

DHUNA ME BAZË GJINORE

MANUAL PËR PUNONJËSIT E SHËNDETËSISË

Entela Shehu, MD, MPH
Anxhela Gramo, M.A

PËRMBAJTJA

Hyrje

PJESA E PARË

DHUNA ME BAZË GJINORE SI FENOMEN SHQIPTAR E BOTËROR

1. Kapitulli I Përkufizime dhe Llojet e Dhunës me Bazë Gjinore

1.1 Përkufizim i " Dhunës me bazë gjinore"

1.2 Llojet e dhunës me bazë gjinore

1.2.1 Përkufizimi i Abuzimit Seksual të Fëmijës.

1.2.2 Përkufizimi i Dhunës Familjare.

1.2.3 Përdhunimi ose Sulmi seksual

1.2.4 Përkufizimi i "viktimës" dhe "i/e mbijetuar"

2. Kapitulli II Dhuna me Bazë Gjinore si fenomen botëror Incidenca dhe Prevalenca

2.1 Dhuna me bazë gjinore si fenomen mbarë botëror

2.2 Incidenca dhe prevalenca e dhunës familjare

Enjojm por edhe nuk e njohim sa duhet dhunën. Rritemi në familje ku dihet fare pak ose aspak për të; ku thuajse nuk flitet fare për të. Përballemi me të papriturat e eksperiencave të rritjes, dhe shndërrohemi në përgjegjës të gjithçkaje mban autorësinë tonë, të veprimeve dhe zgjedhjeve tona. Por kur e kuptojmë ne këtë? Ndoshta asnjëherë. Ndoshta asnjëherë nuk kemi për ta kuptuar që jemi përgjegjës për veten dhe zgjedhjet që bëjmë në jetë. Ndoshta pas një periudhe kohe. Pas një periudhe të gjatë reflektimi mbi sa dhe se si na kanë ndikuar dhe dëmtuar situatat ku kemi zgjedhur të përfshihemi. Ç’do të thotë kjo për një grua të dhunuar? Si mund të mendojë një grua mbi “nevojën e reflektimit” kur trupi i saj dhemb dhe nxin, kur psiqika e saj e dëmtuar është mbërthyer nga frika e përsëritjes së episodeve të dhunës. Nevojat e saj janë nga më primitivet - “të shpëtoj gjallë”. Çfarë shpëtimi është ky?



Hyrje

Për herë të parë, dhuna ndaj gruas u trajtua si shkelle e të drejtave të njeriut në korrik 1993 në Konferencën Botërore për të Drejtat e Njeriut (Sala & Miria, 1999). Tashmë, dhuna me bazë gjinore nuk konsiderohet vetëm një shkelle e të drejtave të njeriut. Ajo ka marrë rëndësinë e një çështjeje të shëndetit publik (World Health Organisation, 1997) dhe mbi të gjitha konsiderohet si prioritet i kujdesit shëndetësor (World Medical Association, 1996; Mason, 2003).

Bazuar në studime të besueshme të kryera në vende të ndryshme të botës, 10%-50% të grave raportojnë të kenë përjetuar dhunë fizike nga partnerët e tyre intime gjatë jetës së tyre (WHO, 2001). Studime me bazë popullsinë tregojnë se 12%-25% e grave kanë përjetuar, tentuar, ose kryer marrëdhënie seksuale të detyruara nga partnerët e tyre intimë ose nga ish-partnerët e tyre (WHO, 2001)

Për këtë arsye, njohja dhe trajtimi i çështjes kërkon vëmendjen e strukturave ligjore dhe atyre shëndetësore. Në fokus të këtij manuali referencë do të jenë njohuri teorike dhe udhëzime praktike për punonjësit e shëndetësisë në mënyrë që ata të jenë në gjendje të identifikojnë e më pas të ndihmojnë të mbijetuarat e dhunës me bazë gjinore. Meqënëse mjeku mund të jetë i pari person jashtë familjes tek i cili një grua e dhunuar mund të drejtohet për ndihmë, ai apo ajo kanë një mundësi dhe përgjegjësi unike për të ndërhyrë. Gratë e dhunuara shpesh paraqiten me dëmtime e ankesa mjekësore të përsëritura, dhe probleme të shëndetit mendor të gjitha si rezultat i të jetuarit në një marrëdhënie abuzive. Mjekët në të gjitha institucionet shëndetësore ndeshen në mënyrë rutine me pasojat e dhunës dhe abuzimit, por shpesh nuk janë në gjendje të njohin dhe përcaktojnë etiologjinë e tyre violente. Duke njohur dhe trajtuar pasojat e dhunës me bazë gjinore, si dhe duke ofruar referim në strehëz, këshillim dhe advokati, mjekët dhe personeli tjetër shëndetësor në kontakt me to, mund ndihmojnë gratë e dhunuara të rimarrin kontrollin mbi jetën e tyre.

Kjo paketë synon të pajisë ofruesit e shërbimeve shëndetësore me një material të plotë dhe konçiz mbi natyrën, format, shkaqet e dhunës me bazë gjinore (DHBGJ) si dhe të ndihmojë në zhvillimin e aftësive bazë lidhur me përballjen, identifikimin, menaxhimin, trajtimin dhe referimin e të mbijetuarave nga dhuna.

PËRKUFIZIME DHE LLOJET E DHUNËS ME BAZË GJINORE.

Rolet sociale të gruas janë ndërtuar mbi bazën e ndryshimeve biologjike që ekzistojnë ndërmjet grave dhe burrave. Përmbajtja e këtyre roleve ka të bëjë me përforcimin gjithnjë e më të madh të “domestikimit” – shtëpiakëzimit të statusit të gruas përmes ritualeve dhe praktikave të lidhura me kulturat e ndryshme. Dhuna me bazë gjinore ka një natyrë shumë dimensionale. Dhuna me bazë gjinore dhe diskriminimi i gruas tolerohen nga shoqëria për të cilën, format e sipërpërmendura janë thjesht mënyra për tu mësuar grave dhe vajzave sesi të “ndreqen” dhe të “binden” (Yasmin, ...) Ekzistenca e dhunës me bazë gjinore nuk varet nga shkalla e përparimit të një shoqërie, përkundrazi ajo ekziston në të gjitha llojet e shoqërive. Ndryshimi i vetëm ka të bëjë me numrin dhe intensitetin e kësaj dhune në shoqëri të ndryshme. Abuzimi seksual, përdhunimi, përdhunimi martesor, vrasja e fëmijëve, dhe diskriminimi në vendin e punës për shkak të gjinisë (gender), përfaqësojnë karakteristika të përgjithshme të eksperiencës së grave kudo në botë. Autorët e këtyre akteve nuk janë të panjohur, përkundrazi ata janë njerëz të dashur dhe të afërt të grave. Ndaj, gratë mund të përballen me dhunë në mjedisin e brendshëm dhe në atë të jashtëm.

1.1 Përkufizim i “Dhunës me bazë gjinore”

Dhuna me bazë gjinore – Nuk është e thjeshtë t’i japësh një përkufizim këtij termi. Ndërsa termi “dhunë” është barazuar shpesh me dhunën fizike, dhuna me bazë gjinore mund të marrë forma të ndryshme, fizike, seksuale dhe psikologjike. Ky term përfshin një sërë praktikash dhe sjelljesh të dëmshme të kryera ndaj vajzave dhe grave, për shkak të seksit të tyre. Përderisa dhuna ndaj gruas nis nga statusi i pabarabartë, tipar ky i shoqërisë patriarkale, gjithnjë e më shumë ajo po trajtohet sipas këndvështrimit “gjinor” (UNICEF & Instituti i Studimeve të Opinioneve Publik, 2003).

Sipas Konventës së Eliminimit të të gjitha formave të Diskriminimit kundër Gruas (1993), dhuna ndaj gruas përkufizohet si një manifestim i

pushtetit të pabarabartë ndërmjet burrit dhe gruas, që rezulton në dominimin dhe diskriminimin e gruas; dhe si një nga mekanizmat kryesore që i mban gratë të nënshtruara (Aleanca Gjinore për Zhvillim, 2004). Për herë të parë, në këtë Konventë dhuna ndaj grave specifikohet si ndërthurje e asaj private dhe publike.

Në Deklaratën mbi Eliminimin e Dhunës kundër gruas, mbajtur nga Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara (Rezoluta 48/104), është dhënë një përkufizim më i plotë i dhunës ndaj grave si "akt dhune i bazuar në përkatësinë gjinore që shkakton ose mund të shkaktojë dëmtim ose vuajtje fizike, seksuale apo psikologjike, duke përfshirë edhe kërcënimin për të tilla akte, shtrengimin ose privimin arbitrar të lirisë, që ndodh në jetën personale apo publike. Dhuna ndaj gruas duhet kuptuar se përfshin, por nuk kufizohet vetëm në sa më poshtë: dhunën fizike, seksuale dhe psikologjike që ndodh brenda familjes, duke përfshirë edhe rrahjen, abuzimin seksual të fëmijëve femra në mjedisin familjar, dhunën që lidhet me pajën, përdhunimin martësor, gjymtimin gjenital të femrave, si dhe praktika të tjera tradicionale të dëmshme për gruan që përfshijnë dhunën jo nga bashkëshorti, dhunën lidhur me shfrytëzimin, ngacmimin seksual dhe kërcënimin në punë, në institucione të arsimit dhe kudo, trafikimin e grave, prostitucionin e detyruar, etj" (Raport i OKB, 1993)

1.2 Llojet e dhunës me bazë gjinore.

Në fokus të këtij manuali do të jenë tre format kryesore të dhunës me bazë gjinore (DHBJG). Këto tre forma përfshijnë: abuzimin seksual të fëmijëve femra, dhunën në familje si dhe përdhunimin.

1.2.1 Përkufizimi i Abuzimit Seksual të Fëmijës.

Çdo ekspozim i qëllimshëm i fëmijëve ndaj një aktiviteti seksual, ose përdorimi i fëmijëve për qëllime seksuale (Stevens, 2002) përbën abuzim seksual të fëmijës. Sipas Konventës për të Drejtat e Fëmijëve, miratuar nga Asambleja e Përgjithshme e Organizatës së Kombeve të Bashkuara (1989), "fëmijë" konsiderohet çdo qenie njerëzore nën moshën 18 vjeç. Abuzimi seksual i fëmijës përfshin përkedhjen, masturbimin, kontaktet orale, vaginale ose anale. Është shumë e rëndësishme të kuptohet që, në rastin e abuzimit seksual të fëmijës, nuk është e domosdoshme që të ndodhë penetrimi. Përdorimi i fëmijës për prostitucion, pornografi apo ekzibicionizëm janë shembuj të tjerë të abuzimit seksual të fëmijës.

Abuzuesi mund të jetë një i njohur ose i panjohur për fëmijën. Në këto raste, abuzuesit janë persona me të cilët fëmija ndeshet rregullisht ose jo në

mjediset jashtë shtëpisë, si psh shkollë, lagje, etj. Nga ana tjetër, abuzuesi mund të jetë edhe një anëtar i familjes, si p.sh. gjyshi, njerku, daja, teza, etj. Në qoftë se fëmija dhe abuzuesi janë të lidhur brenda familjes, atëhere abuzimi quhet inçest. Në shumicën e rasteve, abuzuesi është dikush që fëmija e njej; është dikush nga i cili fëmija varet fizikisht, emocionalisht apo financiarisht. Kjo gjë dëshmohet nga 80% e të rinjve, si dhe nga mbi 90% e fëmijëve më të vegjël (Goldenring, 2005). Abuzuesi përdor pushtetin e tij tek fëmija dhe marrëdhënien specifike për ta shfrytëzuar atë. Mbi të gjitha, abuzuesi dhunon besimin e fëmijës, element ky që e bën abuzimin seksual edhe më shkatërrues për psikikën e fëmijës.

1.2.2 Përkufizimi i Dhunës Familjare.

Ekzistojne terma zëvendësues mbi “dhunën familjare” si psh dhuna nga partneri, dhuna ndaj gruas, dhuna në marrëdhëniet intime, etj. Kjo ndryshueshmëri përcaktimesh ka ardhur si rezultat i fokusit të lëvizshëm të studiuesve. Por jo vetëm kaq. Koncepti i dhunës shpesh herë paraqitet si derivat i elementëve historikë, kulturorë, fetarë, ekonomikë dhe ligjorë të një shoqërie të caktuar.

Koncepti i dhunës në familje tashmë është konsoliduar si përfshirës i të gjitha llojeve të dhunës. Sipas Bregut (2005), dhunë konsiderohet çdo sjellje apo qëndrim që dëmton mirëqënien fizike, emocionale dhe seksuale të një apo disa personave dhe që ndikon në ndërprerjen e zhvillimit normal të individit.

Dhuna në familje shihet si dhunë e ushtruar nga partneri intim apo dhe anëtarë të tjerë të familjes. Dhuna në familje shprehet në këto forma:

Dhuna fizike (ose abuzimi fizik) që konsiston në goditjen me shuplakë, goditjen me thikë, goditjen me shkelm, goditjen me objekte të ndryshme, sh tyrjen, rrahjen, hedhjen, kafshimin, pickimin, mbytjen, djegien, mbylljen në shtëpi, kërcënimin me thikë ose armë tjetër, refuzimin për të dhënë ndihmë gruas kur ajo është shtatëzënë ose e sëmurë, tentativat për vrasje dhe vrasjen (Haxhiymeri & Kulluri, 2000; Bregu, 2005).

Dhuna emocionale (ose abuzimi emocional/psikologjik) përfshin sjellje që kanë për qëllim persekutimin dhe frikësimin e viktimës. Këto sjellje konsistojnë në kritikën e vazhdueshme ndaj bashkëshortes-it/partneres-it, injorimin e ndjenjave të saj/tij, kundërshtimin e vazhdueshëm të mendimeve të saj, poshtërimin në publik ose në mjedisin privat, kërcënimin e bashkëshortes-it/partneres-it për tradhëti bashkëshortore, kërcënimin për abuzim dhe abandonim, kërcënimin për të marrë fëmijët, izolim, agresion

verbal, shenja xhelozie të vazhdueshme, mbajtjen fshehur të parave, mbajtjen në shtëpi pa punë, fyerje të vazhdueshme dhe thirrjet me emra poshtërues (Haxhiymeri & Kulluri, 2000; Bregu, 2005).

Dhuna seksuale (ose abuzimi seksual) është krijimi i marrëdhënieve seksuale të detyruara përmes kërcënimit, frikës dhe forcës fizike. Kjo, për të detyruar seksin me personin, ose seksin me të tjerë. Kjo dhunë konsiston në trajtimin e partneres/it si objekt seksual, detyrimin dhe insistimin për të bërë gjithçka që dëshiron abuzuesi, kryerjen e akteve seksuale sadiste, detyrimin e partneres/it për të bërë seks pas dhunës fizike, etj (Haxhiymeri & Kulluri, 2000; Bregu, 2005).

Dhuna ekonomike (abuzimi ekonomik) përfshin sjelljet që kanë për qëllim mohimin e të drejtës së individit për të patur dhe për të gëzuar pavarësi ekonomike. Disa nga këto sjellje janë: mohimi i parave, mohimi i ushqimit dhe nevojave bazë, refuzimi për të kontribuar financiarisht, izolimi i gruas, detyrimi për të ndërprerë marrëdhëniet e punës, apo për të mos u punësuar, situatë kjo që ka për qëllim rritjen e kontrollit dhe pushtetin mbi bashkëshorten/in ose partneren/in (Haxhiymeri & Kulluri, 2000; Bregu, 2005).

1.2.3 Përdhunimi ose sulmi seksual

Përdhunimi është përdorimi i forcës fizike, kërcënimi apo detyrimi emocional për të penetruar zonen vaginale, orale apo anale të një personi, pa dëshirën apo lejen e tij/saj. Në shumicën e rasteve dhunuesi është dikush që viktima e njeh. Përdhunimi mund të ndodhë një here ose në mënyrë të përsëritur (Stevens, 2002).

Sulmi seksual është një kontakt seksual jo-konsensual që nuk e përfshin penetrimin.

1.2.4. Përkufizimi i “viktimitës” dhe i “të mbijetuaraes”

Në këtë manual do të përdoren shpesh terma të tilla si “viktimitë” dhe “i/e mbijetuar”. Në literaturën e sotme që citon vazhdimisht çështje të lidhura me dhunën me bazë gjinore, vihet re një parregullsi në përdorimin e termave të mësipërme. Shpjegimi i kësaj parregullsie vjen si rezultat i një ambivalence në të kuptuarin dhe në të diferencuarin e këtyre dy koncepteve që në pamje të parë duket se përfaqësojnë të njëjtën gjë: individin që është nën efektin e marrëdhënies abusive.

Ajo që më parë është konsideruar si “viktimitë” për shkak të paaftësisë për të dalë nga situata, më vonë është konsideruar si “e mbijetuar” që

zotëron potencialin e nevojshëm për ndryshim. Pra, konotacioni në rastin e “të mbijetuaraes” është më pozitiv se në rastin e “viktimës”.

Në këtë manual, termi “viktimë” do të përdoret për t’iu referuar individit (gruaja, fëmija apo burri) i cili ndodhet ende në marrëdhënien abuzive; të cilin e karakterizon një ndërgjegjësim minimal ose mungesë ndërgjegjësimi për mënyrën sesi trajtohet nga të tjerët.

Termi “i/e mbijetuar” do të përdoret për t’iu referuar individit që ka bërë hapin e parë për tu shkëputur nga marrëdhënia abuzive; të cilin e karakterizon një ndërgjegjësim i mjaftueshëm për të ndërmarrë hapat e ndryshimit.

Kapitulli II

DHUNA ME BAZË GJINORE SI FENOMEN BOTËROR. INCIDENCA DHE PREVALENZA.

2.1 Dhuna me bazë gjinore si fenomen mbarë botëror.

Dhuna me bazë gjinore është një epidemi globale që ndikon shëndetin dhe stabilitetin ekonomik të grave, të familjeve dhe komunitetit të tyre. Përpyjekjet ndërkombëtare për t'i dhënë fund dhunës me bazë gjinore kanë pësuar rritje të ndjeshme gjatë dekadës së fundit. Kjo është e lidhur me faktin se bota në përgjithësi ka qenë dëshmitare e numrit në rritje të grave të dhunuara në kërkim të një vendi të sigurtë jashtë mjedisit të dhunshëm të familjes (Martin, Zia & Soler, 1998).

Ekspertet mendojnë se përpjekjet për të grumbulluar të dhëna të sakta mbi numrin e të prekurve nga dhuna me bazë gjinore dhe natyrën e saj, vuajnë saktësinë matëse për shkak të pengesave të tilla si: influenca e normave sociale dhe kulturore në përcaktimin e asaj që quhet "dhunë"; ndryshimet në përqindjet e raportuara si rezultat i përkufizimit të përdorur të dhunës, ndryshimet në mënyrën sesi janë shtruar pyetjet; lloji i popullatës së synuar; si dhe mjedisi i intervistës, sa është arritur të eliminohen ndërhyrjet e jashtme gjatë intervistës dhe shkalla e familjaritetit me mjedisin (WHO, 2001) Kjo shërben për të kuptuar se në fakt ajo që tregojnë studimet e deritanishme mbi fenomenin e dhunës së ushtruar ndaj grave dhe ndaj fëmijëve është vetëm maja e ajsgut. Kjo "legjendë e përkthimit të të dhënave" të studimeve të mëposhtme, mund të japë një imazh më objektiv të përmasave dhe efekteve tragjike të dhunës me bazë gjinore.

2.2 Incidenca dhe Prevalenca e Dhunës Familjare.

Studimet ndërkombëtare mbi dhunën ndaj gruas demonstrojnë një shtrirje të gjerë gjeografike të dhunës së përjetuar nga gratë. Çdo vit, afërsisht 1.6 milion njerëz vdesin si rezultat i dhunës dhe shumë të tjerë plagosen dhe vuajnë pasojat fizike, seksuale, ripordhuese dhe të shëndetit mendor. Në botë, dhuna rënditet ndër shkaqet kryesore të vdekjes së njerëzve me moshë 15-44 vjec, duke përfaqësuar kështu 14% të vdekjeve tek meshkujt dhe 7% të vdekjeve të femrat (WHO, 2002)

Edhe pse dhuna ndaj grave është një fenomen global, gratë e vendeve në zhvillim përballen me sfida më specifike. Studimet tregojnë në mënyrë konsistente se dhuna e ushtruar ndaj grave ka pasoja të rënda sidomos për vdekshmërinë e nënave dhe për mbijetesën e fëmijës (World Bank 1993; Ellsberg & Gotemoeller, 1999). Në 48 vëzhgime në të gjithë botën me bazë popullsinë, 10-69% e grave raportojnë të jenë sulmuar fizikisht prej një partneri gjatë jetës së tyre (WHO, 2002). Sipas një raporti të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (2003), partnerët intime kryejnë 40-70% të vrasjeve të grave në të gjithë botën. Dhuna fizike në marrëdhëniet në çift është shpesh e shoqëruar me dhunë emocionale, dhe në 1/3 deri në 1/2 e rasteve ajo shoqërohet me abuzimin seksual (Ellsberg & Gotemoeller, 1999). Gjithnjë e më shumë studimet po tregojnë përforsimin e marrëdhënies së dhunës ndaj gruas dhe përhapjes së HIV/SIDAs në vendet në zhvillim. Kombinimi i dhunës me varfërinë detyron shumë gra që të mbesin në marrëdhëniet e dhunshme dhe të rrezikshme, ku shpesh bëhen subjekt i përdhunimit dhe infeksioneve me HIV nga partnerët e tyre me HIV pozitiv (Human Rights Watch, 2003; WHO, 2002). Studimet e fundit tregojnë se në Uganda, bashkëshortët dhunues, shpesh infektojnë me HIV partneret e tyre në mënyrë të qëllimshme (Human Rights Watch, 2003).

Sipas një studimi kombëtar kanadez, 51 % e grave kanë përjetuar dhunë nga partnerët (Statistika Kanada, 1993); ndërsa sipas një studimi kombëtar Australian, 6% e grave kanë përjetuar dhunë fizike gjatë 12 muajve të fundit (Australian Bureau of Statistics, 1996).

Përafërsisht 25% e grave amerikane raportojnë të jenë përdhunuar dhe/ose të jenë sulmuar fizikisht nga bashkëshorti aktual ose i mëparshëm, ose nga një partner bashkëjetues, ose nga një person tjetër në një moment të jetës së tyre (National Violence Against Women Survey, 1996). Është vlerësuar se 20-30 % e grave dhe 7,5% e burrave në Shtetet e Bashkuara të Amerikës janë dhunuar fizikisht ose seksualisht nga partneri i tyre qoftë edhe një herë në jetën e tyre (National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 1998; McCauley et. al, 1995, Dearwater et. al, 1995). Sipas Dr. Lee Jong-Wook, drejtor i përgjithshëm i shtypit mbi studimet pranë Organizatës Botërore të Shëndetësisë, "gratë janë më shumë në rrezik nga dhuna e ushtruar në shtëpitë e tyre sesa në rrugë dhe kjo paraqet pasoja të rënda dhe të drejtpërdrejta për shëndetin e gruas" (WHO, 2005)

Mundësia e grave heteroseksuale për t'u viktimizuar nga partneri i tyre është pesë deri në tetë herë më e madhe krahasuar me atë të burrave heteroseksuale (U.S. Department of Justice, 1998). Gratë janë afërsisht

dhjetë herë më shumë të rrezikuara nga vrasja nga partneri në krahasim me meshkujt.

2.3 Incidenca dhe Prevalenca e Abuzimit Seksual të Fëmijës.

Në ndryshim nga marrëdhëniet e inçestit, sindroma e fëmijës së abuzuar seksualisht nuk ishte e njohur saktësisht deri nga fundi i vitit 1970. Literatura mjekësore deri në mesin e vitit 1970, përmbante shumë artikuj për fëmijët dhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme, si psh gonorea. Megjithatë, nuk diskutohej asgjë lidhur me origjinën e këtyre sëmundjeve. Në atë kohë, vihej re një hezitim i madh i shoqërisë për t'u përballur me këtë çështje. Vetëm pas tre dekadash ekzaminimesh mbarëbotërore, abuzimi seksual i fëmijës po konsiderohet tashmë si çështje serioze (Goldenring, 2005)

Është e vështirë të përcaktohet qartë incidenca e abuzimit seksual. Kjo ndodh sepse në përgjithësi, abuzimi seksual i fëmijëve është shumë më i fshehtë, ose më pak i raportuar sesa ai fizik. Nga ana tjetër, edhe mënyra sesi përkufizohet abuzimi seksual i fëmijës mund të ndikojë numrin e njerëzve që e kanë përjetuar atë.

Për shumë vajza të reja, dhuna seksuale fillon në adoleshencë apo dhe më herët në fëmijërinë e tyre. Në disa vende të botës, gati 1/3 e vajzave adoleshente raportojnë fillim të dhunshëm të marrëdhënieve seksuale (WHO, 2002)

Sipas disa anketimeve amerikane të femrave në moshë universitare, 20% deri në 30% e tyre kanë patur një eksperiencë negative seksuale. Megjithatë, shumica e këtyre eksperiencave, vlerësuar për nga shkalla e pasojave psikologjike konsiderohen relativisht të vogla, si p.sh. një mashkull ekspozon organet e tij gjinore në mënyrë të papritur. Vlerësimi më i saktë për të kuptuar fenomenin është se 10% deri në 20% të vajzave raportojnë të kenë qenë të abuzuara në mënyrë të ndjeshme.

2.4 Incidenca dhe Prevalenca e Përdhunimit

Mungojnë të dhëna të sakta zyrtare mbi përdhunimin dhe abuzimin seksual. Faktorët kontribues për jo-raportimin e tyre përfshijnë frikën nga hakmarrja, stigmatizimi dhe turpi, mungesa e mbështetjes, si dhe shkatërrimi i familjeve. Asambleja e 49-të Botërore e Shëndetit, mbajtur në vitin 1996, e përcaktoi dhunën si prioritet të shëndetit publik dhe miratoi rekomandimet e konferencave të mëparshme ndërkombëtare lidhur me pasojat shëndetësore të dhunës seksuale (WHO, 2004)

Afrika e Jugut është vendi me incidencën më të lartë në botë të përdhunimit e sidomos të përdhunimit të fëmijës. Afërsisht një në nëntë e 41 milion banorëve janë të infektuar me HIV/SIDA, në krahasim më një në pesë për Botswana (gati 35.8%) dhe 25.25 për Swaziland dhe 25.06 për Zimbabwe (National Institute of Allergies and Infectious Diseases, 2000)

Përdhunimi dhe dhuna seksuale është konsideruar krim kundër njerëzimit nga Gjykata Kriminale Ndërkombëtare dhe është adresuar në shumë rezoluta ndërkombëtare, protokolle dhe deklarata. Konventa e vitit 1979 mbi Eliminimin e të gjitha formave të Diskriminimit ndaj Gruas ishte i pari forum që njohu dhunën ndaj gruas si problem të të drejtave të njeriut. Si rezultat i eksperiencave të përdhunimit masiv në ish-Jugosllavi, Ruanda dhe Somali, nevoja për të adresuar dhunën seksuale të lidhur me luftën, dhunën me bazë gjinore dhe dhunën e shtetit, iu shtua tekstit të Deklaratës së Pekinit në 1995.

Përdhunimi është përdorur dukshëm si armë luftime dhe është dokumentuar në shumë konflikte si p.sh. në Algjeri, Bangladesh, Bosnje dhe Hercegovinë, Indonezi, Liberi, Ruanda dhe Uganda. Vetëm në Bosnje Hercegovinë, numri i grave dhe vajzave të përdhunuara varion nga 10 000 deri në 60 000 (WHO, 2002)

2.5 Kujdesi shëndetësor dhe dhuna me bazë gjinore.

Kanë qenë efektet dërmuese të dhunës në familje të individëve/pacientëve të këtyre 15 viteve të fundit, që kanë tërhequr vëmendjen e punonjësve të shëndetësisë dhe e kanë "diagnostikuar" atë si problem serioz të shëndetit. Familja dhe komuniteti vuajnë gjithashtu pasojat shëndetësore të këtij fenomeni.

Para 12 vjetesh, Akademia Amerikane e Mjekëve Pediater bëri një deklaratë që e përcaktonte dhunën ndaj gruas si një çështje pediatrike. Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, kjo deklaratë dha alarmin në strukturat e kujdesit shëndetësor të fëmijës në mënyrë që stafi mjekësor të tregojë më i kujdesshëm në njohjen dhe identifikimin e rasteve të dhunës tek gratë (Groves, Augustine, Lee & Sawires, 2002). Por ky moment nuk u zhvillua më tutje, që do të thotë: nuk u ofruan udhëzime specifike mbi marrjen në pyetje dhe mënyrën e reagimit të stafit mjekësor në rast identifikimi të dhunës. Për më tepër, nuk pati diskutime mbi dilemat praktike në rast vështirësish gjatë implementimit të "marrjes në pyetje" apo mënyrave të përgjigjeve.

Gjithnjë e më shumë po tërhiqet vëmendja e opinionit publik për ta trajtuar dhunën mbi bazën e përkatësisë gjinore si çështje të rëndësishme të shëndetit publik. Sipas një studimi të Organizatës Botërore të Shëndetësisë

mbi dhunën në familje, dhuna e ushtruar nga partneri paraqitet si forma më e shpeshtë e dhunës në jetën e grave dhe vajzave, krahasuar kjo me atë të përdhunimeve apo sulmeve nga të huajt (WHO, 2005). Në vazhdim të rezultateve të këtij studimi, në krahasim me gratë jo të dhunuara, gratë e dhunuara janë dyfish të rrezikuara ndaj shëndetit jo të mirë, ndaj problemeve fizike dhe mendore; kjo edhe në rastet kur dhuna ka ndodhur vite më parë. Këto probleme përfshijnë lodhje, ankth, depresion, mendime ose tentativa suicidale (vetëvrasjeje), ngarkesë mendore dhe emocionale, simptoma psiko-somatike, dhimbje koke, mungesë përqendrimi, pagjumësi, si dhe simptoma fizike si dhimbje, marrje mendsh, fraktura, dështime, lindje të parakohshme, rrjedhje vaginale, etj.

Dhuna në familje kushtëzon aftësitë e grave për të marrë shërbime në kujdesin shëndetësor, duke përfshirë dhe kujdesin prenatal si dhe testimin dhe trajtimin për HIV/SIDA, gje e cila ndodh sepse bashkëshortët ua ndalojnë atyre të ndjekin këto shërbime (Human Rights Watch, 2003). Prevalenca e grave në vendet në zhvillim që përjetojnë dhunë gjatë shtatëzanisë varion nga 4%-20% (Khurram & Hyder, 2003).

Krahas plagëve që gratë mund të marrin gjatë episodeve të dhunës, dhuna fizike dhe psikologjike është e lidhur me një sërë efektsh të dëmshme fizike shëndetësore si: artriti, dhembje kronike e qafës dhe e shpinës, migrena, dhembje të shpeshta të kokës, infeksione të transmetuara në rrugë seksuale, dhembje kronike pelvike, ulçera peptike, (spastic colon), vështirësi në trejten e ushqimit, si dhe diarre dhe probleme me kapsllëkun (Coker, et. al 2000) Gjithashtu, është me rëndësi të dihet se trajtimi optimal mjekësor i sëmundjeve kronike të tilla si: astma, epilepsia, diabeti dhe hipertensioni mund të bëhet i vështirë për kategorinë e grave të dhunuara.

Jo gjithnjë gratë që ndodhen të përfshira në marrëdhënie të dhunshme zgjedhin t'i drejtohen një mjeku të përgjithshëm apo për më tepër një mjeku gjinekolog. Janë të njëjtët faktorë që pengojnë përballjen e grave të dhunuara me strukturat e kujdesit shëndetësor në përgjithësi. Një studim amerikan në rang kombëtar ka raportuar se dëmtimet fizike si rezultat i dhunës nga partneri janë konstatuar në 17% të pacienteve të departamenteve të emergjencës (Rand & Strom, 1997). Shërbimet e urgjencës përfaqësojnë burime me potenciale të mëdha identifikuese për rastet që paraqesin simptoma fizike apo psikologjike të dhunës. Sipas studimit "Women's Health and Domestic Violence Against Women", kujdesi prenatal, planifikimi familjar, kujdesi post abortit konsiderohen si pikat kyçe hyrëse që mund të sigurojnë kujdes, mbështetje si dhe referime në shërbime të tjera për gratë që ndodhen nën efektin e dhunës, ose që mendojnë por nuk kanë forca të shkëputen prej saj (World health Organisation, 2005)

Sipas një studimi australian, është shumë e rëndësishme që shërbimet e shëndetit të përmirësojnë cilësitë e shërbimeve ndaj individëve që vuajnë pasojat e dhunës në familje (Bates, Hancock & Peterkin, 2001). Ja si shprehet kjo nga një e mbijetuar nga dhuna: "Ne shpesh herë quhemi budallaqe. Unë nuk mendoj kështu. Ne jemi të forta dhe të mençura, por pak kurajo dhe orientim do të kërkoje pak kohë..." Kjo kurajo dhe kohë për të cilën shprehet kjo grua mund të përkthehet si detyrë e stafit mjekësor për të qenë të kujdesshëm, të ndjeshëm ndaj çështjes së dhunës dhe kryesisht të dhunuarave (paragjykimeve), dhe mbi të gjitha të durueshëm për të ndërmarrë hapat që duhen në momentet e duhura.

2.5.1 Dhuna me bazë gjinore dhe shëndeti riprodhues & seksual.

Dhuna e ushtruar ndaj grave ndikon në veçanti në shëndetin riprodhues dhe seksual të grave dhe mund të kontribuojë në një rrezikshmëri të lartë të infeksioneve të transmetuara në rrugë seksuale dhe mbi të gjitha HIV/SIDA. Sipas një studimi që përfshin 24 000 të intervistuar, dhe përfshin 10 vende të ndryshme të botës, në krahasim me gratë që nuk raportojnë dhunë, gratë që raportojnë dhunë fizike dhe seksuale nga partnerët e tyre, ishin më të lirshme të raportonin se gjatë marrëdhënies së tyre kanë patur të paktën një abort të detyruar ose abort spontan. Megjithatë shtatëzania është konsideruar më shumë si një periudhë kur gruaja duhet mbrojtur, në shumicën e studimeve lokale, 4% - 12% e grave që kanë qenë shtatëzua, raportojnë të jenë rrahur gjatë kësaj periudhe. Më shumë se 90% e këtyre grave janë dhunuar nga babai i fëmijës së palindur. Ndërmjet 1/3 dhe 1/2 e këtyre grave janë goditur me grusht ose janë shqelmuar në bark (WHO, 2005)

Të ndodhura nën presionin e vazhdueshëm të traumës që çon në thellimin e simptomave psikologjike si mungesë përqendrimi, izolim, gjendje të pashpresë, mungesë dëshire për t'u përfshirë në aktivitete argëtuese dhe të shëndetshme për veten, nuk është e rastësishme që gratë e dhunuara, të neglizhojnë veten e tyre si nga pikëpamja fizike, ashtu dhe ajo shëndetësore. Sipas studimeve të fundit, kjo kategori grash nuk është e predispozuar të përfshihet në sjellje të kujdesit shëndetësor parandalues si psh: mamografi e rregullt (Barkan, Farley, Minkof, 2000).

2.5.2 Dhuna me bazë gjinore dhe shëndeti mendor.

Një pjesë e mirë e studimeve mbi dhunën ndaj gruas, kanë mundur të gjejnë lidhje ndërmjet grave të dhunuara dhe shëndetit mendor të tyre. Shumica e këtyre studimeve pohojnë se gratë që kanë përjetuar dhunë kanë më shumë mundësi të kenë probleme të shëndetit mendor krahasuar me ato që nuk kanë patur eksperiencë më marrëdhënie të dhunshme (Jaffe et al, 1986; Stalk & Flitcraft, 1996; Watson et al, 1997; Danielson et

al, 1998; Sutherland, Bybee, Sullivan, 1998; Roberts et al, 1998; Mason, 2003). Megjithatë ekziston një kufizim i studimeve në lidhje me shëndetin mendor të grave të dhunuara. Nuk është e qartë nëse episodet e dhunës bëhen shkak për probleme të shëndetit mendor, apo këto probleme kanë ekzistuar para se dhuna të bëhej prezente.

Megjithëse teoria sipas së cilës, problemet e shëndetit mendor janë rrjedhojë e dhunës nuk është e provuar empirikisht, ekzistojnë disa tregues mbështetës të saj. Sutherland, Bybee and Sullivan (1998), ndërmoren një studim (longitudinal) për të vërejtur shëndetin fizik dhe mendor të grave që lagoheshin nga marrëdhëniet abuzive. Ata intervistuan një kampion prej 136 grash në momentin e largimit nga partneri dhunues, pas 6 muajsh dhe pas 12 muajsh. Sipas rezultateve të këtij studimi u vu re një ulje e ndjeshme e ankthit dhe depresionit që lidhej me mungesën e dhunës nga partneri (Mason, 2003). Pra sipas këtij studimi, Sutherland, Bybee and Sullivan (1998) arritën të zbulonin marrëdhënien që ekziston ndërmjet dhunës nga partneri dhe problemeve të shëndetit mendor. Akoma mbetet e debatueshme teza sipas së cilës dhuna shkakton probleme të shëndetit mendor. Megjithatë fakti që dhuna dhe shëndeti mendor janë të ndërlidhura, në kuptimin se ato ndodhin në të njëjtën kohë, është i mjaftueshëm për të evidentuar nevojën për shërbime të shëndetit mendor të të mbijetuarave nga dhuna.

DHUNA ME BAZË GJINORE SI FENOMEN SHQIPTAR.

3.1 Kronologjia e “pabarazisë gjinore” në Shqipëri – vështrim historik.

Shoqëria shqiptare ka kaluar përmes tranzicioneve të ashpra politike, ekonomike, sociale dhe psikologjike, pasojat e të cilave kanë lënë gjurmë veçanërisht tek shtresat më të pambrojtura të popullsisë, gratë dhe fëmijët. Studimet e deritanishme mbi dhunën me bazë gjinore në Shqipëri, përforcojnë Kanunin si burim të dhunës dhe keqtrajtimit të grave shqiptare nga burrat, por ai nuk është i vetmi. Ndërsa influenza e Kanunit vulosi përgjithnjë dominancën e burrave mbi gratë, pozitat inferiore të grave janë gdhendur si pasojë e një ndërveprimi të vazhdueshëm të shumë faktorëve kulturorë, socialë, kohorë, familjarë dhe individualë.

Periudha pas Luftës së Dytë Botërore shënoi një kthesë në qëndrimin ndaj gruas në Shqipëri. Gjatë kësaj periudhe, u vu re një lloj “aktivizimi” i grave për t’iu përshtatur ritmeve të “revolucionarizimit” të vendit (Miria & Sala, 1999). Kjo erë ndryshimesh ishte padyshim çliruese për gratë dhe vajzat shqiptare që deri në atë kohë kanë qenë nën efektin shfrytëzues dhe diskriminues të Kanunit, sipas të cilit, rrahja, keqtrajtimi, dhe marrja e jetës së gruas ishin të ligjshme.

Sistemi 46 vjecar totalitar megjithë traumën psikologjike masive që shkaktoi, pati një efekt ndriçues dhe rigjenerues ndaj rolit dhe statusit social dhe ekonomik të gruas në Shqipëri. Gruaja nuk ishte më e papërfillshme në shtëpi, përkundrazi ajo konsiderohej si forcë “emancipuese” për shoqërinë, “e barabartë me burrin” dhe e pavarur. Rritja e kërkesave të gruas për edukim, përfshirja e saj e spikatur në jetën ekonomike, arsimore dhe sociale çuan në forcimin e pozitave të saj në raport, kjo së paku jashtë mureve të shtëpisë. Kodi i Familjes i vitit 1982 i shërbeu pikërisht këtij statusi të rimëkëmbur të gruas në shoqërinë shqiptare të atyre viteve. Në nenin 6 të këtij Kodi, “sanksionohet se gruaja çlirohet nga shtypja ekonomike dhe politike dhe gëzon të drejta të barabarta me burrin” (Shoqata e Grave Juriste, 2000). Megjithatë, sistemi komunist i “barazisë në dukje” nuk ka

mundur të përjashtojë ekzistencën e dhunës ndaj gruas. Duket që ky sistem i ka dhënë liri gruas më tepër jashtë mureve të shtëpisë sesa brenda saj. Edhe pse nuk u bë asnjëherë publik, keqtrajtimi i grave në familje dhe në shoqëri ishte në përmasa të konsiderueshme (Miria & Sala, 1999). Trajtimi i kësaj çështjeje iu shtua listës së gjatë së tabuve të kohës “së ndaluar”.

Tranzicioni i viteve 1990-1998, kryesisht ai ekonomik ka nxjerrë në pah pabarazinë gjinore në formën më të ashpër të tij. Proçesi i kalimit nga ekonomia e centralizuar në ekonominë e tregut ka forcuar pushtetin ekonomik të burrit dhe ka cënuar pavarësinë ekonomike të gruas. Më tutje, gruaja ka shtuar radhët e të punësuarave në njësi të vogla shërbimesh apo shërbime shtëpiake (Raporti i Zhvillimit Njerëzor në Shqipëri, 1998) Si rezultat, u vu re një rritje e ndjeshme e numrit të papunësisë të gratë, që çënoi në mënyrë automatike edhe statusin social të tyre. Edhe pse ofroi një shkallë më të madhë lirie për gratë në aspektin estetik dhe kujdesit për veten, demokratizimi i shoqërisë shqiptare pagëzoi fillimin e një varësie ekonomike të grave nga burrat.

Fenomeni i dhunës ndaj gruas (dhunës me bazë gjinore) në Shqipëri ka qenë në vëmendje të disa organizatave jo-qeveritare për gratë që në vitin 1992. Fillimisht kontributi i këtyre organizatave ka konsistuar në fushatat e sensibilizimit publik dhe kërkimeve në fushën e problemeve të përkatësisë gjinore. Që prej vitit 1996, projektet patën një orientim më të madh drejt ngritjes së qendrave dhe lokalizimit të shërbimeve për gratë për t’iu përgjigjur kështu jo vetëm nevojave fizike, por edhe atyre psikologjike. Mbi të gjitha, aktiviteti i organizatave joqeveritare për gratë krijoi një dimension të ri lidhur me trajtimin dhe diskutimin në publik të dhunës me bazë gjinore (Sala & Miria, 1999).

