatur sipas nivelit të ofrimit të shërbimit (qendrat shëndetësore, spitalet rajonale apo institucionet e specializuara). Qëllimi është të sigurohet një reagim i unifikuar, i koordinuar dhe në përputhje me ligjin, duke mundësuar mbrojtje dhe përkujdesje efektive për viktimat.
2. Zbatimi i një plani kombëtar për trajnime të vazhdueshme dhe të detyrueshme për të gjithë profesionistët e sistemit shëndetësor (mjekë, infermierë, psikologë, punonjës socialë), me qëllim forcimin e kapaciteteve të tyre në adresimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Trajnimet duhet të fokusohen në identifikimin e hershëm të shenjave të dhunës, ofrimin e mbështetjes në mënyrë të kujdesshme dhe të ndjeshme ndaj gjendjes psikologjike të viktimave, kuptimin e detyrimeve ligjore për raportim, si dhe zhvillimin e aftësive për bashkëpunim të strukturuar dhe efektiv me aktorët e tjerë institucionalë.
3. Krijimi dhe mirëmbajtja e një regjistri kombëtar për profesionistët e shëndetësisë të trajnuar në fushën e dhunës me bazë gjinore dhe dhunës në familje, i cili të përmbajë informacion mbi pjesëmarrjen në trajnime, përmbajtjen e moduleve të ndjekura dhe kohëzgjatjen e tyre. Ky regjistër do të ndihmojë në vlerësimin e kapaciteteve ekzistuese, planifikimin e ndërhyrjeve të reja për ngritje kapacitetesh dhe garantimin e vazhdimësisë dhe cilësisë së trajnimeve në nivel kombëtar.
4. Krijimi dhe zbatimi i një moduli trajnimi praktik dhe interaktiv për profesionistët e shëndetësisë, i cili të përfshijë skenarë realë, ushtrime me role (simulime), dhe shembuj konkretë të menaxhimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore. Ky modul duhet të trajtojë në mënyrë të veçantë edhe mënyrat e bashkëpunimit ndërmjet aktorëve të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit, duke ndihmuar profesionistët të kuptojnë qartë rolin e tyre dhe të përmirësojnë ndërveprimin ndërinstitutional

në trajtimin e rasteve. Forcimi i mekanizmave të mbikëqyrjes dhe raportimit të rasteve në institucionet shëndetësore përmes rritjes së mbështetjes teknike, burimeve njerëzore dhe monitorimit periodik të zbatimit të protokolleve.

5. Hartimi dhe shpërndarja e një pakete praktike në format digjital, e cila përmbledh të gjithë kuadrin ligjor dhe rregullator në fuqi lidhur me dhunën me bazë gjinore. Kjo paketë duhet të jetë e strukturuar në mënyrë të thjeshtë dhe të qartë, duke u bërë e aksesueshme dhe e lehtë për t'u përdorur nga të gjithë profesionistët e shëndetësisë në nivel parësor, me qëllim rritjen e efektivitetit të ndërhyrjes dhe garantimin e veprimeve të harmonizuara me detyrimet ligjore.
6. Përfshirja e treguesve të veçantë të performancës në sistemin e monitorimit dhe vlerësimit të shërbimeve shëndetësore, që lidhen me identifikimin, trajtimin dhe referimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Këta tregues duhet të jenë të qartë, të matshëm dhe të raportueshëm rregullisht, duke u bërë pjesë e vlerësimit të performancës së institucioneve dhe profesionistëve të shëndetit. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, në bashkëpunim me ISHP-në dhe strukturat vendore, duhet të udhëheqë procesin e hartimit, integritetit dhe monitorimit të këtyre indikatorëve. Kjo qasje synon të forcojë llogaridhënien dhe të nxisë një reagim më të strukturuar dhe të qëndrueshëm institucional ndaj dhunës me bazë gjinore.
7. Përcaktimi dhe zbatimi i një protokollit të posaçëm funksional në çdo qendër shëndetësore, i cili qartëson dhe strukturon rolin e punonjësve socialë dhe psikologëve në trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Ky protokoll duhet të përshkruajë në mënyrë të detajuar përgjegjësitë e tyre, duke përfshirë realizimin e vlerësimit psikosocial të viktimave, ndjekjen e vazhdueshme të rasteve, bashkëpunimin dhe shkëmbimin e informacionit me aktorët e tjerë të Mekanizmit të Referimit të Koordinuar, si dhe ofrimin e mbështetjes emocionale dhe psikologjike në përputhje me nevojat e viktimave. Zbatimi i këtij protokollit do të mundësojë një rol më të qartë, të strukturuar dhe efektiv të këtyre profesionistëve brenda sistemit shëndetësor, duke përmirësuar cilësinë e shërbimit dhe sigurinë për viktimat.
8. Hartimi dhe vënia në zbatim e mjeteve praktike të punës të dedikuara për psikologët dhe punonjësit socialë që veprojnë në shërbimin shëndetësor. Këto mjete duhet të përfshijnë manuale të posaçme të përshtatura për realitetin dhe sfidat e kontekstit lokal, dhe të ofrojnë udhëzime të qarta mbi mënyrën e realizimit të vlerësimit psikosocial, komunikimin me viktimat në mënyrë etike dhe të ndjeshme, procedurat për referimin e rasteve në rrjetin institucional dhe mbajtjen e dokumentacionit në përputhje me standardet dhe parimet e konfidencialitetit. Zhvillimi i këtyre instrumenteve synon të rrisë profesionalizmin dhe unifikimin e qasjes së këtyre profesionistëve në menaxhimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore.