3.2 Incidenca dhe prevalenca e Dhunës me Bazë Gjinore në Shqipëri.

Sipas monitorimit të shtypit për periudhën 2002-2003, në Shqipëri 56 gra dhe vajza kanë humbur jetën si rezultat i dhunës në familje, ndërsa 74 janë lënduar rënde fizikisht (Qendra e Gruas, 2003). Për fat të keq, denoncimi i kësaj dhune në organet përkatëse ligjore është shumë i ulët në krahasim me shifrat reale të episodeve të dhunës. Gjatë periudhës 1990-1996, ka qenë e vështirë për gratë dhe vajzat që të ngrejnë padi ndaj dhunuesve. Kjo lidhet me një seri arsyesh, si frika ndaj dhunuesit, çështjet e varësisë ekonomike, frika, gjykimi i rrethit të ngushtë, shoqërisë, frika nga stigma e “të abuzuara” apo “viktims” apo dhe vet-stigmatizimi. Një pjesë e mirë e këtyre arsyeve e kanë origjinën në natyrën patriarkale të shoqërisë shqiptare. Tipari patriarkal e ka favorizuar dhunën në familje, e cila mundëson “burrin e shtëpisë” të dominojë gruan duke e nënshtuar atë (Miria & Sala, 1999).

Megjithatë, është e rëndësishme të kujtohet që niveli i ulët i denoncimeve të partnerëve apo bashkëshortëve dhunues ka qenë për një kohë të gjatë rezultat i mungesës së informacionit, identifikimit dhe ndërgjegjësimit të grave mbi dhunën. Pavarësisht nga barrierat e lartpërmendura, shifrat e dhunës së raportuar janë të konsiderueshme. Sipas një studimi të Shoqatës së Grave Juriste (2000), mbi dosjet penale të gjykuara në 1990-1998, bie në sy se dhuna fizike e ushtruar ndaj grave është shoqëruar me vepra penale nga më të rëndat që hyjnë në kategorinë e krimeve të jetës të kryera me dashje. Në të njëjtin hark kohor, shënohet rritje e numrit të divorceve, ku sipas studimit të lartpërmendur, 35% e rasteve të divorcit janë konsideruar çështje penale të dhunës së ushtruar ndaj gruas, si psh: rrahja, plagosja, fyerja, krimi seksual. Programet e trajnimit për të rritur ndërgjegjësimin tek punonjësit e policisë, punonjësit socialë dhe komuniteti janë shumë të rralla (Refleksione, 2000; Haxhiymeri et al., 2000). Shërbimet që ekzistojnë funksionojnë në kushtet e mungesës së mbrojtjes ligjore të posaçme për viktimat e dhunës. Vetëm 5 % e rasteve të dhunës në familje kanë kërkuar mbrojtje ligjore, sipas zyrës ligjore të grave (Meçaj, 1997).

Studimi kombëtar për shëndetin riprodhues që u krye në Shqipëri në vitin 2002 nga Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) me mbështetjen e USAID, UNFPA dhe UNICEF dhe me asistencën teknike të Qendrës së Previcionit dhe Kontrollit të Sëmundjeve (CDC) u përqendrua në tre aspekte të dukshme të dhunës ndaj grave: 1- dhuna gjatë periudhës së fëmijërisë, 2- dhuna verbale, fizike dhe seksuale e shkaktuar nga partnerët e mëparshëm ose aktualë, e cilësuar këtu si “dhunë nga partneri intim (IPV)” që shpesh i referohemi si “dhuna shtëpiake” dhe 3- përvoja e grave në një marrëdhënie seksuale të detyruar ose ndryshe përdhunim. Përveç grave në moshë riprodhuese që u pyetën rreth përvojës së këtyre tre tipeve të dhunës, u pyetën edhe burrat shqiptarë rreth ndonjë përvoje që ata kanë patur gjatë fëmijërisë së tyre dhe a kanë kryer ata një veprim të tillë si ushtrimi i dhunës verbale, fizike apo seksuale ndaj partneres intime aktuale apo të mëparshme të tyre. Të dhënat për burrat në këtë studim dokumentuan për herë të parë dhunën në familje, të burrave në Shqipëri.

Historitë e personave që kanë qenë dëshmitarë ose që kanë provuar abuzime gjatë fëmijërisë së tyre.

Të kesh qenë dëshmitar i dhunës në familjen tënde është një nga faktorët më me rrezik për ushtrimin dhunës kur rritesh. (Hoteling dhe Sugaram, 1986). Në Shqipëri u pyeten si gratë ashtu edhe burrat nëse gjatë fëmijërisë apo adoleshences së tyre kanë parë ose dëgjuar prindërit apo njerëzit e tyre të ushtrojnë dhunë fizike ndaj njëri-tjetrit. Të intervistuarit

u pyetën gjithashtu nëse kur ishin fëmijë janë rrahur apo keqtrajtuar fizikisht nga ndonjë person në familjen e tyre.

Ndërmjet grave shqiptare të moshës 15-44 vjeç, 11.5% e tyre raportuan se kanë qënë dëshmitare të abuzimit të prindërve të tyre dhe 27.2% raportuan se kanë qënë abuzuar gjatë fëmijërisë. Prevalenca e këtyre dy treguesve ishte më e madhe ndërmjet banoreve që jetonin në zonat rurale në krahasim me ato që jetonin në zonat urbane. Prevalenca e personave dëshmitarë në abuzim dhe atyre që kanë provuar dhunë në fëmijëri ishte më e madhe ndërmjet grave me katër ose më shumë fëmijë, me një nivel të ulët arsimor, me një status social-ekonomik të ulët dhe ndërmjet atyre që nuk ishin të punësuar. Për shembull, 20.1% e femrave me arsim më të lartë se të mesëm raportuan se kanë qënë të abuzuara fizikisht kur kanë qënë fëmijë ndërkohë që femrat me një nivel të ulët arsimor, 31.2%.

Ne te njejtin studim, burrat shqiptarë me moshë nga 15 deri 49 vjeç raportuan dukshëm nivele më të larta për të dy treguesit në krahasim me femrat. Në tërësi, 47.4% e burrave të intervistuar raportuan se kanë qënë dëshmitarë të dhunës së prindërve ndërkohë që tek gratë kishte vetëm 11.5%; dhe 66.8% e burrave raportuan se janë rrahur dhe keqtrajtuar fizikisht gjatë fëmijërisë së tyre, ndërkohë që përsëri tek gratë kjo shifër është më e ulët, 27.2%.

Përvoja e grave në lidhje me dhunën në çift.

Dhuna e partnerit intim (IPV) apo dhuna në çift përbën një aspekt të dhunës me bazë gjinore dhe është përcaktuar si dhunë verbale, fizike, ekonomike dhe seksuale, e cila ndodh ndërmjet partnerëve aktualë apo të mëparshëm, përfshirë bashkëshortët dhe bashkëshortet, personat që bashkëjetojnë, apo përfshihen në lidhje të rastit. Në Shqipëri përcaktimi i dhunës në çift (IPV) kufizohet si dhunë ndërmjet partnerëve të martuar aktualë apo të mëparshëm, si dhe ndërmjet atyre që bashkëjetojnë. Në tërësi 30.4% e grave shqiptare raportuan se gjithmonë kanë provuar dhunë verbale nga partneri. Gjithashtu 2.9% e femrave raportuan se gjithmonë kanë qënë të dhunuara seksualisht nga bashkëshorti apo partneri. Gratë në Shqipëri, përgjithësisht nuk kanë autonomi seksuale dhe aftësitë negociuese pothuajse mungojnë (Baban et al., 2003; Lesko et al., 2003).

Dhuna e ushtruar nga meshkujt në lidhjen në çift.

Në studimin kombëtar për shëndetin riprodhues 32.5% e meshkujve raportuan të kenë kryer abuzim verbal kundër partnerit tjetër, 14.2% kanë

kryer abuzim fizik dhe 1% kanë kryer marrëdhënie seksuale me forcë. Gjithashtu ndërmjet raportimeve të burrave që kanë shkaktuar dhunë fizike të butë gjatë jetës, më të larta ishin raportimet e atyre me një numër më të madh fëmijësh, arsim dhe status social-ekonomik të ulët. Më shumë se gjysma e grave të abuzuara (52.5%) raportuan se nuk kishin folur me njeri. Gratë, të cilat kanë folur rreth dhunës fizike dhe seksuale, identifikuan si persona të besueshëm për të folur, anëtarë të familjes, apo shoqet. 52.7% raportuan se ato bisedojnë më shumë me nënën, 37% raportuan se kanë folur me një person të familjes së burrit dhe 32.2% raportuan se kanë biseduar me një të afërm. Vetëm 10% raportuan se kanë shkuar në polici, 8.5% kanë folur me një mjek dhe 2.8% me një këshillues ligjor.

Gjate katër viteve të fundit është vënë re një rritje e ndjeshme e grave të cilat e raportojnë dhe e denoncojnë dhunën. Nga ana tjetër, kjo nuk e mohon faktin që një pjesë e mirë e të dhunuarave nuk e konsiderojnë dhunën në familje si krim, por thjesht “si rutinë e jetës së tyre martesore” (Bregu & Gjermani, 2002). Në këtë rast, e dhunuara është në gjendje ta njohë dhunën, por ajo zgjedh të “mbyllë një sy, siç kanë bërë dhe bëjnë të gjithë çiftet në fund të fundit”. Në këto raste, e dhunuara ka një ndërgjegjësim të pjesshëm ndaj fenomenit dhe reagon ndaj tij me rezistencë, izolim dhe shpesh herë minimizim të realitetit ku ndodhet.

Dhuna dhe krimi në familje këto tre vitet e fundit kanë shënuar rritje (Bregu, 2005) për çudi, ashtu si edhe denoncimi dhe raportimi i dhunës prej grave. Ndoshta një përpjestim i zhdrejtë i këtyre dy dukurive do të kishte më shumë besueshmëri. Për sa më lart, ekzistojnë vetëm pak mundësi shpjegimi: 1. ndoshta dhuna dhe krimi në familje nuk është ushtruar vetëm ndaj grave; 2. ndoshta ka ende paqartësi në përkufizime dhe identifikime të dhunës nga bashkëshorti si dhe përkufizime diferenciale ndërmjet dhunës ndaj grave dhe krimit në familje; 3. ndoshta strukturat përgjegjëse të zbatimit të ligjit nuk ekzistojnë, ose nuk funksionojnë siç duhet. Jo vetëm boshllëqet në legjisllacion, por edhe moszbatimi i ligjeve ekzistuese nuk arrijnë të mbrojnë gruan e si rrjedhim, as të ndikojnë me modesti në uljen e dhunës dhe krimit në familje.

3.3 Përmasat e abuzimit seksual të fëmijëve në Shqipëri.

Nuk është e lehtë të përcaktosh përmasat e fenomenit të abuzimit seksual të fëmijëve në Shqipëri. Ndërsa raportimi i dhunës nga gratë në moshë madhore që kanë aftësi kognitive të tilla për të kuptuar kufijtë e “sjelljes normale” është ende shumë i vogël për shkak të faktorëve të përmendur më sipër, raportimi i dhunës seksuale nga fëmijët bëhet dyfish i vështirë

për shkak të kufizimeve kognitive në të kuptuarit apo të ndarit e “sjelljes normale, të pranueshme nga ajo jo normale dhe të papranueshme”.

Sipas një studimi mbi fëmijët të moshave 6-12 vjeç dhe 13-18 vjeç të kryer nga Qendra e Trajtimit Multidisiplinor për Problemet e Keqtrajtimit të fëmijëve (2003), 11% e fëmijëve kishin patur ngacmime seksuale dhe 4% e tyre i kishin përjetuar ato në mjedisin familjar; 4% e fëmijëve pranuan përjetimin e dhunës seksuale (Aleanca Gjinore për Zhvillim, 2005). Ndërsa sipas një studimi mbi profilin e fëmijëve shqiptarë të dhunuar, të kryer nga Qendra për Mbrojtjen e të Drejtave të Fëmijëve në Shqipëri (CRCA) me Qendrën e Informacionit dhe Kërkimeve për të Drejtat e Fëmijëve në Shqipëri (IRCCRA), Olof Palme International and Defense for Children International (DCI) rezulton se 3% e fëmijëve të dhunuar të strehuar në Strehëzën e Tiranës, janë abuzuar seksualisht përfshi këtu ngacmimet seksuale nga babai. Thuhet se 100% të fëmijëve të Strehëzës kanë përjetuar dhunë emocionale, dhunë ekonomike, si dhe privim nga të drejtat e tyre (Aleanca Gjinore për Zhvillim, 2005).

Kapitulli IV

KONTEKSTI LIGJOR SHQIPTAR PËR DHUNËN ME BAZË GJINORE.

4.1 Konventa për të Drejtat e Fëmijëve (1990).

Miratimi i Konventës për të Drejtat e Fëmijëve përfaqëson kurorëzimin e një sërë përpjekjeve për të njohur, organizuar dhe për të mbrojtur të drejtat e fëmijëve, e kryesisht për të përmirësuar rregullimin e çështjeve që kanë të bëjnë me dhunën ndaj fëmijëve. Konventa sanksionon detyrimin e të gjitha shteteve nënshkruese për të marrë masat e duhura mbrojtëse për fëmijët. Kjo Konventë e miratuar nga Asambleja e Përgjithshme e OKB më 20 nëntor 1989, ka hyrë në fuqi në 2 shtator 1990 dhe është ratifikuar nga Shqipëria në vitin 1992 (Hysi, 2005).

Një vend të rëndësishëm në këtë Konventë zë edhe nevoja e parandalimit të keqtrajttimeve dhe të abuzimeve ndaj fëmijës, e trajtuar kjo në nenin 19 të saj. Edhe pse nuk jep përkufizim mbi keqtrajtimin e fëmijëve, Konventa trajton disa lloje sjelljeje ndaj fëmijëve që duhen konsideruar si keqtrajttime. Në nenin 19 të Konventës, janë përcaktuar grupet kryesore të keqtrajttimeve të kryera nga prindërit ose personat përgjegjës (përfaqësues ligjor të fëmijëve). Sipas nenit 34 të kësaj Konvente, përcaktohen format e abuzimit seksual si detyrimi dhe nxitja e fëmijëve në veprimtari të paligjshme seksuale, shfrytëzimi për qëllime prostitucioni, apo praktika seksuale të paligjshme si dhe shfrytëzimi për përfshirje në aktivitete të karakterit pronografik.

Siç nënvizon Hysi (2005), Konventa shpreh qartë se cilido person, qoftë ky edukator, mësues, prind, kujdestar, mjek, që për shkak të rrethanave apo të profesionit të tij, vihet në dijeni të keqtrajtimit të një fëmije, duhet t'i raportojë raste të tilla.

4.2 Legjislacioni shqiptar për mbrojtjen e fëmijëve nga dhuna seksuale.

Megjithëse Shqipëria ratifikoi Konventën e Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Fëmijëve që në vitin 1992, zbatimi i saj nuk ka funksionuar siç duhet. Kjo letargji implementuese është rezultat i faktorëve të tillë si mungesa e iniciativës politike nga ana e qeverisë shqiptare së bashku me mungesën e njohurive mbi Konventën nga ana e stafit në nivel lokal dhe qendror (Grupi Shqiptar për të Drejtat e Njeriut, Qendra për Iniciativa civile dhe ligjore, Qendra për të Drejtat e Njeriut në Shqipëri, Organizata Botërore kunder Torturës, 2005). Për këto arsye, konstatimi i formave të shkeljes së të drejtave të fëmijëve në Shqipëri ka qenë i shpeshtë.

Gjithnjë e më shumë, literatura aktuale mbi çështjet e identifikimit të abuzimit seksual të fëmijëve ndalet në rëndësinë e përgatitjes cilësore të personelit që kontakton për herë të parë me të miturin. Trauma fizike nuk godet e vetme; ajo së bashku me traumën psikologjike dëmtojnë integritetin e fëmijës. Si rezultat, ata e kanë të vështirë të kuptojnë çfarë u ka ndodhur e për rrjedhojë të kuptojnë që duhet të kërkojnë ndihmë. Edhe në rastet kur fëmija ka mundësi të dëshmojë, ai/ajo nuk e bën diçka të tillë. Pse? Fëmija ose i mituri jeton me frikën, ku ndodhet, dhe me frikën e asaj që mund të ndodhë, që mund të jetë fatale. Kjo vlen edhe për rastin kur dhunuesi është babai, njerku ose një i afërm i tij/e saj, por edhe në rastin kur dhunuesi është një i panjohur. Në rastin e parë, fëmija e ka të vështirë të denoncojë prindin e tij/ e saj sepse “unë i detyrohem prindit për gjithçka që ai ka bërë për mua”, ndërsa në rastin e dytë, frika me një të panjohur është edhe më e mistershme për fëmijën, sepse paparashikueshmëria e situatës/ve e kthen fëmijën në rob të terrorit që ai duhet të përballojë i vetëm.

Sipas Hysi (2005) është e rëndësishme të mbahen parasysh edhe rrethanat ku kryhet abuzimi seksual i fëmijëve. Shpesh here, kur abuzimi seksual ndodh në familje ose në rrethin familjar, dhunuesi e paraqet si normale marrëdhënien abuzive me fëmijën. Për më tepër, ai e konsideron atë si marrëdhënie me dëshirën e të dy palëve. Këto rrethana e vështirësojnë identifikimin e “provave” të abuzimit seksual të të miturit.

Në qoftë se i rikthehemi përmbajtjes, sipas studiuesve të ligjit, Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë e vitit 1998, paraqet një mbrojtje më të plotë të fëmijëve nga abuzimi dhe shfrytëzimi. Sipas nenit 54/3 të Kushtetutës së Shqipërisë, “çdo fëmijë ka të drejtë të jetë i mbrojtur nga dhuna, keqtrajtimi, shfrytëzimi, dhe përdorimi për punë, veçanërisht nën moshën e përgjegjësisë minimale për punën e fëmijëve, që mund të dëmtojë shëndetin, moralin ose të rrezikojë jetën ose zhvillimin e tij normal.”

Mbrojtja e fëmijëve nga abuzimet seksuale është konceptuar si një seksion i veçantë (VI) në Kodin Penal. Ky seksion përmban disa nene që synojnë të mbrojnë fëmijët nga abuzimet seksuale të kryera nga persona familjare ose të afërm. Sipas nenit 100, 101 të Kodit Penal, dënohet në mënyrë të veçantë kryerja e marrëdhënieve seksuale ose homoseksuale me të mitur, me apo pa dhunë. Neni 106 i Kodit Penal dënon marrëdhëniet seksuale me persona në gjini ose nën kujdestari. Neni 108 i këtij Kodi, dënon “veprat e turpshme”; neni 114/a dënon shfrytëzimin e prostitucionit të të miturve, ndërsa neni 117 denon prodhimin, shpërndarjen, reklamimin, importimin, shitjen, botimin e materialeve pornografike në mjediset e të miturve (Hysi, 2005)

4.3 Legjislacioni shqiptar për dhunën në familje.

Tashme legjislacioni shqiptar është pasuruar me një ligj të veçantë për dhunën në familje. Ligji u përgatit nga një grup specialistësh të angazhuar në luftën kundër dhunës në familje prej vitesh dhe u miratua në dhjetor 2006.

Ky ligj ka për qëllim parandalimin dhe reduktimin e dhunës në familje në të gjitha format e saj, me anë të masave të përshtatshme ligjore, garantimin e mbrojtjes me masa ligjore të pjesëtarëve të familjes, të cilët janë viktimat e dhunës në familje, duke i kushtuar vëmendje të veçantë fëmijëve, të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuar. (LIGJI Nr.9669, datë 18.12.2006 “PËR MASA NDAJ DHUNËS NË MARRËDHËNIET FAMILJARE”, Neni 1)

Ky ligj ka si objekt a) krijimin e një rrjeti të koordinuar institucionesh përgjegjëse për mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave, lehtësimin e pasojave dhe parandalimin e dhunës në familje; b) orientimin e punës për krijimin e strukturave dhe organeve përgjegjëse në nivel qendror dhe vendor për mbështetjen e viktimave dhe parandalimin e dhunës në familje;

c) fuqizimin e gjyqësorit për marrjen e masave të mbrojtjes ndaj dhunës në familje; ç) sigurimin/garantimin për viktimat e dhunës në familje të shërbimit të shpejtë, të pakushtueshëm dhe të thjeshtë në përputhje me ligjin, pranë gjykatës apo organeve të tjera kompetente për zbatimin e ligjit (LIGJI Nr.9669, datë 18.12.2006 “PËR MASA NDAJ DHUNËS NË MARRËDHËNIET FAMILJARE”, Neni 2).

Ligji i sipërpërmendur jep edhe përkufizimin mbi dhunën në familje. Në kuptim të këtij ligji, përveçse kur parashikohet shprehimisht ndryshe në dispozita të veçanta të tij, me termat e mëposhtëm kuptojmë:

1. “Dhunë” është çdo veprim apo mosveprim i një personi ndaj një personi tjetër, që sjell si pasojë cenim të integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual, social, ekonomik.

2. “Dhunë në familje” është çdo akt dhune, sipas pikës 1 të këtij neni, i ushtruar midis personave që janë apo kanë qenë në marrëdhënie familjare.
3. “Pjesëtarë të familjes” janë:
 - a) bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja apo ish–bashkëshorti/ja apo ish partneri/ja bashkëjetues;
 - b) vëllezërit, motrat, gjinia në vijë të drejtë, përfshirë prindërit adoptues dhe fëmijët e adoptuar;
 - c) bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja i personave të parashikuar në shkronjën “b”;
 - ç) gjinia në vijë të drejtë, përfshirë edhe prindërit, edhe fëmijët e adoptuar të bashkëshortit/es ose bashkëjetuesit/es;
 - d) vëllezërit dhe motrat e bashkëshortit/es nëse kanë bashkëjetuar gjatë 3 muajve të fundit;
 - dh) fëmijët e bashkëshortëve apo partnerëve bashkëjetues.
4. “Viktimë” është personi mbi të cilin është ushtruar dhuna e përcaktuar në pikën 1 të këtij neni.
5. “Dhunues/e” është personi i paditur për ushtrimin e dhunës në marrëdhëniet familjare përpara organeve kompetente. (Neni 3)

Ligji përcakton edhe autoritetet përgjegjëse për zbatimin e tij.

1. Autoriteti kryesor përgjegjës për zbatimin e këtij ligji është Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta.
2. Autoritete të tjera përgjegjëse të linjës janë:
 - a) njësitet e qeverisjes vendore;
 - b) Ministria e Brendshme;
 - c) Ministria e Shëndetësisë;
 - ç) Ministria e Drejtësisë. (Neni 5)

Ligji për “Masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare” plotëson një vakum të deritanishëm në legjisllacionin shqiptar për problemet e dhunës me bazë gjinore.

Ndërkohë që Kodi Penal i Shqipërisë që merret pikërisht me ndëshkimin e dhunës në përgjithësi, ende nuk parashikon masa specifike në mbrojtje të të mbijetuarave nga dhuna në familje. Kodi Penal ofron shumë pak mbështetje për viktimat, të cilat mund të paraqesin ankesë dhe të përgatisin vetë çështjen e tyre; shpesh çështjet e dhunës në familje nuk janë trajtuar si çështje penale. Disa vepra me te lehta penale, si për shembull “Demtime të tjera me dashje” ky hyjne rrahja dhe vepra të tjera të dhunshme (të cilat mund të ndodhin shpesh në kontekstin familjar, mund të perndiqen penalisht vetëm me kërkesën e të demtuarit, duke e klasifikuar kështu problemin si çështje që nuk paraqet interes publik por është nga natyra private. Kur akuza tërhiqet, asnjë dispozitë ligjore nuk ekziston për të ndjekur çështjen më tej. Veprimtarë të shumtë kanë kërkuar rishikimin e

Kodit Penal dhe atij të Proçedurës Civile, si domosdoshmëri për të trajtuar siç duhet çështjet e lidhura me dhunën në familje (Hook et al., 2000). Deri më tani, këto gra e vajza janë mbrojtur nëpërmjet disa parashikimeve të përgjithshme të Kodit Penal siç janë plagosja, keqtrajtimi, vrasja, etj. Sipas nenit 50/g të këtij kodi, krimi i kryer ndaj anëtarëve të familjes, shihet si rrethanë rënduese (Grupi Shqiptar për të Drejtat e Njeriut, Qendra për Nisma Ligjore dhe Qytetare, Qendra për të Drejtat e Njeriut në Shqipëri, Organizata Botërore kundër Torturës, 2005). Kjo do të thotë që ndëshkimi për veprën e kryer të paktën teorikisht të rritej. Sipas një studimi të sistemit të drejtësisë penale në Shqipëri, nga vendimet gjyqësore të monitoruara, nuk është gjithmonë e qartë nëse rrethana konkrete është konsideruar si rrethanë rënduese apo përkundrazi, si lehtësuese¹.

Ligji për “Masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare”, i cili hyri në fuqi më 1 qershor 2007 është një mjet shtese që kontribuon në plotësimin e kuadrit ligjor shqiptar në mbështetje të viktimave të dhunës në familje. Duhet të saktësojmë që ligji për dhunën në marrëdhëniet familjare nuk është një ligj penal. Ai ka natyrë administrativo-civile dhe si i tillë, duhet kuptuar jo si zëvendësues por si plotësues i legjislacionit penal. Lidhur me masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare ka dy pjesë të dallueshme: një që përcakton rrjetin e institucioneve përgjegjëse për dhunën në familje dhe një që përshkruan një procedurë të re gjyqësore: leshimin e urdhermbrojtjes. Ky ligj shprehet ndjeshëm në favor të viktimës kur merr përsipër të përcaktojë edhe institucionet ku duhet dhe mund të drejtohet viktimi për të marrë masa mbrojtëse. Citojmë Nenin 9 të këtij Ligji:

1. Në rast të dhunës në familje, viktimi mund t’i drejtohet me anë të një kërkesë postës së policisë më të afërt (të zonës ku banon ose ndodhet), njësisë përkatëse vendore (komunë, bashki), qendrës shëndetësore të zonës ku banon apo ndodhet ose me kërkesë-padi gjykatës së rrethit të vendbanimit, vendndodhjes së saj ose të dhunuesit/es, për të marrë masat e nevojshme.

2. Çdo person që konstaton një rast të ushtrimit të dhunës në familje mund t’u drejtohet me anë të një kërkesë autoriteteve të mësipërme për të ndërmarrë masat e nevojshme.

Siç vihet re nga neni i sipercituar, organet shtetërore të detyruara për të ofruar shërbime dhe mbështetje janë disa. Kjo do të thotë se edhe sistemi shëndetësor, nuk do të funksionojë në një boshllëk institucional, as se do të funksionojë i izoluar nga sistemet e tjera, por në një rrjet të ngushtë bashkepunimi me ta. Për këtë rikujtojmë edhe një herë përcaktimin e objektit të këtij ligji që ofrohet nga Neni 2, a: “krijimin e një rrjeti të koordinuar institucionesh përgjegjëse² për mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave, lehtësimin e pasojave dhe parandalimin e dhunës në familje”;

Disa nga detyrat që shtrohen mbi organet e sistemit shëndetësor janë specifike për të. Disa detyrime të tjera në këtë ligj janë të përbashkëta për të gjitha organet përgjegjëse, pra edhe për sistemin shëndetësor. Kështu Ligji Nr.9669, datë 18.12.2006 për "Masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare" përcakton qartë detyrimet dhe përgjegjësitë e Ministrisë së Shëndetësisë. Në Kreun II, Neni 7 thuhet: "Ministria e Shëndetësisë ka për detyrë të krijojë kapacitetet e duhura për të ofruar ndihmë mjekësore për dhunën në familje në shërbimet e urgjencës dhe në qendrat shëndetësore në bashki dhe komuna:

- a) për të ofruar në çdo kohë ndihmë mjekësore dhe psikologjike për viktimat e dhunës në familje;
- b) për të bërë në çdo kohë ekzaminimet e nevojshme në institucionet shëndetësore publike përkatëse;
- c) për të evidentuar rastet e dhunës në familje në dokumentacionin përkatës mjekësor të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë;
- ç) për të pajisur edhe viktimën me raportin mjekësor përkatës;
- d) për të referuar dhe orientuar viktimën pranë shërbimeve të tjera të mbështetjes dhe mbrojtjes nga dhuna në familje".

Gjithashtu është detyrim për organet shëndetësore, ashtu si edhe për organet e tjera që jo vetëm ta referojnë dhe orientojnë viktimën pranë shërbimeve të tjera sipas pikes d me lart, por edhe ta shoqërojnë apo transportojnë atë për në këto shërbime, kur është rasti (Neni 8/3/b dhe c). Një tjetër detyrim i rëndësishëm për organet përgjegjëse, përfshi edhe ato shëndetësore është paraqitja në gjykate e kopjeve të certifikuara të dokumentacionit që ato disponojnë për rastet konkrete të dhunës në familje, në baze të kërkesës nga viktimat ose organet gjyqësore.

Pikerisht bazuar mbi këto dokumenta, që për gjykatën kanë vlerën e provës, gjykata me pas procedon me nxjerrjen e urdherit të mbrojtjes ose urdherit të menjehershëm të mbrojtjes.

Neni 10 i të këtij ligjit parashikon "Masat mbrojtëse ndaj dhunës në familje" që mund të përmbajë urdheri i mbrojtjes apo urdheri i menjehershëm i mbrojtjes. Si të këtyra mund të përmendim largimin e dhunuesit nga banesa për një afakt kohor të caktuar, ndalimin e dhunuesit për t'iu afruar viktimes apo familjareve të saj përtej një distance të caktuar, strehimin e viktimes dhe të miturit në strehime të perkohshme, përfshirja e viktimes dhe dhunuesit në programe të posaçme rehabilitimi, etj.

Duke patur parasysh që shpesh sistemi shëndetësor është i pari që përballë me viktimën e dhunës në familje, ata janë në pozicionin ideal për të iniciuar procese të tjera në mbrojtje të viktimes. Kujtojmë edhe një herë nenin 9 të cituar më sipër në këtë seksion.

Veç percaktimeve ligjore, shume shpejt punonjesit e shendetesise do te mund te kene udhezime dhe detyrime me specifike qe rrjedhin nga aktet nenligjore ne baze dhe per zbatim te ligjit per masa ndaj dhunes ne marredheniet familjare. Keto akte nenligjore qe tashme po pergatiten pa dyshim do te ofrojne nje baze te mire pune per profesionistet e shendetesise, sidomos lidhur me procedurat standarde te trajtimit te rasteve te dhunes ne familje, menyren e regjistrimit te dokumentacionit dhe leshimin e tij, etj.

Detyrimi ligjor për të kallëzuar një vepër penale. Neni 300 i Kodit Penal përjashton nga detyrimi për kallëzim të një veprë penale njerëzit që kanë lidhje gjaku me njeri-tjetrin ose që rrjedhin nga i njëjti paraardhës (të paralindurit dhe të paslindurit), vëllezerit, motrat, bashkëshorti, etj (Mandro, 2005). Moskallëzimi në organet e ndjekjes penale, në gjykatë, në organet e rendit publik i një krimi që është kryer ose është duke u kryer, për të gjithë të tjerët, dënohet me gjobë ose me burgim deri në 3 vjet. E njëjta masë ndëshkimi mund të aplikohet edhe për punonjësit, te cilet marrin dijani për shkak të detyres apo autoritetit të ngarkuar për rastet e dhunes në familje, si për shembull punonjesit e policisë që refuzojnë të ndjekin një krim të kallëzuar (kjo për rastet pasi është bërë kallëzimi)³. Përveç të tjerave, mungesa e provave të nevojshme për provuar ushtrimin e dhunës në familje vështirëson procedurën e gjykimit të çështjes së dhunës së ushtruar ndaj gruas në familje.

Duke marrë në konsideratë kontekstin e pafavorshëm shqiptar në lidhje me barrierat shumë dimensionale që pengojnë zbutjen e fenomenit të dhunës ndaj grave, është pak e çuditshme të konstatojmë se pavarësisht nga këto, vitet e fundit kanë shënuar rekorde në aspektin ligjor. Përveç rregullimeve në Kodin e Familjes (2004), në vitin 2004 është aprovuar ligji "Për një Shoqëri me Barazi Gjinore", dhe në vitin 2003, ligji "Për shëndetin Riprodhues" që mbështet dhe garanton të drejtat riprodhuese të grave (Grupi Shqiptar për të Drejtat e Njeriut, Qendra për Iniciativa civile dhe ligjore, Qendra për të Drejtat e Njeriut në Shqipëri, 2005).

Edhe Legjislacioni shëndetësor ka qenë i mangët në raport me nevojat dhe kërkesat e të mbijetuarave të dhunës me bazë gjinore. Përveç detyrimit ligjor për ofrimin e abortit të sigurt të të mbijetuarave të dhunës seksuale, i cili parashikohet në ligjin për ndërprerjen e shtatëzanisë, nuk ka patur asnjë hapësirë ligjore që të mbështeste viktimat në aspektin shëndetësor.

Për më shumë informacion mbi legjislacionin lexo Shtojcën 14

Kapitulli V

Të pyeturit rreth dhunës.

5.1 Dhuna me bazë gjinore dhe punonjësit e shëndetësisë.

Dhuna me bazë gjinore po njihet gjithnjë e më shumë si një nga problemet e shëndetit publik dhe si shkelje e të drejtave të njeriut. Sistemi i kujdesit shëndetësor luan një rol të rëndësishëm në identifikimin dhe parandalimin e problemeve të shëndetit publik, përfshirë dhe dhunën me bazë gjinore. Me qenë se pothuaj të gjitha gratë shkojnë ndonjëherë në një qendër shëndetësore, këto të fundit përfaqësojnë një mundësi shumë të mirë për të identifikuar dhe trajtuar gratë që pësojnë dhune fizike, seksuale dhe mendore. Ekzaminimi i rregullt i grave në qendrat shëndetësore nga punonjës të shëndetësisë të trajnuar mirë, rrit në mënyrë të ndjeshme identifikimin e të mbijetuarave të dhunës, si dhe të atyre që janë në risk për t'u abuzuar verbalisht, fizikisht, dhe seksualisht nga partneri (Koziol McLain et al, 2001). Opinione të eksperteve sugjerojnë që ndërhyrje të tilla në qendrat e kujdesit shëndetësor mund të çojnë në reduktim të ndjeshëm të niveleve të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nga dhuna (Saltzman et al, 1997)

Modelet e kujdesit shëndetësor të destinuara për të identifikuar probleme shëndetësore kronike mund të përdoren në mënyrë të efektshme edhe për problemet e dhunës me bazë gjinore. Integrimi i dhunës me bazë gjinore në shërbimet shëndetësore kërkon një punë të madhe në nivele të ndryshme brenda sistemit shëndetësor. Përmirësimi i praktikës mjekësore për identifikimin e dhunës me bazë gjinore fillon me ekzaminimin rutinë, të fokusuar në identifikimin e hershëm grave të dhunuara, pavarësisht nëse simptomat janë aktualisht të pranishme. Eksperienca e deritanishme botërore në këtë fushë sugjeron se pjesë e rëndësishme e përmirësimit të praktikës mjekësore me qëllim identifikimin dhe menaxhimin korrekt të të mbijetuarave nga DHBGJ është organizimi i një ekipi multidisiplinar me mjekë, infermierë dhe punonjës socialë.

5.2 Dhuna me bazë gjinore dhe pasojat e saj në shëndetin e grave.

Deri më sot janë kryer studime të shumta që synojnë të demonstrojnë pasojat e dhunës me bazë gjinore në shëndetin e grave, veçanërisht në shëndetin riprodhues. Këto studime kanë gjetur që dhuna ndaj grave rrit rrezikun e vdekjeve (vrasje, vetëvrasje, vdekje të nënave, vdekje që lidhen

me SIDA-ën) dhe të gjendjeve të tjera jovdekjeprurëse (dëmtime fizike dhe mendore, sjellje të riskut të lartë, probleme të shëndetit riprodhues). Këto studime kanë konfirmuar që ka dhe faktorë të tjerë shëndetësore risku që lidhen me dhunën me bazë gjinore me qenë se gratë e dhunuara shfaqin më shumë simptoma fizike, funksion fizik të reduktuar, shëndet subjektiv më të keq, më shumë diagnoza gjatë jetës dhe përdorim më të lartë të shërbimeve shëndetësore (Heise, 1999)

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka bërë një studim për raportin midis shëndetit të grave dhe dhunës ndaj tyre në një numër vendesh të botës dhe rezultatet e këtij studimi tregojnë se:

- Seksi i dhunshëm është i zakonshëm në martesë.
- Dhuna rrit numrin e shtatëzanive të padëshiruara.
- Gartë janë abuzuar shpesh në fëmijërinë e tyre.
- Gratë e abuzuara kanë më shumë fëmijë. Ndonëse kërkuesit kishin hedhur hipotezën që patja e më shumë fëmijëve ishte një faktor risku për abuzim, studimi tregoi se abuzimi në mënyrë tipike fillon herët në martesë, shpesh para fëmijës së parë, që tregon se numri i lartë i lindjeve mund të jetë rezultat i abuzimit sepse kontrolli i grave mbi fertilitetin e tyre është i reduktuar (Ellsberg et al, 2000).
- Abuzimi seksual në fëmijëri çon në një moshë më të re në marrëdhënien e parë seksuale, një rritje të sjelljeve me risk (për shembull, numri i partnerëve, seksi i pambrojtur) dhe më shumë shtatëzani të padëshiruara, sëmundje seksualisht të transmetueshme, infeksioni HIV, etj.
- Dhuna lidhet me një numër rezultatesh negative të shtatëzanisë si kujdes i vonuar para lindjes, pirje duhani dhe përdorim barnash të dëmshëm, mungesë e kontrollit pas lindjes dhe më shumë infeksione. Ka një lidhje vërtet të rëndësishme midis aborteve, vdekshmërisë tek fëmijët dhe dhunës ndaj grave në periudhën e shtatëzanisë.
- Studimi ka treguar dhe një lidhje të zhdrejtë midis dhunës me bazë gjinore dhe praktikave të seksit të sigurt. Dhuna seksuale kufizon aftësinë e grave për të praktikuar seksin e sigurt dhe mbrojtur veten e tyre nga infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe shtatëzanitë e padëshiruara.

Një studim i Valladarës (2002) ka vënë në pah lidhjen midis peshës së ulët në lindje dhe dhunës. Studimi i kryer në spital ka gjetur se:

- Dhuna fizike nga një partner shoqërohej me peshë të ulët në lindje katër herë më tepër se sa gratë që pijnë duhan apo abuzojnë me medikamente.

- Dhuna ngadalëson rritjen fetale për shkak të faktorëve që lidhen me stresin më shumë se sa lindja para kohe; dhe
- Mekanizmat që shkaktojnë peshë të ulët në lindje duken se lidhen më shumë me stresin se sa me traumat apo stilin e jetës.

Në Shtetet e Bashkuara të Amerikës, dhuna duket se ndikon peshën e lindjes përmes impaktit në duhanpirje dhe përdorimin e barnave.

Nuk ka të dhëna të dokumentuara që të lidhin dhunën me HIV/AIDS, por studimet e fundit në Shtetet e Bashkuara të Amerikës kanë treguar që ekziston një dinamike komplekse midis të dyjave. Studimet shikonin dhunën si faktor rrisht për HIV. Dhe po kaq shqetësuese është gjetja që, gratë që shfaqen me HIV janë në risk për t'u dhunuar (Ellsberg, 2001)

5.3. Procedura e të pyeturit sistematik, rëndësia, vështirësitë.

Në shumicën e vendeve të botës, sistemi i kujdesit shëndetësor është i vetmi institucion që ndërvepron pothuaj me çdo grua, në ndonjë moment të jetës së saj. Për pasojë, ofruesit e shërbimeve shëndetësore mund të luajnë një rol të rëndësishëm në identifikimin dhe asistimin e grave të dhunuara. Me qenë se dhuna me bazë gjinore ka ndikim të drejtperdrejtë në shëndetin riprodhues dhe seksual, shërbimet e dhunës me bazë gjinore duhet të integrohen në të gjitha fushat e ofrimit të kujdesit shëndetësor me qëllim që të plotësojnë në mënyrë të plotë nevojat e grave.

Studimet në vende të ndryshme kanë treguar që gratë që kanë pësuar dhunë fizike apo seksuale i përdorin më shumë se gratë e tjera shërbimet shëndetësore (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999). Gratë e dhunuara tentojnë të bëjnë më shumë vizita tek mjeku apo në farmaci, një numër më të madh vizitash në repartet e kirurgjisë dhe më shumë konsultime tek ofruesit e shërbimeve të shëndetit mendor. Megjithatë, shpesh, ofruesit e shërbimeve shëndetësore nuk diagnostikojnë në mënyrë korrekte shkakun e vërtetë të problemeve shëndetësore të të mbijetuarave nga dhuna. Për këtë arsye, pyetja e grave dhe identifikimi i atyre që kanë pësuar dhunë do të përmirësonte ndjeshëm cilësinë e kujdesit për gratë duke diagnostikuar rrënjët e problemit në vend të fokusimit në mënyrë ekskluzive vetëm në simptomat e paraqitura.

Kur ofruesit e shërbimeve shëndetësore pyesin për dhunën me bazë gjinore, të dhunuarat mund të identifikohen herët, duke lejuar ofruesit e shërbimeve të ndihmojnë gratë përpara se dhuna të përshkallëzohet më

tejt. Identifikimi i dhunës me bazë gjinore është hapi i parë kritik në dhënien e ndihmës të mbijetuarave, në mënyrë që të njihet problemi, dhe më pas të trajtohet. Përderisa është i njohur fakti që të gjitha gratë janë vulnerabël ndaj dhunës me bazë gjinore, pyetja e të gjitha grave që vizitojnë qendrat e kujdesit shëndetësor për këtë dhunë është mjaft e rëndësishme. Një studim deskriptiv i kryer në 2818 pacientë nga të cilët 118 kishin raportuar abuzim fizik apo seksual tregoi që rritja e njohjes për dhunën përmes procesit të të pyeturit rreth saj, mund të identifikojë gratë që kanë nevojë për ndihmë dhe mund të ndihmojë në reduktimin e nevojës për ndërhyrje mjekësore të vazhdueshme.

Përveç kësaj, ofruesit e shërbimeve shëndetësore mund të shërbejnë si hallkë lidhëse midis të mbijetuarave të dhunës dhe institucioneve të tjera që duhet t'u shërbejnë atyre. Me qenë se nevojat e grave të mbijetuara tejkalojnë atë çka mund të ofrojë kujdesi shëndetësor, është shumë e rëndësishme që punonjësit e shëndetësisë të jenë të informuar për burimet e shërbimit e tjera ndaj grave të dhunuara, siç janë shërbimet e këshillimit dhe të ndihmës ligjore (Heise et al, 1999). Madje edhe klinikat apo qendrat shëndetësore që nuk ofrojnë shërbime specifike për të mbijetuarat nga dhuna mund të adaptojnë shërbimet ekzistuese që ofrojnë, në mënyrë që të plotësojnë edhe nevojat e veçanta të këtyre klienteve. Për shembull, punonjësi social duhet konsideruar si një pikë e fortë mbështetëse për konsultimin dhe menaxhimin e këtyre rasteve. Një shembull tjetër është konfidencialiteti, jashtëzakonisht i rëndësishëm në trajtimin e të mbijetuarave të dhunës me bazë gjinore, si për të siguruar privacinë, edhe për të mbrojtur gruan. Një klinikë mund të përshtasë procedurat e veta dhe të sigurojë që të gjithat vizitat të bëhen privatisht, në mënyrë që të mbijetuarat potenciale të dhunës të kenë mundësinë të flasin pa qenë të frikësuara.