**Për drejtoritë
rajonale dhe lokale të
shëndetësisë**

1. Sigurimi i infrastrukturës bazë fizike në të gjitha qendrat shëndetësore, përmes krijimit të hapësirave të posaçme dhe konfidenciale ku profesionistët e shëndetit mund të realizojnë konsultime me viktimat e dhunës me bazë gjinore në kushte sigurie, privatësie dhe dinjiteti. Këto ambiente janë thelbësore për të garantuar një proces komunikimi të hapur dhe të besueshëm, si dhe për të mbështetur ofrimin e një kujdesi të ndjeshëm dhe të përshtatur me nevojat e viktimave.
2. Vendosja dhe institucionalizimi i praktikave të rregullta të brendshme në të gjitha institucionet shëndetësore për informimin dhe përditësimin periodik të stafit mbi ndryshimet në legjislacionin dhe politikat publike që lidhen me dhunën me bazë gjinore. Këto përditësime duhet të jenë të qarta, të aksesueshme dhe të shpërndahen në mënyrë sistematike, përmes kanaleve të brendshme të komunikimit, me qëllim rritjen e ndërgjegjësimit dhe përmirësimin e reagimit profesional ndaj rasteve të dhunës.
3. Krijimi i një sistemi të brendshëm mbështetjeje në institucionet shëndetësore, i cili të përfshijë mekanizma të strukturuar referimi dhe supervizimi profesional për profesionistët e shëndetit që përballen me raste të dhunës me bazë gjinore. Ky sistem duhet të ofrojë mundësi për diskutim rasti, reflektim profesional dhe mbështetje emocionale në trajtimin e situatave të ndërlikuara, duke ndihmuar në përmirësimin e cilësisë së shërbimit dhe në mirëqenien e vetë stafit që përballen me ngarkesa të larta emocionale dhe etike.
4. Vendosja dhe funksionalizimi i kontakteve të drejtpërdrejta ndërmjet qendrave shëndetësore dhe aktorëve të tjerë të MKR në nivel vendor, përfshirë koordinatorin lokal për dhunën, punonjësit e shërbimeve sociale dhe strukturat e policisë. Kjo nismë synon të forcojë bashkëpunimin ndërinstitucional, të lehtësojë shkëmbimin e informacionit dhe të garantojë një ndërhyrje të shpejtë, të koordinuar dhe të plotë për viktimat e dhunës me bazë gjinore.

**Për institucionet
e arsimit të lartë
(universitete dhe
kolegje universitare)
dhe institucionet e
edukimit të vazhduar**

1. Integrimi apo përditësimi i moduleve të posaçme mbi dhunën me bazë gjinore në programet universitare dhe pasuniversitare të formimit të profesionistëve të shëndetit, përfshirë në specializimin e mjekësisë familjare dhe kurrikulat e infermierisë. Këto module duhet të ofrojnë njohuri themelore dhe praktike mbi identifikimin, menaxhimin dhe referimin e rasteve të dhunës, duke përfshirë edhe aspektet ligjore, etike dhe ndërinstitucionale të trajtimit të tyre. Qëllimi është të sigurohet që profesionistët e rinj të jenë të përgatitur për të luajtur një rol aktiv dhe të përgjegjshëm në mbështetjen e viktimave të dhunës me bazë gjinore.
2. Hartimi dhe shpërndarja e materialeve të posaçme trajnuese të përshtatura sipas rolit dhe profilit profesional, në mënyrë që çdo kategori – mjekë, infermierë, psikologë dhe punonjës socialë – të pajiset me njohuri dhe aftësi të veçanta që përputhen me përgjegjësitë e tyre konkrete në trajtimin e rasteve të dhunës me

bazë gjinore. Diferencimi i përmbajtjes sipas rolit synon rritjen e efektivitetit të ndërhyrjes dhe përmirësimin e bashkëpunimit ndërdisiplinor në mbështetje të viktimave.

**Për qendrat
shëndetësore dhe
profesionistët**

1. Zbatimi i formularëve të standardizuar për identifikimin, dokumentimin dhe ndjekjen e rasteve të dhunës me bazë gjinore në të gjitha njësitë e kujdesit shëndetësor parësor. Këta formularë duhet të përfshijnë: formularin e vlerësimit të rrezikut, dokumentacionin mjekësor të vizitës dhe dëmtimeve të konstatuara, si dhe formularët e referimit për shërbime të tjera mbështetëse. Përdorimi i këtyre mjeteve standarde ndihmon në sigurimin e një procesi të unifikuar, të dokumentuar dhe të gjurmueshëm për menaxhimin e rasteve, duke forcuar përgjegjshmërinë institucionale dhe mbrojtjen e të mbijetuarve.
2. Sigurimi i respektimit të parimeve të konfidencialitetit dhe privatësisë në trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, përmes krijimit të hapësirave të përshtatshme dhe të dedikuara për konsultime në strukturat shëndetësore, si dhe përmes forcimit të standardeve të etikës profesionale ndërmjet të gjithë anëtarëve të stafit. Këto masa janë thelbësore për të garantuar besimin e viktimave ndaj shërbimeve dhe për të krijuar një ambient mbështetës dhe të sigurt për ndarjen e përvojave të tyre.
3. Emërimi dhe fuqizimi i një personi përgjegjës për rastet e dhunës me bazë gjinore në çdo qendër shëndetësore, i cili do të ketë rolin e pikës fokale për identifikimin, ndjekjen dhe dokumentimin e rasteve, si dhe për koordinimin e komunikimit dhe bashkëpunimit me aktorët e tjerë të Mekanizmit të Referimit të Koordinuar në nivel lokal, përfshirë koordinatoren për dhunën, shërbimet sociale dhe policinë. Kjo masë synon të forcojë përgjegjshmërinë institucionale dhe të përmirësojë ndjeshëm efektivitetin e përgjigjes ndërsektoriale ndaj rasteve të dhunës.