Një aspekt tjetër i pyetjes për dhunën me bazë gjinore është dokumentimi i historisë së abuzimit me të mbijetuarën, i cili do të bëjë të mundur që gruaja të marrë një kujdes mjekësor të përshtatshëm në moment dhe më vonë. Ky dokumentim mund të bëhet thelbësor për mbështetjen e gruas nëse ajo vendos të ndjekë çështjen e saj në mënyrë ligjore.

Shumë ofrues të kujdesit shëndetësor janë të pasigurt për mënyrën se si duhet të adresohen çështjet që lidhen me dhunën me bazë gjinore në një ambient shëndetësor. Eksperienca ka treguar që pyetjet direkte rreth eksperiencave të tyre kanë qenë shumë efektive. Në një qendër shëndetësore të mjeksisë së brendshme, bërja edhe e një pyetjeje të vetme grave nëse ato kishin patur ekspereinca të dhunës në familje, e rriti nivelin e identifikimit të grave të dhunuara në 11.6%.

Pyetja e grave për dhunën është shumë e rëndësishme sepse ajo ndihmon klinikistët në diagnostikimin e saktë dhe siguron një kujdes më të mirë e të përshtatshëm për simptomat shëndetësore të të mbijetuarave të dhunës pasi tenton të trajtojë edhe problemet që i kanë shkaktuar ato. Pyetja e grave u jep atyre dhe një mundësi të vlefshme për të treguar eksperiencat e tyre në lidhje me abuzimin që u është bërë. Të mbijetuarat shpesh ndihen të vetmuara dhe të izoluara në eksperiencat e tyre të abuzimit. Vetëm pyetja e gruas rreth dhunës me bazë gjinore mund të jetë hapi i parë në shkarkimin e sekretit dhe turpit që ajo ka mbajtur me vete për një kohë të gjatë. Qoftë duke thyer heshtjen rreth kësaj teme, mundet gjithashtu t'i ofrohet asaj ndihmë. Duke folur për çështje të tilla si planifikimi familjar, shëndeti riprodhues, shtatëzania, probleme të seksualitetit dhe simptomat fizike, një grua lehtësisht mund të kalojë në një diskutim të dhunës me bazë gjinore.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor mund të hapin një derë për te mbijetuarën thjesht duke e pyetur rreth dhunës në jetën e saj. Disa gra kur pyeten, ato përgjigjen "po" e menjëherë do të shkojnë drejt asaj dëre. Të tjera gra do t'i përgjigjen "jo" pyetjes rreth dhunës me bazë gjinore megjithëse janë aktualisht viktima të saj. Ato kanë nevojë për më shumë kohë dhe besim tek mjeku apo ndonjë ofrues tjetër i shërbimit shëndetësor dhe në një vizitë të mëpasme ato mund t'i përgjigjen ndershmërisht pyetjes. E rëndësishme është që ato të dinë që dera e qendrës shëndetësore është e hapur për to, dhe ato do të jenë të gatshme të diskutojnë në një moment tjetër. Duke u dhënë grave që thonë "jo", mesazhin se ofruesi i shërbimit shëndetësor do të donte të dinte, nëse ato abuzoheshin tani apo do të abuzoheshin në të ardhmen, dera mbetet e hapur. Siç u përmend edhe më sipër, personi pritës i rastit, qoftë ky mjeku apo infermieri duhet të bashkëpunojnë ngushtë me punonjës të social, pasi vetëm nëpërmjet një ndarjeje detyrash dhe përgjegjësish midis të treve bën të mundur menaxhimin ideal të nevojave specifike të të mbijetuarave nga dhuna.

5.4. Proçes masiv apo selektiv i të pyeturit ?

Në mënyrë ideale të gjitha gratë duhen pyetur rreth dhunës me bazë gjinore. Përmasat e problemit janë shumë të mëdha 20% deri në 60% të grave në Amerikë jetojnë situata dhune; kjo sigurisht justifikon nevojën për të pyetur në mënyrë rutine e në mënyrë universale (American Medical Association, 1995). Dhe ndonëse ofruesit e shërbimeve mund të mendojnë se këto lloj pyetjesh mund të kërkojnë shumë kohë dhe burime, të pyeturit me disa pyetje të standardizuara aktualisht kërkon vetëm pak minuta.

Megjithatë, duhet njohur fakti që në ato vende ku buxhetet dhe punonjësit janë shumë të kufizuar, pyetjet rutinë rreth dhunës mund të mos jenë të mundshme. Prandaj çdo qendër shëndetësore duhet të marrë në konsideratë mënyrat për implementimin sa më të mirë të identifikimit të dhunës, bazuar në nevojat e klientëve të tyre dhe në burimet e tyre.

Një qendër shëndetësore mund të zgjedhë të zbatojë një proces selektiv të identifikimit të grave të dhunuara: për shembull duke pyetur të gjitha gratë në moshën riprodhuese ose duke përzgjedhur ato shërbime që gratë e dhunuara frekuentojnë më shumë, sic janë shërbimet e shëndetit riprodhues, repartet e urgjencës, shërbimet e shëndetit mendor dhe ato të pediatriës.

Një nga anët pozitive të këtij seleksionimi është që vetëm pak punonjës duhet të trajnohen, ndërsa të pyeturit universal kërkon që shumica apo pothuaj të gjithë ofruesit e shërbimeve të trajnohen. Prandaj të pyeturit selektiv mund të jetë opsion i mirë për klinikat që sapo vendosin të fillojnë shërbimet e dhunës me bazë gjinore.

5.5. Dilema në lidhje me të pyeturit.

Megjithë rëndësinë e madhe të të pyeturit rreth dhunës, nuk mund të evitohet çështja nëse është etike apo jo të pyesësh rreth dhunës kur nuk ekzistojnë shërbimet e referimit në komunitet. Ndonëse nuk është e lehtë t'i përgjigjesh kësaj pyetje, është e rëndësishme të mbahet mend që nëse gratë nuk pyeten ato nuk do të diagnostikohen në mënyrë të saktë. Për më tepër, shumë ofrues shërbimi besojnë që akti i thjeshtë i të pyeturit të grave rreth eksperiencave të tyre në mënyrën e duhur, u bën atyre të njohur që dhuna është një problem i rëndësishëm mjekësor dhe i siguron ato që nuk është faji i tyre. Mjeku Leigh Kimbeg që punon në një klinikë të shëndetit publik në San Francisco thotë, «me qenë se unë s'mund ti shpëtoj viktimat, e kuptoj që gjithçka që duhet të bëj është t'u tregoj simpatinë dhe mbështetjen time, dhe kjo sjellje e thjeshtë mund t'i ndihmojë vërtet që të gjejnë forca për të përballuar situatën e tyre» (Family Violence Prevention Fund, 1999).

Shumica e grave të mbijetuara nga dhuna nuk hapen në mënyrë spontane që ato janë viktimat e dhunës me bazë gjinore. Shpesh ato nuk i kanë treguar askujt rreth këtyre eksperiencave. Studimet tregojnë që shumë të mbijetuara nuk janë pyetur kurrë për dhunën me bazë gjinore nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore. Studime të tjera kanë treguar që

një nga anët më të vlerësuara të vizitës tek mjeku nga gratë e dhunuara është fakti që mjekët apo ofrues të tjerë të shërbimeve shëndetësore kanë dëgjuar rreth dhunës që është ushtruar ndaj tyre. Të mbijetuarat raportojnë që megjithëse të folurit për dhunën në fillim është i vështirë, ato do të donin të flisnin për të, privatisht, me një ofrues të kujdesit shëndetësor, i cili do t'u drejtonte atyre pyetje rreth dhunës me bazë gjinore në një mënyrë të kujdesshme dhe jo-gjykuese. Realiteti ka treguar që shumë prej këtyre grave kanë pritur për një kohë të gjatë të pyeten për dhunën në jetën e tyre.

Të adresosh dhunën me bazë gjinore në qendrat e kujdesit shëndetësor është një nga mjetet më të rëndësishme të ndërhyrjes në këtë çështje të shëndetit publik. Në këtë kontekst, fokusi për vlerësimin, ndërhyrjen dhe trajtimin e dhunës me bazë gjinore është në parandalimin sekondar dhe terciar. Kjo mund të përfshijë analiza për ndërhyrje të hershme (parandalim sekondar) dhe ndërhyrje për të minimizuar ashpërsinë e abuzimit afat-gjatë (parandalim terciar). Ofruesit e kujdesit shëndetësor në programet e shëndetit të grave shohin gra, të cilat janë aktualisht në marrdhënie të dhunshme dhe gra të cilat kanë qenë më parë të abuzuara. Gjithashtu, është e qartë që edhe pse disa gra nuk janë më të përfshira në marrëdhënie abuzive, ato mund të jenë duke përjetuar ende efektet afatgjata të saj. Ka gra të tjera të cilat kanë qenë abuzuar seksualisht si fëmijë apo adoleshente dhe megjithëse kjo ka ndodhur shumë vjet më parë, ato akoma vuajnë efektet e traumës. Shpesh herë, gra të cilat janë përdhunuar nuk e tregojnë këtë për shumë vjet (ndoshta kurrë), por ato vuajnë nga probleme fizike dhe psikologjike si rezultat i përdhunimit.

6.6. Përfitimet nga të pyeturit sistematik i grave rreth dhunës.

Ndonëse ka një rezistencë fillestare nga ana e ofruesve të shërbimeve shëndetësore për të pyetur gratë drejtpërdrejt rreth dhunës, rezultatet e një testimi të një pyetësi në Venezuelë tregoi se niveli i identifikimit të grave të dhunuara u rrit nga shtatë përqind përpara futjes së pyetësit në 44 përqind pas futjes në përdorim të pyetësit të drejtpërdrejtë (Stevens, 1997). Të tjera mësimë që u nxorën nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore që kishin pyetur gratë e dhunuara ishin:

- E para dhe më e rëndësishmja, pavarësia e gruas duhet respektuar. Atyre duhet t'u sigurohet privaci dhe të dhënat e tyre duhen mbajtur konfidenciale.
- Ofruesit e shërbimeve kanë nevojë për mbështetje në aktivitetin e tyre në lidhje me gratë e dhunuara.

- Ofruesit e shërbimeve duhet të trajnohen se si të pyesin, por ata ofrues shërbimi që nuk janë të ndjeshëm ndaj dhunës NUK duhet të pyesin gratë, sepse mund t'i venë ato përballë një rreziku.
- Pasja e një pyetësori të shkruar lehtëson procesin, sepse ofruesit e shërbimeve nuk kanë nevojë të shpikin pyetjet e duhura për secilën grua. Ofruesit e shërbimeve kanë nevojë të kenë fleksibilitet në përcaktimin e atyre shërbimeve që mund të bejnë më mirë procesin e identifikimit të grave të dhunuara.
- Shërbimet duhet të jenë të përgatitura të ofrojnë ndërhyrje bazë: identifikim, dokumentim, mbështetje, trajtim, vlerësim të riskut/ planifikim të sigurt, referim dhe ndjekje të mëpasshme.
- Pyetja e grave duhet të përsëritet periodikisht me qenë se një grua mund të mos jetë e gatshme të zbulojë të dhëna për veten herën e parë dhe gjithashtu situata e saj mund të ndryshojë me kalimin e kohës.

Anët pozitive të të pyeturit rreth dhunës.

Tek gratë shëndetësore

Tek ofruesit e shërbimeve

Kuptojnë që DHBGJ është një problem shëndetësor

Përmirësim i cilësisë së kujdesit

Ndjehen më pak të izoluara kujdesit shëndetësor

Metodë e integruar e për gratë

Ndjejnë që për to tregohet kujdes

Efiçencë më e lartë (mund të zbulohen dhe trajtohen patologji që vijnë për shkak të DHBGJ)

5.7 Proçedura e të pyeturit rreth dhunës.

Dhuna me bazë gjinore dhe pasojat mjekësore dhe psikiatrike të saj mjaftojnë për të justifikuar të pyeturit rutinë të të gjitha pacienteve femra në repartet e urgjencës, kirurgjisë, shëndetit parësor, pediatrik, prenatal, dhe në shërbimet e shëndetit mendor. Me qenë se disa gra mund të mos e konsiderojnë veten si të dhunuara, në mënyrë rutine, mjekët duhet t'u bëjnë të gjitha grave pyetje të drejtpërdrejta rreth abuzimit. Të tilla pyetje mund të përfshihen në të dhënat mjekësore të gruas, në historinë e sëmundjes së tanishme, siç mund të gjykohet e përshtatshme.

Ndonëse gratë mund të mos përmendin çështjen e abuzimit vetë, shumë prej tyre mund të pranojnë të diskutojnë për të nëse u bëhen pyetje të drejtpërdrejta në një mënyrë jo paragjyquese dhe në një ambient konfidencial. Pacientja duhet pyetur vetëm, jo në praninë e partnerit. Mjeku duhet të fillojë bisedën me një fjali mbështetëse, si për shembull: “ me qenë se abuzimi dhe dhuna janë shumë të zakonshme në jetën e grave, unë kam filluar të pyes rreth kësaj çështjeje të gjitha pacientet gra”. Ndonëse pacientja mund të mos përgjigjet në moment, fakti që mjeku është i shqetësuar dhe beson se dhuna është e mundshme, do të bëjë përshtypje tek ajo. Shqetësimi i mjekut për dhunën do të rrisë mbështetjen për të dhe do të rrisë mundësinë dhe aftësinë e saj për të kërkur ndihmë kur ajo të ndjehet e gatshme.

Pyetjet rutine rreth dhunës jo vetëm do të identifikojnë gratë që janë aktualisht të dhunuara, por do të shërbejnë që të vlerësohet dhe siguria e grave që janë dhunuar kohë më parë dhe të rritet ndërgjegjia e atyre që nuk kanë qenë ndonjëherë në marrëdhënie abuzive. Vlerësimi rutinë i pacienteve për dhunë është veçanërisht i rëndësishëm për ato gra që kanë ndërprerë një marrëdhënie të dhunshme; lënia e një partneri abuziv apo përfundimi i një divorci mund të rrisë rrezikun e saj për t’u dhunuar. Mjeku duhet të sigurojë një ndjekje të përshtatshme gjatë procedurave ligjore, dhe të vlerësojë nevojat e gruas për një strehim emergjent apo nevojat për shërbime të tjera.

Një vizitë mjekësore mund të përfaqësojë mundësinë e vetme për të ndaluar një marrëdhënie ciklike dhune përpara se të ndodhin dëme më serioze, dhe ndërhyrja fillon me mbledhjen e informacionit. Ofruesi i shërbimit shëndetësor duhet t’i ofrojë gruas një lloj tjetër eksperience— në të cilën ajo respektohet dhe merret seriozisht; që ajo nuk meriton të dhunohet, që i ofron asaj mbështetje dhe siguri, dhe që e inkurajon atë të bëjë zgjedhjet e saj dhe të marrë vendime. Pyetjet rreth dhunës me bazë gjinore duhet të bëhen të thjeshta, dhe të paparagjykuara. Ja disa shembuj pyetjesh që rekomandohen t’u bëhen grave për identifikimin e rasteve të dhunuara:

- A jeni ju në një marrëdhënie në të cilën partneri ju ka dëmtuar fizikisht apo ju ka kërcënuar se do t’ju dëmtojë?
- A jeni ju (a keni qenë ndonjëherë) në një marrëdhënie në të cilën keni ndjerë se trajtoheshit keq? Në ç’mënyrë?
- A ka shaktërruar ndonjëherë partneri juaj gjërat për të cilat ju kishit merak?

- A ju ka detyruar ndonjëherë partneri të kryeni marrëdhënie seksuale me të kur ju nuk keni dashur? A ju ka detyruar ndonjëherë partneri në marrëdhënie seksuale në të e cilat juve s'jeni ndjerë mirë?
- Të gjithë zihemi në shtëpi. Ç'ndodh kur ju dhe partneri juaj ziheni?
- A keni patur ndonjëherë frikë nga partneri juaj ?
- A ju ka ndaluar ndonjëherë partneri të dilni nga shtëpia, të shihni shoqet, të shkoni në punë, apo të vazhdoni shkollën?
- Ju përmendët që partneri juaj pi. Si sillet ai kur është i pirë? A është ndonjëherë verbalisht apo fizikisht abuziv?

Kapitulli VI

Barrierat për identifikimin e dhunës me bazë gjinore.

6.1 Barrierat e grave të mbijetuara nga dhuna.

Në heshtjen që ka rrethuar dhunën me bazë gjinore kanë kontribuar disa faktorë. Shumë njerëz besojnë se dhuna me bazë gjinore është një çeshtje "private", që nuk duhet diskutuar publikisht. Sigurisht që ndërhyrja e personave të jashtëm apo edhe pyetja për dhunën kundër grave, është parë si një gjë e papërshtatshme. Familja shihet si e shenjtë. Brenda familjes, gratë shpesh nuk shihen si të barabarta, dhe në disa shoqëri ato kanë shumë pak të drejta. Dhuna me baze gjinore është racionalizuar edhe si diçka e pranueshme, në kushte të veçanta.

Të mbijetuarat e dhunes me bazë gjinore kanë heshtur, jo vetëm nga frika e dhunesit, por edhe nga frika apo paragjykimet e shoqërise. Atyre u është treguar nga shoqëria, për shembull, që dhuna ndodh për faj të tyre, se ato mund të kenë bërë diçka për ta merituar, se askush nuk do të besojë në qoftë se ato do ti tregojnë dikujt apo se janë të frikësuara në heshtje nga kërcënimet e një dëmi edhe më të madh.

Shume gra hezitojnë ose janë të paaferta të kërkojnë ndihmë. Disa prej tyre mbahen brenda shtëpive dhe nuk lejohen të dalin. Të tjera mund të mos kenë para ose mundësi transporti. Në se ato shkojnë në një qendër shëndetësore, ato duhet të ikin sa më parë, sepse rrezikojnë një abuzim tjetër nëse shkojnë në shtëpi me vonesë. Eksperienat e dhunës fizike apo seksuale në fëmijëri mund ta bëjnë edhe më të vështirë për një grua të njohë një marrëdhënie si abuzive dhe të ndërmarrë hapat e nevojshëm për të mbrojtur veten e saj. Sfondi kulturor, etnik apo religjioz mund të influencojë gjithashtu përgjigjen e një gruaje ndaj dhunës dhe ndërgjegjësimin e saj për opsionet e mundshme. Të tjera arsye për të mos folur për dhunën, përfshijnë:

- Frika që duke u bërë e njohur gjendja e saj, siguria e saj rrezikohet.
- Turpi dhe poshtërimi për mënyrën në të cilën ajo është trajtuar.
- Mendimi që ajo meriton të dhunohet dhe nuk meriton ndihmë.
- Të qenit protektivë ndaj partnerit. Ai mund të jetë i vetmi burim dashurie dhe ngrohtësie në momentet kur nuk është abuziv dhe njëkohësisht mund të ofrojë dhe mbështetjen financiare për të dhe fëmijët.
- Mungesa e ndërgjegjësimit që simptomat e saj fizike janë të shkaktuar

- nga stresi i të jetuarit në një marrëdhënie abuzive.
- Besimi që dëmtimet e saj nuk janë dhe aq të mëdha sa për t'u përmendur.

Meqënëse eksperiencia e abuzimit është kaq degraduese dhe poshtëruese, një grua mund të hezitojë ta diskutojë atë me dikë që mund të mos e marrë seriozisht, që mund të zhvlerësojë eksperiencën e saj, që mund të mendojë se ajo meriton të dënohet, apo ta fajësojë atë që vazhdon të rrijë me abuzuesin. Ajo mund të ketë frikë që nëse tregon për dhunën e dhunuesin, siguria e saj është e kërcënuar, e po ashtu dhe mjetet e saj të jetesës; ajo mund të vazhdojë të rrijë me shpresën që gjendja e saj do të përmirësohet. Partneri i saj mund të mos jetë gjithmonë aq abuziv dhe kjo i jep asaj shpresë që ai do të ndryshojë në të ardhmen.

Tabela më poshtë tregon mënyrën në të cilën sjelljet verbale dhe fizike të dhunuesve mund të ndikojnë në nivelin e besimit të të mbijetuarave tek vetja dhe tek të tjerët, dhe se si bëhet më i vështirë fillimi i diskutimit për dhunën në jetën e tyre.

Figura 1. Eksperiencia e të Mbijetuarave

Çfarë i komunikon dhunuesi të mbijetuarës	Interpretimi i të mbijetuarës	Efektet
Unë të godas, sepse të dua	Kjo është dashuria	Konfuzion, ri-viktimizim
Abuzimi është faji yt.	Unë jam e keqe dhe kam faj.	Vetë-fajësim, konfuzion, Paafësi.
Asnjëri nuk do të dojë siç të dua unë.	Pa këtë njeri unë do mbetem e vetme përgjithmonë.	Varësi, frikë për të jetuar.
Kjo është për të mirën tënde.	Të tjerët e dinë se çfarë është e mirë për mua.	Dyshime, gjykim.
Ti nuk e zotëron trupin tënd, unë po.	Unë nuk kontrolloj ato që të tjerët më bëjnë mua.	Kufij të varfër, ri-viktimizim.
Askush nuk do të të besojë në qoftë se tregon.	Unë jam krejt e vetme dhe askush s' do të dijë.	Heshtje.

Pavarësisht gjithë këtij presioni për të mos treguar, të mbijetuarat duan ta thyejnë heshtjen për dhunën në jetën e tyre. Pak gra do të mund të flasin vetë, shumica e tyre kanë nevojë të pyeten. Por, fatkeqesisht, ofruesit e shërbimeve shëndetësore, edhe kur janë të ndërgjegjshëm që dhuna po ndodh, rrallë herë pyesin klientet e tyre për të. Skenari i zakonshëm është një gjendje kur dy njerëz mbeten të heshtur për dhunën me baze gjinore, njëri i frikësuar të tregojë dhe personi tjetër, i frikësuar të pyesë.

Në studimin kombëtar mbi shëndetin riprodhues që u krye në 2002, femrat të cilat raportuan se nuk kanë folur me një mjek/punonjës mjekësor, polic apo këshilltar ligjor rreth dhunës, u pyetën se cilat ishin arsyet që nuk e kishin bërë këtë gje. Një e treta e femrave (33.5%) raportuan që ato e ndjenin se nuk ishte mirë dhe nuk do t'u shërbente për asgjë. Kurse 27.3% raportuan që dhuna është normale dhe nuk kishin nevojë që të ankoheshin. Të tjera përgjigje tregonin se gratë nuk dinin se ku të kërkonin ndihmë (9.8%), kishin frikë nga divorci apo dhënia fund e kësaj marrëdhënieje (6.9%) dhe frika se mos dhunoheshin më shumë në vend që të ndreqnin punë etj. (6.5%). Nëse do të shiheshin raportimet e grave sipas vendbanimit, duket se ato janë të njëjta me përjashtim të rastit kur gratë në zonat rurale shprehen më shumë se "ato nuk dinin se ku të kërkonin ndihmë". Po e njëjta gjë u pa edhe për ato me status social-ekonomik të ulët. Rezultatet e paraqitura këtu ritheksojnë nevojën e përmirësimit të legjisllacionit, forcimin dhe trajnimin e punonjësve të policisë, këshilltarëve ligjorë dhe punonjësve të kujdesit shëndetësor. Gjithashtu duhen promovuar gjithnjë e më shumë veprimtari për informimin, edukimin dhe komunikimin mbi dhunën e ushtruar nga partneri intim, apo dhunën në çift. (IPV).

6.2 Barrierat e ofruesve të shërbimeve shëndetësore ndaj dhunës me bazë gjinore.

Është më se i njohur fakti që ekzistojnë disa barrierat që pengojnë ofruesit e shërbimeve shëndetësore të pyesin pacientet gra rreth dhunës me bazë gjinore. Tabela më poshtë liston disa nga barrierat me të zakonshme që administratorët, menaxherët, dhe ofruesit e shërbimeve shëndetësore kanë ndaj dhunës me bazë gjinore. Këto qëndrime mund t'i pengojnë ata për të adresuar si duhet këtë çështje dhe për pasojë i pengon ata edhe ti ndihmojnë të mbijetuarat të dhunës me bazë gjinore. Rritja e ndjeshmërisë së punonjësve të shëndetësive ndaj problemeve të dhunës me bazë gjinore, rritja e informacionit dhe trajnimi i tyre luajnë një rol të rëndësishëm në fitimin

e shprehive që nevojiten për të kapëryer këto barrierë në mënyrë që të ndjehet një nivel konforti i atillë që të mundësojë adresimin e përshtatshëm të dhunës me bazë gjinore.

Thyerja e barrierave që ndalojnë ofruesit për të folur për dhunën me bazë gjinore është shumë e rëndësishme. Njohja e këtyre barrierave dhe kapërcimi i tyre është një çelës për ndërhyrjen me sukses ndaj të mbijetuarave të dhunës. Për shkak të rolit të tyre si shërues, ofruesit e shërbimeve shëndetësore janë nga të paktët persona në jetën e të mbijetuarës që kanë mundësinë të identifikojnë, vlerësojnë, dhe trajtojnë dhunën me bazë gjinore. Ofruesit, në radhë të parë kanë mundësinë të shërojnë me fjalët dhe qëndrimet e tyre. Studimet tregojnë që të mbijetuarat e DHBGJ janë në gjëndje të shërohen nga trauma, dhe një nga pjesët më të rëndësishme të këtij shërimi është komunikimi me një person tjetër që ka bërë vlerësimin e eksperiencave të tyre të dhunshme në mënyrë të joparagjyqese dhe të pranueshme. Zhvillimi i këtyre aftësive specifike për përballjen me të mbijetuarat nga DHBGJ kërkon kohë, por gjithsesi krijimi i një ekipi multidisiplinar me mjekë, infermierë dhe punonjës social, apo edhe profesionistë të tjerë mbetet një formulë e domosdoshme për të patur rezultate në trajtimin e rasteve të DHBGJ. Ka shumë lloje ndihmash për të cilat një e mbijetuar mund të ketë nevojë, siç është këshillimi në grup, strehimi, ndihma ligjore, etj. Por, është mjaft e rëndësishme në këtë proces që ajo të ndihmohet, që ta ndiejë veten se po e degjojnë dhe po e besojnë, mundësisht në herën e parë. Pa këtë, ajo mund të mos jetë e aftë të ndërmarrë hapat e tjera të kërimit të ndihmës.

Figura 2. Barrierat e ofruesve të shërbimeve shëndetësore në lidhje me dhunën me bazë gjinore.

<i>Mbrojtja</i>	<i>Mite/Barriera</i>	<i>Përgjigje</i>
-----------------	----------------------	------------------

<p><u>Mohimi</u></p>	<p>Kjo ndodh vetëm në vende të tjera të botës, të tjerë lloj njerëzve.</p> <p>Kjo lloj gjëje nuk u ndodh klienteve tona.</p> <p>Unë nuk dua ta njoh këtë kur e shoh.</p> <p>Kjo më ka ndodhur mua dhe unë nuk dua ta pranoj.</p>	<p>Dhuna me bazë gjinore ndodh në pothuaj të gjithë vendet, të gjithë llojeve të njerëzve.</p> <p>U ndodh grave të të gjithë racave, grupeve etnike dhe klasave.</p> <p>Dhuna me bazë gjinore është një temë e vështirë për tu trajtuar, por me trainim, ju do të keni shprehitë për ta bërë mirë atë.</p> <p>Është e vështirë të pranosh që ju ka ndodhur, por ju mund të ndihmoni të tjerët dhe mund të merrni dhe vetë ndihmë.</p>
----------------------	--	---

<p><u>Racionalizimi</u></p>	<p>Është një çështje private.</p> <p>Nuk është puna ime.</p> <p>Nuk kam kohë për ta bërë këtë.</p> <p>Në qoftë se pyes për të mund të më shkaktojë probleme ligjore.</p> <p>Të mbijetuarat në të vërtetë nuk duan të flasin për këtë.</p> <p>Klientes mund ti vijë keq po të pyetet për dhunën me bazë gjinore</p> <p>Ajo duhet ta ketë provokuar abuzimin.</p> <p>Gjithësesi unë nuk kam se çfarë të bëj.</p>	<p>Kjo është një çështje e të drejtave të njeriut.</p> <p>Dhuna me bazë gjinore është një problem i shëndetit publik.</p> <p>Adresimi i dhunës me bazë gjinore mund të marrë pak kohë aktualisht por mund të kursejë kohën në të ardhmen.</p> <p>Kjo është diçka që duhet njohur paraprakisht</p> <p>Gratë duan të flasin për dhunën me bazë gjinore në jetën e tyre.</p> <p>Studimet tregojnë që klientet duan tu tregojnë ofruesve të kujdesit shëndetsor (më tepër se profesionistëve të tjerë) për dhunën në jetën e tyre.</p> <p>Askush nuk e meriton të goditet.</p> <p>Ka shumë gjëra që ju mund të bëni, dhe pyetja juaj për dhunën me bazë gjinore është hapi i parë në ndihmën ndaj gruas për të filluar të shërohet.</p>
-----------------------------	--	---

<p><u>Minimizimi</u></p>	<p>Kjo ndodhte në të shkuarën dhe nuk mund të ndikojë tek ajo tani.</p> <p>Ajo nuk ka shumë shenja kështu që nuk duhet të ketë qenë shumë keq.</p>	<p>E shkuara, veçanërisht ajo që përfshin dhunën me bazë gjinore, mund të ndikojë mirëqënien e dikujt në të tashmen.</p> <p>Dhuna me bazë gjinore mund të shkaktojë dëmtime psikologjike, shëndetësore dhe të sjelljes, që nuk janë të dukshme, gjithësesi shumë serioze.</p>
<p><u>Identifikimi</u></p>	<p>Kjo nuk mund të më ndodhë kurrë mua., kështu që nuk mund ti ndodhë një gruaje si unë.</p> <p>Unë mund ta shihja kur partneri i saj e rrihte.</p>	<p>Dhuna me bazë gjinore mund ti ndodhë çdo gruaje, megjithëse është e vështirë të mendosh të jesh vulnerabël ndaj saj.</p> <p>Ki kujdes se burrat dhe gratë mund të identifikohen me dhunuesin.</p>
<p><u>Intelektualizimi</u></p>	<p>Një grua që është goditur duhej të largohet.</p> <p>Njerëzit i kalojnë këto gjëra në një kohë të shkurtër.</p> <p>Ne merremi vetëm me probleme mjekësore.</p>	<p>Kjo është një situatë e komplikuar dhe aktualisht mund të jetë e rrezikshme për të, të largohet. Ne nuk mund të marrim vendime të tilla për gruan.</p> <p>Edhe kur shenjat fizike largohen, e mbijetuara nuk do të thotë se i ka kapërcyer efektet e tjera.</p> <p>Dhuna me bazë gjinore është një problem i shëndetit publik që ka komponentë psiko-sociale. Të mbijetuarat shpesh paraqiten me simptoma fizike siç: janë dhimbje koke, dhimbje mesë, probleme gastrointestinale, etj.</p>

Mohimi është një përgjigje e zakonshme ndaj dhunës me bazë gjinore. Dhuna është një temë shqetësuese, dhe mund të sjellë ndjenja të tilla tek ofruesit e shërbimeve shëndetësore që mund ti bëjë ata të ndihen të pafuqishëm. Një mënyrë me të cilën njerëzit reagojnë për t'i provuar këto emocione është distancimi i tyre duke vepruar sikur atyre nuk u ndodh asgjë. Mohimi nga ana e ofruesit të shërbimit shëndetësor mund të shkaktojë tek e mbijetuara ndjenjën që kjo dhunë po i ndodh vetëm asaj dhe që ajo është e vetme me këtë lloj problemi.

Në qoftë se ofruesit e shërbimeve shëndetësore nuk janë të informuar dhe edukuar, ata shpesh nuk do të dinë ndonjë mënyrë tjetër për t'i përballuar këto emocione. Por me trajnim, ata mund të kuptojnë më mirë dinamikën e dhunës me bazë gjinore dhe mund të ndihmojnë shumë nëse reagojnë në mënyrë të përshtatshme ndaj të mbijetuarave.

Gjithashtu, kërkimet në SHBA kanë treguar që afërsisht 40% e ofruesve të kujdesit shëndetësor raportojnë të kenë pasur eksperiencë të abuzimit fizik dhe/ose seksual në një moment të jetës së tyre (UNFPA, 2001). Nëse ofruesit të cilët kanë qenë viktimë të dhunës me bazë gjinore nuk e kanë treguar këtë dhe nuk kanë marrë mbështetje dhe ndihmën e nevojshme, kjo mund ta bëjë më të vështirë për ta, adresimin e kësaj çështjeje me klientet e tyre.

Racionalizimi ndodh kur ofruesit e shërbimeve shëndetësore kanë eksperiencë të kufizuar ose u mungon eksperiencë, sepse ata nuk dinë akoma si të ndërhyjnë me të mbijetuarat. Mjekët nuk ndjejnë se kanë trajnim të mjaftueshëm dhe arsimim përsa i takon pacienteve që përjetojnë dhunë⁴. Megjithatë ata mund të jenë kompetentë në dhënien e trajtimit mjekësor të nevojshëm një gruaje, e cila ka shenja të dukshme në trupin e saj, ata nuk arrijnë të thellohen në kontekstin e plagëve të saj. Ofruesit mund të gjejnë arsye për të mos adresuar dhunën në jetën e saj, duke përfshirë dhe fajësimin e gruas për dhunën. Kjo përgjigje mund të lërë gratë të ndihen të pashpresa për marrjen ndonjëherë të ndihmës dhe gjithashtu shërben për normalizimin e dhunës ndaj tyre. Një shqetësim tjetër shumë i njohur i mjekëve mund të jetë frika e tyre se mos të pyeturit rreth dhunës mund ti verë në siklet pacientet e tyre.¹⁶ Megjithatë një studim i kryer në disa qendra shëndetësore të kujdesit parësor tregoi që 85% e pacienteve që kishin patur histori të abuzimit seksual në jetën e tyre ishin në favor të të pyeturit nga mjeku rreth dhunës seksuale dhe 81% e pacienteve që kishin patur histori të abuzimit fizik ishin në favor të të pyeturit nga ana e mjekut rreth dhunës fizike⁵. Ofruesit e shërbimeve shëndetësore duhet të shpenzojnë një kohë

më të gjatë me një kliente grua, duke e pyetur për dhunën me bazë gjinore dhe për të bërë vlerësimin e saj. Kjo mund të kursejë kohë në fund, sepse kjo grua mund të mos ketë nevojë të kthehet në mënyrë të përsëritur për vizita në qendrën shëndetësore për arsye të simptomave të lidhura me dhunën me bazë gjinore. Marrja e kohës që në fillim, duke e pyetur për dhunën mund të shpëtojë jetën e saj në fund.

Minimizimi ndodh kur problemet e rënda perceptohen dhe vlerësohen si probleme të vogla e jo shumë të rëndësishme nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore. Serioziteti i dhunës me bazë gjinore injorohet, ashtu si lidhja e rëndësishme midis simptomave fizike dhe psikologjike të së shkuarës dhe të se tashmes. Duke u ballafaquar me dikë që minimizon dhimbjet e tyre, të mbijetuarat mund të ndihen keq dhe konfuzë, sepse ato mund të jenë duke provuar një numër simptomash që lidhen me dhunën dhe mund të jenë pasojë e drejtpërdrejtë e saj, por askush nuk po i ndihmon ato sepse minimizimi i dhunës dhe mungesa e edukimit i pengon të bëjnë lidhjen e duhur midis dhunës dhe simptomave fizike.

Identifikimi ndodh kur ofruesit e shërbimeve shëndetësore janë shumë të ndjeshëm ndaj historive të dhunës me bazë gjinore dhe identifikojnë vetveten me gruan e dhunuar apo dhunuesin. Ofrueset femra, në veçanti, mund të përgjigjen duke përdorur këtë mbrojtje (megjithëse ofruesit meshkuj mund ta provojnë këtë gjithashtu lidhur me partneret e tyre, vajzat, nënat, etj). Është shumë frikësuese të ndihesh vulnerabël dhe të kuptosh që të gjitha gratë janë vulnerabël ndaj dhunës. Ofruesit e shërbimit shëndetësor më pas tentojnë të gjejnë rrugët për të distancuar veten nga kjo ndjenjë, për shembull, duke fajësuar të mbijetuarat ose duke menduar se ato meritojnë të lëndohen. Kjo mund të shkaktojë tek e mbijetuara të ndihet shumë e izoluar dhe fajtore. Gjithashtu anëtarët e stafit mjekësor meshkuj mund të konstatojnë se janë duke u identifikuar me dhunuesin. Në qoftë se kjo do të ndodhte klientja mund të ndihet e ri-traumatizuar, çfarë quhet gjithashtu një plagosje e dytë, duke qenë se ajo është duke provuar përsëri një situatë abuzive.

Intelektualizimi ndodh kur ofruesit e shërbimeve shëndetësore ndihen jo rehat në një situatë kur u raportohet dhuna, sepse ata ndajnë se ajo që ndodh është jashtë kontrollit të tyre. Ata më pas marrin rolin e „ekspertit“ i cili diagnostikon çfarë po ndodh dhe i tregojnë gruas çfarë duhet të bëjë. Kjo sjellje lë pak hapësirë për dëgjimin e eksperiencës së gruas dhe vështirëson atë që ajo mund ose nuk mund të bëjë për momentin lidhur me dhunën (dhe çfarë mund të jetë e rrezikshme për të në atë moment). Në qoftë se kjo ndodh gruaja mund të mos ndihet e dëgjuar dhe mund të

ndjejë më shumë faj aktualisht për dhunën që është ushtruar ndaj saj pas një përpjekjeje të tillë.

Në kontekstin shqiptar kur legjislacioni ende i mangët në lidhje me dhunën e ben te veshtire per punonjësit e shëndetësisë zbatimin e detyrimit ligjor për të dokumentuar, raportuar dhe referuar të mbijetuarat e dhunës me bazë gjinore në shërbimet përkatëse (sociale, ligjore), barrierat e punonjësve të shëndetësisë bëhen edhe më të vështira për t'u kapërcyer.

Kapitulli 7

Identifikimi dhe menaxhimi i të mbjetuarave të dhunës me bazë gjinore nga punonjësit e shëndetësisë.

7.1 Nëse gratë pohojnë të kenë qenë të dhunuara, ç'duhet bërë më pas?

Ofruesit e kujdesit shëndetësor janë shpesh të shqetësuar se çfarë të bëjnë nëse gruaja do t'i përgjigjej me "po" pyetjes së tyre për dhunën me bazë gjinore. Roli i tyre aktual është shumë i rëndësishëm, por i kufizuar. Ata duhet t'i japin të mbijetuarës mbështetje, mirëkuptim, gadishmëri dhe informacion. Ofruesi i shërbimit nuk duhet të dëgjojë të gjithë historinë. Është e një rëndësie shumë të madhe për gruan që përgjigjet "po", që mjeku apo ofruesi i shërbimit të jetë i ndjeshëm por jo gjykues.

Ofruesit e shërbimit duhet të jenë sensitivë dhe jo-gjykues.

- Kur klientja thotë "po",
- Kur ata u tregojnë klientes së tyre, për shembull, që askush nuk e meriton të lëndohet dhe abuzohet, dhe
- Kur ata edukojnë klientet e tyre rreth pasojave të mundshme fizike dhe psikologjike që mund të jenë duke provuar.

Gratë të cilat janë përgjigjur pozitivisht mund të shihen më pas brenda qendrës shëndetësore për një vlerësim më në thellësi dhe, sipas nevojës, mund të behet një referim i përshtatshëm.

Diskutimi për dhunën me bazë gjinore midis grave dhe ofruesve të shërbimeve shëndetësore ka disa anë të tjera pozitive.

- Mund të thellojë marrëdhënien midis ofruesit dhe klientes, duke e bërë atë më të ndershme dhe më të hapur.
- Qendra shëndetësore mund të jetë vendi ku ajo ndihet e kuptuar dhe ku ajo merr ndihmën që i nevojitet.
- Do ti lejojë se mbijetuares të ketë më tepër besim në mjekun dhe qendrën shëndetësore në përgjithësi

- Mund t'u mësojë ofruesve të shërbimeve shëndetësore shprehi të reja duke iu rritur aftësinë për të diskutuar çështje të vështira me klientet dhe të flasë për to në mënyrë më të ndjeshme.
- Së fundi, mund të rrisë sensin e përgjegjesise së vërtetë të ofruesit të shërbimit shëndetësor kundrejt klienteve të tij.

7.2. Identifikimi dhe menaxhimi i të mbijetuarave nga dhuna në familje.

7.2.1 Diagnoza dhe gjetjet klinike.

Dëmtimi: Episodet e dhunës fizike karakterizojnë marrëdhëniet abuzive. Mjekët duhet të mendojnë në mënyrë të veçantë për mundësinë e dhunës fizike kur shpjegimet e gruas për një dëmtim të saj fizik nuk duken të kuptimta ose kur ka vonesë në kërkimin e ndihmës mjekësore. Tipet e zakonshme të dëmtimeve përfshijnë:

- Kontuzione, abrazione, laceracione të vogla, si dhe fraktura dhe ndrydhje.
- Dëmtime në kokë, qafë, gjoks, dhe bark.
- Dëmtime gjatë barrës.
- Dëmtime në shumë vende.
- Dëmtime të përsëritura ose kronike.

Gjetjet mjekësore: Stresi i të jetuarit në një marrëdhënie të vazhdueshme abuzive mund të shkaktojë një nga gjendjet e mëposhtme:

- Dhimbje kronike, dhimbje psikogjenike, ose dhimbje për shkak të traumës difuze pa evidenca të dukshme.
- Simptoma fizike që lidhen me stresin.
- Stres kronik post-traumatik.
- Çrregullime të humorit apo të ankthit.
- Depresion. Shembuj janë:
 - çrregullime të gjumit dhe oreksit
 - lodhje, përqendrim i ulur, disfunkcionim seksual
 - dhimbje koke kronike
 - ankesa abdominale dhe gastrointestinale
 - palpitacione, marrje mendsh, dispne
 - dhimbje gjoksi atipike
- Probleme gjinekologjike, infeksione të shpeshta vaginale apo të traktit urinar, dispareuni, dhimbje pelvike.

- Përdorim të shpeshtë të qetësuesve minore apo analgjezikëve.
- Vizita të shpeshta mjekësore me ankesa të paqarta ose simptoma pa evidenca të anomalive fiziologjike.

Shumë mjekë kanë vënë re që sëmundje kronike si astma, artriti, hipertensioni, dhe sëmundja e zemrës mund të keqësohen ose të kontrollohen me vështirësi në gratë që dhunohen.

Dhuna seksuale është shpesh pjesë e dhunës me bazë gjinore. Vlerësimi për abuzim seksual duhet të adresohet në anamnezën seksuale gjatë vizitave në kujdesin parësor, në diskutimin e kontrollit të lindjeve dhe praktikave të seksit të sigurt dhe në vlerësimet që bëhen gjatë vizitave gjinekologjike dhe obstetrike. Më shumë detaje për vlerësimin e dhunës seksuale do të gjenden në kapitullin përkatës.

Shtatzania: Për shkak të rrezikut për nënën dhe fëmijën, vlerësimi për dhunën duhet të integrohet në mënyrë rutine me kujdesin para lindjes dhe paslindjes. Shenjat e dhunës mund të jenë:

- Dëmtime veçanërisht në gjoks, bark, dhe zonën gjenitale, apo dhimbje e pashpjegueshme.
- Abuzim me substancat, ushqyerje e keqe, depression, dhe akses i vonuar ose i rrallë në kujdesin para lindjes.
- Aborte "spontane", lindje parakohe.

Simptomat e shëndetit mendor/ Psikiatrike :

Vlerësimi për dhunë me bazë gjinore duhet të përfshihet si një pjesë rutine e ekzaminimit dhe vlerësimit psikiatrik. Stresi i dhunës mund të rëndojë çrregullimet ekzistuese. Simptomat psikiatrike të dhunës përfshijnë:

- Ndjenja e izolimit dhe paaftësia për të përballuar këtë izolim.
- Përpjekje vetëvrasëse.
- Depresion.
- Atake paniku dhe simptoma të tjera të ankthit.
- Abuzim me drogën ose alkolin.
- Reaksione dhe/ose çrregullime të stresit post-traumatik.

Vlerësimi rutinë për dhunë me bazë gjinore duhet bërë edhe në programet e rehabilitimit ndaj drogës dhe alkoolit. Pothuaj 75% e të gjitha grave të alkoolikëve janë kërcënuar, dhe 45% janë rrahur nga partnerët e tyre (American Medical Association, 1995).

Kontrolli në një marrëdhënie: Kontrolli i një partneri abuziv në një marrëdhënie të dhunshme mund të rezultojë në:

- Akses të kufizuar në shërbimet mjekësore rutinë apo emergjentë.
- Mosrespektim të regjimeve të rekomanduara të trajtimeve mjekësore.
- Moslejim për të marrë medikamentet.
- Mosvajtje në takimet mjekësore. Mungesa e transportit të pavarur, e aksesit në financat e familjes, pamundësia për të komunikuar me telefon. Pamundësia për të përdorur kondom apo metoda të tjera kontraceptive.
- Mosthënie nga partneri që ai është i infektuar me HIV apo sëmundje të tjera seksualisht të transmetueshme.

Shenja të sjelljes: Gratë e dhunuara manifestojnë shenja të ndryshme të përgjigjes ndaj stresit për shkak të abuzimit të vazhdueshëm; të tilla paciente mund të duken të frikësuara, të turpëruara, apo në siklet. Një grua e dhunuar mund të besojë që ajo e meriton abuzimin, sepse dhunuesi i thotë ashtu, dhe ajo mund të marrë përgjegjësinë për dhunën e tij për të ruajtur një lloj sensi kontrolli mbi situatën e saj. Gjetje të tjera mund të përfshijnë:

- Partneri e shoqëron pacienten, insiston që t'i rrijë afër, dhe i përgjigjet të gjitha pyetjeve që i drejtohen asaj.
- Pavendosmëri e pacientes për të folur apo kundërshtuar në prani të partnerit.
- Xhelozia e madhe e pakuptimtë ose posesivitet i theksuar nga partneri apo i raportuar nga pacientja.
- Mohim apo minimizim i dhunës nga partneri ose nga pacientja.
- Ndjenjë e ekzagjeruar përgjegjësie për marrëdhënien, përfshirë dhe vete fajësimin për dhunën e partnerit të saj.

7.2.2. Menaxhimi i të mbijetuarave nga dhuna në familje.

Sapo konstatohet dhuna, ekziston mundësia e një numri ndërhyrjesh, por edhe nëse gruaja nuk është e gatshme të ndërpresë marrëdhënien abuzive apo të ndërmarrë ndonjë veprim tjetër, njohja dhe vërtetimi nga mjeku i situatës së saj është shumë e rëndësishme. Heshtja, nënvlerësimi, apo mungesa e interesit japin mesazhin e aprovimit apo pranimit të dhunës me bazë gjinore. Në të kundërt, konstatimi, njohja, dhe shqetësimi konfirmojnë seriozitetin e problemit dhe nevojën për ta zgjidhur atë. Kujdesi

optimal për gruan në një marrëdhënie abuzive fillon nga funksionimi i drejtë i ekipit multidisiplinar, ku secili prej anëtarëve (mjekë, infermierë, punonjës social) hedh inputin e profilizuar në interesin më të lartë të pacientit. Nga ana tjetër, kujdesi për gruan e dhunuar varet edhe nga njohuritë e ofruesve të shërbimit shëndetësor për shërbimet dhe burimet e tjera që mund të ofrojnë siguri, advokaci dhe mbështetje.

Dëmtimi apo ankesa për të cilën gruaja ka shkuar në qendrën shëndetësore kërkojnë një vlerësim dhe trajtim adekuat e të përshtatshëm. Përveç kësaj, mjeku apo kushdo tjetër që merr anamnezën duhet të pyesë për përdorimin nga ana e pacientes së medikamenteve gjumëvënës, kundër dhimbjes apo kundër ankthit. Çrregullimet psikiatrike, përfshirë depresionin e rëndë, prirjet vetëvrasëse apo abuzimi me substancat, mund të pengojnë aftësinë e gruas së dhunuar që të vlerësojë situatën e saj apo të ndërmarrë veprimet e duhura. Kur janë të pranishme gjendje psikiatrike serioze, një plan trajtimi i përshtatshëm përfshin vlerësimin dhe trajtimin psikiatrik. Mjekët duhet të sigurohen që profesionistët e shëndetit mendor tek të cilët referojnë këto paciente janë të ndjeshëm ndaj problemeve të dhunës.

Alkooli dhe drogat mund të përdoren për të arsytuar e justifikuar sjelljen e dhunshme. Dhunuesit dhe pjesëtarë të familjes mund të insistojnë që abuzimi me substancat është problemi. Evidencat kanë treguar që ndërsa abuzimi me substancat dhe sjelljet e dhunshme bashkëekzistojnë, sjelljet e dhunshme nuk mbarojnë po të mos ndërhyhet ndaj dhunës, si dhe varësisë nga barnat. Në mënyrë të ngjashme, sëmundja mendore është rrallë shkak i dhunës, ndonëse sëmundja mendore në një person që dhunon mund të çojë në shpeshtësi më të rritur dhe ashpërsim të dhunës. Trajtimi vetëm i sëmundjes mendore nuk do ta ndalojë dhunën. Të dyja çështjet duhen trajtuar.

Këshillimi në çift apo ndërhyrja në familje është përgjithësisht e kundraindikuar në prani të dhunës me bazë gjinore. Përpyekjet për të zbatuar terapinë e familjes në praninë e një dhune të vazhdueshme mund të rritin rrezikun e një dëmi serioz. Shqetësimi i parë duhet të jetë siguria e gruas.

7.2.3. Siguria e gruas së dhunuar.

Është shumë e rëndësishme që mjeku të pyesë rreth sigurisë së gruas së dhunuar përpara se ajo të largohet nga qendra shëndetësore.

Graviteti i dëmtimeve aktuale dhe të shkuara nuk është një parashikues i mirë i dhunës së ardhshme; dhe shumë gra kanë tendencën të minimizojnë rrezikun nëpër të cilin kalojnë. Pas vlerësimit të situatës, plani për sigurinë e gruas duhet diskutuar me të përpara se ajo të largohet nga qendra shëndetësore. Duhet marrë në konsideratë disa opsione:

- A ka ajo shoqe dhe anëtarë të familjes me të cilët mund të qëndrojë?
- A kërkon ajo akses të menjëhershëm në një strehëz?
- Nëse askush s'është në gjendje ta strehojë, a mund të strehohet në spital?
- Nëse ajo s'ka nevojë për akses të menjëhershëm në një strehëz, asaj i duhet dhënë informacioni rreth tyre në rast se ajo mendon se duhet të shkojë atje në të ardhmen.
- A ka nevojë ajo për akses të menjëhershëm në një qendër keshillimi që të ndihmohet për të trajtuar stresin e shkaktuar nga dhuna?
- A ka nevojë ajo për trajtim të menjëhershëm mjekësor apo psikiatrik?
- A do ajo të kthehet tek partneri me mundësinë për të rivizituar mjekun një herë tjetër?
- A ka nevojë për referim në organizatat lokale që merren me problemet e dhunës në familje?

Nëse pacientja ndjen se duhet të ndjekë rrugën ligjore, asaj i duhet dhënë informacion i shkruar (përfshirë numrat e telefonave) për opsionet ligjore, këshillimin, dhe shërbimet e ndërhyrjes në rast krize. Përveç kësaj, materialet edukative në lidhje me dhunën në vendet e pritjes së pacienteve dhe dhomat e ekzaminimit mund të ndihmojnë pacientet të identifikojnë dhunën si një problem personal shëndetësor dhe të kërkojnë ndihmë.

7.2.4 Dokumentimi dhe Referimi.

Kartelat mjekësore të plota e të dokumentuara mirë janë thelbësore për parandalimin e abuzimeve të tjera në të ardhmen. Për më tepër, ato sigurojnë një evidencë konkrete të dhunës dhe abuzimit që mund të jetë shumë e rëndësishme nëse çështja merr rrugën ligjore. Nëse regjistri mjekësor dhe dëshmia në gjyq kanë kontradikta mes tyre, regjistri apo kartela mjekësore mund të konsiderohen më të besueshme. Kartelat duhet të mbahen në mënyrë të saktë dhe profesionale dhe duhet të përfshijnë si më poshtë:

- Ankesat kryesore të pacientes dhe përshkrimin e ngjarjes abuzive,

duke përdorur fjalët e vetë pacientes kurdo që të jetë e mundur në vend të vlerësimeve të mjekut. « Burri më qëllloi me shkop » preferohet më shumë se « pacientja është dhunuar ».

- Anamneza e plote mjekësore.
- Anamneza sociale relevante.
- Një përshkrim i detajuar i dëmtimeve, përfshirë tipin, numrin, përmasat, lokalizimin, shkaqet e mundshme, dhe shpjegimet e dhëna. Aty ku mundet, lokalizimi dhe natyra e dëmtimeve duhet të rregjistrohet në një vizatim të trupit (bashkëngjitur mund të gjeni një model)
- Opinioni nëse dëmtimet janë shpjeguar në mënyrë të mjaftueshme.
- Rezultatet e të gjithë procedurave të rëndësishme laboratorike dhe procedurave të tjera diagnostike.
- Fotografi me ngjyra nëse mundet.
- Kur është thirrur policia, emri i oficerit investigues dhe çdo veprim tjetër që është bërë.

Përveç të dhënave të plota të shkruara, fotografitë janë veçanërisht të vlefshme si evidencë. Mjeku duhet të kërkojë lejen e pacientes për ta marrë në fotografi. Mund të përdoren edhe studimet e imazheve me radiografi kur është e mundur.

- Nëse është e mundur, merrni në fotografi përpara se të jepet ndihma mjekësore.
- Përdorni film me ngjyra.
- Fotografoni nga kënde të ndryshme, trupin e plot dhe dëmtimet në veçanti.
- Mbani lart një monedhë, apo ndonjë objekt tjetër që të ilustrohen përmasat e dëmtimit.
- Përfshini fytyrën e pacientes në të paktën një nga fotografitë.
- Merrni të paktën dy fotografi për çdo zonë madhore të traumatizuar.
- Vini sa më parë të jetë e mundur emrin e pacientes, lokalizimin e dëmtimeve dhe emrat e fotografit dhe personave të tjerë të pranishëm.

Që të dhënat mjekësore të jenë të pranueshme nga gjykata, mjeku duhet të përgatitet të dëshmojë:

- Që rregjistri është plotësuar gjatë orarit të rregullt të punës në kohën e ekzaminimit të pacientes.
- Që rregjistri është plotësuar në përputhje me procedurat e zakonshme të rutinës.

- Që te rregjistri është mbajtur aty ku duhet dhe në të ka patur akses vetëm stafi profesional i qendrës shëndetësore.

Vendosni në të gjitha materialet që merrni, emërtimet e mëposhtme:

- Emrin e spitalit apo qendrës shëndetësore, emrin e pacientes, dhe numrin e identifikimit/pasaportës
- Datën dhe vendin e mbledhjes se evidencave.
- Përshkrimin dhe lokalizimn e pjesëve të trupit prej nga janë marrë evidencat.
- Emrin dhe firmën e personit që ka mbledhur evidencat.

Nëse materialet e mbledhura do t'i jepen dikujt tjetër, duhet mbajtur shënim:

- Emri dhe firma e personit që i ka marrë në dorëzim.
- Data dhe vendi i transferimit.

Sa u tha më lart në lidhje me dokumentimin e gjetjeve klinike në rastet kur konstatohet dhunë me bazë gjinore është e rëndësishme të kihet parasysh edhe në kontekstin shqiptar ku nuk ka detyrime ligjore të mjekëve për të raportuar rastet e dhunës. Ndonëse nuk ka detyrim ligjor për të raportuar, ekziston detyrimi ligjor për të dokumentuar gjithçka që gjendet tek pacienti/pacientja, gjë që do të thotë se kartelat klinike mund të duhet të përdoren kur pacientja vendos ta ndjekë çeshtjen në rrugën ligjore.

Pasi është bërë dokumentimi i plotë i të gjitha gjetjeve klinike sipas përshkrimeve të mësipërme, është i domosdoshëm dhe referimi i të mbijetuarave nga dhuna në shërbimet ekzistuese sociale dhe në ato të ndihmës ligjore në mënyrë që të dhunuarat të kenë mundësi të marrin të gjitha shërbimet e nevojshme për të përballuar si duhet problemin e tyre.

Kapitulli VIII

Identifikimi dhe menaxhimi i të mbijetuarave nga dhuna seksuale (përdhunimi).

8.1 Identifikimi dhe gjetjet klinike.

Dhuna seksuale si një ndër format më të rëndësishme të dhunës me bazë gjinore mund të ndodhë tek meshkujt dhe femrat që nga fëmijëria dhe adoleshenca dhe gjatë jetës së tyre si të rritur. Ofruesit e shërbimeve shëndetësore duhet të merren me një seri komplekse çështjesh mjekësore, psikologjike, sociale dhe ligjore kur ndeshen me të mbijetuarat e dhunës seksuale. Këto çështje përfshijnë:

- Paraqitjet e ndryshme, të pjesshme dhe shpeshherë të kamufluara të pacienteve, të cilat e bëjnë të vështirë vlerësimin e saktë të gjendjes së tyre.
- Detyrimin ligjor të mjekëve në disa raste për të raportuar përdhunimin.
- Përgjegjësinë e mjekëve për raportimin në detyrën e tyre për të informuar pacientet për rreziqet e vaçanta shëndetësore dhe opsionet mjekësore.

Me qenë se çështjet e trajtimit mjekësor dhe psikiatrik të të mbijetuarave të dhunës seksuale mbivendosen, shumë mjekë nuk janë të përgatitur të diagnostikojnë dhe ofrojnë trajtim të plotë dhe që të përfshijë si komponentin mjekësor dhe atë psikiatrik për trajtimin e pasojave akute dhe afatgjata të dhunës seksuale. Për fat të keq kurrikulat e fakultetit të mjekësisë dhe shkollave të tjera mjekësore, si dhe të shkollave të mesme nuk i adresojnë fare këto çështje. Po ashtu spitalet dhe repartet e urgjencës nuk kanë protokolle që të ndihmojnë mjekët në trajtimin e këtyre rasteve. Mjekët e kujdesit parësor përballohen me probleme edhe më komplekse sepse shumë prej tyre dhe pacientet e tyre janë të pafamiljarizuara dhe nuk ndihen mirë në trajtimin e problemeve të jetës seksuale si pjesë standarde e kujdesit mjekësor.

Identifikimi i përdhunimit apo sulmit seksual është i vështirë për shumë arsye. Pacientja e përdhunuar apo e sulmuar seksualisht shpesh vonohet në kërkimin e ndihmës mjekësore për shkak të ndjenjave të tilla si turpi, frika, apo moskuptimi i faktit që ato janë të mbijetuara të një krimi. Raportimi i vonuar mund të rezultojë edhe nga efekti i drogave dhe/ose

alkoolit që mund të jepen nga dhunuesi për të lehtësuar sulmin seksual. Studimet kanë treguar që vetëm 17% e të mbijetuarave nga sulmet seksuale shkojnë të kërkojnë ndihmë në repartet e urgjencës apo tek gjinekologu (American Medical Association, 1997). Shumica e studimeve të fundit kanë treguar që shumica e të mbijetuarave janë dhunuar nga të njohurit e tyre, jo të huajt, gjë që thekson rëndësinë e dokumentimit të dëmtimeve që pasqyrojnë mungesën e konsensusit nga e mbijetuara. Gjithashtu, sulmet seksuale nga persona të njohur nga pacientet kanë prirje të jenë më pak të raportuar se të tjerët. Femrat e rritura që janë përdhunuar mund të kërkojnë kujdes mjekësor nga frika e infeksionit apo shtatzanisë. Një paciente e rritur mund të ketë simptoma të ndryshme jospesifike si çrregullime të gjumit, ëndrra të këqia, lëvizshmëri emocionale, lodhje, vetëfajësim, turp, frikë, apo disfunkcion seksual.

Sulmi seksual zakonisht përcaktohet brenda 72 orësh. Megjithatë, si rezultat i përparimeve teknologjike në analizën e AND-së, ky interval edhe mund të zgjatet. Me qenë se disa barna mund të gjenden në serum edhe pas një jave pasi janë përdorur, për pacientet që janë përdhunuar nën efektin e barnave, mbledhja e evidencave mund të bëhet deri në 96 orë. Nëse pacientja është jashtë spitalit dhe përdhunimi ka ndodhur pak kohë më parë, pacientja duhet inkurajuar që të shkojë sa më parë në repartin e urgjencës, apo aty ku mund të mblidhen të dhënat fizike. Pacientja duhet inkurajuar që të mos anagazhohet në asnjë lloj aktiviteti që mund të shkatërrojë evedenca të rëndësishme që mund të përdoren për identifikimin e dhunuesit, siç është urinimi, defekimi, vjellja, larja e dhembëve, pirja e duhanit, ngrënia, ngrënia e çamçakëzit, prija e lëngjeve, larja apo fshirja e zonës gjinitale, larja e trupit, apo marrja e medikamenteve.

Viktimizimi është një çështje e zakonshme, shpesh e fshehur në diagnostikimin dhe trajtimin në qendrat e kujdesit parësor. Meqë të mbijetuarat zakonisht ndjejnë turp dhe përgjegjësi personale, ato shpesh nuk ofrojnë informacion në mënyrë vullnetare rreth historisë së abuzimit seksual apo sulmit seksual. Disa teknika të vogla në marrjen e anamnezës mund të ndihmojnë mjekët në identifikimin e të mbijetuarave të dhunës seksuale dhe t'u ofrojnë atyre informacion për opsionet e trajtimit. Mjekët duhet të marrin gjithashtu në konsideratë faktin që pacientet mund të vuajnë nga forma të ndryshme të stresit që paraqiten edhe me sëmundje somatike. Për më tepër, pacientet mund të vuajnë nga sëmundjet me bazë traumën që mund të mos ketë lidhje me abuzimin apo sulmin seksual. Për shembull, sëmundjet me bazë traumën ndodhin edhe në të mbijetuarit nga fatëkeqësitë, si rrëzimet e avioneve, tërmetet dhe lufta.

Gjatë fazës post-akute të sulmit seksual, zakonisht humbet gjendja fizike e komfortit dhe qetësisë. Disa pacienteve iu duket sikur po luftojnë me trupin e tyre, duke paraqitur simptoma të shumta somatike që tregojnë tensionin. Këto mund të përfshijnë dhimbjet e kokës, çrregullime gastrointestinale, dhimbje të shpinës apo dhimbje pelvike. Pacientet mund të mos jenë në gjendje të identifikojnë lidhjen midis simptomave të tyre somatike dhe historisë traumatike. Studimet kanë treguar që rreth 80% e të mbijetuarave të dhunës shfaqin hiperaktivitet, autonomi, pagjumësi, çrregullim të ngrënies, simptoma gastrointestinale dhe dhimbje koke.

Mjekët mund të fillojnë të vlerësojnë nëse ankesat kryesore të pacienteve të tyre lidhen me eksperiencë traumatike duke:

- Adoptuar një metodë vlerësimi dhe menaxhimi gjithëpërfshirës të nevojave mjekësore të pacienteve të tyre.
- Theksuar nevojën për një marrëdhënie të mirë mjek-pacient në mënyrë që të ndihmohet pacientja në gjetjen e trajtimeve të përshtatshme për stresin e tanishëm dhe të ardhshëm.
- Dhënë një leje të heshtur për pacienten që ajo të flasë për çështjet seksuale duke filluar një diskutim rreth historisë seksuale të pacientes.
- Theksuar që pyetjet për shëndetin seksual aktual dhe të mëparshëm janë pjesë rutine e rëndësishme e kujdesit mjekësor.
- Duke pyetur në mënyrë rutine për eksperiencat e fundit dhe të dikurshme fizike, emocionale dhe seksuale.
- Pyetur në mënyrë specifike për traumat apo streset aktuale dhe të shkuara të pacientes. Nëse ato nuk raportohen, nuk duhet konsideruar çështje e mbyllur.
- Vërejtur për zgjatjen e simptomave të pashpjegueshme, veçanërisht atyre që tregojnë hipereaktivitet, ëndrra të frikshme, dhe simptoma që përsëriten në mungesë të faktorëve mjekësorë të zakonshëm. Çrregullimet e gjumit dhe ato të lodhjes kronike janë ndër çështjet më të zakonshme të paraqitura nga pacientet me histori të dhunës seksuale.
- Diagnostikuar simptomat e depresionit. Depresioni refraktar dhe sjelljet apo tentativat vetëvrasëse mund të jenë indikacione të ngjarjeve traumatike.
- Diagnostikuar simptomat e çrregullimeve të ankthit, fobive, të menduarit obsesiv, dhe sjelljet kompulsive apo të ritualizuara (për shembull, frikë për të dalë nga shtëpia në errësi apo kontrolli i vazhdueshëm i dyerve dhe dritareve nëse janë të kyçura).
- Vërejtur shmangie të theksuar apo humbje të dëshirës për

marrëdhënie seksuale, tërheqje nga marrëdhëniet intime, apo disfunkcionim seksual në një marrëdhënie ekzistuese.

- Vërejtur sjelljet abuzive me alkoolin dhe drogën, të cilat mund të reflektojnë një përpjekje për vetëmjekim.
- Vërejtur tipet e ankesave, diagnoza dhe trajtimi i të cilave pasohet menjëherë nga zhvillimi i një simptome apo ankese tjetër.
- Vërejtur një model të marrjes së barnave për lehtësimin e simptomave të shoqëruar me mosndjekjen e rekomanduar. Gjithashtu duhen vërejtur rastet kur pacientet bëjnë kërkesa për receta suplementare gjë që tregon se ato marrin barna më shumë seç duhet.
- Vërejtur ankth të veçantë tek pacientja për procedurë intruzive. Pacientet me histori të dhunës seksuale mund të kenë vështirësi të veçantë për të kryer ekzaminimet gjinekologjike, urinare, proktoskopike dhe madje edhe ato dentare.
- Vërejtur pacientet që kanë frikëra të ekzagjeruara dhe rezistencë nga anestezia apo medikamente që ulin ndjesitë apo i vënë në gjumë.
- Vërejtur pacientet që kanë vështirësi të mëdha për të toleruar procedurat që i imobilizojnë apo i izolojnë.
- Vërejtur pacientet që kanë një kufi ose shumë të lartë ose shumë të ulët të dhimbjes.
- Vërejtur dhe rivlerësuar pacientet që mund të ankohen për mjekët e tyre që ata nuk bëjnë asgjë mirë.

Kur shkruhet raporti i një traume, mjekët duhet të pyesin pacientet e tyre rreth historisë së tyre në mënyrë rutine, në mënyrë të drejtpërdrejtë dhe kur ia vlen edhe në mënyrë të përsëritur. “E di që ju kam pyetur dhe më parë, por a ka ndonjë gjë që ju streson dhe që ju nuk e keni diskutuar me mua?”. Në shumë raste, pacientja nuk do të zbulojë një sulm seksual apo përdhunim deri në momentin që vendoset një marrëdhënie besimi me mjekun. Pasi pacientja e zbulon historinë e abuzimit seksual me ju:

- Inkurajoni pacienten që të hapet me ju.
- Siguroje atë se ju do ta ruani fshehtësinë e saj.
- Informojeni pacienten që ajo të trajtohet për stresin imediat, por që është nevoja edhe për të bërë një plan trajtimi dhe vlerësimi në vazhdimësi. Siguroje pacienten që ajo do të ketë një rol të rëndësishëm dhe aktiv në vendim-marrjen dhe zhvillimin e këtij plani trajtimi
- Nëse pacientja është në ankth për shkak të procedurave mjekësore specifike, pyeteni nëse ka gjëra që mund të bëhen për ta ndihmuar. Për shembull, gratë që janë ekstremisht ankioze rreth ekzaminimit gjinekologjik duhen caktuar për takim që herët në mëngjes, që të

mos rrinë në ankth gjithë ditën. Paciente të tjera mund të duan të kenë ndonjë shoqe apo njeri të familjes të pranishëm që ti mbështesë gjatë procedurave.

8.2 Menaxhimi i të mbijetuarave nga dhuna seksuale.

Menaxhimi i të mbijetuarave nga dhuna seksuale paraqet disa specifika në krahasim me menaxhimin e të të mbijetuarave nga tipe të tjera të dhunës me bazë gjinore. Trauma e dhunës seksuale krijon një çorganizim fizik dhe psikologjik të ngjashëm me traumën e dhunës familjare, por edhe të ndryshëm në disa aspekte.

Të mbijetuarat mund të sillen në mënyra të ndryshme. Disa mund të duken çuditërisht të qeta dhe me kontroll të mirë të vetes së tyre, ndërsa të tjerat mund të duken të axhituara, të dëshpëruara, duke qarë. Mjeku apo ofruesi tjetër i shërbimit shëndetësor që trajton këto gra duhet të dijë që çdo reagim ekstrem përfaqëson një përpjekje të të dhunuares për të rifituar ekuilibrin mendor dhe psikologjik.

Prioriteti numër një i çdo mjeku përpara një të mbijetuarave nga dhuna seksuale duhet të jetë gjendja shëndetësore e pacientes. Nëse janë të pranishme, dëmtimet që kërcënojnë jetën duhen trajtuar të parat. Mjeku duhet të ekzaminojë pacienten për të përjashtuar ndonjë vështirësi respiratore, shok fizik, apo ndonjë hemorragji të brendshme. Mungesa e dëmtimeve fizike nuk do të thotë që kontakti seksual ka qenë konsensual.

Sapo të stabilizohet, prioriteti tjetër duhet jetë krijimi i një ambjenti të sigurt e të përshtatshëm që të mundësojë :

- marrjen e konsensusit të informuar nga pacientja
- mbledhjen e të dhënave të nevojshme të anamnezës mjekësore dhe seksuale
- fillimin e ekzaminimit fizik.

Që ambienti të jetë i sigurt duhet që :

- pacientja të vendoset në një dhomë të qetë dhe private
- ajo nuk duhet lënë vetëm
- me të duhet folur ngadalë
- duhen bërë lëvizje të qeta e të ngadalshme
- duhet kërkuar leje për të ftuar brenda një shoqe, anëtar të familjes

apo punonjës social

Një person që është i trajnuar në mënyrë të veçantë, siç mund të jetë një profesionist i shëndetit mendor apo punonjës social është mirë të jetë i pranishëm për të ofruar mbështetje emocionale. Gjatë gjithë vizitës duhet bërë kujdes për të siguruar privacinë, sigurinë dhe konfencialitetin. Në mënyrë ideale, informacioni i kartelës mjekësore duhet t'u bëhet i njohur institucioneve të tjera vetëm me lejen e pacientes.

Në shumë vende të botës, pacienti i abuzuar seksualisht nuk duhet të raportojë dhunimin në polici. Por ka edhe shtete, në të cilat personelit mjekësor i kërkohet me ligj të raportojë të gjitha rastet e dhunës seksuale. Në Shqipëri nuk ka detyrim ligjor specifik për raportimin e rasteve të dhunës seksuale.

Dhunimi seksual është një nga mohimet më eksplicite të së drejtës së individit për të kontrolluar trupin e vet. Me qenë se ambientet mjekësore prekin në një farë mënyre gjithashtu kufijte fizike të individit, është e rëndësishme që pacientja të përgatitet për të gjitha procedurat që do kryhen me të. Kjo ndihmon që të restaurohet sensi fiziologjik dhe emocional i parashikueshmërisë dhe kontrollit mbi atë që do të ndodhë me trupin e saj.

- Informoni pacienten që në fillim se çfarë po ndodh, kur do të fillojë, sa mund të zgjasë dhe kur përfundon procedura/ekzaminimi mjekësor.
- Kërkojini pacientes të bëjë shenjë kur të fillojë procedura dhe i thoni që ajo mund të kërkojë të ndërpritet nëse ndjehet jo mirë apo ka dhimbje.

8.2.1 Marrja e anamnezës.

Marrja e anamnezës së përgjithshme përpara se të bëhen pyetjet e drejtëpërdrejta rreth dhunimit seksual apo përpara ekzaminimit fizik do të ndihmojë në vënien e pacientes në një pozitë më të lehtë dhe të mundësore vendosjen e një raporti të drejtë me të. Duhet bërë një tranzicion gradual nga pyetjet personale në ato që lidhen me sulmin seksual.

Kur merret anamneza mjeku duhet:

- Të informojë pacienten që është e nevojshme të bëhen pyetje

shumë personale

- Të përdorë një gjuhë të kuptueshme pa terminologji mjekësore
- Të bëjë pyetje të thjeshta, në mënyrë të sjellshme dhe të drejtëpërdrejtë
- Të bëjë pyetjet në mënyrë të tillë që të mundësojë kthimin e përgjigjeve të shkurtra

Mjeku nuk duhet të :

- Të jetë gjykues përmes tonit apo mënyrave të tij të sjelljes
- Të detyrojë pacienten të shpjegojë në detaje sulmin seksual

Një diskutim i detajuar i sulmit seksual apo i përdhunimit mund ta traumatizojë më shumë pacienten. Për më tepër dhunimi seksual shpesh prish perceptimet e njohjes duke bërë memorjen e ngjarjeve të paplotë ose të pasaktë.

Është e gabuar të mendohet që duke verbalizuar ngjarjen, të dhunuarat do të ndihen më mirë dhe më të qeta. Përdhunimet apo sulmet seksuale janë rrethana të një madhësie të tillë që nuk i përgjigjen katarsisit apo çlirimit emocional gjatë fazës akute.

Gjatë marrjes së anamnezës shëndetësore duhet të përfshihen pyetjet e mëposhtme:

- A vuan pacientja nga ndonjë sëmundje?
- A ka bërë ndonjë operacion kohët e fundit?
- Çfarë medikamentesh ka marrë, nëse po, është duke marrë aktualisht pacientja?
- A ka pacientja ndonjë alergji ndaj ushqimeve apo barnave?
- Kur e ka bërë pacientja për herë të fundit vaksinën e tetanosit?
- A është duke u trajtuar pacientja, apo ka përfunduar ajo trajtimin për ndonjë sëmundje seksualisht të transmetueshme?
- Çfarë metode kontracepsioni, nëse po, përdor pacientja?
- Kur ka qenë eksperiencia e fundit seksuale konsensuale e pacientes? Në mënyrë specifike a ka kryer marrëdhënie seksuale pacientja brenda 7 ditëshit të kaluar?
- A ka marrë pacientja në mënyrë vullnetare ndonjë medikament apo alkool përpara sulmit seksual? Nëse po, çfarë, kur, dhe sa shumë?
- (Vetëm për gratë në para menopauze) A ka qenë ndonjëherë pacientja shtatzanë? Nëse po, sa herë, dhe kur ka qenë lindja e fundit? Mund të ketë mbetur ajo shtatzanë në kohën e sulmit? Kur

- kanë qenë menstruacionet e fundit?
- (Për qëllime të evidencave) Që nga marrëdhënia seksuale e dhunshme,
 - A ka marrë pacientja ndonjë medikament, alkool? Nëse po, çfarë, sa shumë, dhe kur?
 - A ka urinuar, defekuar, bërë dush?
 - A është larë, ka larë duart apo fytyrën, larë dhëmbët, ndruar rrobat?
 - A ka pirë duhan, lëngje, apo ka ngrënë ndonjë gjë?

Pacientja duhet pyetur në mënyrë të veçantë për veçoritë e incidentit.

Dokumentoni citime të drejtëpërdrejta nga pacientja që përshkruajnë incidentin:

- Ora, data, vendi i përdhunimit apo sulmit seksual
- Aftësia e pacientes për të dhënë konsensus për aktivitetin seksual që raportohet
- Përdorimi i forcës, kërcënimit për përdorim force, përdorimi i armës, mjeteve të tjera të forta, barnave, alkoolit për të lehtësuar dhunimin seksual
- Tipet ose mjetet e sulmit
- Numri i personave që kryen marrëdhënie seksuale me të mbijetuaren
- Numri i personave që kishin kontakt fizik me të mbijetuaren
- A përfshiu sulmi seksual një nga aktet e mëposhtme:
 - Përqafim
 - Puthje
 - Penetrim vaginal në tentative/penetrim vaginal
 - Penetrim anal në tentative/penetrim anal
 - Penetrim oral në tentative/penetrim oral
 - Ejakulacion, nëse po, në cilën pjesë të trupit?
- A përdori prezervativ dhunuesi?
- A përdori lubrifikant apo kontraceptiv, çfarë lloji?
- A e lidhi të mbijetuarën?
- Çfarë lloj dhune u përdor?
- A u përdor armë? Çfarë lloji?
- A u përdor ndonjë objekt për të penetruar të mbijetuaren? Çfarë lloji?

Leja e informuar apo refuzimi duhet të merret nga pacientja për secilin nga komponentët e mëposhtme të vlerësimit të abuzimit seksual.

- Vlerësimi dhe trajtimi mjekësor
- Raportimi i krimit

- Kryerja e ekzaminimit fizik
- Dokumentimi me fotografi
- Mbledhja e evidencës: pacientja ka të drejtë të refuzojë mbledhjen e evidencave. Megjithatë, është e rëndësishme që pacientja të bëjë një zgjedhje të informuar, t'i shpjegohet asaj që ky është i vetmi moment kur mund të merren të dhënat.
- Transferimi i evidencave në organet e policisë

Përcaktimi i konsensusit për të kryer aktin seksual është një parim ligjor dhe prandaj nuk duhet të përfshihet në vlerësimin dhe ekzaminimin mjekësor.

8.2.2 Ekzaminimi fizik.

Ekzaminimi fizik kryhet vetëm një herë. Ai duhet të bëhet brenda tre ditësh që nga kryerja e marrëdhënies seksuale të dhunshme në mënyrë që të jetë ligjërishit i vlefshëm. Megjithatë, ekzaminimi fizik ka qëllim të dyfishtë, të bëjë vlerësimin mjekësor të shëndetit të gruas së mbijetuar dhe të evidencave që mund të përdoren për të provuar se ku, kur, dhe kush ka sulmuar seksualisht apo ka përdhunuar të mbijetuaren. Ndonëse nuk është përgjegjësi e ofruesit të shërbimit shëndetësor të provojë nëse është kryer një krim, kartelat mjekësore mund të japin një ndihmë thelbësore në rast se nis ndonjë proces ndaj dhunuesit. Për këtë arsye ekzaminimi mjekësor duhet të dokumentojë:

- Një traumagramë—një diagramë të një figure lakuriq në të cilën mjeku shënon lokalizimet e të gjitha dëmtimeve të dukshme
- Një përshkrim të shkruar të ngjyrës, përmasave, vendit të secilës plagë, abrazion, dhe laceracion që është konstatuar

Në kartelën mjekësore nuk duhet të përfshihen konkluzione, supozime, rreth rrethanve të sulmit seksual. Sa herë që është e mundur duhet të citohen fjalët e gruas së mbijetuar. Mjeku nuk duhet të provojë që ka ndodhur një krim apo të influencojë vendimin e gruas së mbijetuar për të ndjekur ose jo penalisht përdhunuesin.

8.2.3. Elementet e një protokollit të përdhunimit.

Më poshtë janë renditur komponentët më të shpeshtë të një protokollit të përdhunimit. Ndonëse në Shqipëri akoma nuk janë futur në sistemin shëndetësor këto lloj protokollesh, është mirë që ato të

njihen nga punonjësit e shëndetësisë në mënyrë që grave të dhunuara seksualisht t'u ofrohet një ndihmë e cilësisë së lartë që t'u përgjigjet sa më mirë nevojave të tyre. Protokollet e përdhunimit po transformohen me shpejtësi për shkak të rolit në rritje të profilit të ADN. Ka një kundërshti rreth mbledhjes së flokëve si evidencë, rëndësisë së sëmundjes, raportimit të detyruar, testit të shtatzanisë dhe profilaksisë së sëmundjeve seksualisht të transmetueshme. Mjekët duhet të vendosin se në cilën shkallë udhëzimet që vijojnë mund të aplikohen në praktikën e përditshme dhe në institucionet ku ata punojnë.

- Përpara se pacientja të zhvishet duhet të shtrohet një çarçaf i pastër në dysheme
- Lejojeni pacienten të heqë dhe të vendosë çdo rrobë që zhvesh në një qese me vete. Rrobat duhen prekur me doreza për të parandaluar konstaminimin e evidencës
- Në të njëjtën kohë identifikoni praninë e ndonjë dëmtimi fizik, evidencë biologjike, por pa e shqetësuar pacienten.
- Vëreni dhe mblidhni çdo gjurmë që mund të shërbejë si evidencë, përfshirë rërën, dheun, gjethe, bar, dhe sekrecione biologjike. Shënoni lokalizimin e gjithë gjurmëve. Identifikoni sekrecionet e lëngshme.
- Shënoni gjithë plagët duke dokumentuar lokalizimin, përmasat, dhe bëni përshkrim të detajuar të plotë të traumës përfshirë shenjat e kafshimit, vendet e enjtura apo të dhimbshme, veçanërisht ato rreth gojës, gjoksit, kofshëve, qafës, duarve, dhe zonës anogenitale.
- Kryeni një dokumentim fotografik të të gjitha gjetjeve, si dhe të të gjithave elementeve të tjerë të dyshimtë.
- Mblidhni sekrecionet e lëngshme me pambuk, dhe mblidhni dhe sekrecionet e thara në një letër.
- Përshkruani nivelin e maturimit fizik të pacientes.
- Toluidina blu mund të përdoret për identifikimin e dëmtimeve minore, të jashtme, anale dhe genitale, por ajo mund të shkaktojë diskomfort në fëmijët para pubertetit.
- Kur kryhet ekzaminimi vaginal, spekulumi duhet të lubrifikohet me ujë, sepse lubrifikantë të tjerë mund të ndikojnë rezultatet e spermogramës dhe të ulin lëvizshmërinë e spermatozoidëve. Spekulum vaginal nuk përdoret kurrë në fëmijët para pubertetit pa anestezi të përgjithshme.
- Kur dyshohet se është përdorur alkool ose barna për të lehtësuar përdhunimin, duhet të merret gjaku dhe urina për analizë.
- Kolposkopia mund të përdoret si mjet suplementar ekzaminimi. Të dhënat e ekzaminimit anogenital mund të ndihmohen nga ndriçimi,

zmadhimi dhe fotodokumentimi.

- Dokumentoni të gjitha dëmtimet fizike. Vlerësohet që pacientet nuk kanë dëmtime të dukshme fizike në 40-60% të rasteve të dhunës seksuale (Botash et al, 1994). Të gjitha dëmtimet e dukshme duhen vizatuar në traumagramë. Përshkruani përmasat, formën dhe lokalizimin e secilit dëmtim edhe në kartelën mjekësore (për shembull, «Pesë zona të skuqura vërehen në pjesën e sipërme të krahut të djathtë. Ato janë në formë ovale dhe mesatarisht 2-3 cm në diamtër. Katër prej tyre lokalizohen në pjesën e jashtme të krahut dhe njëra është në pjesën e brendshme»).
- Inspektoni genitalet e jashtme për traumë fizike dhe ndonjë evidencë të veçantë. Dëmtimet vaginale shoqërohen në mënyrë tipike me dhimbje ose hemorragji, erythema, abrazione, apo djegie. Gratë e moshës riprodhuese që janë seksualisht aktive shpesh kanë laceracione lart në vaginë. Laceracionet e murit vaginal shpesh ndodhin pranë hyrjes në kanalën vaginal. Penetrimet anale mund të japin eritema, edema, gjakrrjedhje, hematoma, spazma apo lëshime të sfinkterit. Dokumentoni çdo dëmtim dhe mbledhni çdo evidencë të veçantë.

4.4.4 Të dhënat radiografike dhe laboratorike.

Mjeku duhet të marrë në konsideratë testet e mëposhtme në varësi të rasteve që paraqiten:

- Testin e urinës ose të sërimit për shtatazani
- Testimin për sifiliz: në rastet e profilaksisë dhe kur nuk dyshohet për abuzim kronik, kultura dhe testimi për sifiliz nuk janë të nevojshme. Kjo çështje është shumë e diskutueshme.
- Antitropi i hepatitit B: duhet testuar gjendja imunitare në pacientet e imunizuar më parë. Testimi për Hepatitin B nuk është i indikuar në pacientet e paimunizuara.
- Radiografi dhe ekzaminime laboratorike të tjera sipas nevojës
- Këshillimi për HIV dhe testimi për HIV është i dosmosdoshëm. Referimi për të bërë testimin për HIV duhet inkurajuar në të gjitha pacientet. Ato duhet të referohen në qendra që ofrojnë këshillim dhe testim për HIV brenda 72 orësh në mënyrë që të përcaktohet gjendja e HIV-it në kohën e abuzimit.