**Për institucionet
mbështetëse dhe
OJQ-të**

1. Zhvillimi i fushatave të ndërgjegjësimit në bashkëpunim me institucionet shëndetësore, me fokus të veçantë në zonat rurale, për të informuar publikun mbi rolin e mjekëve, infermierëve, psikologëve dhe punonjësve socialë në identifikimin, mbështetjen dhe referimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore. Këto fushata duhet të synojnë rritjen e besimit të komunitetit të shërbimet shëndetësore, duke e bërë më të qartë dhe të kuptueshëm rolin ndihmues dhe profesional të tyre në mbrojtjen dhe fuqizimin e viktimave.
2. Ofrimi i mbështetjes për zhvillimin profesional të vazhdueshëm të profesionistëve të shëndetësisë, nëpërmjet organizimit të trajnimeve shtesë dhe programeve të mentorimit, me fokus të veçantë në zonat e thella, të izoluara apo me burime të kufizuara. Këto programe duhet të sigurojnë njohuri të përditësuara dhe mbështetje praktike për përballimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore, duke forcuar kapacitetin lokal dhe duke reduktuar

pabarazitë në aksesin ndaj informacionit dhe aftësive profesionale në të gjithë territorin.

3. Krijimi dhe funksionalizimi i rrjeteve të bashkëpunimit ndërmjet institucioneve publike dhe organizatave të shoqërisë civile, me qëllim lehtësimin e referimit dhe përmirësimin e aksesit të viktimave të dhunës me bazë gjinore në shërbime të integruara mbështetëse. Këto rrjete duhet të garantojnë ndërveprim të strukturuar dhe të vazhdueshëm për ofrimin e ndihmës së menjëhershme dhe afatgjatë, duke përfshirë strehimin emergjent, këshillimin psikologjik, ndihmën juridike falas dhe shërbime të tjera që mbështesin sigurinë dhe rehabilitimin e të mbijetuarave.

REFERENCA

1. Vendim i Këshillit të Ministrave nr. 327, datë 25.05.2014 “Për përcaktimin e formatit dhe mënyrës së mbledhjes e të raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat.”
2. Vendim i Këshillit të Ministrave nr.327, datë 2.06.2021 “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 e rehabilitimin e viktimave të dhunës.”
3. Vendim i Këshillit të Ministrave nr.334, datë 17.02.2011 “Për mekanizmin e bashkërendimit të punës për referimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare dhe mënyrën e procedimit të tij.”
4. Vendim i Këshillit të Ministrave nr. 101, datë 4.02.2015.
5. Ligji Nr. 9666, datë 18.12.2006.
6. Strategjia Kombëtare për Shëndetin Riprodhues (SKSHR) për 2022–2030.
7. Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore (SKBG) dhe Plani i Veprimit përkatës për periudhën 2021–2030.
8. Urdhri Nr. 13, datë 23.01.23, 2008 “Për lëshimin e raporteve mjekësore për personat e dhunuar në marrëdhënie familjare.”
9. Urdhri Nr. 14, datë 23.01.2008, “Dokumentimi i rasteve të dhunës në familje në regjistrat dhe dosjet individuale për viktimat.”
10. Urdhri Nr. 15, datë 24.01.2008 “Për trajtimin mjekësor në institucionet e kujdesit shëndetësor publik për personat e dhunuar në marrëdhënie familjare.”
11. Urdhri Nr. 410, datë 12.07.2010 “Riorganizimi i shërbimeve shëndetësore dhe psikosociale për personat e prekur nga dhuna në familje të paraqitur në institucionet shëndetësore.”
12. Urdhri Nr. 101, datë 21.02.2020 “Procedurat standarde të operimit (PSO) për trajtimin e rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore nga punonjësit e shërbimeve shëndetësore në kuadër të anëtarësimit në mekanizmin e koordinuar të referimit.”
13. Amnesty International. (2016). Against All Odds: The Roma and the Right to Health in Europe.
14. Bradley, F., Smith, M., Long, J., & O’Doëd, T. (2022). Health professionals' responses to intimate partner violence. Family Practice.
15. Colombini, M., Mayheë, S., & Eatts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in loë- and middle-income settings: A revieë of current models, challenges, and opportunities. Health Policy and Planning.
16. Council of Europe. (2011). Istanbul Convention: Preventing and Combating Violence against Eomen and Domestic Violence.
17. Council of Europe. (2020). GREVIO Baseline Evaluation Report Albania.
18. Crenshaë, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139–167.
19. Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzëord. Feminist Theory.
20. Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a neë approach. BMJ.

21. Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Ėatts, C. (2015). Prevention of violence against ėomen and girls: Ėhat does the evidence say? *The Lancet*, 385(9977), 1555–1566.
22. European Institute for Gender Equality. (2020). Gender Equality Index 2020: Key Findings for Albania.
23. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2018). A persisting concern: Anti-Gypsyism as a barrier to Roma inclusion.
24. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). (2020). A long ėay to go for LGBTI equality.
25. Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., et al. (2006). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of ėomen experiencing domestic violence. *The Lancet*.
26. Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., et al. (2015). The health-systems response to violence against ėomen. *The Lancet*.
27. GREVIO Committee, Council of Europe. (2020). Baseline Evaluation Report Albania.
28. Hankivsky, O. (2012). Intersectionality 101. Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
29. Jeėkes, R., Abraham, N., & Matheės, S. (2009). Preventing rape and violence in South Africa. *The Lancet*.
30. Ministry of Health and Social Protection. (2021). National Strategy for Gender Equality 2021–2030. Government of Albania.
31. Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., et al. (2019). Stigma in health facilities. *Global Public Health*.
32. Sahay, S., Fansloė, J., & Gulliver, P. (2017). Gender-based violence and help-seeking behaviours among ėomen in India. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(3), 441–461.
33. Sen, G., & Ostlin, P. (2008). Gender inequity in health. *Gender equity in health: The shifting frontiers of evidence and action*.
34. Rama, R. et.al (2023). Kuadri Ligjor pėr Adresimin e Dhunės me Bazė Gjimore nė Sektorin Shėndetėsor nė Shqipėri. Dokument i brendshėm, i pėrgatitur pėr Linjėn e Kėshillimit pėr Gra dhe Vajza dhe organizatėn “Gruaja te Gruaja” [i pabotuar].
35. Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Hoėard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic revieė and meta-analysis. *PLOS ONE*, 7(12), e51740.
36. United Nations. (1979). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Ėomen (CEDAĖ).
37. UN Ėomen. (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Ėomen.
38. ĖHO. (2007). Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies.
39. ĖHO. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against ėomen: ĖHO clinical and policy guidelines.
40. Ėorld Health Organization. (2017). Strengthening health systems to respond to ėomen subjected to intimate partner violence or sexual violence.
41. ĖHO. (2019). Clinical handbook: Health care for ėomen subjected to intimate partner violence or sexual violence.