8.3. Trajtimi mjekësor.

8.3.1. Sëmundjet seksualisht të transmetueshme (SST).

Këshillimi dhe profilaksia për SST është e një rëndësie të veçantë për pacientet e dhunuara seksualisht. Vendimi për testim për SST në repartet e urgjencës duhet marrë mbështetur në anamnezën mjekësore dhe seksuale të pacientes, vendet e penetrimit apo penetrimit në tentative, dhe observimit vizual gjatë ekzaminimit fizik.

Disa teste dhe ndërhyrje mund të bëhen që në repartin e urgjencës brenda 72 orësh nga sulmi seksual. Megjithatë periudhat e inkubacionit të SST-ve variojnë. Për këtë arsye mjekët duhet të insistojnë në nevojën për testime të mëpasme dhe ndjekje të mëtejshme të pacienteve nga specialistët obsteter gjinekologë.

Nëse do të testohet për një spektër të gjerë të SST-ve gjatë vizitës në urgjencë, kjo është një çështje mjekësore, ligjore dhe e shëndetit publik. Përaferisht gjysma e të mbijetuarave të dhunës seksuale nuk kthehen për ndjekje të mëtejshme. Testimi për SST kur pacientja paraqitet menjëherë pas episodit të dhunës seksuale mund të japë një informacion bazë të gjendjes shëndetësore të pacientes dhe lejon diagnostikimin e gjendjeve preekzistuese.

Përrjashtimi i SST-ve preekzistuese mund të jetë i rëndësishëm nëse çështja mund të marrë rrugën ligjore. Testimi përcakton të dhënat bazë kundrejt të cilave rezultatet e testimeve të mëpasme mund të krahasohen për të dokumentuar mundësinë që përdhunuesi i infektuar ka infektuar pacienten me një SST gjatë aktit të dhunshëm seksual.

Këshillimi i pacientes duhet përfshijë dhe dokumentojë:

- Nevojën për ndjekje të mëtejshme mjekësore, përfshirë ritestimin dhe profilaksinë
- Nevojën për të marrë masat e nevojshme për mos-infektimin e partnerit/partnerëve seksuale përpara përfundimit të trajtimit
- Edukimin e pacienteve rreth metodave kontrceptive të sigurta dhe të përshtatshme që mundësojnë mbrojtjen nga transmetimi i SST-ve.

Është e rekomandueshme që pacientet të testohen për trikomona, klamidia, gonorre, dhe vaginoze bakteriale. Dy infeksione gatsrointestinale mund të transmetohen me rrugë anale- xhardia lamblia dhe entameba

histolitke. Testimi dhe profleksia për këto infeksione rekomandohet në rastet e penetrimeve anale.

Terapia antimikrobike për klamidia, gonorre, dhe trikomoniaze duhet të rekomandohet rutinë në pacientet e dhunuara. Medikamentet e mëposhtme mund të merren në konsideratë nga mjeku për profleksion dhe trajtim të SST-ve:

- Imunoglobulina e hepatitit B
- Ceftriaxone sodium- 125-250mg intramuskular në dozë të vetme, për trajtimin e gonorrese dhe sifilizit në inkubacion
- Azitromicine- 1gm, një dozë orale për klamidia. Mos e përdorni në gratë shtatzëna
- Doxycycline- 100mg oral për 7 ditë për klamidia dhe gonorre.

8.3.2. Shtatëzania.

Grate e dhunuara duhet të këshillohen rreth opsioneve për parandalimin e shtatëzanisë. Mjekët duhet të informojnë gruan për rrezikun relativ të mbetjes shtatëzënë dhe të ofrojnë mjetet e planifikimit familjar. Ofrimi i kontracëpivëve të emergjencës (Postinor) është shumë i rëndësishëm për parandalimin e shtatëzanisë së padëshiruar. Mjekët e kanë për detyrë të sigurojnë që pacientet që janë të mbijetuara të dhunës seksuale të jenë të informuara siç duhet për të gjitha rreziqet dhe ndërhyrjet që mund të parandalojnë konceptimin, si rezultat i përdhunimit. Testi i barrës duhet bërë për të përjashtuar një shtatëzani ekzistuese në momentin e përdhunimit. Nëse pacientja nuk është shtatëzënë dhe mund të japë informacione të besueshme për menstruacionet e fundit, mjeku mund të përcaktojë me përafërsi probabilitetin e të mbeturit shtatëzënë, bazuar në kohën e ovulacionit. Mjeku mund të ndihmojë pacienten të vendosë nëse ajo dëshiron të përdorë medikamente të kontracëpsionit të emergjencës si është Postinor. Fakti që është bërë këshillimi, si dhe vendimi i pacientes duhet dokumentuar.

Pacientet duhet informuar që :

- Metodatat e planifikimit familjar janë 97-98% efektive nëse ato fillohen brenda 24 orësh nga kryerja e kontaktit seksual, dhe rekomandohen të fillohen vetëm brenda 72 orëve.
- Ka 1% mundësi dështimi për çdo kontracëpiv të emergjencës, me efekte teratogjenike nëse pacientja mbetet shtatëzënë
- Këto medikamente kanë disa efekte të lehta anësore, që përfshijnë

të përzjerat dhe të vjellat, ndonëse antiemetikët mund të përdoren për të minimizuar këtë problem.

Kontraktivët më të zakonshëm të emergjencës përfshijnë:

- Postinori, që është medikament shumë i njohur në rrejtin farmaceutik shqiptar, si dhe kontraktivë të tjerë që kanë:
- Doza të ulëta të Etinilestradiolit/Norgestrel, 4 tableta, të ndjekuara nga 4 tableta pas 12 orësh
- Etinilestradiolnorgestrel, 2 tableta të ndjekuar nga 2 tableta pas 12 orësh
- Estrogjen të konjuguar, 50mg/intravenoz për 2 ditë ose 30 mg/ditë për 5 ditë

3.3.3. Trauma psikologjike.

Shumica e njerëzve e barazojnë traumën me plagët dhe dëmtimet fizike që kërkojnë vëmendje dhe kujdes të veçantë e të menjëhershëm mjekësor. Këtyre dëmtimeve fizike iu shtohet edhe trauma psikike, që mund të përcaktohet si “ një eksperiencë e vështirë, e rëndë që rezulton në një çrregullim emocional apo mendor”. Të kuptuarit e traumës psikologjike si çrregullim mendor përmirëson diagnozën dhe mund të pakësojë pasojat mjekësore, sociale dhe psikiatrike që mund të rezultojnë kur trauma psikologjike nuk njihet dhe trajtohet.

Shumica e vështirësive të pacienteve, si rezultat i dhunës seksuale futen në kategorinë e gjerë të çrregullimeve psikiatrike/ traumës psikologjike. Manuali Diagnostik dhe Statistik, Edicioni i katërt (APA, 1994), i ka futur këto çrregullime nën Çrregullimin e Stresit Post Traumatik dhe Çrregullimin Akut të Reaksionit ndaj Stresit. Megjithatë njihen edhe çrregullime të tjera përfshirë çrregullimet depresive, çrregullimet e ankthit, panikut, dhe fobitë e ndryshme.

Simptomat e Çrregullimit të Stresit Post Traumatik mund të përfshijnë:

- memorie të çrregullta episodike të sulmit seksual
- skena të frikshme që jetojnë me një intensitet shumë të madh
- shqetësime psikologjike dhe fiziologjike, që provokohen nga ngacmime të brendshme dhe të jashtme që i kujtojnë pacientes atakun

- reagim të ekzagjeruar fiziologjik
- evitim të diskutimit për atakun
- evitim të vendeve, personave dhe sendeve që i kujtojnë atakun
- ndjenja e të qenit ndryshe nga të tjerët dhe mosbesimi në të ardhmen
- anhedonia, pagjumësia, irritabiliteti, vështirësitë në përqendrim

Etiologjia e të gjithave sëmundjeve me bazë traumat është një ngjarje katastrofike, që krijon një përgjigje stimuluese të pashmangshme dhe shumë të madhe. Të mbijetuarit nga traumat kanë kaluar një eksperiencë të përmasave kaq dramatike saqë jeta e tyre ndryshon nga pikëpamja fizike, emocionale dhe nga kapacitetet njohëse. Ngjarja ka një intensitet kaq të madh fiziologjik dhe psikologjik saqë ajo dëmton mekanizmat neurofiziologjike individuale të adaptimit. Dëmi që rezulton nuk është thjesht emocional. Kapaciteti biologjik i personit për të toleruar dhe rregulluar stimulimin e jashtëm dhe të brendshëm mund të ndryshojnë. Këto ndryshime, më pas kompromentojnë aftësinë e personit për të organizuar dhe stimujt perceptuale dhe informacionin që vjen nga njohja, duke i bërë ato të prekshëm nga një numër sëmundesh somatike dhe një spektër çrregulimesh depresive dhe të ankthit.

Çrregullimet psikologjike me bazë traumën mund të kuptohen më mirë si një sindromë e vazhdueshme me paraqitje akute, subakute dhe kronike. Simptomat akute janë ato që zgjatin më pak se 3 muaj, ndërsa ato kroniket zgjatin më shumë se 3 muaj. Ashtu si në sëmundje të tjera kronike, Çrregullimi i Stresit Post Traumatik mund të vonohet në fillimin e tij, të ketë paraqitje të ndryshme dhe atipike, të shkojë në remision, të ketë episode përkeqësimi ose të kërkojë një menaxhim të vazhdueshëm.

Sulmi seksual është një ndër incidentet traumatike më të rëndësishëm. Personi përjeton një ngjarje, që është jashtë kontrollit të vet, evokon ndjenja me një intensitet të tillë që ngjajnë me frikën nga vdekja.

3.4. Dokumentimi dhe Referimi.

Edhe në rastin e të mbijetuarave nga dhuna seksuale duhen patur parasysh rekomandimet që janë bërë në kapitujt e mëparshëm në lidhje me dokumentimin si dhe me domosdoshmërinë e referimit të grave të dhunuara në shërbimet ekzistuese të këshillimit social dhe ato të ndihmës ligjore.

Në rastet kur konstatohet dhunë seksuale është e rëndësishme të

kihët parasysh se edhe në kontekstin shqiptar kur nuk ka detyrime ligjore të mjekëve për të raportuar rastet e dhunës, ekziston detyrimi ligjor për të dokumentuar gjithçka që gjendet tek pacientja, gjë që do të thotë se kartelat klinike mund dhe duhet të përdoren kur pacientja vendos ta ndjeke çeshtjen në rrugën ligjore.

Pasi është bërë dokumentimi i plotë i të gjitha gjetjeve klinike sipas përshkrimeve të mësipërme, është i domosdoshëm dhe referimi i të mbijetuarave nga dhuna seksuale në shërbimet ekzistuese sociale dhe në ato të ndihmës ligjore në mënyrë që të dhunuarat të kenë mundësi të marrin të gjitha shërbimet e nevojshme për të përballuar si duhet problemin e tyre.

Kapitulli IX

Identifikimi dhe menaxhimi i fëmijëve të mbijetuar nga abuzimi seksual.

Mjekët, e në mënyrë të veçantë mjekët pediatër dhe mjekët e familjes konsiderohen si fronti numër një në identifikimin dhe trajtimin e fëmijës së abuzuar seksualisht. Sipas Shoqatës Amerikane të Mjekësisë (AMA), përafërsisht 20% e fëmijëve janë të rrezikuar për tu abuzuar seksualisht para se të hyjnë në moshën e rritur.

9.1 Domosdoshmëria e identifikimit të abuzimit seksual.

Abuzimi i fëmijëve në përgjithësi është i vështirë të identifikohet. Zbulimi i hershem i të gjitha formave të abuzimit të fëmijës është shumë i rëndësishëm. Profesionistët që punojnë me fëmijët duhet të jenë të mirëinformuar e të gatshëm të ndajnë shqetësimet mbi këto çeshtje edhe me kolegët e tjerë.

Historikisht, roli i mjekëve në trajtimin e fëmijëve të abuzuar seksualisht ka qenë ai i “zbulimit” të rasteve, diagnozës mjekësore dhe trajtimit ose referimit sipas nevojave. Mjekët në përgjithësi, por edhe ata që zgjedhin vetë të merren me vlerësimin e fëmijëve/ adoleshentëve të abuzuar seksualisht duhet të jenë të trajnuar dhe të kenë praktikuar më parë menaxhimin e këtij lloji rasti. Ata duhet më pas të jenë të aftë të përzgjedhin fëmijët e abuzuar me dëmtime fizike, akute dhe joakute, të njohin shenjat jonormale, të dokumentojnë gjetjet, të planifikojnë trajtimin e rastit dhe të ofrojnë referime për këshillim. Referimi i fëmijëve në shërbimet psikologjike është shumë i rëndësishëm, sepse viktimat e abuzimit, shpeshherë vuajnë nga depresioni, çrregullimet e ankthit, çrregullimet e stresit post-traumatik dhe kanë probleme të sjelljes (American Family Physician, 2001)

Fëmijët që janë sulmuar apo abuzuar seksualisht mund të manifestojnë simptoma jospesifike. Fëmijët e abuzuar seksualisht shumë shpesh vonohen në raportim, nuk e tregojnë me lehtësi abuzimin dhe kur incidentet zbulohen, faktet shpesh janë të paplota ose konfliktuale (American College of Emergency Physicians, 1999)

9.2 Barrierat e profesionistëve të shëndetit.

Për arsye se diagnoza “abuzim seksual” shpeshherë paraqet një sërë ndërlikimesh psikologjike, sociale dhe ligjore, vlerësimi i fëmijëve që dyshohen të jenë abuzuar seksualisht është ankth ndjellës për mjekët, si dhe për vetë pacientet dhe familjet e tyre (Lahoti et.al 2001).

Mjeku që merr në vlerësim një fëmijë ose adoleshent të dyshuar për abuzim seksual duhet të jetë i kujdesshëm dhe i vëmendshëm në mbledhjen e evidencave. Hezitimi i mjekut për të investiguar mundësitë dhe dyshimet për një abuzim seksual mund të lidhet me mungesën e ndërgjegjësimit, mungesën e eksperiencës, pa rehatinë e mjekëve lidhur me çështjet seksuale, kohën e pamjaftueshme, si dhe hezitimin për të dëshmuar në gjyq (në rast se kjo do të kërkohej).

9.3 Çfarë duhet të dijë mjeku?

Kur mjekët ndeshen me raste të fëmijëve të abuzuar seksualisht, ata duhet të jenë të ndërgjegjshëm për detyrimet dhe përgjegjësitë e tyre në rast se dështojnë të diagnostikojnë “abuzimin seksual” si dhe të raportojnë abuzimin. Në përgjithësi, duke bërë më të mirën e mundshme nga pikëpamja mjekësore kjo konsiderohet si mënyrë e menaxhimit të mirë të riskut që paraqet ky lloj “obligimi” (American Family Physician, 1993). Gjatë diagnostikimit dhe trajtimit të viktimave të abuzimit seksual, çdo mjek duhet:

- o Të ketë njohuri mbi ligjet e shtetit për raportimin e abuzimit.
- o Të jetë i ndërgjegjshëm për shenjat e sjelljes që shoqërojnë abuzimin.
- o Të jetë i ndërgjegjshëm për popullatat me rrezikshmëri më të lartë ndaj abuzimit.
- o Të mundësojnë ekzaminimet fizike dhe intervistat në mënyrat më të përshtatshme të mundshme.
- o Në qoftë se ndihen jo rehat me situatën, t’i kërkojnë një specialisti të kryejnë ekzaminimin dhe intervistën e fëmijës.
- o Të kërkojnë një mendim të dytë në rast se ndihen të paqartë për situatën.
- o T’u ofrojnë fëmijëve një kontroll shëndetësor të rregullt.
- o Të jenë të ndjeshëm ndaj problemeve të prindërve abuzive.
- o Të kenë njohuri mbi abuzimin, është e rëndësishme, por kjo nuk mjafton.

Mjeku duhet të demonstrojë njohuri për problemet e lidhura me abuzimin. Edhe pasi ka marrë të gjitha masat për të menaxhuar siç duhet rastet, mund të ndodhë që mjeku të kthehet në “të

akuzuar” për keqpraktikim mjekësor (medical malpractice suit). Në këto raste, mjeku nuk duhet të frikësohet. Kontakti me një avokat dhe diskutimi i rastit vetëm me të dhe askënd tjetër është shumë i rëndësishëm. Mjeku duhet të mbajë shënime mbi rrethanat dhe të ketë një dokumentim të qartë mbi gjendjen.

9.4 Udhëzime për identifikimin e saktë të abuzimit seksual.

Aftësia për të njohur abuzimin seksual të fëmijës varet së tepërmi nga gadishmëria e personit për të pranuar mundësinë e ekzistencës së saj, si dhe nga njohuritë dhe informacioni që zotëron personi. Ndërsa kjo aftësi mbetet disi e kufizuar për fëmijët, viktima të abuzimit seksual, ajo konsiderohet prioritet moral dhe profesional për të gjithë profesionistët që punojnë me fëmijët. Ekzistojnë tre faza për identifikimin e abuzimit seksual të fëmijës:

1. Marrja në konsideratë e mundësisë.

Mundësia e abuzimit të fëmijës duhet të merret parasysh në rast se fëmija paraqet simptoma dyshuese për të cilat nuk ka asnjë shpjegim të arsyeshëm. Kjo mundësi duhet marrë në konsideratë në rast se fëmija duket i shqetësuar pa ndonjë shkak të dukshëm, ose në rast se ai paraqet ndryshime në sjelljen e tij/e saj. Për më tepër, mundësia e abuzimit duhet patur parasysh edhe kur fëmija reagon i/e frikësuar ndaj prindërve.

2. Kërkimi për shenjat e abuzimit.

Shenjat e abuzimit mund të jenë fizike, të sjelljes apo të zhvillimit. Ato mund të shfaqen si në marrëdhëniet e fëmijëve me prindërit, ashtu dhe në marrëdhëniet e fëmijëve me anëtarë të tjerë të familjes. Ndryshe nga llojet e tjera të abuzimit seksual është pothuajse i pa-raportueshëm nga fëmija. Disa nga sinjalet që duhen patur parasysh gjatë kërkimit për shenjat e abuzimit seksual janë: zbulimi i shenjave pak të dukshme që duhen trajtuar me kujdes dhe duke shmangur pyetjet direkte. Situatat e lojës, vizatimi dhe tregimet mund të paraqesin më shumë informacion.

Disa shenja që janë treguese për ekzistencën e abuzimit:

- a. Lojra ose njohuri të papërshtatshme për moshën.
- b. Lojra ose njohuri anormale seksuale.
- c. Largimi fshehtas nga shtëpia.
- d. Tentativa vetvrasjeje.
- e. Shtatëzani nën-moshë ose sëmundje seksualisht të transmetueshme.

Shumë prej shenjave të observuara apo të përfutuara në mënyra të

tjera duhet të merren në konsideratë së bashku me kontekstin social të fëmijës dhe të familjes së tij/saj. Është shumë e rëndësishme që profesionistët të jenë të hapur për shpjegime alternative të shenjave fizike dhe atyre të sjelljes që paraqiten nga fëmija.

3. Dokumentimi i informacionit.

Në rastet kur dyshohet për abuzim seksual (ose në përgjithësi abuzim të fëmijës), është detyra e profesionistit që të marrë informacion sa më të hollësishëm të mundshëm. Observimet duhet të shënohen saktësisht dhe duhet të përfshijnë datën/at, orën/ët, emrin/at, vendin/et, kontekstin dhe çdo informacion tjetër që ka lidhje me çështjen.

9.5. Gjetjet normale fizike që mund të ngatërrohen me shenjat fizike të abuzimit seksual të fëmijës.

Shënim për himen-in: Të gjithat vajzat kanë një himen. Të deklarosh që “nuk gjendet himen” është e pasaktë.

- Himen imperforatues (zakonisht gjendet në formën e një mase hemisferike ngjyrë blu gjatë pubertetit)
- Himen anular (sipas studimit të Berenson, nga 468 të sapolindura, 80% kishin një të tillë; dhëmbëzat anteriore në himen ishin prezent te pacientet normale, por asnjë dhëmbëz posterior nuk u gjet. Kjo do të thotë se dhëmbëzat posteriore shkaktohen vetëm nga trauma.
- Në formë harku
- Me septum
- Me brima të vogla si sitë

Vagina

- Atrezi vaginale
- Septum vaginal (ka lidhje edhe me anormalitete të tjera urogenitale)
- Gjenitale të dyshimta.
- Prolaps uretral

9.6 Dëmtime dhe gjendje të caktuara, që mund të ngatërrohen me shenjat fizike të abuzimit seksual.

Eriteme anogenitale, gërvishtje të lëkurës, pruritus.

- Kontaminim fekal, urine e mbajtur, veshje të ngushta pas trupit, irritime kimike (të shkaktuara nga shampo, ose sapun).
- Dermatit atopik, lichen sclerosis, zgjebe, vaginitis jo specifik, celuliti perianal streptokoksik, sëmundja e zorrës inflamatore, sindroma Kawasaki.

Nxirje anogenitale:

- Dëmtime që vijnë si rezultat i përdorimit të biçikletës, palestres: këto nuk shkaktjnë traumë të membranës himenale, por nxirje te labia maxhora ose të zonës periuretrale janë të shpeshta. Këto dëmtime mund të shkaktohen, edhe si rezultat i aksidenteve automobilistike.
 - sklerozë e traumatizuar, phytodermatitis, çrregullime të gjakërrjedhjes, njolla vaskulare njolla Mongoliane.

Gjakërrjedhje anogenitale ose vaginale, ose rrjedhje të tjera.

- Trupa të huaj në zonën e vaginës; psh letrat higjienike ose letrat e fytyrës janë irrituese dhe mund të shkaktojnë rrjedhje vaginale.
- Dermatitis seboreik ose atopik.
- Pubertet i parakohshëm, tumore hormon-prodhuese, polip vaginal, hemangioma vulvar, sarkoma botryoides.

Rrjedhje vaginale të papërziera me gjak:

- Leukorrea, vulvovaginitis, varicela, fruth, skarlatine, tifo.
- Zmadhime kongenitale të traktit urogenital, ureter ektopik, fistule rektovaginale, prolaps i uretrës.

Të tjera:

- Phimosi/paraphimosi, hematocolpos, mucocolpos.

9.7. Gjetjet fizike te fëmijët e abuzuar seksualisht.

Mundësia e gjetjes së evidencës fizike të abuzimit varet nga faktorët e mëposhtëm:

1. Nëse është ushtruar forcë.
2. Ndryshimet e moshës dhe të përmasave të dhunuesi dhe fëmija.
3. Nëse një objekt i huaj është vendosur me/pa forcë në gojën, vulvën (pjesët e jashtme të organit genital të femrës) ose anusin të fëmijës.

4. Pozicioni i fëmijës dhe përdorimi i (lubrikant) gjatë abuzimit.
5. Lloji i abuzimit, frekuenca dhe sa kronik ka qenë ai (McCann, 1992 ka gjetur se të fëmijët me plagë genitale, si rezultat i sulmit/abuzimit seksual, shërimi ndodh shumë shpejt dhe mund të rezultojë vetëm në formimin e disa shenjave të vogla).
6. Nëse fëmija ka rezistuar.

9.8. Gjetjet sipas ekzaminimeve fizike që përputhen me abuzimin seksual të fëmijës (ndodhin afërsisht në 25 % të rasteve).

Gjetjet e mëposhtme (të përpunuara sipas një udhezuesi të vlerësimit të abuzimit seksual të fëmijëve, 1999) edhe pse përputhen me abuzimin, nuk janë diagnostikuese:

Pacienti FEMËR

Për pacienten femër duhet të mbahet parasysh që madhësia e hapjes së himenit është e bazuar mbi relaksim, pozicionin, teknikën e përdorur dhe strukturën anatomike. Për këto arsye nuk është e nevojshme që ky detaj të përfshihet në dokumentimin e rastit.

- Rrjedhje vaginale, inflamacion uretral, inflamacion i gjendrave limfatike, dhimbje abdominale atipike e përsëritur, shtatëzani, njolla gjaku në të mbathurat, rrjedhje gjaku genitale, kruarje genital dhe nxirje genitale.
- Abrasione ose të nxira në pjesën e mesme të kofshëve.
- Shenja kafshimi në kofshe, gjoks ose vende të tjera.
- Dëmtime, çarje ose ndryshime të tjera të himenit.
- Dëmtime ose gërvishtje të fossa navicularis ose të posterior fourchette.
- Gërvishtje ose demtime të labia minores.

Shënim: Trauma e paqëllimshme (psh rrëzimet) shpesh rezultojnë në dëmtime të strukturave anteriore siç është zona periuretrale ose labia minora ose maxhora; në këto raste himeni rrallë preket. Ndërsa trauma e qëllimshme, rezulton në dëmtime të strukturës posteriore, siç është himeni, posterior fourchette, fossa navicularis dhe anusi.

Pacienti MASHKULL.

- Shenja të skuquara ose të nxira në organin genital, anus ose kurriz.
- Rrjedhje të penisit, dhembje gjate urinimit dhe enjtje të penisit.
- Shenja kafshimi në zonën e organit genital, anusit ose kurrizit.

Pacientet Femra dhe Meshkuj.

- Nxirje, gërvishtje ose çarje anale.
- Gjetje të tjera në lidhje me dëmtimet anale përfshijnë: humbja e rugave të anusit, humbja e tonusit të sfinkterit, shenja, zmadhimi dhe enjtja e anusit, edema, konxhestion venoz, ose contuzione zonës perianal
- Çarje të frenulum labial ose të petechiae palatal.
- Sëmundje seksualisht të transmetueshme, enuresis dhe encopresis.

9.9. Përzgjedhja e pacientëve.

Fëmijët e abuzuar seksualisht mund të paraqiten si pacientë në rrethana të ndryshme. Ky kontigjent fëmijësh apo adoleshentësh mund të afrohen në dyert e mjekëve për një kontroll fizik rutinë, për një sëmundje mjekësore që nuk ka lidhje me abuzimin, për një problem (ndryshim) të sjelljes ose për një shqetësim fizik të vazhdueshëm. Ata mund të shoqërohen prej njerit prind, prej një personi që kujdeset për të, apo një shoku/shoqe pak më të rritur në rastin e adoleshentëve. Në rastet kur fëmija shoqërohet nga prindi, mund të ndodhë që arsyeja e vizitës të ketë lidhje pikërisht me një dyshim të prindit mbi abuzimin. Nga ana tjetër, fëmija mund të shoqërohet për në zyrën e mjekut edhe nga punonjës të shërbimit social me qëllimin për një vlerësim mjekësor si pjesë të investigimit.

Shumica e episodeve të abuzimeve seksuale të fëmijëve/adoleshentëve ndahet në tre kategori: akute, nën akute dhe joakute. Episodet akute zakonisht menaxhohen me mirë në repartet e urgjencës. Fëmijët jo bashkëpunues, ose ata më të vegjëlit, ose ata me dëmtime të rënda genitale kane nevojë për sedatim ose anestezi, mjete ndihmëse që nuk gjenden në zyrën e zakonshme të mjekut. Ndërsa shumica e episodeve nën akute dhe jo akute mund të menxhohen lehtë në zyrën e mjekut.

Klasifikimi i Abuzimit Seksual të fëmijës.

- Akut (ka nevojë për vlerësim të menjëhershëm)

- Sulmi, kontakti apo ndërveprimi seksual që ka ndodhur në 72 orët e mëparshme. Në këto raste është e nevojshme mbledhja e evidencave ligjore si dhe evidencave të dëmtimeve mesatare deri tek ato të rendat (gjakërrjedhje vaginale, dëmtime vaginale)

- Nën Akut (ka nevojë për vlerësim brenda 24 orëve).

- Sulmi, kontakti apo ndërveprimi seksual që ka ndodhur më herët se 72 orë më parë. Simptomat treguese përfshijnë irritime minore dhe (dysuria), shoqëruar me gjendje të vështirë emocionale të prindërve, si dhe situata të paqëndrueshme dhe të pasigurta sociale për fëmijën.

- Jo Akute (ka nevojë për vlerësim brenda javës).

-Sulmi, kontakti apo ndërveprimi seksual ka ndodhur më herët se 72 orë më parë, por fëmija ndodhet në një ambient të sigurtë dhe nuk shfaq simptoma ose dëmtime të dukshme.

Simptomat e sjelljes që mund të paraqesë fëmija/adoleshenti në zyrën tuaj janë të përmbledhura më poshtë. Është e rëndësishme të kujtohet që jo të gjitha shqetësimet e mëposhtme janë tregues të abuzimit seksual. Në varësi të moshës, fëmija mund të:

- Demonstrojë njëren nga dy ekstremet e aktivitetit (hiperaktiv ose tërhequr).
- Manifestojë vet-vlerësim të ulët.
- Tregojë evidencë të marrëdhënieve të cekëta me shokët.
- Shpreh ndjenja të përgjithshme faji apo turpi.
- Demonstrojë një shtrembërim të imazhit të trupit (vizatimet).
- Demonstrojë sjellje regresive.
- Këtë enuresis dhe/ose encopresis.
- Duket i frikësuar gati fobik ndaj të rriturve.
- Tregojë sjellje të pseudo maturuara.
- Shfaqë një keqësim/rënie në mbarëvajtjen akademike.
- Ketë një çrregullim të të ngrënit.
- Manifestojë sjellje provokuese seksuale.
- Angazhohet në masturbim kompulsiv.
- Abuzojë seksualisht një vëlla, motër, shok/shoqe apo fëmijë më të vogël.
- Bëhet seksualisht i/e rrezikshme.
- Jetë shtatëzanë.
- Braktisë shtëpinë.
- Tentojë vetvrasje.

Shenjat dhe simptomat më specifike të abuzimit seksual janë: dhimbje rektale ose genitale, gjakërrjedhje rektale ose genitale, prezenca e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme në fëmijët para pubertetit, si dhe sjellje seksuale të parakohshme, veçanërisht nëse këto janë të vazhdueshme.

9.10. Çfarë duhet të mbajë parasysh mjeku gjatë ekzaminimit mjekësor anogenital të fëmijës apo adoleshentes.

Çfarë përjeton fëmija/adoleshentja?

Duket sikur ekzaminimi mjekësor anogenital është thjesht një rutinë mjekësore edhe kur ajo aplikohet te fëmijë ose adoleshentë të dyshuar si viktima të abuzimit seksual. Në këto raste, ajo përbën një procedurë që kërkon kohën, vëmendjen, kujdesin dhe ndjeshmërinë profesionale të mjekëve.

Informacioni i mëposhtëm do të ndihmojë përpjekjet e profesionistëve për të përgatitur në mënyrë efektive dhe empatike individët për eksperiencën mjekësore.

9.10. 1 Frika & Shqetësimi i Fëmijëve para ekzaminimit.

Ekzistojnë një sërë të dhënash përkuese mbi frikërat mjekësore të fëmijëve që gëzojnë shëndet të mirë (Aho & Erickson, 1985; Broome & Hellier, 1987), mbi ata që janë të sëmurë kronikë, të sëmurë akute, të hospitalizuar, si dhe mbi ata me çrregullime emocionale (Hart & Bossert, 1994; Wilson & Yorker, 1996). Shumë pak, për të mos thënë asgjë nuk dihet mbi frikërat specifike mjekësore të fëmijëve/adoleshentëve që mund të jenë abuzuar seksualisht. Tashmë dihet që fëmijët të abuzuar seksualisht janë krejt vulnerabël ndaj një sërë gjendjesh fizike si HIV/SIDA, sëmundje të tjera seksualisht të transmetueshme, shtatëzani, enkopresis/enuresis, simptoma psikosomatike, etj. Të tilla gjendje kërkojnë vlerësim dhe trajtim mjekësor në kohën e duhur.

Sipas Waibel-Duncan (2001), bazuar në literaturën pediatrike dhe vëzhgimet e gjata klinike mbi ekzaminimin pediatrik anogenital, ka më shumë të ngjare që fëmijët e vegjël dhe fëmijët pa eksperiencë të mëparshme ekzaminuese të raportojnë nivele të larta të shqetësimit “të pritshëm” krahasuar me fëmijët më të rritur dhe ata me eksperiencë ekzaminuese. Në mënyrë të ngjashme, të rriturit që shoqërojnë fëmijët e vegjël dhe me pak eksperiencë priten të shfaqin të njëjtat shenja shqetësimesh të anticipuara.

Në varësi të rrethanave shoqëruese të fëmijës para vizitës te pediatri, përmbajtjes dhe mënyrës sesi i perceptohet informacioni mbi qëllimin e vizitës, dhe aq më tepër në mungesë totale të këtij informacioni, fëmija apo adoleshentja mund të paraqitet e parangarkuar me shqetësime ose fare e papërgatitur mbi procedurën ekzaminuese. Më tutje, ky proces mund të perceptohet si tepër intruziv dhe pse jo, mund të ngjallë ritraumatizim te fëmija. Mbartja e këtyre frikërave gjatë seancës ekzaminuese kanë ndikim të ndjeshëm në lirshmërinë e fëmijës për të treguar ngjarjen abuzive.

Të rriturit shfaqin gjithashtu shenja shqetësimi për mungesën e njohurive të tyre mbi ekzaminimin dhe shëndetin e fëmijës së tyre. Një pjesë e vogël e prindërve raportojnë shqetësim për gjendjen emocionale të fëmijës gjatë ekzaminimit, si edhe të efekteve “të dhimbshme” të metodës/ave ekzaminuese. Është e rëndësishme të kujtohet se disa prej këtyre shqetësimeve është e ndërlidhur me moshën e fëmijës apo adoleshentit.

9.10.2 Frika dhe Shqetësimi i fëmijës gjatë ekzaminimit.

Në përgjithësi, vetë procedurat mjekësore shkaktojnë shqetësim për shkak të “ndërhyrjes” në integritetin fizik të individit, mirëqënies psikologjike dhe rrethit shoqëror të tij/saj. Këto, së bashku me eksperiencat abuzive dhe pasojat psikologjike të traumës kanë një ndikim të konsiderueshëm mbi natyrën dhe intensitetin e shqetësimeve të fëmijës që pulsojnë gjatë ekzaminimit. Finkelhor dhe Browne (1985) kanë përshkruar katër dinamika traumogjene që janë të lidhura me abuzimin seksual të fëmijës. Në mënyrë të veçantë ndjenjat e pafuqishmërisë, tradhëtisë, stigmatizimit dhe traumatizimi seksual mund të ndikojnë negativisht në interpretimet e fëmijëve dhe të prindërve ndaj ekzaminimit pediatrik anogenital.

Sipas një studimi mbi opinionet e fëmijëve apo adoleshentëve mbi ekzaminimin anogenital dhe konkretisht mbi metodën ekzaminuese të përdorur është konstatuar se një numër i konsiderueshem fëmijësh raportojnë:

- o shqetësim për mungesën e njohurive mbi ekzaminimin e perdorur,
- o shqetësim për mungesën e familjaritetit të stafit mjekësor me çështjen e abuzimit seksual,
- o shqetësim mbi faktin që dikush inspekton pjesët e tyre intime dhe shëndetin e tyre (Waibel-Duncan, 2001).

Prezantimi i kolposkopit (colposcope) para 20 vjetësh ka kontribuar në vënien më shumë të theksit mbi diagnozën mjekësore të abuzimit seksual. Kolposkopi nuk ka nevojë për kontakt me trupin për të përmbushur funksionin. Megjithatë mjekut mund t'i duhet të prekë sipas rastit pjesët e jashtme të organeve genitale, psh mund t'i duhet të largojë (labia majora) për të parë më qartë gjendjen e hymenit, apo mund t'i duhet të prekë të ndenjurat e fëmijës për të parë qarte hapjen anale. Janë këto disa nga rastet kur fëmija ka raportuar një lloj paretie (Waibel_ Duncan, 2001). Siç u përmend edhe më sipër, ekzaminimi anogenital pediatrik përbën vetëm një pjesë të investigimit dhe shpesh çon në gjetje fizike normale edhe në rastet me mundësi për abuzim (Adams, Harper, Knudson & Revilla, 1994). Për këtë arsye, individët që rekomandojnë, përgatisin apo shoqërojnë fëmijën për ekzaminimin mjekësor janë të detyruar të zbusin apo të minimizojnë mundësinë për t'u shqetësuar. Këto përpjekje nuk bëjnë gjë tjetër veçse i shërbejnë një eksperience të qetë dhe të sigurtë ekzaminuese, ndikojnë pozitivisht në aftësitë e mjekut për të identifikuar shenja të dëmtimit fizik apo infeksionit. Më tutje, këto përpjekje mund të lehtësojnë rrëfimet e fëmijës për abuzimin, e mbi të gjitha të shmangë rrezikun dhe shpenzimet ekstra lidhur me administrimin e mjekimeve sedative.

Metoda ekzaminuese nëpërmjet kolposkopit përdoret gjerësisht te fëmijët dhe adoleshentët. Në rastin e vajzave adoleshente përdoren edhe metoda shtesë ekzaminimi si ai pelvic apo marrja e një kampioni urinë për të kontrolluar mundësinë për një shtatëzani.

Duke i hedhur një sy literaturës mbi pasojat emocionale të ekzaminimit pediatrik anogenital, Britton dhe Dubowitz (1998) tërheqin vëmendjen për vëzhgime më të kujdesshme të reagimeve të fëmijës ndaj ekzaminimit.

11.11. Shenjat treguese të sjelljes.

Shenjat dhe simptomat me specifike të abuzimit seksual janë dhimbje rektale ose genitale, gjakrrjedhje rektale ose genitale, prezenca e semundjeve seksualisht të transmetueshme në fëmijët e para pubertetit si dhe sjellje seksuale të parakohshme, vecanerisht nëse këto janë të vazhdueshme.

11.12. Simptomat / pasojat psikologjike të fëmijës së abuzuar seksualisht.

Megjithëse studimet e fundit sugjerojnë se abuzimi seksual i fëmijës nuk lidhet as me simptoma dhe as me një sindromë specifike (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993), janë munduar të identifikojnë disa pasoja të abuzimit në një minoritet të mbijetuarish (Briere, 1992). Tashmë dihet që fëmijët që kanë përjetuar abuzim janë në rrezik të madh ndaj zhvillimit të stresit post-traumatik, deformimeve kognitive, emocionalitete të ndryshueshme (psh. ankthi ose depresioni) dhe disocimi. Janoff-Bulman (1992) sugjeron se eksperiencat abuzive mund të dëmtojnë rëndë mendimet e individëve mbi kuptimin e botës, vlerësimin për veten, mirësjelljen e të tjerëve, duke i bërë të mbijetuarit të vënë në pikëpyetje qëllimin ose dhe sigurinë e ngjarjeve në vazhdim. Kjo pikëpyetje vihet gjithashtu edhe mbi kompetencat e tyre për t'ia dalë mbanë eksperiencave të ardhshme stresuese, dhe mbi të gjitha, mbi besueshmërinë te të tjerët.

Judith Herman (1997) përshkruan me detaje pasojat psikologjike të abuzimit të fëmijëve. Sipas saj, trauma e përsëritur në jetën e një të rrituri "gërryen strukturën e personalitetit" thuhet të formuar, ndërsa trauma e përsëritur në fëmijëri "formon" dhe "deformon" personalitetin në zhvillim. Fëmijët që zhvillohen në një mjedis abuziv, njohur ndryshe si "klime e dominimit" atashohen në mënyrë patologjike me atë që abuzon; marrëdhënie të cilën, ata përpiqen të ruajnë duke sakrifikuar vehten, mirëqënien e tyre, realitetin dhe jetën e tyre. Më poshtë janë përmbledhur disa prej pasojave psikologjike të fëmijës së abuzuar, shkruar nga Herman (1997):

Frika e vdekjes – përmendet shpesh në dëshmitë e pjesës dërrmuese të të mbijetuarave. Jo rrallë herë, mënyra për t'i bërë fëmijët të heshtin është dhuna dhe kërcënime të drejtëpërdrejta për vrasje. Kërcënimet për vdekje shpeshherë drejtohen edhe tek anëtarët e tjerë të familjes.

Ndjenja e të qënurit " e pashpresë" – Në mjediset abuzive vihet re ushtrimi i kontrollit nga ai që abuzon. Kjo fuqi është arbitrare dhe absolute, ndërsa rregullat që e mundësojnë atë janë të paqëndrueshme. Është pikërisht kjo arsyeja që të mbijetuarat nga abuzimi ndihen të frikësuar nga paparashikueshmëria e dhunës. Moshë e fëmijës (por jo vetëm kjo) shpjegon pse ata janë të pazotë të bëjnë diçka për të dalë nga abuzimi, dhe si rezultat ata mësojnë rolin e "të dorëzuarit".

Gjendja e vigjilencës së vazhdueshme – paraqitet si një mënyrë për t'u vetëmbrojtur duke iu shmangur apo duke "e marrë me të mira" abuzuesin. Ky është një mekanizëm që aktivizohet si rezultat i ekspozimit ndaj rrezikut të vazhdueshëm e të paparashikueshëm të abuzuesit. Zhvillimi i aftësive të "vigjilencës" e ndihmon fëmijën të dallojë shenjat paralajmëruese të sulmit fizik, seksual, etj. Fëmijët bëhen njohës të mirë të ndryshimeve të vogla në shprehjen e fytyrës (të abuzuesit), të zërit e deri tek ndryshimet fizike të trupit që paralajmërojnë zemërim, zgjim seksual, intoksikim, etj

Izolimi, Inati & Zemërimi– Fëmijët e abuzuar janë të izoluar nga jeta sociale, por edhe nga anëtarët e tjerë të familjes (nëse abuzuesi është anëtar i familjes). Shpesh fëmija mendon jo vetëm se "i rrituri është më i fuqishëm në jetën e saj intime,por është dhe i rrezikshëm për të", por edhe se "të rriturit e tjerë që janë përgjegjës për kujdesin ndaj saj, nuk e mbrojnë atë." Ja si e përshkruan inatin e saj një e mbijetuar nga inçesti ndaj familjes së saj: "Kam kaq shumë zemërim brenda meje, jo aq për çfare ndodhte në shtëpi, por se asnjëri nuk dëgjonte. Nena ime akoma e mohon rëndësinë e asaj që ndodhte në shtëpi. Vetëm rrallë, ndonjëherë ajo mund të thotë – ' Ndihe shumë fajtorë, nuk mund ta besoj që nuk bëra asgjë'. Por, gjatë asaj kohe asnjëri nuk e pranonte; ata thjesht e lejonin atë të ndodhte. Ndaj unë luajta mendsh dhe akoma jam kështu"

Vetë-fajësimi – Kur fëmija arrin të shkëputet prej realitetit të abuzimit, ajo fillon të ndërtojë një sistem "të dhënies kuptim ngjarjes" për ta justifikuar atë që po ndodh. Rezultati: fëmija beson se shkak i abuzimit është "ana e keqe e saj". Ky lloj sistemi besimi për veten i shërben fëmijës të ruajë dhe të ushqejë sensin e "kuptimit", të "shpresës" dhe të "fuqisë". Kështu, nëse fëmija mendon që nuk është fati që e ka braktisur (siç mund të mendojnë një pjesë e të mbijetuarave), por ajo vetë e ka krijuar atë, atëherë ajo mund ta ndryshojë fatin. Vetë-fajësimi është pothuajse i njëjtë te individët e traumatizuar të të gjitha moshave, të cilët kërkojnë t'u japin kuptim ngjarjeve abuzive duke i kërkuar fajet tek vetja.

9.13 "Gjurmët" në trurin e fëmijës së abuzuar seksualisht.

Murray B. Stein nga Universiteti i Kalifornisë ndërmori një studim mbi efektet e abuzimit seksual gjatë fëmijërisë në strukturën e trurit. Ai dhe grupi i tij i punës krahasuan skanimet e rezonancës manjetike (MRI) të trurit të 20 grave me histori të zgjatura abuzimi seksual para moshës 15 vjeç me ato të 18 grave të pa abuzuara. Gratë u rekrutuan nga klinika

të shëndetit të grave ku ato merrnin shërbime. Sipas rezultateve të këtij studimi, të mbijetuarat nga abuzimi shfaqen një volum shumë të vogël të hipokampusit (Stein, 1993; Bower, 1995). Shumica e të mbijetuarave nga abuzimi seksual manifestuan simptoma të PTSD (çrregullimi post-traumatik i stresit), si psh përsëritje e ëndërrave të frikshme lidhur me traumën, mpirje emocionale dhe reagime të ekzagjeruara në momente ngacmuese.

Më tej, Stein vuri re se volumi i ulët i hipokampusit është në përpjestim të drejtë me nivelin e disocimit (dissociation) të grave të abuzuara (Bower, 1995). Disocimi, një ndryshim i vetëdijes shkaktuar nga terrori i përjetuar, përfshin përqendrimin vetëm në mendimet e individit duke përjashtuar botën e jashtme, ndjesinë e shkëputjes nga trupi apo vetja, si dhe gabimet e kujtesës.

Më vonë, këto rezultate të Stein u mbështetën nga një studim tjetër i këtij lloji (MRI) ku J.Douglas Bremner nga Univeristeti i Yale-s vëzhgoi mungesa në volumin hipokampal të 17 grave që kanë vuajtur abuzimin seksual gjatë fëmijërisë. Të dhënat e MRI për çdo grua u krahasuan me ato të grave të pa abuzuara të së njëjtës moshë dhe racë. Sipas Bremner, të mbijetuarat e abuzimit seksual shënuan rezultate të ulta në një test mbi kujtesën afat-shkurtër (Bower, 1995)

Në një studim tjetër të të njëjtit grup udhëhequr nga Bremner, u gjet një volum i vogël hipokampal dhe kujtesë verbale afat-shkurtër në 26 veteranë burra, të Vietnamit që vuanin nga CSPT (Çrregullimi i stresit post-traumatik) krahasuar kjo me 22 burra të shëndetëshëm të së njëjtës moshë.

Megjithatë, shumë të mbijetuar nga trauma nuk shfaqin probleme të kujtesës apo simptoma të disocimit and CSPT. Në fakt, studime të tjera të kësaj fushe e vënë theksin në rolin e predispozicionit genetik që ndikon mënyrën sesi individët reagojnë ndaj stresit ekstrem. Pra nuk janë situatat, por mënyra sesi reagojnë individët ndaj tyre ajo që bën dallimin midis atyre që zhvillojnë ose jo simptomat e sipërpërmendura.

9.14 Intervista me fëmijën & Udhëzime për intervistimin

Intervista mjekësore është bërën një komponent kritik për aspektin diagnostikues, terapeutik dhe ligjor të abuzimit seksual të fëmijës. Fëmijët e abuzuar seksualisht duhet të intervistohen vetëm nga profesionistët që janë trajnuar specifikisht për çështjet e abuzimit seksual të fëmijëve. Është detyra e tyre që të marrin një informacion sa më të plotë të mundshëm mbi rastin që paraqitet. Intervistuesit, përvojë duhet t'u përshtaten nevojave individuale dhe të ndryshueshme të fëmijës, ata duhet t'i kushtojnë kujdes të veçantë parandalimit të thyerjes së besueshmërisë së fëmijës nga pyetje të papërshtatshme. Kjo intervistë mund të shërbejë si pjesa kryesore e intervistës ligjore, koordinuar kjo me zbatimin të ligjit dhe mbrojtjen e fëmijëve.

Në qoftë se fëmija nuk është në gjendje të flasë, apo refuzon ta bëjë këtë, informacioni i përgjithshëm mund të merret nga personi që e shoqëron fëmijën, ndërsa fëmija mund të pyetet vetëm për disa çështje që janë të nevojshme për ekzaminimin dhe trajtimin e tij/e saj. Ekzaminuesi (ai që pyet fëmijën) duhet të ngulisë në mendje që mënyra këmbëngulëse e të pyeturit mund të interpretohet nga fëmija si kërkesë për më shumë informacion ose si dyshim mbi përgjigjet që ai/ajo ka dhënë deri në atë moment. Një situatë e tillë mund të shkaktojë "shtrembërime të detyruara" mbi deklaratat e bëra. Si rezultat, fëmija mund t'i tërheqë mbrapsht ato ose mund t'i riformulojë ndoshta duke ndryshuar edhe pjesë substanciale të deklaratave të tij.

I rrituri që shoqëron fëmijën duhet të intervistohet VETËM nqs kjo është e mundur. Mjeku intervistues duhet të shpjegojë që në fillim arsyet për intervistën që ai/ajo do të ndërmarrë. Pyetjet mbi abuzimin duhet të jenë direkte, të kuptueshme, të qarta dhe jo gjykuese. Mbi të gjitha, formulimi i pyetjeve duhet t'i përmbahen "fjalorit" që fëmija paraqet në varësi të moshës. Përgjigjet duhen dokumentuar në shënimet mjekësore.

Është e rëndësishme që intervistuesi të pyesë fëmijën mbi dhunuesin, çfarë lidhje, apo çfarë akses ka ai me të, nëse ekzistonte apo jo një mundësi për ndërveprimin (kontaktin) e papërshtatshëm dhe nëse dhunuesi përdorte kërcënime apo ofronte shpërblime për ta detyruar fëmijën të përfshihej apo të rrinte në këtë marrëdhënie.

Informacion mbi abuzime të mëparshme seksuale duhet të përftohet gjatë intervistës me fëmijën. Nqs i rrituri që shoqëron fëmijën nuk ndihet rehat me diskutimin e këtyre çështjeve, atëhere mund të jetë më lehtësuese që intervista të fillohet me kërkimin e informacionit mbi çështje të tilla si historia e mëparshme mjekësore e fëmijës.

Është shumë e rëndësishme që fëmija të ndihet i siguar dhe rehat me çështjet intime. Fëmija mund të japë detaje shumë specifike në lidhje me atë që ka ndodhur me trupin e tij/ e saj, përmes përgjigjeve të një serie pyetjesh të formuluar me kujdes, të tilla që të mos përmbajnë përgjigjen.

Disa nga pyetjet e mëposhtme mund të përdoren në përgjigje të nevojave specifike gjatë intervistës me fëmijën:

<ul style="list-style-type: none"> • Procedura fillestare. • Marrja e informacionit nga i rrituri që shoqëron fëmijën është e nevojshme të kryhet në një ambient të ndryshëm nga ai ku do të pyetet fëmija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Përfshini pyetje mbi historinë mjekësore, zhvillimore dhe të sjelljes. • Pyesni mbi ekspozimin ndaj dhunës, drogave dhe pornografisë.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervistoni fëmijën VETËM, në një ambient të sigurtë që është i rehatshëm për të. • Vendosni me fëmijën një marrëdhënie besimi. • Përcaktoni nivelin e aftësive verbale dhe kognitive të fëmijës, nivelin e rehatisë dhe vëmendjen e tij/ e saj. • Vendosni rregulla: • “Nëse unë pyes dhe ju nuk dini, atëhere përgjigjja NUK E DI është në rregull; nëse unë bëj ndonjë gabim, ose nëse ju kam keqkuptuar, atëhere më ndaloni dhe më korrigjoni; nëse keni nevojë për një pushim, ne mund të ndalojmë” 	<ul style="list-style-type: none"> • Si quhesh? Sa vjeç je? • Ku banon? Kush banon me ty? • Keni kafshë në shtëpi? Emrat? • Në çfarë klase je? • Çfarë të pëlqen më shumë nga shkolla?
<ul style="list-style-type: none"> • Pyesni për jetën e përditshme dhe për marrëdhëniet intime. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ku fle? Ku fle mami dhe babi yt? • Kush të lan?
<ul style="list-style-type: none"> • Përcaktoni nëse fëmija është në gjendje të dallojë të vërtetën nga gënjeshtra, dhe kujtojeni të thotë të vërtetën. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nëse do të të thoja që ky lepur është luan, çfarë është kjo? (e vërtetë/ gënjeshtër). • Le të flasim vetëm për gjërat që janë të vërteta, ato që ndohin në të vërtetë.

<ul style="list-style-type: none"> • Pyesni fëmijën që të identifikojë pjesë të trupit të tij/saj, përfshi këtu dhe emrat për organet genitale dhe anusin (përdorni një diagramë). • Përdorni emrin e fëmijës për pjesët e trupit. • Pyesni për lloje të ndryshme të prekjes përfshi puthjet, përqaqimet, guxhulitjet, pickimet, goditjet me pëllëmbë dhe kafshimet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mund t'i tregosh me emër, flokët, sytë, hundën, buzët, kërthizën dhe pjesët private. • Kush të jep të puthura? Përqaqime? Kush të godet? etj • Më trego se ku bëhen të puthurat? Përqaqimet? Goditjet me pëllëmbë? • Si ndihesh ti kur të puthin? Të përqafojnë? Të godasin?
<ul style="list-style-type: none"> • Perpiqu të kuptosh çfarë ka ndodhur. • Fillo me pyetje të hapura. • Për fëmijët më të vegjël, ose për fëmijët hezitues, bëni pyetje më të fokusuara. 	<ul style="list-style-type: none"> • A e di pse ke ardhur sot tek unë? (kujdes me këtë pyetje; vetëm kur të ketë kuptuar me kontekstin) • A të ka ndodhur gjë ty? • Një pyetje e fokusuar: A të ka prekur njeri poshtë (KUJDES: PËRDOR FJALËT E FËMIJËS për të përcaktuar pjesët e trupit) dhe të ka lënduar apo shqetësuar?
<ul style="list-style-type: none"> • Nqs fëmija fillon të hapet, në fillim bëni pyetje të thjeshta. • Mos nxitoni; punoni gradualisht deri në detajet më të rënda. • Mund të pyesni fëmijët e vegjël që t'ju tregojnë se çfarë ndodhi? • Shmangni pyetjet që përmbajnë përgjigje. • Shmangni pyetjet që mund tu përgjigjesh vetëm me PO ose JO. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mund të më tregosh për këtë? • Ku ishte ti kur ndodhi kjo? • Ku ishte mami, babi? Ishte ndonjë njeri tjetër aty? • Kush e bëri? Çfarë të bëri ai/ajo? • Si u ndjeve ti në këto momente? • A thoshte ndonjë gjë ai/ajo? • I ke treguar njeriut? Kujt? • Çfarë të tha ai/ajo pasi ti i tregove për ngjarjen?
<ul style="list-style-type: none"> • Detajet e abuzimit duhet të dalin nga fëmija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pyeteni fëmijën në mënyrë specifike për penisin. Kush e ka një të tillë? Për çfarë shërben? Si dukej/ngjante? • Çfarë pe/ndjeve ti, të bënte ai (penisi)? Ku shkoi? • Doli ndonjë gjë prej tij? Çfarë? Ku shkoi? Kush e pastroi?

<ul style="list-style-type: none"> • Për fëmijën më të rritur ose adoleshentin, pyetjet janë më specifike. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pyesni për datën dhe orën e ngjarjes. • Pyesni nëse ishte kontakt oral, gjoksi, rektal, genital apo penetrim. • Pyesni për ejakulimin, pastrimin e trupit, dhëmbëve, urinimin, defekimin që nga koha e ngjarjes. • Pyesni për historinë menstruale, nëse pacienti është seksualisht aktiv, dhe nëse përdor apo jo kontraceptivë. • U përdorën perzervativë apo mjete të tjera gjatë kontaktit?
<ul style="list-style-type: none"> • Mbyllni intervistën. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tregojini fëmijës se ai/ajo bëri një punë të mirë dhe se bëri mirë që foli, sepse tani ai/ajo mund të ndihmohet. • Sigurojeni fëmijën se ai/ajo nuk ndodhet në asnjë telash.
<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentoni sa më mirë të jetë e mundur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentoni pyetjet e bëra dhe përgjigjet e kthyera. • Është shumë e rëndësishme të mbani shënim, fjalë dhe shprehje ekzakte të përdorura nga fëmija; reagimet emocionale të fëmijës janë gjithashtu të nevojshme.
<ul style="list-style-type: none"> • Shpjegoni ekzaminimin që do të kryeni. • Pyeteni fëmijën gjatë ekzaminimit t'ju tregojë ato që ju tha gjatë rrëfimit të tij. • Nqs fëmija ka refuzuar të hapet, atëherë ju mund ta pyesni nëse dikush i ka lënduar, prekur gjenitalet që ju jeni duke i ekzaminuar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tani, do t'ju bëj një vizitë... • Të dëgjojmë zemrën tënde dhe mushkritë, të ndjejmë barkun, dhe tu hedhim një sy pjesëve të tua private (mbani parasysh fjalorin e fëmijës) për tu siguruar që ato të gjitha janë ok. • Përfundoni duke e siguruar fëmijën që trupi është mirë; minimizoni të diskutoni me fëmijën gjetjet që mund të konstatoji.

Intervistuesi duhet të pyesë lidhur me simptomat e fundit dhe në të gjitha rastet, e mira është që të dokumentohen pyetjet dhe përgjigjet e sidomos të shënohet saktësisht nëse fjalitë e fëmijës/adoleshentit janë spontanë apo vetëm në përgjigje të pyetjeve. Gjendja fizike dhe emocionale e fëmijës/adoleshentit gjatë intervistës është e nevojshme të

dihet. Punonjësi social është një pikë e fortë mbështetëse gjatë procesit të intervistimit. Punonjësi social mund të vlerësojë dhe ndihmojë gjendjen emocionale të fëmijës/adoleshentit.

Historia që tregon fëmija mund të jetë konfuze dhe e ç'organizuar. Kjo është e pritshme. Fëmijët mund të copëtojnë ose represojnë kujtimet mbi ngjarjen/t abuzive dhe shpesh janë të paaftë të tregojnë qartë se kur ndodhi abuzimi. Në këto rrethana, aftësitë komunikuese të mjekut kanë një rol përcaktues që mund të ndihmojnë apo të pengojnë çlirimin e fëmijës, si dhe aftësitë e tij/e saj për të kujtuar saktë nëse abuzimi ndodhi para apo pas ditëlindjes, gjatë kohës së shkollës, para apo pas pushimeve etj.

Eksperienca profesionale botërore ka përdorur dhe pranuar "kukullat anatomikisht të sakta" apo "diagramat" si mjete efikase ndihmëse për intervistimin dhe punën me fëmijët e abuzuar e në veçanti ata të abuzuar seksualisht (Gibbons & Vincent, 1994). Megjithatë, informacioni i marrë nëpërmjet këtyre mjeteve mund të arrijë rezultat vetëm nëse përdoret nga mjekë të trajnuar specifikisht për to.

9.15 Rëndësia e ekipit multidisiplinar.

Është e rëndësishme të kuptohet rëndësia e ekipit multidisiplinar për trajtimin sa më efikas të viktimave dhe të mbijetuarave të dhunës me bazë gjinore. Për shkak të nevojave specifike që ato paraqesin, vetëm një staf i specializuar profesionistësh mund të plotësojë këto nevoja, përmbushja e të cilave është domosdoshmëri. Sipas Gjermani (2005), secili profesionist i këtij ekipi duhet të mbajë parasysh se ka ndodhur një ngjarje traumatike, e për këtë arsye ndjeshmëria, empatia, kujdesi, mirëkuptimi dhe respekti duhet të karakterizojë secilin prej tyre pavarësisht nga profili.

9.16 Dokumentimi dhe Referimi.

Sa u tha më lart në lidhje me dokumentimin e gjetjeve klinike në rastet kur konstatohet dhunë me bazë gjinore është e rëndësishme të kihet parasysh edhe në kontekstin shqiptar ku nuk ka detyrime ligjore të mjekëve për të raportuar rastet e dhunës. Ndonëse nuk ka detyrim ligjor për të raportuar, ekziston detyrimi ligjor për të dokumentuar gjithçka që gjendet tek fëmija i abuzuar, gjë që do të thotë se kartelat klinike mund e duhet të përdoren kur çështja mund të marrë në rrugën ligjore.

Pasi është bërë dokumentimi i plotë i të gjitha gjetjeve klinike sipas përshkrimeve të mësipërme, është i domosdoshëm dhe referimi i të mbijetuarave nga dhuna në shërbimet ekzistuese sociale dhe në ato të ndihmës ligjore në mënyrë që ata të kenë mundësi të marrin të gjitha shërbimet e nevojshme për të përballuar si duhet problemin e tyre.

Kapitulli X

Popullatat Speciale.

10.1. Meshkujt.

Ekzistojnë kërkime për rekomandimet e trajtimit për të mbijetuarit e dhunës seksuale në meshkuj, por ato vazhdojnë të jenë të rralla, në krahasim me informacionin për të mbijetuarat femra. Me shumë pak përjashtime, shumica e protokolleve nuk bëjnë përjashtime midis pacientëve meshkuj dhe femra. Historikisht krimi ligjor i përdhunimit dhe nocioni i moshës ligjore të konsensusit për marrëdhënie seksuale aplikohet në mënyrë strikte vetëm tek gratë. Nuk ekziston një koncept korrespondues ligjor i të qenit nën moshën e duhur për meshkujt. Për më tepër, përdhunimi është një term ligjor që aplikohet vetëm në rastin e penetrimit vaginal të gruas kundër dëshirës së saj dhe pa konsensusin e saj.

Çështja e meshkujve të abuzuar seksualisht prej meshkujve kërkon kërkime të mëtejshme, për të përmirësuar kujdesin ndaj të mbijetuarve meshkuj në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor dhe ato të emergjencës.

Metodat që përdoren për të fituar kontroll mbi të mbijetuarit meshkuj të dhunës seksuale janë presionet psikologjike të formave të ndryshme apo përdorimi i forcës. Shpeshherë përdoret edhe alkool për të reduktuar aftësitë fizike për të përballuar sulmin seksual. Kërcënimet me armë apo për dëmtime fizike janë gjithashtu shumë të shpeshta si për meshkujt dhe femrat që kërkohen të dhunohen.

Sulmet seksuale kundër meshkujve homoseksualë dhe burrave në popullatat e burgjeve mund të mos vlerësohen sa duhet dhe të mos raportohen. Në burgje nivelet e raportimit janë shumë të ulëta nga frika se mos çështja nuk do të adresohet siç duhet dhe nga frika e të burgosurve të tjerë. Po ashtu rastet e abuzimit seksual ndeshen edhe në rastet e meshkujve që bëjnë seks me meshkuj kur persona më të mëdhenj se ata i shfrytëzojnë seksualisht, si rrjedhojë e disa faktorëve si moshë e tyre dhe personaliteti i paformuar plotësisht.⁶

Të mbijetuarit meshkuj të dhunës seksuale ka më shumë mundësi të vuajnë trauma fizike se sa femrat. Trajtimi akut i pacientëve meshkuj duhet të bëhet në të njëjtën mënyrë si për të mbijetuarat femra, përfshirë ofrimin e shërbimeve profilaktike dhe mjekësore të përshtatshme bazuar

në anamnezën mjekësore dhe seksuale dhe ekzaminimin fizik. Mbajtja e një qëndrimi të hapur, jogjykses është shumë e rëndësishme, përfshirë mosparagjykimin e faktit që pacienti mund të jetë homoseksual dhe në një fare mënyre ka provokuar atakun.

Në qendrat e shërbimeve shëndetësore, pacientët meshkuj, ashtu si femrat ka shumë gjasa të demonstrojnë shenja të stresit post-traumatik. Në disa meshkuj këto reaksione marrin formën e sjelljeve agresive dhe antisociale. Përveç kësaj, meshkujt heteroseksuale, biseksuale mund të raportojnë një konfuzion akut për seksualitetin apo maskulinitetin e tyre. Ata mund të vuajnë nga diskfunzioni seksual dhe të kërkojnë trajtim mjekësor për të arritur ereksionin. Në veçanti, sulmet seksuale në meshkuj adoleshentë mund të keqësojnë gjendjet preekzistuese që lidhen me seksualitetin.

Meshkujt që mund të kenë patur ereksion dhe/ose ejakulacion gjatë sulmit seksual mund të jenë veçanërisht të shqetësuar, duke menduar që këto fenomene nuk janë të mundshme në mungesë të stimulimit seksual. Disa përdhunues duan që viktimat e tyre të ejakulojnë si shprehje e kontrollit mbi ta, si shprehje e fuqisë dhe dominancës së tyre. Për pasojë meshkujt e të gjithave orientimeve seksuale mund të fillojnë të shmangin marrëdhëniet intime apo të provojnë një disfunktion seksual.

BIBLIOGRAFIA

- Aleanca Gjinore për Zhvillim (2005). Unë nuk do ta godisja kurrë një grua....Broshurë për fëmijët dhe të rinjtë.
- AFPA, IFAW and UNFPA. (2002). NGO shadow report. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW), Tirana
- AHRG, CLCI, CRCA. (2005). State Violence in Albania: An alternative report to the UN Committee against torture. Geneva.
- American Psychiatric Association. (1994). The Diagnostic and Statistical manual, 4th edition. APA: Washington DC.
- American Medical Association (1995). Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault.
- American Medical Association. (1997). Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault.
- American College of Emergency Physicians (1999). Evaluation and Management of the Sexually Assaulted or Sexually Abused Patient.
- American Journal of Obstet Gynecol (2003). 188, (707-713)
- Baban et al., (2003) Domestic violence in Albania: An explanatory study. UNICEF, Royal Netherlands Embassy, ISOP.
- Bates, L., Hancock, L., Peterkin., D. (2001). A little encouragement: health services and domestic violence. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol 14.(2)

Botash AS, Braen R, Gilchrist VJ. (1994). Acute care for sexual assault victims.

Patient care. August 15.(112-137)

Boëer, B. (1995). Child sexual abuse leaves mark on brain. Science News.

Ellsberg, M et al (2001) " Researching Domestic Violence Against Women:

methodological and Ethical Considerations" Studies in Family Planning 2 (91)

(1-16)

Ellsberg, M. et al (2000) "Candles in Hell: Women's experiences if Violence in

Nicaragua" Social Sciences and Medicine, 51 (11); 1595-1610

Family Violence Prevention Fund. (1999). Health Alert: Strengthening the Health

Care System's Response to Domestic Violence, Volume 6, Number 2.

Family Violence Prevention Fund. (1998). Ending Domestic Violence: Report from

Global Frontlines.

Friedman LS, Samet SJ, Jaen CR, Robert MS, Hudlin M, Hans P. (1992). Inquiry

about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. Arch Internal Medicine. 152 (1186-1190)

Gibbons, M., Vincent, C. (1994). Childhood sexual abuse. American Family

Physician.

Groves M, B., Augustine, M., Lee, D., Sawires, P. (2000). Identifying and responding

to domestic violence: Consensus recommendation for child and adolescent health.

Gjermeni, E., Bregu, M. (2003). Monitorimi i shtypit mbi dhunën në familje: 2001-

2002. Qendra e Gruas. Tiranë.

Haxhiymeri, E., Kulluri, E. (2000). Prezantim i informacionit ekzistues mbi dhunën në familje në Shqipëri.

Heise, L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. (1999). "Ending Violence Against Women." Population Reports, Volume XXVII, Number 4, Series L.

Herman, J. (1997). Child Abuse. Trauma and Recovery. NY: Basic Books.

IPH, CDC, MOH, UNIEF, UNFPA, USAID.(2005) Albania Reproductive Health Survey 2002- Final report.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Linzer M Hahn SR, DeGruy FV. (1994) Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Family Medicine 3 (774-779)

Koziol-McLain, J.Coates, C and Loëenstein, S.(2001) "Predictive validity of a screen for partner violence against women" American Journal of Preventive Medicine, 21, 93-100

Lahoti, Sh., McClain, N., Girardet, R et, al. (2001). Evaluating the Child for sexual Abuse. American Family Physician.

Lesko et al,. (2003). The girls and trafficking. Vlora, Tirana

Mandro, A., Anastasi, A. (2005). Trajtesa Juridike dhe sociale për mbrojtjen nga dhuna në familje. Qendra për Nisma Ligjore Qytetare.

Mason, A. (2003). Domestic violence and women's mental health. Mental Health Nursing.

- Mecaj V, (2000). Mbrojtja e të drejtave të gruas në Shqipëri- studim për kontributin e shkruar të lëvizjes së gruas në Shqipëri 1990-1998.
- Miria, S., Sala, V. (1999). Gratë – Viktima të shumë abuzimeve (dhuna, prostitucioni dhe trafikimi). Studim mbi studimet për gruan shqiptare.
- Nauman P, Langford D, Torres S, Campbell J, Glass N. (1999) Women battering in primary care practice. Family Practice. 16.(343-352)
- Nexhat Kalaj. (2001). Manual i legjislacionit shëndetësor shqiptar.
- PNUD (1998). Raporti i zhvillimit njerëzor në Shqipëri 1998.
- Saltzman LE, Salmi LR, Branche CM, Bolen JC, (1997) "Public health screening for intimate violence". Violence against women. Vol.3, 319-331
- Stevens, Lynne. (1997). Sexual Abuse Survivors: Assessing and diagnosing trauma in adolescents and adult women. Advance Magazine for Physicians Assistants. 5 (5) (47-49).
- Shoqata e grave juriste. (2000). Mbi dhunën e ushtruar ndaj gruas. Studime.
- IGWG (2002) Gender-Based Violence and Reproductive Health & HIV. Summary of a technical update.
- Vann, Beth (2004). Training Manual: Facilitator's guide, interagency & multisectorial prevention and response to gender-based violence in populations affected by armed conflict. Reproductive Health Response in Conflict Consortium & JSI; Research Training Institute & Global GBV.
- Valladares, E. et al (2002) "Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight" Journal of Obstetrics and Gynecology.
- UNFPA (2001). A Practical Approach to Gender-Based Violence. A

Program Guide
for Health Care Providers and Managers.

UNICEF. (2005). Vlerësim i shpejtë dhe përgjigje për HIV/AIDS në Shqipëri. Të rinjtë romë dhe të rinjtë meshkuj që kryejnë seks me meshkuj. Tiranë, Vlorë Elbasan.

Waalén J, Goodëin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. (2000) Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *American Journal of Prevention Medicine*. 19. (230-237)

Waibel-Duncan, M. (2001). Medical fears following alleged child abuse. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*.

WHO (2005) The WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Gjendet ne www.who.int/en/

WHO (2001). Violence against women: WHO fact sheet. No. 239

SHTOJCA

Shtojca 1

Mitet dhe konceptimet e gabuara më të zakonshme për dhunën seksuale.

Ka shumë mite dhe konceptime të gabuara për të mbijetuarat e dhunës dhe dhunesit e tyre që lidhen me pikëpamjet socio-kulturale rreth dhunës, perceptimet e gabuara të rolit të meshkujve dhe femrave sidomos në lidhje me seksin dhe stereotipeve sociale të tjera.

Mit: Të gjitha viktimat e dhunës seksuale janë femra. Të gjithë dhunuesit janë meshkuj.

Fakt: Shumica e sulmeve seksuale që kryhen kundër meshkujve e femrave kanë meshkujt për protagonistë, për sulmi seksual është një krim që lidhet me përdorimin e pushtetit dhe forcës fizike. Meshkujt sulmohen seksualisht nga meshkuj të tjerë dhe femrat ndonjëherë kryejnë sulme seksuale ndaj meshkujev apo femrave të tjera. Numri i meshkujve të dhunuar seksualisht është një problem pothuajse i pa njohur veçanërisht në popullatat e burgjeve dhe të homoseksualëve.

Mit: Përdhunimi është akt impulsiv.

Fakt: 58% deri në 71% e përdhunimeve janë të planifikuara shumë mirë⁷.

Mit: Përdhunimi motivohet nga dëshira seksuale.

Fakt: Përdhunimi është një krim i dhunes, që motivohet nga zemërimi dhe dëshira për pushtet dhe kontroll.

Mit: Përdhunimi i vërtetë ndodh kur një i huaj sulmon një femër.

Fakt: Shumica e përdhunimeve dhe sulmve seksuale kryhen nga persona që njohin femrat e dhunuara.

Mit: Një femër që vërtetë reziston nuk mund të përdhunohet. Nëse ajo nuk ka luftuar ajo duhet ta ketë dëshiruar përdhunimin.

Fakt: Shumica e femrave janë viktime të përdhunimit nga të njohurit e tyre. Ato nuk luftojnë, sepse ato i njohin këta persona dhe nuk besojnë që dikush që ato e njohin dhe e besojnë mund ti përdhunojë. Ato mendojnë që dhunuesi do të vijë në vete për një moment dhe do të ndalojë. Shumica e femrave të përdhunuar nga të njohur nuk janë në gjendje të mobilizohen të luftojnë forcërisht dhe të dëmtojnë përdhuenuesin që të mund ta ndalojë sulmin.

Mit: "Jo" nuk do të thotë vërtetë "jo".

Fakt: Disa femra jo gjithmonë duan të thonë "jo" kur shqiptojnë "jo". Megjithatë, partneri duhet të supozojë që "jo"-ja është reale dhe të sillen respektivisht.

Mit: Ajo u deh dhe e meritonte.

Fakt: Të dehurit në prani të njerëzve të panjohur mirë mund të reflektojë një gjykim jo të mirë, por nuk është justifikim për tu përdhunuar

Mit: Ajo vajti në dhomën e tij pas mbrëmjes. Ajo e kërkonte atë (aktin seksual).

Fakt: Shumë gra të reja apo naive besojnë që nëse një burrë i fton në dhomën/shtëpinë e tij për të parë koleksionin e peshqëve, ai vërtet do t'i tregojë asaj peshqit. Pranimi për të shkuar në dhomën/shtëpinë e dikujt nuk është kod që përkthehet në leje për të bërë seks. Të dy partnerët duhet komunikojnë verbalisht dhe të bien dakord për të bërë seks konsensual. Të dy partnerët kanë të drejtë të ndërrojnë mendjen në çdo kohë.

Mit: Nëse ajo pranon një shkallë marrëdhënieje intime, ajo dëshiron të kryejë kontakt seksual.

Fakt: Nëse ajo pranon një lloj marrëdhënieje intime, kjo do të thotë që kaq është ajo që ajo pranon. Supozimi që ajo dëshiron të shkojë më tej duhet qartësohet në një diskutim verbal rreth dëshirave të personit.

Ky është një problem i nënvlerësuar sidomos në marrëdhëniet seksuale mes meshkujve. Mashkulli që është dhunuar mund të mos ketë patur dëshirë që të shkohet deri aty.

Mit: Nuk u bë ndonjë dëmtim fizik, do ti kalojë.

Fakt: Trauma fizike është më shumë një përjashtim sesa rregull në dhunën seksuale. Në përgjithësi, sa më e lartë shkalla e frikësimit aq më ulët shkalla e dëmtimit fizik. Shumë pak njerëz mund të duan të dëmtohen emocionalisht ose tu merret kontrolli mbi veten e tyre. Trauma psikologjike mund të jetë po aq e madhe, në mos më e madhe për pacientet e padëmtuar fizikisht në krahasim me ato të dëmtuara edhe fizikisht.

Mit: Nëse pacientja nuk ishte e virgjër, nuk u bë ndonjë dëm i madh.

Fakt: Çdo sulm seksual mund të jetë një eksperiencë shkatërruese, që e lehtë mbijetuarën me kujtime që mund të pengojnë përjetë marrëdhëniet interpersonale dhe ato intime.

Mit: Gratë nuk mund të përdhunohen nga burrat e tyre.

Fakt: Gratë mund të përdhunohen nga burrat e tyre, ndonëse nuk ka patur ndëshkime për këtë lloj krimi. Për më tepër, ato gra që përdhunohen nga burrat janë vulnerabel për tu përdhunuar në më shumë se një rast si pjesë e dhunës së vazhdueshme familjare. Mjekët që iu shërbejnë popullatave të ndryshme përsa i takon nivelit kulturor mund të duan të marrin në konsideratë faktin që disa sfone kulturele rritin vulnerabilitetin e grave kundrejtë sulmeve të burrave të tyre. Ekzistojnë gra që besojnë se abuzimi dhe dhuna seksuale është diçka e pritshme në martesë.

Mit: Prostitutat s'mund të quhen të përdhunuara.

Fakt: Prostitutat përdhunohen më shpesh se kategori të tjera femrash, por ato raportojnë më rrallë se nuk besojnë në mbështetjen e policisë.

Mit: Burrat nuk mund të përdhuhohen, veçanërisht nga gratë. Nëse burri nuk ka ereksion, nuk mund të ndodhë përdhunimi.

Fakt: Ka raste kur burrat mund të përdhuhohen nga gratë. Ato gra që përdhunojnë burrat bazohen në vënie e burrave në pozitë të vështirë e në kërcënimin për dhunë, dhe jo në përdorimin e dhunës fizike. Shembuj janë studentet/nxënësit meshkuj dhe mesueset femra, pacientet meshkuj dhe terapistet femra, punonjësit meshkuj dhe punëdhëneset/supervizoret femra. Ereksioni mund të ndodhë në përgjigje të gjendjeve emocionale ekstreme, si zemërimi apo terrori, si dhe ngacmimit seksual.

Mit: Gratë ankohen “për përdhunimin” pasi kanë lejuar seksin konsensual dhe më vonë që kanë ndërruar mendje.

Fakt: Akuzat false për sulme seksuale kanë ndodhur në një nivel rreth 2%, po aq sa ç’është dhe raportimi fals i meshkujve dhe femrave për krimet violente të tyre. Është shumë më e zakonshme për të dhunuar seksualisht të mos raportojnë se sa të raportojnë për episodet e tyre të dhunës.

Shtojca 2

Plani i shpëtimit për gratë e dhunuara që jetojnë me abuzuesit e tyre.

Hapi 1. Siguria gjatë një incidenti dhune. Mund të përdor disa apo të gjitha strategjite e mëposhtme:

- Nëse kam nevojë të largohem nga shtëpia, unë mund të shkoj tek _____
(listo 3 vende ku mund të shkosh).
- Unë mund tu tregoj _____ (listo 2 persona) për dhunën dhe tu kërkoj atyre të telefonojnë policinë n.q.s. dëgjojnë zhurma nga shtëpia ime.
- Unë mund tu mësoj fëmijëve se si të marrin në telefon policinë.
- Unë mund të përdor _____ si fjalë kod që dikush të thërrasë për ndihmë.
- Unë mund të mbaj protofolin/çelsat e makinës gati tek (vendi) _____, me qëllim që të mund të largohem shpejt.
- Do të përdor gjykimin dhe intuitën time. Nëse situta është shumë serioze, mund t'i japë partnerit atë që do që të qetësohet. Duhet të mbroj veten derisa të jem jashtë rrezikut.

Hapi 2. Siguria kur përgatitesh të ikësh. Mund të përdor disa apo të gjitha strategjite e mëposhtme:

- Unë do të lë ca para, veshje, çelësat e makinës dhe kopjet e dokumentave me _____ (listo një person).
- Do të hap një llogari bankare kursimesh me (sasinë e parave) _____ që të rrisë pavarësinë time.
- Do të mbaj monedha për telefon me vete gjithë kohës.

- N.q.s. duhet të largohem, unë do të marr _____
_me vete.
- Do të bisedoj me _____ për të parë se kush mund të më lejojë të qëndroj në shtëpinë e tij/saj ose të huajë para.
- Nëse vendos të iki, nuk do t'ia them dhunuesit më parë, por do të lë një shënim apo do ta marr në telefon nga një vend i sigurt.

Hapi 3. Siguria kur një marrdhënie ka mbaruar. Masat e sigurisë që mund të marr përfshijnë:

- Unë mund të ndryshoj çelësat e dyerve dhe dritareve sa më shpejtë të jetë e mundur.
- Mund të zëvendësoj derën dhe instaloj një derë më të mirë.
- Mund të vë ndriçim më të mirë jashtë shtëpisë.
- Mund të shtoj numrin e çelësave, e të vë sistem alarmi.
- Mund të mësoj fëmijët se si të më marrin në telefon nëse partneri i merr ata.
- Unë mund të informoj _____ (listo të paktën 2 persona) që partneri im nuk jeton më me mua dhe kërkoju atyre të kontaktojnë _____ (mua, policinë dhe të tjerë) nëse ai është parë afër shtëpisë time.
- Unë do tu tregoj disa njerëzve që mund të kujdesen për fëmijët e mi, emrat e njerëzve që kanë leje ti marrin ata. Këta persona që kanë leje janë _____ (listo gjithë personat që mund të përfshihen këtu).
- Unë mund tu tregoj _____ (listo persona) në punë për situatën time dhe tu kërkoj atyre të shënojnë telefonatat e mia.
- Unë mund të siguroj një urdhër mbrojtës nga _____ dhe ta mbaj me vete gjithë kohën. Unë mund të lë gjithashtu një kopje të tek _____ (listo një person).

- N.q.s. unë ndihem keq dhe jam gati të kthehem tek një situatë potencialisht abuzive unë mund t'i tregoj _____ (listo të paktën një person) për mbështetje.

Numra Telefoni të Rëndësishëm

Shtojcë 3

Krijimi i Rrjetit të Referimit.

1. Merr emrat e burimeve potencialë referuese nga organizatat jo-qeveritare (NGOs), spitalet, udhëheqësit e komitetit, dhe njerëz në nivel lokal.
2. Nëse është e mundur, kërkoni intervistim ballë për ballë me burimet potenciale referuese. Më poshtë është një model me pyetje që mund të përdoren për të vlerësuar çdo grup që intervistohet.

Emri i Institucionit

Tipi i institucionit

Drejtuuesi i institucionit

- a. Çfarë tipi popullate i shërbeni?
- b. A shihni veçanërisht viktimat e dhunës me bazë gjinore?
- c. Cili është profili i viktimës që ju i shërbeni?
- d. A ofroni kujdes direkt apo bëni referime?
- e. N.q.s. ofroni kujdes direkt, çfarë tipi është ai? Ligjor, mjekësor, social, psikologjik, edukues, etj.
- f. N.q.s. ju bëni referime, ku referoni?
- g. A keni pagesë për shërbimin? Nëse po, a keni një pagesë apo mund të bëni akomodime?
- h. Cili është profili i njerëzve këtu që shohin viktimat e dhunës?
- i. A ka aktivitete të tjera që ofron institucioni juaj?
- j. A keni dijeni për institucione të tjera që ofrojnë kujdes për viktimat e DHBGJ? Nëse po, a mund të ta na jepni këtë informacion në mënyrë që ti kontaktojmë ata?

- k. A do të ishit të intëresuar që dy institucionet tona të kryqëzonin referime?
 - l. A do të ishit të intëresuar të merrnit pjesë në një rrjet grupesh që punojnë në këtë fushë të dhunës me bazë gjinore?
3. Ofroni të mbani kontakte dhe të punoni bashkë ose të krijoni rrjet, nëse ata janë të interesuar.
4. Shkruani listën e burimeve duke përdorur informacionin që është mbledhur. Ndani librin e referimeve në dy tipe çështjesh të referimit, vendosni të gjithë referimet relevante bashkë nën secilën fushë, p.sh. ligjore, sociale, strehimi, mjekësore dhe psikologjike. Vendose në libër me një referim për faqe, duke futur informacion të lidhur për këtë institucion që mund të jetë i dobihëm kur vendosni çfarë institucioni mund të ndihmonte më mirë klienten.

Shtojca 4

Pyetja për Dhunën me Bazë Gjinore.

1. Parimet Prapa Pyetjes për DHGBGJ.

Është e rëndësishme të bëhen pyetje për DHBGJ në një mënyrë që klientet të kuptojnë qartë çfarë ju po i pyesni. Për këtë, është e rëndësishme të mos përdoren terma teknikë ose negativë, që do të bëjnë konfuzë klienten dhe të ndihet fajtores. Është më mirë të përdoren pyetje që përshkruajnë sjelljet dhe të pyetet klientja nëse ka pasur eksperiencë të tilla (shih shembullin më poshtë). Është gjithashtu e rëndësishme për stafin të ndjehet rehat kur drejton këto pyetje, nëse jo, personi që pyet do të komunikojë diskomfortin e tij tek klientja dhe klientja do t'i përgjigjet me « jo » pyetjeve, ndërkohë që në fakt mund të jenë viktima të DHBGJ.

Është gjithashtu e rëndësishme, që çdo anëtar i stafit në projekt që pyet klientet për DHBGJ të bëjë të njëjtat seri pyetjesh. Kjo është e rëndësishme në mënyrë që të mblidhen të dhënat, që do të tregojnë më pas sa kliente kanë pasur eksperiencë të DHBGJ dhe çfarë tipi. Vendimi se cilat pyetje do të drejtohen duhet të vendoset në bazë të një trainimi të stafit klinik të cilët do të bëjnë pyetjet për DHBGJ.

Para pyetjes së një klienteje për DHBJ do të ishte e rëndësishme që më parë ti shpjegohej klientes pse ju do t'i drejtoni ato pyetje. Është ndihmuese të normalizohet çështja duke thënë diçka si :

« Unë u drejtoj të gjithë klienteve këto pyetje. »

« Unë e di që janë shumë gra viktima të DHBGJ dhe ne besojmë se është e rëndësishme të flasim me klientet për këtë. »

« Unë e di se ka gjëra që janë konsideruar private në shoqëri dhe kjo përfshin edhe dhunën kundër gruas. Në agjensinë tonë ne nuk mendojmë se kjo është një çështje private. Ne mendojmë se është e rëndësishme të flitet për këto gjëra. »

« Nganjëherë njerëzve u thuhet se është në rregull nëse ju goditeni apo abuzoheni nga dikush i afërt. Njerëzit thonë se kjo është shprehje e dashurisë. Por unë e di se kjo është diçka që nuk duhet të ndodhë. Asnjë nuk e meriton të goditet ose të abuzohet seksualisht. Unë dëshiroj të di nëse kjo ka ndodhur tek ju. »

2. Bërja e Pyetjeve.

Është e rëndësishme për personat përgjegjes për DHBGJ ose për personelin tjetër të vendosin çfarë pyetje specifike do tu bëhen klienteve për DHBGJ. Pyetjet nevojitet tu pyeten në mënyrë të tillë që të identifikojnë tre tipet e DHBGJ – abuzimi seksual në fëmijëri, përdhunimi, dhe dhuna familjare. Ka disa zgjedhje në secilën nga kategoritë e listuara më poshtë. Cilado pyetje të zgjidhen, ato duhet të shkruhen në një formular ose të mbahen të mbyllura në dhomën ku do të bëhet vlerësimi i grave për DHBGJ. Kjo mënyrë, punonjësit e pranimit do të jenë në gjendje të përdorin ato si nxitësa dhe secili punonjës i pranimit do të pyesë të njëjtat seri të pyetjeve.