SHTOJCAT

SHTOJCA 1: PYETËSORI PËR PROFESIONSITËT E SHËNDETËSISË

PYETËSOR

Mbi reagimin e Profesionistëve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në trajtimin e rasteve të Dhunës me Bazë Gjinore

I/E nderuar Profesionist i Kujdesit Shëndetësor,

Në kuadër të projektit të financuar nga Bashkimi Evropian “Avancimi i Barazisë Gjinore përmes Mbikëqyrjes dhe Raportimit në Shqipëri (AGORA)”, Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim (QAGZh) në bashkëpunim me organizatat Together for Life (TFL) dhe IRCA, po kryen një studim për të vlerësuar gatishmërinë e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor në adresimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore dhe për të identifikuar barrierat e perceptuara në raportimin e këtyre rasteve.

Pjesëmarrja juaj është thelbësore për të na ndihmuar të identifikojmë pengesat dhe të përmirësojmë praktikën e raportimit.

Pyetëtori do të zgjasë rreth 10 minuta për t’u plotësuar.

Përgjigjet tuaja do të mbeten konfidenciale.

Të dhënat e mbledhura do të ndihmojnë në identifikimin e sfidave dhe zhvillimin e strategjive për të përmirësuar praktikën e raportimit të rasteve të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor.

Për çdo pyetje mund të na kontaktoni në: gadc@gadc.org.al.

Konfidencialiteti dhe Pëlqimi

Duke nënshkruar këtë formular, unë pranoj të marr pjesë në mënyrë vullnetare në këtë studim.

E kuptoj që të gjitha informacionet e ofruara do të mbahen rreptësisht konfidenciale dhe do të përdoren vetëm për qëllime kërkimore. Të dhënat e mbledhura do të ruhen në mënyrë të sigurt dhe do të jenë të aksesueshme vetëm nga ekipi kërkimor.

Mund të zgjedh të mos përgjigjem për ndonjë pyetje që nuk ndihem rehat të përgjigjem.

Duke vazhduar me pyetësin, pranoj që kam lexuar dhe kuptuar informacionin mbi konfidencialitetin dhe pëlqimin dhe jam dakord të marr pjesë.

Data: _____

PJESA 1: TË DHËNA DEMOGRAFIKE

1. Cila është gjinia juaj?
 - a) Burrë
 - b) Grua
 - c) Preferoj të mos përgjigjem
2. Cila është mosha juaj?_____
3. Bashkia ku punoni_____
4. Cili është roli juaj primar në institucionin ku punoni?
 - a) Mjek
 - b) Infermier
 - c) Kryeinfermier
 - d) Drejtues i QSH
 - e) Punonjës Social
 - f) Psikolog
 - g) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
5. Sa vite përvojë keni në rolin tuaj aktual?_____

PJESA 2: NJOHURITË DHE TRAJNIMI

6. Sipas mendimit tuaj, cilat nga alternativat e mëposhtme përbëjnë forma të dhunës në familje sipas ligjit shqiptar? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)
 - a) Dhuna fizike
 - b) Dhuna psikologjike
 - c) Dhuna ekonomike
 - d) Dhuna seksuale
 - e) Dhuna emocionale
 - f) Të gjitha të mësipërmet
7. Sa i rëndësishëm është roli i profesionistëve të kujdesit parësor në identifikimin dhe trajtimin e rasteve të dhunës në familje?
 - a) Shumë i rëndësishëm
 - b) I rëndësishëm
 - c) Pak i rëndësishëm
 - d) Aspak i rëndësishëm
8. Sa të përgatitur ndiheni për të kryer një vlerësim të plotë të rasteve të dhunës në familje apo dhunës me bazë gjinore?
 - a) Shumë të përgatitur
 - b) Mjaft të përgatitur
 - c) Pak të përgatitur
 - d) Aspak të përgatitur

9. Cilat janë elementet kryesore që duhet të përfshihen në vlerësimin e një rasti të dyshuar të dhunës në familje?

- a) Historia mjekësore dhe fizike
- b) Gjendja psikologjike dhe emocionale
- c) Lëndimet e dukshme dhe provat e tjera të dhunës
- d) Të gjitha të mësipërmet

10. Cilat janë hapat kryesorë për mbledhjen e provave në një rast të dhunës fizike?

- a) Dokumentimi i plagëve dhe lëndimeve
- b) Ruajtja e çdo prove fizike (p.sh., rrobat e viktimës)
- c) Marrja e deklaratave të viktimës
- d) Të gjitha të mësipërmet

11. Cilat janë ndërhyrjet kryesore që ju ofroni si profesionist i kujdesit parësor për viktimat e dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore?

- a) Ndihmë mjekësore emergjente dhe trajtim i plagëve
- b) Referim tek shërbimet mbështetëse psiko-sociale
- c) Dokumentim dhe raportim i rastit
- d) Të gjitha të mësipërmet

12. Cili është rëndësia e dokumentimit korrekt të rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore në shërbimin tuaj?

- a) Për qëllime mjekësore
- b) Për qëllime ligjore dhe mbështetje të mëtejshme
- c) Për monitorim të rasteve
- d) Të gjitha të mësipërmet

13. Cilat janë përgjegjësitë ligjore të një profesionisti të shëndetësisë për raportimin e rasteve të dhunës në familje? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Të raportojë rastin në polici
- b) Të njoftojë koordinаторin vendor kundër dhunës në familje
- c) Të raportojë rastin në shërbimet sociale të bashkisë
- d) Të raportojë rastin tek OJF-të
- e) Të gjitha të mësipërmet
- f) Tjetër specifik _____

14. A keni kontakte me koordinаторin vendor të dhunës në familje në Bashkinë tuaj?

- a) Po
- b) Jo

15. Cilat nga dokumentet e mëposhtme janë në përdorim në institucionin tuaj për trajtimin e rasteve të DHBGJ? ((mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Protokoll i veprimit për rastet e dhunës në familje
- b) Procedura standarde të veprimit për trajtimin e rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore
- c) Formular për vlerësimin e riskut për rastet e dhunës në familje
- d) Formular për referimin e rasteve të dhunës në familje
- e) Asnjë nga këto

16. A keni marrë ndonjëherë trajnim mbi dhunën në familje dhe dhunën me bazë gjinore në kuadër të punës tuaj si profesionist i kujdesit parësor?

- a) Po
- b) Jo

17. Nëse po, sa të dobishëm e keni parë këtë trajnim/program edukimi?

- a) Shumë të dobishëm
- b) Mjaft të dobishëm
- c) Pak të dobishëm
- d) Aspak të dobishëm

PJESA 3: RAPORTIMI

18. A keni hasur raste të Dhunës me Bazë Gjinore (DHBGJ) tek pacientët tuaj gjatë vitit të kaluar?

- a) Po
- b) Jo

19. Sa shpesh hasni raste të Dhunës me Bazë Gjinore gjatë praktikës suaj profesionale?

- a) Shpesh (më shumë se 5 raste në vit)
- b) Herë pas here (3-5 raste në vit)
- c) Rrallë (1-2 raste në vit)
- d) Kurrë

20. Cili është detyrimi i profesionistëve të shëndetësisë për raportimin e rasteve të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore sipas legjislacionit shqiptar?

- a) Të raportojnë vetëm me pëlqimin e viktimës
- b) Të raportojnë të gjitha rastet e dyshuara ose të konfirmuara tek autoritetet
- c) Të raportojnë vetëm kur ka rrezik për jetën e viktimës

21. Sipas mendimit tuaj, cilat janë arsyt kryesore që profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk raportojnë raste të dyshuara të DHBGJ? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

Mungesa e njohurive mbi mënyrën e raportimit të rasteve të DHBGJ

- a) Kërkesa e pacientit për të mos raportuar
- b) Besimi se nuk është përgjegjësia juaj
- c) Mungesa e besimit në procesin e raportimit
- d) Mbështetje e pamjaftueshme nga drejtuesi i institucionit
- e) Shqetësimet për konfidencialitetin e pacientit
- f) Frika nga hakmarrja e autorëve
- g) Kultura institucionale që nuk promovon raportimin e DHBGJ si prioritet
- h) Shqetësimet për marrëdhënien pacient-profesionist
- i) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____

PJESA 4: KUADRI LIGJOR DHE SUGJERIME PËR PËRMIRËSIME

22. Si informoheni zakonisht për përditësimet ose ndryshimet në kuadrin ligjor dhe politik që lidhet me DHBGJ? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Nga trajnimet profesionale ose seminare
- b) Nga komunikime të brendshme brenda institucioneve shëndetësore

- c) Nga publikime ose burime të tjera
- d) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____

23. Në përvojën tuaj, cilat janë boshllëqet ose dobësitë kryesore në kuadrin aktual ligjor dhe të politikave që lidhen me DHBGJ brenda sektorit të kujdesit shëndetësor? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Mungesa e qartësisë mbi procedurat e raportimit
- b) Shërbime mbështetëse të pamjaftueshme për të mbijetuesit e DHBGJ
- c) Trajnime të pamjaftueshme për profesionistët e kujdesit shëndetësor
- d) Mekanizma të kufizuar për zbatimin e ligjeve

24. Cilat ndryshime ose mbështetje mendoni se do të inkurajonin profesionistët e kujdesit shëndetësor që të raportojnë më efektivisht rastet e DHBGJ? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Më shumë trajnime mbi njohjen dhe reagimin ndaj rasteve të DHBGJ
- b) Protokolle dhe procedura më të qarta për raportim
- c) Mbrojtje ligjore më e mirë për ata që raportojnë
- d) Politika institucionale që prioritetizojnë raportimin e DHBGJ
- e) Burime më të mira për trajtimin e rasteve të DHBGJ
- f) Qasje më e mirë në shërbimet mbështetëse për të mbijetuarit nga DHBGJ
- g) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____

25. A keni ndonjë koment ose sugjerim shtesë për të adresuar sfidat e raportimit të rasteve të DHBGJ brenda sektorit të kujdesit shëndetësor? (pyetje e hapur)

SHTOJCA 2: PYETËSORI PËR POPULLATËN E PËRGJITHSHME

Pyetësor për publikun e gjerë në lidhje me njohuritë dhe perceptimin e tyre mbi raportimin e Dhunës me Bazë Gjinore (DHBGJ) në Shërbimin Shëndetësor

Në kuadër të projektit të financuar nga Bashkimi Evropian “Avancimi i Barazisë Gjinore përmes Mbikëqyrjes dhe Raportimit në Shqipëri (AGORA)”, Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim (QAGZh) në bashkëpunim me organizatat Together for Life dhe IRCA, po kryen një studim për të vlerësuar gatishmërinë e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor në adresimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore dhe për të identifikuar barrierat e perceptuara në raportimin e këtyre rasteve.

Sipas përcaktimeve të Bashkimit Evropian:

Dhuna me bazë gjinore është dhunë e drejtuar kundër një personi për shkak të gjinisë së atij personi ose dhuna që prek personat e një gjinie të caktuar në mënyrë disproporcionale.

Dhuna ndaj grave kuptohet si një shkelje e të drejtave të njeriut dhe një formë diskriminimi ndaj grave dhe do të nënkuptojë të gjitha aktet e dhunës me bazë gjinore që rezultojnë ose mund të rezultojnë në:

- dëmtim fizik,
- dëmtimin seksual,
- psikologjike,
- ose dëm ekonomik
- ose vuajtje për gratë.