Model pyetjesh për klientet e DHBGJ.

Abuzimi Seksual në Fëmijëri.

- Nganjëherë gratë preken kur janë fëmijë në mënyra që i bëjnë të mos ndihen mirë? A ka ndodhur kjo tek ju?
- A është përpjekur ndonjë njeri t'ju prekë në një mënyrë që ju ka bërë të mos ndiheni rehat?
- Si fëmijë, a ju ka prekur ndokush në mënyrë seksuale?

Përdhunimi.

- A jeni ndjerë ndonjëherë të detyruara të bëni seks kur nuk keni dashur?
- A ju ka detyruar ndonjëherë ndonjë person i njohur ose i huaj të bëni diçka seksuale që ju nuk dëshironit?
- A ndjeni se ju e keni kontroll në marrdhënien tuaj seksuale dhe që ju do të dëgjoheni nëse do ti thoshit "jo" bërjes së seksit?

Dhuna Familjare.

Është e rëndësishme të pyesni klientet lidhur me format e ndryshme të dhunës familjare – emocionale, psikologjike, seksuale dhe fizike. Përdhunimi

si një formë e dhunës familjare është përfshirë në modelin e pyetjeve për përdhunimin.

- A ju ka goditur ndonjëherë partneri, dhënë ndonjë shpullë ose ju ka kërcënuar se do të bëjë kështu? (abuzimi fizik)
- A jeni e frikësuar nga partneri juaj? (abuzim fizik dhe psikologjik)
- A ju ka kritikuar ndonjëherë partneri, sulmuar, apo bërtitur? A ka shkatërruar partneri juaj ndonjëherë gjërat tuaja, ose objekte në shtëpi? (abuzim verbal dhe emocional)
- A ju ka kërcënuar ndonjëherë partneri juaj jetën tuaj, duke ju izoluar nga familja dhe shoqëria, duke refuzuar t'iu japë paratë tuaja ose duke mos ju lejuar të largoheni nga shtëpia? (abuzim psikologjik)

Ose pyetje më të përgjithshme mund të pyeten:

- Si e rritur a jeni plagosur ndonjëherë nga ndonjë lloj dhune apo abuzimi? (gjuajtur nga partneri, detyruar për të bërë seks)
- Si fëmijë apo adoleshente a ju ka detyruar ndonjë njeri të bëni seks me të ose lënduar fizikisht?
- A ka ndonjë njeri nga i cili keni frikë tani?

3. Duke iu Përgjigjur Përgjigjeve të Klienteve.

N.q.s. ofruesi mendon që klientja mund të ketë qenë viktimë e DHBGJ kur klientja përgjigjet "Jo"

Ofruesi, nëse ajo/ai dyshon që klientja është viktimë e DHBGJ, nevojitet të dokumentohet kjo në një formular dokumentimi. Si u shtrua dhe më parë, disa kliente mund të mos jenë të afta të tregojnë këtë informacion. Ja përse është e rëndësishme të kontrollohet kutia "ndoshta" në formularët e dokumentacionit (shih Shtojcën 6). Në këtë mënyrë, stafi në agjensi mund të jetë në gadishmëri për një mundësi të tillë. Është gjithashtu e rëndësishme të pyeten këto kliente për DHBGJ kur ato kthehen në klinikë.

4. Rishikim i analizës, vlerësimit dhe dokumentimit.

Projekti A N.q.s. një grua kontakton me një person stafi për materialet e edukimit për DHBGJ:

- Merre atë në dhomë private.
- Përgjigju në mënyrë të kujdesur dhe mbështetëse.
- Pyete për eksperiencën e DHBGJ, nëse është e përshtatshme.
- Bëj një referim të përshtatshëm.

Projekti B Pasi të pyesësh klienten për DHBGJ dhe klientja thotë “po”:

- Përgjigju në mënyrë të kujdesur dhe mbështetëse.
- Merr më shumë informacion në çfarë ka ndodhur.
- Zbulo nëse ajo është në rrezik tani.
- N.q.s. ajo është në rrezik bëj një vlerësim të rrezikut dhe një plan shpëtimit me të.
- Bëj një referim.
- Dokumento të gjithë këtë në kartelën e saj.

Projekti C Pasi të pyesësh klienten për DHBGJ dhe ajo thotë “po”:

- Përgjigju në mënyrë të kujdesur dhe mbështetëse.
- Merr më shumë informacion në çfarë ka ndodhur.
- Referoje atë për një vlerësim më në thellësi, që përfshin një vlerësim të rrezikut.
- Plani i shpëtimit nëse nevojitet.
- Dokumento të gjitha këto në kartelën e saj.

Shtojca 5

Model i Formularit të Dokumentimit.

Bëni një vulë për ta vënë në çdo kartele të klienteve. Ajo mund të jetë si më poshtë:

Tipi i DHBGJ	Po	Jo	Ndoshta
Abuzim seksual në fëmijëri			
Përdhunimi/Sulmi Seksual			
Dhuna familjare			

Kur klientja i përgjigjet pyetjes për DHBGJ, përgjigja nevojitet të vendoset në kartelën e saj. N.q.s. vula përdoret (si më lart) punonjësja e pranimit mund të shënojë në kutinë përkatëse në vulë. (Dhuna familjare që është seksuale shkon tek kutia “përdhunimi /sulmi seksual”. N.q.s. klientja përgjigjet “jo”, por që punonjësja e pranimit dyshon që klientja mund të ketë eksperiencë të DHBGJ ose klientja vetë nuk është e sigurt, punonjësja e pranimit duhet të shënojë tek kutia “ndoshta” kolona tjetër për tipin e veçantë të DHBGJ. (shih Shtojcën 5 për më shumë informacion për klienten duke thënë “jo” ose një ofrues shënon në kutinë “ndoshta”).

Për Projektin B, n.q.s. klientja përgjigjet “po” për secilën nga pyetjet e DHBGJ mund të bëhen pyetje të tjera dhe përgjigjet duhet të dokumentohen në kartelën e klientes. Përgjigjet e pyetjeve më poshtë nevojitet të jenë në një formular apo copë letër që të vendoset brenda kartelës së klientes dhe mbahet aty me informacionet e tjera për DHBGJ. Pyetjet që nevojitet të bëhen janë:

- Kur ndodhi kjo?

- Marrëdhënia e dhunuesit me klienten.
- Kohëzgjatja e DHBGJ.
- Si mendon klientja se DHBGJ ka ndikuar tek ajo?
- Eksperienca të ri-viktimizimit.
- A ndihet klientja në rrezik tani? (Nëse po, bëj vlerësimin e rrezikut (Shtojca 7) dhe më pas planin e shpëtimit, nëse është e përshtatshme (Shtojca 8).
- Referimi i dhënë? Ku? I pranuar nga klientja

Shtojca 6

Vlerësimi i Rrezikut

N.q.s. një kliente që është në rrezik në një marrëdhënie ose ajo po mendon të largohet nga një marrëdhënie e dhunshme ajo nevojitet të vlerësohet për rrezikun. Bërja e këtyre pyetjeve dhe gjetja e përgjigjeve do të edukojë klienten për nivelin e rrezikut të saj. Të diturit do të ndihmojë ofruesin dhe klienten të mendojë midis mundësive që ajo ka. Në lidhje me zhvillimet e mëvonshme të klientes, ofruesit do ti nevojitet një plan shpëtimi (shih Shtojcën 8).

1. A është rritur dhuna në vitin e kaluar?
2. A përdor dhunuesi drogë apo alkool?
3. A ka bërë dhunuesi kërcënime për t'iu vrarë?
4. A ka armë në shtëpi?
5. A keni frikë të shkoni në shtëpi?

Shtojca 7

Formular i Vlerësimit në Thellësi të DHBGJ

Emri i klientes:

Data:

Emri i ofruesit:

Tipi i DHBGJ (rretho gjithë emërtimin):

Abuzim Seksual në Fëmijëri
Familiare

Përdhunimi

D h u n a

Historia e DHBGJ

1. Kur ndodhi kjo?
2. Marrdhënia e dhunuesit me klienten.
3. Abuzim fizik, seksual, verbal, emocional, psikologjik (rretho).
4. Kohëzgjatja e abuzimit (shëno nëse vazhdon akoma).
5. Efektet e dhunës tek viktimja.
6. A i keni treguar ndokujt më parë për këtë? A keni marrë ndihmë?

Efektet në Ditët e Sotme:

1. Si po ndikon tek ajo tani? (simptomat bëj një listë) Depresion, drogë / abuzim me alkoolin, ankth /atake paniku, probleme seksuale dhe intimiteti, ngrënia/ shumë ose shumë pak gjumë, vetë-dëmtim, turp / vetë-fajësim, mpirje, kujtime të këqia, mendimë vetëvrasëse / sjellje, PTSD, plagë dhe probleme fizike, simptoma të tjera.

2. Ndonjë kontakt më dhunuesin? (Nëse po, plotëso vlerësimin e rrezikut më pas, dhe nëse është e përshtatshme, edhe një formular të planit të shpëtimit (shih Shtojcën 8).
3. Efektet mbi fëmijët e saj.
4. Eksperienca ri-viktimizimi.

Vlerësimi i Rrezikut.

1. A është rritur dhuna në vitet e kaluara?
2. A përdor dhunuesi drogë apo alkool?
3. A ju ka bërë dhunuesi kërcënime për t'ju vrarë?
4. A ka armë në shtëpinë tuaj?
5. A keni frikë të shkoni në shtëpi?

Diskuto për të bërë një plan shpëtimit me klienten në qoftë se ajo është në rrezik dhe /ose ajo është duke planifikuar të largohet nga shtëpia (shih Shtojcën 8).

A u diskutua plani i shpëtimit me klienten?

Referimi.

Grup mbështetës, këshillim, ligjor, strehim, shërbime sociale, hotline, tjetër _____(specifikojë).

Referim i brendshëm, i jashtëm.

Shtojca 8

Tabelë e Përmbledhjes së të Dhënave Mujore.

Numri Total i Klienteve dhe Klienteve që Kanë Raportuar DHBGJ, nga
Klinika dhe
Tipi i Dhunës.

(1) Emri i Klinikës	(2) Totali Kliente	(3) Abuzimi Seksual në Fëmijëri	(4) Përdhunimi*	(5) Dhuna Familjare	(6=3+4+5) Totali i Rasteve të Abuzimit	(7= Ras Abuz %
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						
Total						

*Kategoria "Përdhunime" përfshin edhe raste si pjesë e dhunës familiare.

Shtojca 9: Model Intervistimi i Daljes

Në mënyrë që të merret një vlerësim i cilësisë së kujdesit nga klientet, ju mund të bëni një studim duke përdorur intervistime të daljes të klientëve të përzgjedhur në mënyrë të randomizuar. Për një javë, pyet çdo klient të 5 dhe të 10 për eksperiencën e saj në Projektin e DHBGJ. Më poshtë janë disa pyetje të mundshme që këto kliente mund t'iu përgjigjen. Do të jetë e rëndësishme të pyeten ato në vende private përderisa ato prekin një çështje të ndjeshme.

Pyetje Intervistimi për tu Pyetur për Materialet e DHBGJ:

- | |
|-------|
| 6/2) |
| tet e |
| zimit |
| % |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
1. A i shihni materialet për DHBGJ në klinikë?
 2. A besoni se është një ide e mirë të vendosen këto tipe materialesh në një klinikë të shëndetit të gruas?
 3. Nëse po, çfarë mendoni për to? A ishin ato informative? Të lehta për tu lexuar? Ndihmuese? A ndjeni se keni marrë informacion të ri për këtë problem duke lexuar këto materiale?
 4. N.q.s. ju nuk e lexuat materialin, pse jo? A ka aty ndonjë gjë që ne mund të bëjmë për ta bërë materialin më të pëlqyeshëm për tu lexuar?
 5. N.q.s. ju keni pasur një shoqe që ju ka treguar se është abuzuar a do t'ia kalonit asaj këtë material?
 6. A keni komente të tjera për posterat, kartat, broshurat që ne kemi për DHBGJ?

Pyetje Intervistimi Lidhur me të Qenit e Pyetur për Regjistrimin e DHBGJ:

1. Si pjesë e pranimit të klientes a jeni pyetur për DHBGJ?
2. A mendoni që kur personi i stafit ju pyeti ajo vërtet donte të dinte përgjigjet tuaja?
3. Si reaguat lidhur me të pyeturit?
4. A mendoni se është e rëndësishme që grave të bëhen pyetje të tilla kur

ato vinë në një klinikë të kujdesit shëndetsor?

5. Në qoftë se ju po i përgjigjeshit “po” DHBGJ a mendoni që ju do të mund të merrni ndihmë këtu? Nëse po, pse? Nëse “jo” pse?
6. Në qoftë se dikush që ju njihni është viktimë e DHBGJ, a do të dërgonit atë këtu për të marrë ndihmë ?

Shtojca 10: Shënime të përgjithshme për trajnuesit.

Një nga qëllimet e këtij manuali është të ndërgjegjësojë punonjësit e shëndetësisë mbi dhunën me bazë gjinore, si dhe t’i aftësojë ata mbi mënyrat e drejta të menaxhimit të rasteve të viktimave ose të të mbijetuarave nga kjo dhunë.

Trajnuesit mund të hartojnë një trajnim 2-3 ditor në përmbushje të objektivave të trajnimit.

Çdo modul duhet të përmbajë objektivat, hapat që duhen ndjekur, materiale bazë, si dhe handouts për të cilat trajnuesit mund t’i referohen shtojcave të tjera të këtij manuali. Modulet duhet të hartohen sipas një sekuence logjike në funksion të qëllimeve të trajnimit. Megjithatë, trajnuesit duhet të organizojnë modulet e trajnimit në varësi të karakteristikave të grupit të pjesëmarrësve dhe nivelit të tyre të njohurive mbi dhunën me bazë gjinore. Trajnuesve u sugjerohet të jenë kreative dhe të ndihen të lirshëm të zgjerojnë dhe pasurojnë përmbajtjen e materialit me informacione dhe burime të tyre, si dhe të përshtasin seancat brenda moduleve në përputhje me preferencat dhe stilin e tyre individual.

Aktivitete para trajnimit. Eksperienca botërore në fushën e trajnimit për çështje të dhunës me bazë gjinore sugjeron që të paktën 5 javë para trajnimit, pjesëmarrësve tu dërgohen pyetësore ose nje studim rasti (case study). Kjo përfshirje e pjesëmarrësve bëhet me qëllim rritjen e përkushtimit të tyre ndaj trajnimit dhe rritjen e rezultateve (Vann, 2004)

Sipas variantit të parë, pjesëmarrësve u dërgohet një pyetësor që synon informacionin mbi të dhënat, ekspriencën e trajnimeve të mëparshme individuale mbi dhunën me bazë gjinore. Sipas variantit të dytë, pjesëmarrësve u dërgohet një studim rasti (duhet të jetë një rast tipik i dhunës në familje), si dhe një listë shoqëruese me pyetje mbi problemet në lidhje me identifikimin, nevojat e viktimës, si dhe të çështjeve menxhuese nga personaliteti mjekësor (Vann, 2004).

Nisur nga qëllimet e këtij tipi trajnimi, trajnuesve u sugjerohet t'iu referohen objektivave e mëposhtme. Përshtatja e tyre sipas specifikave të lartpërmenduar është e domosdoshme.

Objektivat e trajnimit.

Në fund të trajnimit, pjesëmarrësit do të jenë të aftë të:

- a. njohin dhe pranojnë dhunën me bazë gjinore si një çështje e shëndetit.
- b. njohin dhe dallojnë llojet e dhunës me bazë gjinore.
- c. njohin dhe identifikojnë barrierat e të mbijetuarave nga dhuna.
- d. njohin dhe identifikojnë barrierat personale.
- e. zhvillojnë teknikat bazë të intervistimit të të mbijetuarave nga dhuna.
- f. zhvillojnë një set teknikash për t'iu përgjigjur profesionalisht nevojave të të mbijetuarave nga dhuna.

Shtojca 11: Shembuj modulesh trajnimi.

Shembujt e mëposhtëm janë marrë nga manuali i trajnimit mbi dhunën me bazë gjinore: "Parandalimi dhe Përgjigjja Multisektoriale dhe Ndërgjegjësores ndaj Dhunës me Bazë Gjinore, nga Projekti i Mbështetjes Teknike Globale për DHBGJ, Partneriteti RHRC / Instituti Kërkimor & Trajnues JSI", përgatitur nga Vann Beth, 2004.

MODULI 1: HAPJA E TRAJNIMIT.

Objektiva të përgjithshme:

1. Njohja e pjesëmarrësve me njeri-tjetrin.
2. Krijimi i besimit me trajnuesi/ it.
3. Krijimi i një atmosfere të përshtatshme pune gjatë trajnimit.
4. Njohja me planin, objektivat dhe oraret e trajnimit.

Kohëzgjatja:

1-2 orë (në varësi të numrit të pjesëmarrësve dhe backgroundit të tyre)

Seanca 1 – Hapja & Njohja:

Koha : 15 min

Proçedura : Trajnuesi / it prezantojnë veten, si dhe bëjnë falenderimet përkatëse për ata që e organizojnë dhe mundësojnë trajnimin. Trajnuesi zgjedh disa tipe aktivitete që i shërbejnë njohjes, të tilla që pjesëmarrësit të dinë cilët janë njerëzit e ulur pranë tyre (emrat, profesioni, përshkrim i shkurtër i natyrës së punës së tyre, etj)

Seanca 2 – Si t’ju njohim ndryshe ?

Koha : 20 min

Objektivat : Pjesëmarrësit dhe trajnuesit mësojnë fakte rreth eksperiencave të njëri-tjetrit. Kjo do të ndihmojë punën e trajnuesit në seancat në vazhdim.

Proçedura : Kërkojini pjesëmarrësve të ngrenë dorën ose të ngrihen në këmbë në qoftë se ata:

- Kanë marrë pjesë ndonjëherë në trajnim për gender ?
- Kanë marrë pjesë ndonjëherë në trajnim për dhunën me bazë gjinore?
- Kanë punuar më parë ose punojnë me viktime/të mbijetuara nga dhuna?
- Kanë intervistuar më parë individë – viktime të përdhunimit?
- Kanë intervistuar më parë fëmijë të mbijetuar nga abuzimi seksual ose përdhunimi?
- Kanë intervistuar më parë viktime/të mbijetuar nga dhuna në familje?
- Njohin personalisht viktime/të mbijetuar nga dhuna në familje?
- Njohin personalisht viktime/të mbijetuar nga përdhunimi?
- Kanë qenë ndonjëherë trajnues?

Seanca 3 – Pritshmëritë:

Koha: 15 min

Objektivat: Të mësohet mbi pritshmëritë e pjesëmarrësve nga trajnimi dhe të sqarohet ndonjë keqkuptim mbi pritshmëri që mund të mos jenë pjesë e këtij trajnimi.

Materiale: Flip charte dhe shënues (markers).

Proçedura:

- Kërkojini pjesëmarrësve të mendojnë mbi pritshmëritë e tyre nga trajnimi.
- Jepini 2 minuta kohë për t'i diskutuar ato me fqinjin e tyre.
- Ktheni vëmendjen e pjesëmarrësve në diskutimin në grupin e madh, dhe kërkojini atyre që t'i ndajnë mendimet me të gjithë. Mbajini ato shënim në flipchart.
- Diskutojini të gjitha me radhë, nëse ato do të mbulohen ose jo nga trajnimi. Për ato që nuk mbulohen, jepni shpjegimet e duhura dhe informoni pjesëmarrësit e interesuar për mënyrat e marrjes së njohurive të kërkuara.
- Mos harroni të përmendni dhe shpjegoni pritshmëri të tjera të trajnimit që nuk përmenden nga pjesëmarrësit.

Seanca 4 – Objektivat & Axhenda:

Koha: 20 min

Materiale: Përgatisni nga një kopje të objektivate dhe axhendës së trajnimit për të gjithë pjesëmarrësit.

Proçedura: Shpërndajini ato te pjesëmarrësit dhe diskutoni një për një secilën prej tyre. Sigurohuni që pjesëmarrësit të kuptojnë qëllimet, objektivat, dhe rezultatet e menduara të trajnimit. Prezantoni dhe shpjegoni ndërtimin e axhendës në funksion të qëllimeve dhe objektivate të trajnimit. Përgatituni tu përgjigjeni dhe të shpjegoni pyetjet apo shqetësimet që mund të ngrihen gjatë diskutimit.

Seanca 5 – Rregullat bazë të trajnimit:

Koha: 10-15 min

Proçedura:

- Shpjegoni rëndësinë e vendosjes së rregullave.
- Shkruani në flipchart rregullat e mëposhtme dhe shpjegojini ato:
 - o Celulare të mbyllur.
 - o Respektimi i orarit (fillimi dhe përfundimi në kohë).

- o Respektimi i pjesëmarrësve dhe trajnuesve.
- o Rregullat e të folurit: me radhë (jo në një kohë).
- o Ruajtja e konfidencialitetit.
- o Pjesëmarrja.
- Pyetini pjesëmarrësit nëse kanë rregulla të tjera për të propozuar. Diskutojini dhe vendosni për pranimin e tyre.
- Pyetini pjesëmarrësit nëse ata janë dakord me rregullat bazë.

Shënim për trajnuesit: Është e rëndësishme që trajnuesit të mbajnë parasysh që sa herë të referohen raste të të mbijetuarave nga dhuna me bazë gjinore, të shmangen (ose të ndryshohen) të dhënat identifikuese të personit, kryesisht emri dhe vendi i ngjarjes.

Seanca 6 – Koordinimi i nevojave logjistike të trajnimit:

Koha: 10-15 min

Proçedura:

- Bëni shpërndarjen e materialeve që pjesëmarrësit do të përdorin gjatë trajnimit dhe jepni shpjegimet e nevojshme.
- Rishikoni oraret e çdo dite të trajnimit dhe sidomos ato të pauzave dhe pushimeve të drekës.
- Informoni pjesëmarrësit për vendodhjen e ambienteve të nevojshme pranë vendit ku zhvillohet trajnimi.
- Prezantoni personin (jo trajnues; ndoshta 1 vullnetar) që do të jetë përgjegjës për çdo informacion mbi nevojat logjistike gjatë trajnimit.
- Informoni pjesëmarrësit mbi vendin ku do të vendosen shënimet për kujtesë ose ndryshime të planeve apo seancave gjatë moduleve të trajnimit.

MODULI 2:

NJOHJA ME DHUNËN ME BAZË GJINORE (DHBGJ)

Objektiva të përgjithshme:

- Të ndihmohen pjesëmarrësit të kuptojnë dhe të shpjegojnë konceptet kyçe të dhunës me bazë gjinore.
- Të demonstrojnë njohuritë mbi këto koncepte.

Çështjet kyçe:

- Ndryshimet midis "seks" dhe "gjinia"
 - o Seksi i referohet attributeve biologjike të burrave dhe grave. Këto attribute janë universale dhe përgjithësisht të qëndrueshme. Seksi është i përcaktuar biologjikisht. Për këto arsye seksi është i pandryshueshëm.
 - o Gjinia i referohet roleve të ndërtuara sociale dhe përgjegjësi të caktuara ndaj femrave dhe meshkujve. Gjinia mësohet përmes socializimit, faktorëve sociale. Seksi përcaktohet nga kultura, normat e shoqërisë, tradita, historia, feja. Për këto arsye gjinia mund të ndryshohet.
- Dhuna me bazë gjinore është dhuna që ndodh si rezultat i roleve gjinore dhe pritshmërive ndaj tyre.
 - o Në shumë shoqëri, dhuna me bazë gjinore ndikon në masë më të gjerë tek femrat; por edhe meshkujt janë shpeshherë viktimat të kësaj dhune.
 - o Diskriminimi me bazë gjininë godet më shumë femrat, sepse në shumë shoqëri ato janë të pafuqishme në krahasim me meshkujt.
- Dhuna me bazë gjinore përfshin ushtrimin e pushtetit dhe forcës (kërcënimin dhe detyrimin).
 - o Forca nuk nënkupton gjithnjë forcë fizike.
 - o Përdorimi i fjalës "dhunë" nënkupton dhunën fizike, por megjithatë kuptimi i kësaj fjale është më i gjerë.
- Aktet e dhunës me bazë gjinore janë shkelje të të drejtave themelore të njeriut.

Koha: 2 orë

Shënim për trajnuesit: Trajnuesit duhet të marrin në konsideratë

informacionin dhe njohuritë paraprake që mund të kenë një pjesë e pjesëmarrësve mbi DHBGJ. Kjo do të krijojë mundësi për një modul frytdhënës, ku të mësuarit vjen prej vetë pjesëmarrësve. Metodrat kryesore të përdorura janë leksione dhe diskutime. Për të shmangur mërzitjen dhe konfuzionin e pjesëmarrësve dhe për të maksimizuar pjesëmarrjen, këshillohet që trajnuesit të mbajnë diskutime të gjalla dhe të jenë aktivë.

MODULI 2: **NJOHJA ME DHUNËN ME BAZË GJINORE (DHBGJ)**

Seanca 1: Ndryshimi ndërmjet “seks” dhe “gjini”

Objektivat:

- Të kuptohen ndryshimet ndërmjet fjalëve “seks” dhe “gjini”
- Të eksploroohen pritshmëritë sociale dhe kulturore për meshkujt dhe femrat dhe të ilustronin me shembuj ndryshimet ndërmjet koncepteve të bazuara në “seks” dhe atyre të bazuara në “gjini”.

Koha: 30 min

Proçedura:

- Në një flipchart shënoni dy kollona, një për “seks” dhe një për “gjini”
- Pyesni pjesëmarrësit lidhur me kuptimet për secilën fjalë dhe shënojini ato në kollonat përkatëse. A ka fjalë të tjera në shqip që në mënyrë specifike nënkuptojnë “seks” dhe “gjini”?
- Shpjegoni kuptimet e fjalëve “seks” dhe “gjini” duke iu referuar përkufizimeve të dhena më sipër në “çështjet kryesore”.
- Në një flipchart tjetër shënoni “pritshmëritë sociale dhe kulturore” dhe krijoni përsëri dy kollona: një për burrat dhe djemtë dhe tjetrën për gratë dhe vajzat.
- Pyesni pjesëmarrësit lidhur me pritshmëritë social kulturore të shoqërisë për burrat dhe djemtë.
- Pyesni pjesëmarrësit lidhur me pritshmëritë social kulturore të shoqërisë për gratë dhe vajzat.
- Për çdo pritshmëri që përmendet, diskutoni me pjesëmarrësit nëse ajo është e bazuar në “seks” apo në “gjini”. Për shembull: pritshmëria që gratë të kenë fëmijë është e bazuar në seks, ndërsa pritshmëria që gratë të gatuajnë është e bazuar në gjini.

- Në mbyllje, për tu siguruar mbi qartësinë e ndryshimit midis koncepteve “seks” dhe “gjini”, lexoni disa formulime fjalish dhe pyesni pjesëmarrësit që të tregojnë nëse ato janë të bazuara në seks apo gjini.
 - o Gratë lindin fëmijë, burrat jo.
 - o Vajzat e vogla janë të buta, ndërsa djemtë janë të ashpër.
 - o Gratë u japin gji fëmijëve, ndërsa burrat mund të ushqejnë fëmijët vetëm me shishe.
 - o Zëri i djemëve dobësohet gjatë pubertetit, ndërsa i vajzave jo.

Çështje kyçe për diskutim:

- Gjinia është një term neutral.
- Për disa njerëz, fjala “gjini” lidhet me çështjet dhe programet për gratë, feministe; për disa të tjerë, ajo ka një kuptim negativ, që nënkupton përjashtimin e burrave. Në fakt kjo fjalë, u referohet si burrave, ashtu dhe grave.
- Kuptimi i fjalës “gjini” ka ndryshuar ndër vite. Njëzet vjet më parë, fjala “gjini” ka patur të njëjtin kuptim si fjala “seks”.

Seanca 2: Pushteti, përdorimi i forcës dhe miratimi.

Koha: 45 minuta

Objektivat:

- Të identifikohet marrëdhënia ndërmjet abuzimit me pushtetin dhe dhunës me bazë gjinore.
- Të kuptohet që termi “dhunë” në kontekstin e dhunës me bazë gjinore nënkupton përdorimin e një forme të forcës që nuk është e kufizuar vetëm në forcën fizike.
- Të shpjgohet kuptimi i ‘miratimit të informuar’ dhe lidhja e tij me dhunën me bazë gjinore.

Proçedura :

PUSHTETI (5 minuta)

- Në një flipchart shkruani fjalën « pushtet ».
- Pyesni pjesëmarrësit ‘çfarë i jep pushtet njeriut?’ dhe shënoni përgjigjet e tyre në flipchart.

- Diskutoni shembuj të ndryshëm njerëzish me pushtet në botë apo në komunitet (pa përmendur emra).
- Shpjegoni që dhuna me bazë gjinore ka të bëjë me abuzimin e pushtetit. Real apo thjesht i perceptuar, viktimat e abuzimit beson që pushteti është real.

PËRDORIMI I FORCËS (10 min)

- Në një flipchart tjetër shkruani fjalën 'dhunë'.
- Kërkojini çdo pjesëmarrësi të shkruajë në një copë letër dy fjalë ose shprehje për të shpjeguar se çfarë kuptojnë me 'dhunë' kur flitet për dhunën me bazë gjinore. Ky është një aktivitet individual. Jepini pjesëmarrësve disa minuta kohë për të përfunduar.
- Ndaloni me rradhë pranë secilit pjesëmarrës dhe kërkojini një fjalë apo shprehje që ata kanë shkruajtur. Shkruajini këto në flipchart, dhe siguroheni që keni marrë një fjalë nga secili.
 - o Trajnuesi nuk duhet të lejojë që pjesëmarrësit 'e pavendosur' të zgjedhin nga lista e fjalëve të shkruara në flipchart.
 - o Edhe nëse dikush zgjedh të japë shembuj të llojeve të dhunës, apo tenton të japë përkufizime, shkruajini këto në flipchart.
- Duke iu referuar listës, udhëhiqni diskutimin duke nxjerrë në pah çështjet kryesore ; shpjegoni çdo paqartësi apo konfuzion në lidhje me fjalët e listës, si dhe vëriini kryq fjalëve të cilat pjesëmarrësit i përcaktojnë si të papërshtatshme.
- Në krye të flipchartit, pranë fjalës 'dhunë' vendosni 'përdorimi i forcës' (DHUNË / PËRDORIMI I FORCËS)
- Bëni një përmbledhje duke shpjeguar që në këtë kontekst, dhuna përmban përdorimin e një lloji force, të vërtetë apo të nënkuptuar. Ky është elementi thelbësor në përcaktimin e asaj që ne quajmë 'dhunë me bazë gjinore'.

MIRATIMI (informed consent) (5 minuta)

- Një flipchart shkruani fjalën "miratim"
- Pyesni pjesëmarrësit se çfarë do të thotë kjo fjalë për to. Shkruajini përgjigjet e tyre në flipchart. Diskutoni përgjigjet e tyre dhe sigurohuni të vini theksin në dy elementet e domosdoshëm të 'miratimit' – 'dijeni' (informim) dhe 'vullnetar' (me dëshirë).
- Bëni një përmbledhje të seancës duke iu referuar pikave kryesore nga tre flipchartet.

Aktivitet:

Lexojuni pjesëmarrësve shembullin e mëposhtëm. Më pas bëni pyetjet një nga një dhe diskutojini ato. Mos kapercëni asnjë prej tyre.

Në një familje shumë tradicionale dhe patriarkale, babai i një vajze 19 vjeçe, i tregon të bijës sesi ai kishte vendosur ta martonte me një burrë. Vajza nuk e njuh mirë këtë burrë, ai është shumë më i madh se ajo në moshë, por ajo pranon të martohet me të.

Pyetje për diskutim:

1. A mendoni se kjo situatë mund të ndodhë?
2. E dha vajza miratimin e saj me dëshirë për këtë martesë?
3. A është përdorur dhunë në këtë incident?
4. Kush është më i/e fuqishëm/e: babai apo vajza?
5. Çfarë lloj fuqie (forcë) zotëron babai?
6. Çfarë lloj fuqie (forcë) zotëron vajza?
7. Si janë e lidhur "fuqia" me "mundësinë për zgjedhje" në këtë shembull?

Seanca 3: Të drejtat e njeriut.

Koha: 10 minuta

Shkurtimisht: Të gjithat aktet e Dhunës me Bazë Gjinore janë shkelje të të drejtave themelore të njeriut. Kjo seancë synon shpjegimin e të drejtave të njeriut në kontekstin e Dhunës me Bazë Gjinore, që padyshim do të ndihmojë pjesëmarrësit në të kuptuarit e saktë të këtij koncepti (DHBGJ).

Objektivat: Të kuptohet lidhja ndërmjet "të drejtave të njeriut" dhe "dhunës me bazë gjinore".

Proçedura:

Shkruani në flipchart "Të Drejtat e Njeriut".

1. Pyetini pjesëmarrësit, kush ka të të drejta dhe shkruajini përgjigjet e tyre. Diskutoni konceptin se "çdo njeri i ka këto të drejta".
2. Pyetini pjesëmarrësit se Kush apo Çfarë ua jep atyre këto të drejta. Diskutoni konceptin se "asnjeri nuk mund t'ua japë këto të drejta, pasi ju i keni ato me vete që nga momenti i lindjes; ju lindni me to"
3. Pyetini pjesëmarrësit për shembuj të të drejtave të njeriut dhe shkruajini përgjigjet e tyre në letër.

4. Diskutoni.

Pika kyçe për diskutim:

Të drejtat e njeriut janë universale, të pamohueshme, të pandashme, të ndërlidhura dhe të ndërvarura. Çdo njeri e gëzon të drejtën për këto liri dhe të drejta, pa asnjë lloj dallimi racial, fetar, gjinor, gjuhësor, politik, kombëtar apo origjinë sociale, statusi, etj.

Parandalimi dhe përgjigjia ndaj DHBGJ është i lidhur në mënyrë të drejtëpërdrejtë me mbrojtjen e të drejtave të njeriut.

Veprime të DHBGJ janë shkeljet e disa principeve të të drejtave të njeriut. Ndër të tjera këto përfshijnë:

- të drejtën e jetës, lirisë dhe sigurisë të personit.
- të drejtën për standartin më të lartë të mundshëm të shëndetit fizik dhe atij mendor.
- të drejtën e lirisë nga tortura, nga çdo lloj trajtimi ç'njerëzor dhe degradues si dhe ndëshkimi.
- të drejtën e lirisë së mendimit dhe të shprehjes, edukimit dhe zhvillimit personal.

Seanca 4: Të mbijetuarat dhe dhunuesit.

Koha: 20-30 minuta

Përshkrim: Të paktën dy njerëz janë të përfshirë në çdo akt të DHBGJ: personi që kryen aktin dhe personi ndaj të cilit është kryer akti. I pari quhet abuzues dhe i/e dyti/a quhet i/e mbijetuar. Termi "i/e mbijetuar" ndryshe nga "viktimë" përcjell mundësinë e gjetjes së forcës dhe të shërimit.

Objektivat:

1. Të kuptojnë ndryshimin ndërmjet "e mbijetuar" dhe "viktimë" dhe të jenë të saktë se kur dhe si duhet t'i përdorin këto terma.
2. Të kuptojnë termin "dhunues".

Procedura:

1. Shkruani "e mbijetuar" dhe "viktimë" në flipchart.
2. Pyeteni grupin që të shpjegojë ndryshimin midis këtyre termave.

Diskutoni.

- Çfarë ju vjen ndër mend kur dëgjoni fjalën “viktimë”? Po “e mbijetuar”?
 - Si mund të duket një “e mbijetuar”? Po një “viktime”?
 - Fjalët që ne zgjedhim kur komunikojmë një mesazh të caktuar tek dëgjuesi. “E mbijetuar” është një term i parapëlqyer që përdoret për gratë që kanë kaluar përmes një incidenti të DHBGJ.
 - Kush mund të jetë veçanërisht në risk për tu bërë “viktimë” apo “e mbijetuar”?
3. Në një flipchart tjetër shënoni fjalën “dhunues”
 4. Shpjegoni që dhunues quhet personi që ka kryer një akt të DHBGJ. Mund të jetë një ose shumë dhunues.
 5. Pyesni grupin që të listojë tipe njerëzish që mund të kthehen në dhunues (jo emra, vetëm tipe njerëzish). Shkruajini përgjigjet në flipchart, dhe vazhdoni të shkruani derisa lista të ketë shkuar në 10.
 6. Mbyllni seancën duke theksuar se në çdo akt të DHBGJ, ka gjithnjë një “dhunues” dhe një “të mbijetuar”.

SHTOJCA 12: Shembuj aktivitetesh për tema të rëndësishme:

1. Komunikimi me rastin gjatë vizitës së parë.
2. Komunikimi i drejtëpërdrejtë: barrierat personale në mënyrën e të shprehurit.

1. Komunikimi me rastin gjatë vizitës së parë.

Aktiviteti:

Përpara se të aplikohet ky lloj aktiviteti pyesni pjesëmarrësit se cili prej tyre është gjendur në situata kur pacientja ka zgjedhur të tregojë histori personale të dhunës se ushtruar nga partneri, ose/dhe kur mjeku/ ja ka zbuluar gjatë vizitës shenja të dhunës fizike, apo dhe seksuale.

Pyetini pjesëmarrësit të tregojnë dhe të ndajnë me grupin e madh përshtypjet, ndjesitë e tyre të përgjithshme si dhe mënyrën e menaxhimit të situatës.

Kërkojini atyre të ndahen në dy grupe (1. kur pacientja tregon vetë historinë; 2. kur historia zbulohet gjatë vizitës), dhe të ndalen më tepër në vështirësitë e ndeshura në komunikimin me pacienten.

Kërkojini dy grupeve të pjesëmarrësve të listojnë në flipchart:

1. reagimin fillestar (personal) i mjekut (çfarë mendon dhe çfarë bën?)
2. besimi apo jo në historinë e pacientes (pse duhet ta besoj pacienten për ta ndihmuar; nqs nuk e besoj historinë e saj, çfarë ndodh?)
3. drejtimi i pyetjeve (kur duhet bërë, si? çfarë?)
4. të bëj pyetje apo të hesht për ta lejuar atë të flasë?
5. apo vetëm ta dëgjoj se ajo për këtë ka nevojë?

Gjatë përgatitjes së punës në grupe, trajnuesi asiston në secilin prej tyre për të dhënë inputet e nevojshme në mënyrë që informacioni që prodhohet të jetë sa më i saktë.

Mbi bazën e këtyre shënimeve, pjesëmarrësve të dy grupeve u

kërkohet të përgatisin një skenar mbi të cilin, dy përfaqësues nga secili grup (njëri-pacienti, tjetri-mjeku) do të performojnë një role-play.

Trajnuesi/ it duhet të ndërhyjnë në momentet e nevojshme për të ndërprerë dhe korigjuar në vend "gabimet" e atyre në rolin e mjekut. Ndërkohë që pjesa tjetër e pjesëmarrësve mbahet aktive përmes pyetjeve të kësaj natyre "nqs mjeku do të kishte bërë(gabimin), çfarë do të shkaktonte kjo te pacientja; si do të ndihej ajo; do të kthehej sërish?"

2. Komunikimi i drejtëpërdrejtë: Barrierat personale në mënyrën e të shprehurit.

Përpara të bërit të pyetjeve direkte, është e rëndësishme që personeli mjekësor të ndihet rehat me përdorimin e fjalëve dhunë, përdhunim, rrahje, goditje, etj.

Ushtrim:

Listoni një varg fjalësh që trajnuesit i mendojnë si më të "vështirat" për tu artikuluar nga grupi specifik i pjesëmarrësve dhe kërkoni atyre t'i lexojnë ato me rradhë. Mund t'i referoheni Shtojcës 4, si dhe Kapitullit 5 "Të pyeturit rreth dhunës" (5.3 – 5.7). Kjo mund të bëhet edhe nëpërmjet dy –tre case studies (të përzgjedhura më parë nga trajnuesi) që kanë një gjuhë shumë specifike për situata kritike dhune. Në këtë rast shpërndajini ato në grup, dhe kërkoni pjesëmarrësve të lexojnë me zë të lartë. Më pas, pyetini si ndihen.

Observoni me kujdes mënyrën e të shprehurit, gjuhën e trupit që e shoqëron atë, dhe mundohuni të bëni me pjesëmarrësit atë që "pritet të bëjnë mjekët në rastin kur pacientet e tyre paraqesin të njëjtat vështirësi apo parehati të të shprehurit". Këto parehati mund të burojnë edhe prej eksperiencave personale të punonjësve të shëndetësisë.

Mbani parasysh që punonjësit e shëndetësisë mund të jenë gra që kanë patur eksperiencë dhune në jetën e tyre personale. Po ashtu, edhe

punonjësit meshkuj mund të keqtrajtojnë gratë e tyre. Në këto kushte, ato që duhen ndihmuar të parët janë punonjëset e abuzuara nga partneret e tyre. Nga ana tjetër, punonjësit që keqtrajtojnë gratë e tyre nuk mund të jenë të përshtatshëm për natyrën e kësaj pune: identifikimin dhe menaxhimin e rasteve të të mbijetuarave nga dhuna me bazë gjinore. Ata, gjithashtu kanë nevojë për ndihmë. Për këto arsye, personat që do të punojnë direkt me gratë viktime ose të mbijetuara nga dhuna duhet të jenë sensitivë ndaj kësaj kategorie, dhe të jenë kritikë të mirë ndaj këtij problemi nëse ai ka qenë ose është personal. Në të kundërt, ato nuk mund të zhvillojnë dot një marrëdhënie besimi dhe ndjeshmërie për situatën traumatike dhe si rrjedhim, nuk mund të identifikojnë dhe ndihmojnë rastet në nevojë.