Mund të përfshijë dhunën ndaj grave, dhunën në familje ndaj grave, burrave ose fëmijëve që jetojnë në të njëjtën njësi shtëpiake. Edhe pse gratë dhe vajzat janë viktimat kryesore të DHBGJ-së, ajo gjithashtu shkakton dëme të rënda për familjet dhe komunitetet.

Pjesëmarrja juaj është e rëndësishme për të na ndihmuar të identifikojmë këto barrierat dhe të përmirësojmë praktikën e raportimit.

Plotësimi i pyetësorit zgjat afërsisht 10 minuta.

Përgjigjet tuaja do të mbahen rreptësisht konfidenciale.

Gjetjet nga të dhënat që do të mblidhen do të ndihmojnë në identifikimin e sfidave dhe zhvillimin e rekomandimeve për të përmirësuar praktikën e raportimit të dhunës me bazë gjinore nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor.

Për çdo pyetje mund të na kontaktoni në gadc@gadc.org.al dhe në numrin e telefonit pa pagesë 08001818

Konfidencialiteti dhe Pëlqimi

Unë pranoj të marr pjesë vullnetarisht në këtë studim.

Unë kuptoj që i gjithë informacioni i dhënë do të mbahet rreptësisht konfidencial dhe do të përdoret vetëm për qëllime kërkimore. Të dhënat e mbledhura do të ruhen në mënyrë të sigurt dhe do të jenë të aksesueshme vetëm nga ekipi kërkimor.

Mund të zgjedh të mos përgjigjem në asnjë pyetje me të cilën nuk ndjehem rehat.

Duke vazhduar me pyetësorin, unë pranoj që kam lexuar dhe kuptuar informacionin për konfidencialitetin dhe pëlqimin dhe pajtohem të marr pjesë.

Data _____

PJESA 1: TË DHËNA DEMOGRAFIKE

1. Mosha juaj (mosha e plotë në vite): _____
2. Cila është gjinia juaj?
 - a) Femër
 - b) Mashkull
 - c) Nuk dëshiroj të përgjigjem
 - d) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
3. Statusi juaj civil:
 - a) Beqar/e
 - b) I/e martuar
 - c) I/e ve
 - d) I/e divorcuar
 - e) Bashkëjetues/e
 - f) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
4. Specifikoni emrin e qytetit apo fshatit ku banoni aktualisht? (Përgjigje e hapur) _____
5. Cili është niveli më i lartë i arsimit që keni përfunduar?
 - a) Pa shkollim formal
 - b) Shkollë fillore
 - c) Shkollë 8/9-vjeçare
 - d) Shkollë e mesme
 - e) Diplomë Bachelor
 - f) Diplomë Master ose studime pasuniversitare
 - g) Doktoraturë
 - h) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
6. Statusi i punësimit tuaj:
 - a) I/e punësuar me kohë të plotë
 - b) I/e punësuar me kohë të pjesshme
 - c) Vetëpunësuar
 - d) I/e papunë dhe në kërkim të punës
 - e) Pensionist
 - f) Student
 - g) Shtëpiak/e (kujdes për familjen/shtëpinë)
 - h) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
7. Krahasuar me familjet mesatare shqiptare, si do ta vlerësonit situatën tuaj ekonomike?
 - a) Shumë më mirë se mesatarja
 - b) Më mirë se mesatarja
 - c) Pothuajse njësoj si mesatarja
 - d) Më keq se mesatarja
 - e) Shumë më keq se mesatarja

8. A keni akses të rregullt në shërbimet shëndetësore (p.sh., qendër shëndetësore, spital, mjeku i familjes) në rastet kur keni nevojë për këto shërbime?
- a) Po, kam akses të rregullt
 - b) Po, por me vështirësi
 - c) Jo, nuk kam akses të rregullt
 - d) Nuk kam nevojë të përdor shërbime shëndetësore

PJESA 2: NJOHURITË E PËRGJITHSHME DHE PERCEPTIMI MBI DHUNËN ME BAZË GJINORE (DHBGJ)

9. Sipas mendimit tuaj, sa e përhapur është dhuna me bazë gjinore në Shqipëri?
- a) Shumë e përhapur dhe e zakonshme
 - b) Mjaft e përhapur
 - c) Mesatarisht e përhapur
 - d) Pak e përhapur
 - e) Shumë pak e përhapur
 - f) Nuk jam i/e sigurtë
10. A e dini nëse ka institucione në Shqipëri ku mund të raportohet dhuna me bazë gjinore?
- a) Po
 - b) Jo
 - c) Nuk jam i/e sigurtë
11. Nëse “Po”, cilat institucione mendoni se janë përgjegjëse për pranimin dhe trajtimin e raportimeve për dhunën me bazë gjinore? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)
- a) Policia
 - b) Shërbimet shëndetësore (p.sh. qendrat shëndetësore, spitalet)
 - c) Shërbimet sociale në bashki, njësi administrative
 - d) Organizatat joqeveritare që ofrojnë mbështetje dhe këshillim
 - e) Institucionet arsimore (shkolla, universiteti)
 - f) Media
 - g) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
12. Nga cilat burime e keni marrë informacionin për institucionet ku mund të raportohet dhuna me bazë gjinore? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)
- a) Media (televizioni, radio, gazetatat, interneti)
 - b) Organizatat joqeveritare
 - c) Institucionet vendore (p.sh. bashki, njësi administrative, qendra komunitare, shërbime sociale në bashki)
 - d) Sistemi arsimor (shkolla, universiteti)
 - e) Shërbimet/profesionistët e kujdesit shëndetësor
 - f) Familja ose miqtë
 - g) Policia
 - h) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____
13. A keni ndonjë përvojë personale ose në rrethin tuaj të ngushtë me raportimin e dhunës me bazë gjinore?
- a) Po, unë personalisht kam raportuar
 - b) Po, dikush nga rrethi im shoqëror ka raportuar
 - c) Jo, nuk kam përvojë të tillë
 - d) Nuk preferoj të përgjigjem

14. A mendoni se shërbimet shëndetësore duhet të luajnë një rol në identifikimin dhe raportimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore?

- a) Po, një rol të rëndësishëm
- b) Po, por jo kryesorin
- c) Jo shumë
- d) Aspak
- e) Nuk kam mendim

PJESA 3: RAPORTIMI I DHBGJ TE SHËRBIMET SHËNDETËSORE

15. Si e vlerësoni përgatitjen e profesionistëve shëndetësorë në Shqipëri për të identifikuar dhe trajtuar rastet e dhunës me bazë gjinore?

- a) Shumë të përgatitur
- b) Të përgatitur
- c) Disi të përgatitur
- d) Jo të përgatitur
- e) Aspak të përgatitur
- f) Nuk jam i/e sigurtë

16. Sa të sigurtë do të ndiheshit duke raportuar një rast të dhunës me bazë gjinore në një institucion shëndetësor?

- a) Shumë i/e sigurtë
- b) Disi i/e sigurtë
- c) Pak i/e sigurtë
- d) Aspak i/e sigurtë
- e) Nuk jam i/e sigurtë për procesin

17. Sipas mendimit tuaj, cilat janë arsyet kryesore që mund të pengojnë dikë të raportojë dhunën me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Frika nga ekspozimi dhe shqetësimi për ruajtjen e konfidencialitetit.
- b) Frika nga hakmarrja e dhunuesit ose përqeshimi i situatës pas raportimit.
- c) Stigma sociale ose frika nga gjykimi dhe turpërimi nga komuniteti.
- d) Mungesa e besimit se raportimi do të sjellë ndonjë ndryshim ose zgjidhje.
- e) Mungesa e informacionit se ku dhe si duhet raportuar dhuna.
- f) Mosperceptimi i shërbimeve shëndetësore si vend për trajtimin e dhunës me bazë gjinore.
- g) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____

18. Si do të preferonit ju vetë të informoheshit për mundësinë e raportimit të dhunës me bazë gjinore tek shërbimet shëndetësore? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

- a) Përmes fushatave në mediat tradicionale (televizion, radio, gazeta)
- b) Përmes rrjeteve sociale (Facebook, Instagram, etj.)
- c) Përmes informacioneve nga mjeku i familjes ose qendrat shëndetësore
- d) Përmes aktiviteteve informuese dhe seminareve të organizuara në komunitet
- e) Përmes materialeve të printuara (fletëpalosje, postera, broshura) të shpërndara në qendrat shëndetësore
- f) Përmes aplikacioneve mobile ose faqeve të internetit që ofrojnë informacion për raportimin
- g) Përmes edukimit dhe aktiviteteve informuese në shkolla dhe universitete
- h) Tjetër (ju lutem specifikoni): _____

19. A mendoni se shërbimet shëndetësore në zonën tuaj janë të qasshme/arritshme dhe të përgatitura për të trajtuar raste të dhunës me bazë gjinore?”

- a) Po
- b) Jo
- c) Nuk jam i/e sigurt

20. Cilat përmirësime mendoni se janë të nevojshme në shërbimet shëndetësore për të mbështetur më mirë viktimat e dhunës me bazë gjinore? (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)”

- a) Më shumë trajnim për ofruesit e shërbimeve shëndetësore për DHBGJ
- b) Privatësi dhe konfidencialitet gjatë raportimit
- c) Më shumë fushata ndërgjegjësimi dhe informimi
- d) Më shumë qasje në shërbime të shëndetit mendor
- e) Shërbime shëndetësore më të qasshme në zonat rurale
- f) Tjera (Ju lutemi specifikoni

21. A mendoni që në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor (qendrat shëndetësore) ka diskriminim ndaj: (mund të zgjidhni më shumë se një alternativë)

Personave LGBT

- a) Romët dhe Egjiptianët
- b) Personat e varfër
- c) Vajzat nëna
- d) Vajzat shtatzënë
- e) Tjetër

22. A mendoni që personeli shëndetësor ruan konfidencialitetin e pacientit ?

- a) Po
- b) Jo
- c) Nuk e di

23. A keni ndonjë sugjerim tjetër për përmirësimin e procesit të raportimit të dhunës me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore?

(Përgjigje e hapur)

Nëse keni raste konkrete ju lutem raportoni në numrin: 08001818. Telefonata juaj do të mbetet rreptësisht konfidenciale.

Faleminderit!

SHTOJCA 3: INTERVISTA PËR PROFESIONISTËT

INTERVISTA GJYSMË-E-STRUKTURUAR

Për ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor për të kuptuar më mirë pengesat e perceptuara në raportimin e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ)

Informacion i Përgjithshëm

Në kuadër të projektit të financuar nga Bashkimi Evropian “Avancimi i Barazisë Gjinore përmes Mbikëqyrjes dhe Raportimit në Shqipëri (AGORA)”, Qendra e Aleancës Gjinore për Zhvillim (GADC) po kryen një studim që synon të kuptojë më mirë reagimin e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor në trajtimin e rasteve të dhunës me bazë gjinore dhe të identifikojë çdo pengesë të perceptuar që mund të ndikojë në raportimin e këtyre rasteve. Njohuritë e mbledhura do të ndihmojnë në identifikimin e sfidave dhe zhvillimin e strategjive për të përmirësuar praktikën e raportimit të DHBGJ nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor.

Konfidencialiteti dhe pëlqimi

Duke nënshkruar këtë formular, unë pranoj vullnetarisht të marr pjesë në intervistë.

Unë e kuptoj që të gjitha informacionet e dhëna do të mbahen krejtësisht konfidenciale dhe do të përdoren vetëm për qëllime kërkimore. Të dhënat e mbledhura do të ruhen në mënyrë të sigurt dhe do të jenë të aksesueshme vetëm për ekipin kërkimor.

Kam të drejtë të tërhiqem nga intervista në çdo moment pa asnjë pasojë. Gjithashtu, mund të zgjedh të mos përgjigjem në çdo pyetje me të cilën nuk ndihem rehat.

Mund të kërkoj një kopje të transkriptit të intervistës sime.

Duke vazhduar me intervistën, unë pranoj që kam lexuar dhe kuptuar informacionin e konfidencialitetit dhe pëlqimit dhe pranoj të marr pjesë.

Data: _____

PJESA 1: TË DHËNA DEMOGRAFIKE

1. Qyteti/fshati _____
2. Qendra shëndetësore/ambulanca _____
3. Cili është roli juaj në qendrën shëndetësore/ambulancë?
 - a. Mjek/e familje
 - b. Infermier/e
 - c. Punonjës/e social/e
 - d. Psikolog/e
 - e. Drejtor/e i/e qendrës shëndetësore/ambulancës
 - f. Tjetër (specifiko) _____
4. Prek sa vitesh punoni në këtë rol? _____
5. Gjinia:
 - a. Mashkull
 - b. Femër
 - c. Preferoj mos ta them
6. Mosha: _____

Pjesa 1: Eksplorimi i kuptimit dhe perceptimit të roleve

1. Si e perceptoni përhapjen e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) në komunitetin që mbulon? Në mendimin tuaj, cili duhet të jetë roli i profesionistëve të kujdesit shëndetësor në trajtimin e këtij fenomeni dhe në mbështetjen e viktimave të tij?
(Nëse intervistuesi pohon se fenomeni nuk është i përhapur në komunitetin e tij/saj, ju mund ta inkurajoni të reflektojë mbi rolin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në tërësi, duke e pyetur përse e shikon rolin e tyre të rëndësishëm ose jo.)
2. Cilat janë disa nga sfidat kryesore me të cilat përballeni në identifikimin e rasteve të DHBGJ? A ka pengesa që lidhen me rolin tuaj ose ndonjë pengesë institucionale që e bën të vështirë ndërmarrjen e hapave të mëtejshëm, si p.sh., referimin e rasteve?"
(Nëse intervistuesi ka vështirësi për t'u përgjigjur, mund të drejtoni pyetje ndihmëse, si për shembull: a ka sfida personale, si përvoja apo perceptimet (frika nga hakmarrja, mungesa e informacionit), ose sfida institucionale, si mbingarkesa e punës, mungesa e informacionit apo mbështetjes nga institucioni?)

PJESA 2: NJOHURITË DHE GATISHMËRIA

3. Si e kuptoni përgjegjësinë tuaj ligjore për të raportuar rastet e DHBGJ? Sa të familjarizuar dhe të sigurt ndiheni me dokumentet dhe protokollet aktuale të raportimit, përfshirë protokollet, standardet e veprimit dhe udhëzimet praktike? A ka ndonjë pjesë të këtyre dokumenteve që e gjeni të paqartë ose të vështirë për t'u zbatuar? Cilat dokumente ose burime në punën tuaj (si udhëzues, manuale, paketa shërbimi, apo sisteme online) përfshijnë ose trajtojnë çështjet e DHBGJ?

4. Sa të sigurt ndiheni për të njohur shenjat e DHBGJ në praktikën tuaj të përditshme, sidomos në rastet kur pacienti nuk e raporton drejtpërdrejt? Çfarë mbështetje ose burime të tjera do t'ju ndihmonin për të përmirësuar aftësinë tuaj për të identifikuar këto raste?

5. Gjatë tre viteve të fundit, a keni marrë pjesë në ndonjë trajnim të lidhur me çështjet e dhunës? Nëse po, a mund të ndani më shumë detaje rreth njohurive të përfituara nga ky trajnim? Si e vlerësoni ndikimin e tij në punën tuaj të përditshme dhe në aftësinë tuaj për të njohur dhe adresuar rastet e dhunës? Çfarë aspekte të trajnimit mendoni se ishin më të dobishme dhe pse?

PJESA 3: PENGESAT INSTITUCIONALE DHE PERSONALE

6. A mendoni se institucioni juaj ofron mbështetje të mjaftueshme për identifikimin dhe raportimin e rasteve të DHBGJ? Çfarë lloj mbështetjeje ose burime të tjera do të dëshironit të kishit për të ndihmuar identifikimin dhe referimin e këtyre rasteve? (p.sh. protokolle të qarta, trajnime, udhëzime specifike).

7. Si ndikon ruajtja e konfidencialitetit të pacientit në vendimet tuaja për raportimin e rasteve të DHBGJ? A keni ndonjë shqetësim për hakmarrje të mundshme ndaj jush ose ndaj pacientit, nga dhunuesi apo të tjerë) që ndikon në gatishmërinë tuaj për të raportuar rastet e dhunës?

8. Nëse një pacient nuk dëshiron të raportojë një rast DHBGJ, si e trajtoni këtë situatë? Cilat janë faktorët që ndikojnë në vendimin tuaj për të respektuar dëshirën e pacientit në krahasim me ndjekjen e udhëzimeve dhe detyrimeve ligjore? (

PJESA 4: SUGJERIME PËR PËRMIRËSIME

8. Nëse do të kishit mundësinë për të marrë pjesë në trajnim mbi DHBGJ, cilat tema specifike do t'i konsideronit më të dobishme për rolin tuaj? (p.sh., trajnime për njohjen e shenjave/simptomave, trajtimin e bisedave delikate me pacientët, ose kuptimin e përgjegjësisë ligjore).

9. Cilat përmirësime institucionale do ta bënë më të lehtë për ju identifikimin dhe raportimin e rasteve të DHBGJ? A mendoni se do të ndihmonin ndryshime në politika, dokumente ligjore, protokolle ose ndonjë mbështetje tjetër administrative?

10. A mund të përmendni një rast kur keni pasur sukses në mbështetjen e një pacienti/eje që ka përjetuar DHBGJ? Cilat faktorë mendoni se kontribuan në këtë sukses, dhe si mund të zbatohen praktika të ngjashme për të përmirësuar trajtimin e rasteve të DHBGJ në institucionin tuaj? Nëse personalisht nuk keni një rast të tillë, a keni dijeni për ndonjë shembull nga kolegët tuaj?