Nëse identifikoni raste të tilla në grupin e pjesëmarrësve të trajnimit, shpenzoni kohë të veçantë me ato pas trajnimit. Mbani parasysh, që mund t'ju duhet të përballeni me situata të ngarkuara emocionale në grup dhe jo vetëm t'i menaxhoni ato në mënyrë korrekte, por nëqoftë se do të mundeni t'i ktheni në eksperiencë mësimi për të gjithë grupin.

Në fund të ushtrimit, sigurohuni që pjesëmarrësit ndihen mirë, dhe vini në dukje rëndësinë e të kuptuarit të ndjenjave dhe qëndrimeve personale ndaj fenomenit të DHBGJ.

SHTOJCA 13:

LIGJ
Nr.9669, datë 18.12.2006

PËR MASA NDAJ DHUNËS NË MARRËDHËNIET FAMILJARE

Në mbështetje të neneve 78 dhe 83 pika 1 të Kushtetutës, me propozimin e 20 mijë zgjedhësve,

KUVENDI
I REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

VENDOSI:

KREU I
DISPOZITA TË PËRGJITHSHME

Neni 1
Qëllimi

Ky ligj ka për qëllim:

1. Parandalimin dhe reduktimin e dhunës në familje në të gjitha format e saj, me anë të masave të përshtatshme ligjore.
2. Garantimin e mbrojtjes me masa ligjore të pjesëtarëve të familjes, të cilët janë viktimat e dhunës në familje, duke i kushtuar vëmendje të veçantë fëmijëve, të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuara.

Neni 2
Objekti

Ky ligj ka si objekt:

- a) krijimin e një rrjeti të koordinuar institucionesh përgjegjëse për mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave, lehtësimin e pasojave dhe parandalimin e dhunës në familje;
- b) orientimin e punës për krijimin e strukturave dhe organeve përgjegjëse në nivel qendror dhe vendor për mbështetjen e viktimave dhe parandalimin e dhunës në familje;
- c) fuqizimin e gjyqësorit për marrjen e masave të mbrojtjes ndaj dhunës në familje;
- ç) sigurimin/garantimin për viktimat e dhunës në familje të shërbimit të shpejtë, të pakushtueshëm dhe të thjeshtë në përputhje me ligjin, pranë gjykatës apo organeve të tjera kompetente për zbatimin e ligjit.

Neni 3
Përkufizime

Në kuptim të këtij ligji, përveçse kur parashikohet shprehimisht ndryshe në dispozita të veçanta të tij, me termat e mëposhtëm kuptojmë:

1. "Dhunë" është çdo veprim apo mosveprim i një personi ndaj një personi tjetër, që sjell si pasojë cenim të integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual, social, ekonomik.
2. "Dhunë në familje" është çdo akt dhune, sipas pikës 1 të këtij neni, i ushtruar midis personave që janë apo kanë qenë në marrëdhënie familjare.
3. "Pjesëtarë të familjes" janë:
 - a) bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja apo ish-bashkëshorti/ja apo ish

partneri/ja bashkëjetues;

b) vëllezërit, motrat, gjinia në vijë të drejtë, përfshirë prindërit adoptues dhe fëmijët e adoptuar;

c) bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja i personave të parashikuar në shkronjën "b";

ç) gjinia në vijë të drejtë, përfshirë edhe prindërit, edhe fëmijët e adoptuar të bashkëshortit/es ose bashkëjetuesit/es;

d) vëllezërit dhe motrat e bashkëshortit/es nëse kanë bashkëjetuar gjatë 3 muajve të fundit;

dh) fëmijët e bashkëshortëve apo partnerëve bashkëjetues.

4. "Viktimë" është personi mbi të cilin është ushtruar dhuna e përcaktuar në pikën 1 të këtij neni.

5. "Dhunues/e" është personi i paditur për ushtrimin e dhunës në marrëdhëniet familjare përpara organeve kompetente.

6. "Urdhër mbrojtjeje" është urdhri i lëshuar me vendim gjykate, ku parashikohen masat mbrojtëse për viktimën.

7. "Urdhër i menjëhershëm mbrojtjeje" është urdhri i lëshuar përkohësisht me vendim gjykate, i vlefshëm deri në lëshimin e urdhrit të mbrojtjes me vendim gjykate.

Neni 4 Subjektet

Subjektet që mbrohen nga ky ligj janë të gjithë personat e cilësuar në nenin 3 pika 3 të këtij ligji.

KREU II ORGANET PËRGJEGJËSE

Neni 5 Autoritetet përgjegjëse

1. Autoriteti kryesor përgjegjës për zbatimin e këtij ligji është Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta.

2. Autoritete të tjera përgjegjëse të linjës janë:

a) njësitë e qeverisjes vendore;

b) Ministria e Brendshme;

c) Ministria e Shëndetësisë;

ç) Ministria e Drejtësisë.

Neni 6 Detyrat e autoritetit kryesor përgjegjës

Autoriteti kryesor përgjegjës ka këto detyra:

a) hartimin dhe zbatimin e strategjive dhe programeve kombëtare në fushën e mbrojtjes dhe kujdesit ndaj viktimave të dhunës në marrëdhëniet familjare;

b) financimin ose bashkëfinancimin e projekteve, të cilat kanë për qëllim mbrojtjen dhe konsolidimin e familjes, si dhe kujdesin ndaj viktimave të dhunës në marrëdhëniet familjare;

c) mbështetjen në ngritjen e strukturave ndihmëse, si dhe të gjithë infrastrukturës së nevojshme, që shërben për një mbështetje dhe plotësim të të gjitha nevojave për personat e dhunuar në marrëdhëniet familjare, përfshi këtu asistencë financiare, si dhe shërbime mjekësore dhe sociale, sipas legjislacionit në fuqi;

ç) organizimin e kurseve të trajnimit rreth dhunës në familje me punonjësit e shërbimeve sociale, që janë të atashuar pranë çdo njësie vendore, strukturat e Policisë së Rendit dhe me punonjësit e OJF-ve të licencuara për ofrimin e shërbimeve sociale;

d) mbajtjen e të dhënave statistikore për nivelin e dhunës në familje;

dh) mbështetjen dhe mbikëqyrjen e krijimit të qendrave të rehabilitimit për viktimat e dhunës në familje;

e) mbështetjen dhe mbikëqyrjen e krijimit të qendrave të rehabilitimit për shkaktarët e dhunës në marrëdhëniet familjare;

ë) licencimin e OJF-ve të ndryshme që do të ofrojnë shërbime sociale për viktimat dhe dhunuesit.

Neni 7

Detyrat e autoriteteve përgjegjëse të linjës

1. Ministria e Brendshme ka këto detyra:

a) krijimin e sektorëve të veçantë për parandalimin dhe luftën kundër dhunës në familje pranë drejtorive të policisë;

b) trajnimin e efektivave e policisë që do të trajtojnë rastet e dhunës në familje.

2. Ministria e Shëndetësisë ka për detyrë të krijojë kapacitetet e duhura për të ofruar ndihmë mjekësore për dhunën në familje në shërbimet e urgjencës dhe në qendrat shëndetësore në bashki dhe komuna:

a) për të ofruar në çdo kohë ndihmë mjekësore dhe psikologjike për viktimat e dhunës në familje;

b) për të bërë në çdo kohë ekzaminimet e nevojshme në institucionet shëndetësore publike përkatëse;

c) për të evidentuar rastet e dhunës në familje në dokumentacionin përkatës mjekësor të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë;

ç) për të pajisur edhe viktimën me raportin mjekësor përkatës;

d) për të referuar dhe orientuar viktimën pranë shërbimeve të tjera të mbështetjes dhe mbrojtjes nga dhuna në familje.

3. Ministria e Drejtësisë ka këto detyra:

a) të trajtojë ekspertët mjeko-ligjorë në njohjen, diagnostikimin, vlerësimin dhe raportimin e dhunës në familje dhe akteve të dhunës ndaj fëmijëve;

b) të trajtojë përmbaruesit në detyrën e tyre për të ekzekutuar urdhrat e mbrojtjes në mënyrë të menjëhershme, të sigurojë përmbushjen e tyre në përputhje

me nenin 23 pika 6, si dhe për të ndërmarrë të gjitha veprimet e duhura;

c) të financojë mbrojtje ligjore falas, sipas parashikimeve në ligj dhe të sigurojë një numër të caktuar avokatësh të trajnuar, që mund të japin një asistencë të tillë.

4. Njësitë e qeverisjes vendore (bashkitë, komunat) kanë këto detyra:

a) angazhimin në krijimin e strukturave të shërbimit social për rastet e dhunës në familje;

b) instalimin e një linje telefonike rajonale 24-orëshe, e cila më pas krijon lidhje me njësitë lokale, policinë, urgjencat mjekësore dhe OJF-të, duke vendosur në këtë mënyrë edhe koordinimin mes tyre;

c) ngritjen e qendrave sociale dhe të rehabilitimit për viktimat dhe dhunuesit, si dhe koordinimin e punës me ato ekzistuese, duke u dhënë përparësi qendrave të specializuara në fushat përkatëse.

Neni 8

Përgjegjësitë e autoriteteve përgjegjëse

1. Autoritetet përgjegjëse kanë për detyrë krijimin e strukturave të posaçme dhe caktimin e personave përgjegjës për zbatimin e këtij ligji. Përbushja e këtij detyrimi mbikëqyret nga Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta.

2. Autoritetet përgjegjëse kanë detyrimin t'i përgjigjen çdo njoftimi të bërë nga viktimat apo personat e tjerë të treguar në këtë ligj, në rastet e dhunës apo kërcënimit për dhunë ose dhe në rastet e shkeljes së urdhrimit të mbrojtjes apo urdhrimit të menjëhershëm të mbrojtjes. Ato mbajnë raportin përkatës dhe një kopje ia dorëzojnë viktimës ose shoqëruesit të saj.

3. Autoritetet përgjegjëse përdorin mjetet e arsyeshme për të mbrojtur viktimën dhe për të parandaluar vazhdimin e dhunës me anë të:

a) informimit të viktimës apo shoqëruesit të saj për masat që do të merren sipas ligjit në fuqi dhe për institucionet të cilave duhet t'u drejtohet;

b) informimit të viktimës apo shoqëruesit të saj në lidhje me shërbimet sociale ekzistuese dhe shoqërimit në qendrat dhe institucionet përkatëse;

c) sigurimit të transportit për viktimën dhe shoqëruesin e saj në qendra shërbimesh mjekësore apo sociale;

ç) vënies në dispozicion të një punonjësi të policisë në rastet e rrezikut për jetën.

4. Nëse ekziston dyshimi se dhunuesi ka kërcënuar ose ka ushtruar dhunë në familje apo ka thyer urdhrat e mbrojtjes, të lëshuar me vendim gjyqate, organet e policisë do të bëjnë konstatimet e menjëhershme.

5. Personat të cilët marrin dijeni për shkak të detyrës apo autoritetit të ngarkuar për zbatimin e këtij ligji dhe nuk veprojnë në zbatim të tij, ngarkohen me përgjegjësi administrative dhe/ose penale, duke zbatuar sanksione të përcaktuara në nenet 248 dhe 251 të Kodit Penal.

6. Organet e policisë kanë për detyrë të regjistrojnë konstatimet përkatëse në një raport të shkruar, si dhe të fillojnë hetimet kryesisht. Viktima vëhet në dijeni nga policia për numrin përkatës të rastit të raportuar.

Neni 9

Subjektet që mund të vënë në dijeni organet përgjegjëse

1. Në rast të dhunës në familje, viktimë mund t'i drejtohet me anë të një kërkesë postës së policisë më të afërt (të zonës ku banon ose ndodhet), njësisë përkatëse vendore (komunë, bashki), qendrës shëndetësore të zonës ku banon apo ndodhet ose me kërkesë-padi gjykatës së rrethit të vendbanimit, vendndodhjes së saj ose të dhunuesit/es, për të marrë masat e nevojshme.

2. Çdo person që konstaton një rast të ushtrimit të dhunës në familje mund t'u drejtohet me anë të një kërkesë autoriteteve të mësipërme për të ndërmarrë masat e nevojshme.

KREU III MASAT MBROJTËSE

Neni 10

Masat mbrojtëse ndaj dhunës në familje

1. Mbrojtja ndaj dhunës në familje, në zbatim të këtij ligji, do të sigurohet me këto mënyra:

a) duke urdhëruar menjëherë të paditurin/ën (dhunuesin/en) që të mos kryejë ose të mos kërcënojë se do të kryejë vepër të dhunës në familje ndaj paditësit/es (viktimës) apo pjesëtarëve të tjerë të familjes së viktimës, siç përcaktohet në nenin 3 pika 3 të këtij ligji apo siç emërtohet në urdhër;

b) duke urdhëruar menjëherë të paditurin/ën (dhunuesin/en) që të mos cenojë, ngacmojë, kontaktojë apo të komunikojë drejtpërdrejt ose tërthorazi me viktimën apo pjesëtarë të familjes së viktimës, siç përcaktohet në nenin 3 pika 3 të këtij ligji apo siç emërtohet në urdhër;

c) duke larguar menjëherë të paditurin/ën (dhunuesin/en) nga banesa për një afat kohor të caktuar me urdhër të gjykatës dhe të mos e lejojë të rihyjë në banesë pa autorizimin e gjykatës;

ç) duke ndaluar menjëherë të paditurin/ën (dhunuesin/en) që t'i afrohet përtej një distance të caktuar viktimës apo pjesëtarëve të familjes së viktimës, siç përcaktohet në nenin 3 pika 3 të këtij ligji apo siç emërtohet në urdhër;

d) duke ndaluar menjëherë të paditurin/ën (dhunuesin/en) që t'i afrohet shtëpisë, vendit të punës, banesës së familjes së origjinës apo banesës së çiftit të ardhshëm ose të personave të tjerë dhe për më tepër shkollës së fëmijëve, ose vendeve të cilat frekuentohen më tepër nga viktimë, me përjashtim të rasteve kur frekuentimi bëhet për arsye pune;

dh) duke vendosur menjëherë viktimën/at dhe të miturit në strehime të përkohshme, duke mbajtur parasysh në çdo rast interesin më të lartë, atë të të miturit;

e) duke kufizuar ose duke ndaluar të paditurin/ën (dhunuesin/en) të takohet me fëmijën e viktimës, sipas kushteve të cilat mund të jenë të përshtatshme;

ë) duke i ndaluar të paditurit/ës (dhunuesit/es) hyrjen ose qëndrimin në banesën e përkohshme apo të përhershme të viktimës, ose në ndonjë pjesë të saj, pavarësisht nga të drejtat e pronësisë apo të posedimit të dhunuesit;

f) duke urdhëruar një person të autorizuar nga gjykata (punonjës i rendit ose përmbartues gjyqësor) që të shoqërojë viktimën ose të paditurin/ën (dhunuesin/en) deri në banesën e viktimës dhe të mbikëqyrë largimin e pasurisë personale;

g) duke urdhëruar organet zbatuese të ligjit që të konfiskojnë çdo armë që i përket dhunuesit gjatë kontrollit të kryer apo të urdhërojë dhunuesin për të dorëzuar çdo armë që i përket atij;

gj) duke urdhëruar të paditurin/ën (dhunuesin/en) që të lejojë viktimën të posedojë banesën të cilën e përdorin së bashku viktima dhe dhunuesi/ja ose ndonjë pjesë të saj;

h) duke urdhëruar të paditurin/ën (dhunuesin/en) që të paguajë qeranë e banesës së përhershme apo të përkohshme të viktimës, si dhe detyrimin ushqimor për viktimën, fëmijët apo pjesëtarë të tjerë të familjes që ka në ngarkim;

i) për sa kohë urdhri mbrojtës është në fuqi, trajtimi i pasurisë kryhet në përputhje me Kodin e Familjes, nenet 57, 58 dhe 60;

j) duke i kaluar viktimës të drejtën e kujdestarisë së përkohshme mbi fëmijët dhe duke i hequr përkohësisht përgjegjësinë prindërore të paditurit/ës (dhunuesit/es);

k) duke vendosur dhe duke urdhëruar sipas rastit (në kompetencë të gjykatës) ndërhyrjen e shërbimeve sociale, publike apo private të vendbanimit ose pranë organizatave që kanë si qëllim mbështetjen dhe pritjen e personave të dhunuar në familje;

l) duke urdhëruar të paditurin/ën (dhunuesin/en) që të bëjë një pagesë periodike në favor të personave bashkëjetues, të cilët, për efekt të masës së mësipërme, mbeten të privuar nga mjetet e jetesës. Për të siguruar pagesën, gjykata mund të vendosë që shuma të derdhet nga punëdhënësi në favor të përfituesit. Një vendim i tillë përbën titull ekzekutiv;

ll) duke përfshirë viktimën e dhunës në familje në programe rehabilitimi;

m) duke urdhëruar të paditurin/ën (dhunuesin/en) të marrë pjesë në programe rehabilitimi; nëse i/e padituri/a (dhunuesi/ja) urdhërohet të shkojë në një program rehabilitimi, përgjegjësve të programit u kërkohet të raportojnë çdo javë në gjykatë nëse dhunuesi e ndjek apo merr pjesë në të. Nëse i/e padituri/a (dhunuesi/ja) nuk merr pjesë, atëherë, me kërkesë të subjekteve të parashikuara nga neni 13 i këtij ligji, gjykata e thërret këtë përpara saj dhe zbaton dispozitat përkatëse të Kodit Penal, për pengimin e ekzekutimit të vendimeve të gjykatës.

2. Në urdhrin e mbrojtjes, të lëshuar me vendim gjykate, mund të parashikohen disa nga masat mbrojtëse të parashikuara në pikën 1 të këtij neni.

3. Në urdhrin e menjëhershëm të mbrojtjes, të lëshuar me vendimin e gjykatës, mund të parashikohen disa nga masat e parashikuara në shkronjat "a" deri në "g" të këtij neni.

4. Në rastin e zbatimit të shkronjës "g" të këtij neni, gjykata mban parasysh:

a) nëse arma është konfiskuar, ajo mund të kthehet vetëm pas mbarimit të urdhrin të mbrojtjes dhe marrjes së një urdhri nga gjykata;

b) nëse arma është konfiskuar dhe personi ka një autorizim për armëmbajtje me leje, gjykata njofton autoritetin përkatës administrativ, ose pezullon lejen e armës derisa të mbarojë urdhri mbrojtës.

Neni 11

Efektet e urdhrin të mbrojtjes

1. Pavarësisht prej ndonjë urdhri apo vendimi tjetër të nxjerrë nga gjykata apo ndonjë institucion tjetër, urdhri i mbrojtjes që përmban masat e mësipërme do të nxirret me vendim gjykate për rastet e parashikuara nga ky ligj.

2. Urdhri i mbrojtjes ose urdhri i menjëhershëm i mbrojtjes, i nxjerrë me vendim gjykate, apo përfundimi i efekteve të tij nuk cenon në mënyrë të përhershme të drejtat e pronësisë apo të kujdestarisë.

KREU IV

GJYKIMI PËR LËSHIMIN E URDRIT TË MBROJTJES

Neni 12

Organi kompetent për lëshimin e urdhrave mbrojtës në rastin e dhunës në familje

1. Organi kompetent për lëshimin e urdhrave mbrojtës në rastin e dhunës në familje është gjykata e rrethit gjyqësor, seksioni familjar.

Për të vendosur sigurimin e masave mbrojtëse të përmendura në nenin 10 të këtij ligji, gjykata lëshon urdhra mbrojtjeje dhe urdhra të menjëhershëm mbrojtjeje.

2. Pala e interesuar mund t'i kërkojë gjykatës, sipas rastit, konform dispozitave të këtij ligji, lëshimin e urdhrin të mbrojtjes, pa kërkuar paraprakisht nxjerrjen e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes.

3. Pasi gjykata të ketë lëshuar një urdhër të menjëhershëm mbrojtjeje, pala e interesuar mund të kërkojë lëshimin e një urdhri mbrojtës, siç parashikohet në këtë ligj. Urdhri mbrojtës përkatës shërben për të rikonfirmuar vazhdimësinë e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, si dhe siguron masat mbrojtëse të përcaktuara në nenin 10 të këtij ligji.

Neni 13

Subjektet që kanë të drejtën për të kërkuar urdhrin e mbrojtjes

1. Kërkesën për urdhër mbrojtjeje mund ta paraqesin:

- a. vetë viktimja;
- b. përfaqësuesi ligjor ose avokati i viktimës;
- c. policia / prokuroria.

2. Kërkesën për urdhër mbrojtjeje të një të mituri mund ta paraqesin:

- a) prindi ose kujdestari i të miturit;
- b) përfaqësuesi ligjor ose avokati i viktimës;
- c) të afërmit;
- d) përfaqësuesit e zyrës së shërbimeve sociale pranë bashkisë ose

komunës, ku ka

banimin e përhershëm apo të përkohshëm viktimë, që kanë dijeni për ushtrimin e

dhunës;

f) qendrat dhe shërbimet për mbrojtjen dhe rehabilitimin e viktimave të dhunës në

familje, të njohura/licencuara nga Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve

të Barabarta.

3. Kërkesën për urdhër të menjëhershëm mbrojtjeje mund ta paraqesin:

a) vetë viktimë;

b) përfaqësuesi ligjor ose avokati i viktimës;

c) policia/prokuroria;

ç) personi me të cilin viktimë ka marrëdhënie familjare;

d) përfaqësuesit e zyrës së shërbimeve sociale pranë bashkisë ose komunës, ku ka banimin e përhershëm apo të përkohshëm viktimë, që kanë dijeni për ushtrimin e dhunës;

dh) qendrat dhe shërbimet për mbrojtjen dhe rehabilitimin e viktimave të dhunës në familje, të njohura/licencuara nga Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta.

4. Në rastin kur kërkesa është paraqitur nga policia/prokuroria, tërheqja e viktimës nga procesi nuk sjell si pasojë mosgjykimin e çështjes së filluar.

Neni 14

Forma e kërkesë-padisë

1. Kërkesë-padia për lëshimin e urdhrave të mbrojtjes dhe urdhrave të menjëhershëm të mbrojtjes duhet të përmbajë edhe:

a) të dhëna personale rreth familjes ose marrëdhënieve farefisnore mes viktimës dhe dhunuesit;

b) përshkrimin e qartë të fakteve dhe rrethanave, në të cilat ka ndodhur akti i dhunës në familje, duke përfshirë arsyet që sqarojnë cenimin e sigurisë, të shëndetit apo të mirëqenies së viktimës nga i/e padituri/a (dhunuesi/ja) të parashikuara në nenin 3 pikat 1 dhe 2 të këtij ligji;

c) masat mbrojtëse të posaçme që kërkohen;

ç) nënshkrimin e kërkuesit.

2. Kërkesë-padia për urdhër mbrojtjeje mund të paraqitet në çdo kohë para gjykatës nga ana e personave që legjitimohen për ta kërkuar atë. Në rastet kur kërkohet ndihmë e menjëhershme, kërkesa mund të plotësohet dhe të paraqitet pranë komisariatit më të afërt të policisë dhe punonjësi i policisë vepron në përputhje me ligjin "Për Policinë e Shtetit".

3. Për hartimin e kërkesë-padisë, përgatitjen e akteve dhe paraqitjen e tyre në gjykatë kërkuesi asistohet nga një avokat falas.

4. Kërkuesi shkarkohet nga taksat e gjykatës. Me daljen e urdhrin të

mbrojtjes, shpenzimet gjyqësore i ngarkohen palës që ka ushtruar dhunë në familje. Në rast të kundërt, shpenzimet gjyqësore i ngarkohen kërkuarit.

5. Kërkesë-padia regjistrohet në një regjistër të veçantë dhe protokollohet ditën e dorëzimit të saj.

Neni 15

Provat në procesin gjyqësor

1. Provat që duhet t'i paraqiten gjykatës mund të jenë: dëshmi, raporte të policisë, raport mjekësor, akt-ekspertimi, ekzaminime dhe shpjegime/pohime të palëve, dokumente të tjera të lëshuara nga punonjësit e zyrës së shërbimeve sociale pranë njësive vendore, dokumente të lëshuara nga persona juridikë (OJF), të regjistruara sipas dispozitave në fuqi.

2. Kur nga të dhënat e kërkesës bëhet e qartë se komisariatet e policisë, organet e pushtetit vendor apo qendrat shëndetësore kanë prova shkresore lidhur me ushtrimin e dhunës në familje, ato lëshojnë menjëherë një kopje të certifikuar (kopje me vulë) për këtë në bazë të kërkesës së paraqitur nga kërkuari ose të vetë gjykatës. Në rast të moslëshimit të dokumentit të mësipërm, personat përgjegjës do të mbajnë përgjegjësi ligjore, sipas dispozitave të Kodit të Procedurës Administrative.

3. Kur nuk disponon të gjitha provat e parashikuara në pikën 2 të këtij neni, gjykata lëshon me vendim urdhrin e mbrojtjes, bazuar vetëm në përshkrimin e rrethanave dhe fakteve në të cilat është kryer dhuna në familje, duke u bazuar në bindjen e vet.

Neni 16

Gjykimi për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes

1. Gjykata vendos shqyrtimin e kërkesës për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes brenda 15 ditëve pas pranimit të kërkesës.

2. Gjatë shqyrtimit të kërkesës për urdhër mbrojtjeje, gjykata dëgjon me radhë personat në vijim:

a) viktimën, përfaqësuesin ligjor apo avokatin e saj;

b) të paditurin/ën (dhunuesin/en), përfaqësuesin ligjor apo avokatin e tij/saj;

c) prokurorin, nëse ky ka paraqitur kërkesën;

ç) përfaqësuesit e policisë;

d) përfaqësuesit e zyrës së shërbimeve sociale pranë njësisë në të cilën jeton përherë ose përkohësisht personi i përmendur, kur kërkuari është nën 18 vjeç, nuk ka zotësi për të vepruar apo dhuna e ushtruar në familje ka ndikim mbi personat e lartpërmendur;

dh) punonjësit e qendrave shëndetësore apo të qendrave të shërbimit dhe rehabilitimit, të cilët kanë asistuar viktimën pas ushtrimit të dhunës mbi të;

e) dëshmitarët, të cilët gjykata i konsideron të domosdoshëm.

3. Në rastin kur kërkesa është paraqitur nga policia/prokuroria, tërheqja e viktimës nga procesi nuk sjell si pasojë mosgjykimin e çështjes së filluar.

Neni 17

Vendimi i gjykatës për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes

1. Gjykata mund të lëshojë me vendim një urdhër mbrojtjeje vetëm ndaj dhunuesit të përmendur në kërkesë-padi. Ky vendim përmban vetëm masat mbrojtëse që përshkruhen në nenin 10 të këtij ligji. Gjykata lëshon me vendim urdhrin e mbrojtjes duke caktuar një ose më shumë prej masave të përcaktuara në nenin 10 të këtij ligji, nëse vërtetohet se:

a) ekzistojnë dyshime të arsyeshme për të besuar se dhunuesi përbën rrezik për kryerjen e ndonjë akti të dhunës në familje;

b) lëshimi i urdhrin të mbrojtjes me vendim gjykate është i nevojshëm për të mbrojtur sigurinë, shëndetin, mirëqenien e viktimës/ave, urdhër në të cilin, përveç kërkuesit, gjykata çmon se mund të përfshihen edhe persona të tjerë, me të cilët kërkuesi ka lidhje familjare ose intime, që mund të bëhen shkak për ushtrimin e dhunës ndaj këtyre të fundit.

2. Gjykata nuk mund të refuzojë lëshimin e urdhrin të mbrojtjes për shkak të një procesi tjetër gjyqësor, ku përfshihet njëra prej palëve.

3. Vendimi përfundimtar i gjykatës për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes, i cili, përveçse përmbush kërkesat e nenit 310 të Kodit të Procedurës Civile, përmban:

a) masën e caktuar nga gjykata;

b) kohëzgjatjen e masës, e cila nuk mund të jetë më e gjatë se 12 muaj, por me të drejtë shtyrjeje;

c) njoftimin se shkelja e urdhrin të mbrojtjes, të lëshuar me vendim gjykate, përbën vepër penale në kuptim të nenit 320 të Kodit Penal;

ç) njoftimin për të drejtën e ankimit ndaj urdhrin të mbrojtjes, të lëshuar me vendim gjykate, brenda 15 ditëve nga shpallja apo marrja dijani e tij.

4. Urdhri i mbrojtjes, i lëshuar me vendim gjykate, i njoftohet menjëherë dhunuesit, i cili nuk ka qenë i pranishëm gjatë seancës gjyqësore, sipas nenit 316 të Kodit të Procedurës Civile. Viktima duhet të pajiset nga gjykata me dy kopje të vendimit origjinal, në mënyrë që njërin prej tyre ta mbajë për vete dhe tjetrën ta vërë në dispozicion të policisë në momentin që paraqitet nevoja.

5. Gjykata, brenda 24 orëve pas lëshimit të urdhrin të mbrojtjes me vendim gjykate, u dërgon nga një kopje të tij personave në vijim:

a) viktimës dhe personave të tjerë të shënuar në vendim;

b) prokurorit, nëse ka bërë kërkesë;

c) zyrës së shërbimeve sociale të njësive vendore, ku janë me banim të përhershëm apo të përkohshëm viktimat dhe personat e tjerë të përmendur në vendim;

ç) komisariatit të policisë në rajonin ku janë me banim të përhershëm apo të përkohshëm viktimat dhe personat e tjerë të përmendur në vendim.

Neni 18

Gjykimi për lëshimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes

1. Gjykata vendos në lidhje me kërkesën për mbrojtje të menjëhershme

brenda 48 orëve pas parashtrimit të kërkesës.

2. Në rastin e shqyrtimit të kërkesës për urdhër të menjëhershëm mbrojtjeje, gjykata mban një seancë ku dëgjohen personat në vijim:

- a) viktimi, përfaqësuesi ligjor apo avokati i saj;
- b) dhunuesi/ja, përfaqësuesi apo avokati i tij/saj;
- c) prokurori, nëse merr pjesë;
- ç) kërkuesit e tjerë, të parashikuar në nenin 13 të këtij ligji;
- d) dëshmitarët, të cilët gjykata i konsideron të domosdoshëm.

Neni 19

Vendimi i gjykatës për lëshimin e urdhrave të menjëhershëm të mbrojtjes

1. Gjkata lëshon me vendim urdhrin e menjëhershëm të mbrojtjes, duke caktuar një ose më shumë prej masave të përcaktuara në nenin 10 të këtij ligji, nëse konstaton se:

a) ekzistojnë bazat për të besuar se i/e padituri/a (dhunuesi/ja) ka kryer ose ka kërcënuar se do të kryejë ndonjë vepër të dhunës në familje; ose

b) i/e padituri/a (dhunuesi/ja) paraqet kërcënim të drejtpërdrejtë dhe të menjëhershëm për sigurinë, shëndetin ose mirëqenien e viktimës dhe të anëtarëve të tjerë të familjes së viktimës; ose

c) lëshimi i urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes me vendim gjykate është i nevojshëm për të mbrojtur sigurinë, shëndetin, mirëqenien e viktimës apo të anëtarëve të tjerë të familjes së viktimës, që mbrohen me anë të urdhrin të mbrojtjes.

2. Gjkata nuk mund të refuzojë lëshimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes për shkak të një procesi tjetër gjyqësor, ku përfshihet njëra prej palëve.

3. Vendimi përfundimtar i gjykatës për lëshimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, i cili duhet të plotësojë kërkesat e nenit 310 të Kodit të Procedurës Civile, përmban:

a) masën e caktuar nga gjykata;

b) kohëzgjatjen e masës, e cila mbaron në momentin që fillon të zbatohet urdhri i mbrojtjes i vendosur nga gjykata;

c) njoftimin se shkelja e vendimit të gjykatës për lëshimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes përbën vepër penale, në kuptim të nenit 320 të Kodit Penal;

ç) njoftimin për të drejtën e ankimit kundër vendimit brenda 5 ditëve nga shpallja apo marrja dijani e tij;

d) datën e dëgjimit për vërtetimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, e cila është brenda 20 ditëve prej lëshimit të tij me vendim gjykate.

4. Urdhri i menjëhershëm i mbrojtjes, i lëshuar me vendim gjykate, i njoftohet menjëherë dhunuesit, i cili nuk ka qenë i pranishëm gjatë seancës gjyqësore, sipas nenit 316 të Kodit të Procedurës Civile.

Viktima duhet të pajiset nga gjykata me dy kopje të vendimit origjinal, në

mënyrë që njëren prej tyre ta mbajë për vete dhe tjetrën ta vërë në dispozicion të policisë në momentin që paraqitet nevoja.

5. Gjykata, brenda 24 orëve pas lëshimit të vendimit, u dërgon nga një kopje të tij personave në vijim:

- a) viktimës dhe personave të tjerë të shënuar në vendim;
- b) kërkuesve në kuptim të nenit 13 të këtij ligji;
- c) zyrës së shërbimeve sociale të njërive vendore, ku janë me banim të përhershëm apo të përkohshëm viktimat dhe personat e tjerë të përmendur në vendim;

ç) komisaritetit të policisë në rajonin ku janë me banim të përhershëm apo të përkohshëm viktimat dhe personat e tjerë të përmendur në vendim.

6. Vendimi i gjykatës për nxjerrjen e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes përbën titull ekzekutiv dhe ekzekutohet menjëherë nga zyra e përmbartimit, sipas dispozitave të Kodit të Procedurës Civile (nenet 510/e, 516/c e vijues).

Neni 20

Gjykimi për vërtetimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes

Pas përfundimit të seancës gjyqësore për nxjerrjen e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, gjykata vazhdon seancën për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes mbi bazën e kërkesës, në zbatim të nenit 16 të këtij ligji. Në përfundim të procesit gjyqësor gjykata:

- a) vendos anulimin, si dhe ndërprerjen e efekteve të urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, të lëshuar më parë me vendim gjykate, kur ky i fundit nuk arrin të provohet;
- b) refuzon lëshimin e urdhrin të mbrojtjes me vendim gjykate, kur nuk arrin të provohet urdhri i menjëhershëm i mbrojtjes, i lëshuar më parë me vendim gjykate;
- c) lëshon urdhrin e mbrojtjes me vendim gjykate në bazë të nenit 17 të këtij ligji. Sipas nevojës, ky vendim mund t'i ndryshojë kushtet e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes, të lëshuar më parë me vendim gjykate.

Neni 21

Ankimi

1. Kundër vendimit përkatës të gjykatës për nxjerrjen e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes mund të bëhet ankimi i veçantë në bazë të dispozitave të Kodit të Procedurës Civile.

2. Kundër vendimit për vërtetimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes ose kundër vendimit për nxjerrjen e urdhrin të mbrojtjes me vendim gjykate mund të bëhet ankimi brenda afateve dhe rregullave të përcaktuara në dispozitat e Kodit të Procedurës Civile.

3. Paraqitja e ankimit nuk e pezullon ekzekutimin e vendimit të gjykatës për lëshimin e urdhrin të menjëhershëm të mbrojtjes apo të urdhrin të mbrojtjes.

Neni 22

Rrethanat për ndryshimin, ndërprerjen dhe vazhdimin e urdhrin të mbrojtjes

1. Nëse rrethanat kanë ndryshuar rrënjësisht, viktima (përfaqësuesi i saj), dhunuesi/ja ose prokurori, nëse ka marrë pjesë në proces, mund të paraqesë kërkesë për ndryshimin ose ndërprerjen e urdhrin të mbrojtjes.

2. Pas marrjes së kërkesës për ndryshimin ose ndërprerjen e urdhrin të mbrojtjes, gjykata vazhdon shqyrtimin e kërkesës, në bazë të nenit 16 të këtij ligji. Në fund të shqyrtimit gjykata vendos:

a) lënien në fuqi të urdhrin të mbrojtjes;

b) ndryshimin e urdhrin të mbrojtjes nëse kjo kërkohet nga rrethanat që kanë ndryshuar rrënjësisht; ose

c) ndërprerjen e tij, nëse kriteret e përcaktuara në nenin 10 pika1 të këtij ligji nuk vlejné më, për shkak të ndryshimit rrënjësor të rrethanave.

3. Parashtrimi i kërkesës për ndryshimin ose ndërprerjen e urdhrin të mbrojtjes nuk e pezullon ekzekutimin e vendimit për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes.

4. Viktima ose përfaqësuesi i autorizuar prej saj, 15 ditë para përfundimit të efekteve të vendimit për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes, mund të parashtrijë kërkesën për vazhdimin e tij. Nëse nuk parashtrihet kërkesa, urdhri i mbrojtjes ndërpritet automatikisht në ditën e përfundimit të efekteve të tij.

5. Pas marrjes së kërkesës për vazhdimin e urdhrin të mbrojtjes, gjykata vazhdon me shqyrtimin e kërkesës, në bazë të nenit 16 të këtij ligji. Në fund të shqyrtimit gjykata vendos:

a) vërtetimin e ndërprerjes së urdhrin të mbrojtjes në datën e përfundimit të efekteve të tij; ose

b) vazhdimin e efekteve të vendimit për lëshimin e urdhrin të mbrojtjes, nëse vlejné kriteret e përcaktuara në nenin 17 pika1 të këtij ligji.

Neni 23

Ekzekutimi i vendimit gjyqësor

1. Vendimi gjyqësor, i cili përmban urdhrin e menjëhershëm të mbrojtjes, është përfundimtar dhe përbën titull ekzekutiv që në momentin që shpallet (ose u njoftohet palëve). Gjukata lëshon një urdhër ekzekutimi në të njëjtën kohë që lëshon urdhrin e menjëhershëm të mbrojtjes.

2. Vendimi gjyqësor, që përmban urdhrin e mbrojtjes, përbën titull ekzekutiv pasi të marrë formën e prerë dhe ekzekutohet menjëherë nga përmbaruesit, sipas dispozitave të Kodit të Procedurës Civile, komisaritet e policisë dhe njësitë e qeverisjes vendore (bashki, komuna) apo edhe vetë dhunuesi vullnetarisht. Gjukata lëshon urdhrin e ekzekutimit në të njëjtën kohë që lëshon dhe urdhrin e mbrojtjes.

3. Punonjësit socialë dhe efektivat e policisë marrin të gjitha masat për ekzekutimin e menjëhershëm dhe të vazhdueshëm të masave mbrojtëse të vendosura konform nenit 10 të këtij ligji.

4. Institucionet, qendrat rezidenciale, qendrat e shërbimeve, OJF-të e

licencuara për ofrim shërbimesh zbatojnë masat e parashikura në vendimin gjyqësor dhe koordinojnë punën e tyre me njësitë e qeverisjes vendore dhe drejtoritë e policisë, si ekzekutuese direkt të këtyre vendimeve.

5. Ekzekutimi i detyrueshëm i vendimit të gjykatës bëhet nga zyrat e shërbimit përmbarrimor, konform dispozitave të Kodit të Procedurës Civile (nenet 510 e vijues).

6. Në rast të mosekzekutimit vullnetar nga organet zbatuese të vendimit të gjykatës, siç përshkruhet në pikat 2 dhe 4 të këtij neni, përfshirë dhe të paditurin/ën, të cilëve u komunikohet vendimi, ndiqet ekzekutimi i detyruar në bazë të dispozitave të Kodit të Procedurës Civile. Në këto raste, ndaj personave përgjegjës për mosekzekutimin e vendimit të gjykatës zbatohen sanksionet përkatëse të parashikura në nenet 320 e 320/a të Kodit Penal, si edhe sanksionet e parashikuara në nenin 606/3 të Kodit të Procedurës Civile.

KREU V DISPOZITA PËRFUNDIMTARE

Neni 24 Procedimi penal

Lëshimi i urdhrit të menjëhershëm të mbrojtjes apo urdhrit të mbrojtjes me vendim gjyqësor nuk i ndalon palët e interesuara të nisin procesin penal, për sa i përket veprimeve apo mosveprimeve që përbëjnë figura të veprave penale.

Neni 25 Aktet nënligjore

Këshilli i Ministrave nxjerr aktet nënligjore për zbatimin e këtij ligji brenda 3 muajve nga hyrja në fuqi e tij.

Neni 26 Hyrja në Fuqi

Ky ligj hyn në fuqi më 1 qershor 2007.

Shpallur me dekreten nr.5182, datë 12.1.2007 të Presidentit të Republikës së Shqipërisë, Alfred Moisiu

Shtojca 14

PROTOKOLLI PER SHENDETESINE

(sipas manualit KRIJIMI I NJE SKUADRE
PER BASHKERENDIMIN E REAGIMIT NDAJ DHUNES NE FAMILJE NE
SHQIPERI- NJE BOTIM I NISMES PER TE DREJTAT E GRAVE
TIRANE, SHQIPERI, NENTOR 2006

FINANCUAR NGA AGJENCIA E SHTETEVE TË BASHKUARA PËR ZHVILLIM
NDËRKOMBËTAR (USAID)

PROTOKOLLI I KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR DHUNËN NË FAMILJE

Qëllimi i ndërhyrjes në rast dhune në familje është:

- Për të parandaluar dhe reduktuar dhunën në familje në të gjitha format e saj nëpërmjet mjeteve të duhura ligjore.
- Për të garantuar mbrojtje ligjore, veçanërisht siguri, për anëtarët e familjeve që i nënshtrohen dhunës në familje, duke i kushtuar vëmendje të veçantë fëmijëve, të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuara.
- Për të respektuar ligjin.

- Për të ndëshkuar abuzuesin.
- Për t'i krijuar një mundësi rehabilitimi abuzuesit, nëse kjo gjykohet e përshtatshme.
- Për të reduktuar recidivizmin dhe nevojën për t'u kthyer në të njëjtin vend në mënyrë të përsëritur.
- Për të parandaluar dëmtimet e rënda dhe vrasjet duke ndërhyrë që në nivelet e para të dhunës.

Ligji i ri "Për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare" parashikon masa mjaft të veçanta për qendrat e kujdesit shëndetësor.

PËRKUFIZIME

Me "dhunë në familje" kuptohet çdo akt dhune i ushtruar midis personave që janë apo kanë qenë në marrëdhënie familjare, por që nuk kufizohen vetëm si më poshtë: (Neni 3, i Ligjit për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare)

- Vrasja (Nenet 76 – 83, 85 të Kodit Penal)
- Kanosja (Neni 84)
- Tortura (Nenet 86 dhe 87)
- Plagosja (Neni 88/b)
- Ndërprerja e shtatëzanisë pa pëlqim të gruas (Neni 93)
- Mosdhënia ndihmë (Neni 97)
- Shkaktimi i vetëvrasjes (Neni 99)
- Rrëmbimi (Neni 109, 109/a)
- Trafikimi (Neni 110/1 dhe Neni 114/b, për të miturit 128/b)
- Dhunimi i banesës (Neni 112)
- Shfrytëzimi i prostitucionit (Neni 114)
- Fyerja (Neni 119)
- Shpifja (Neni 120)
- Pengimi në ushtrimin e të drejtës për t'u shprehur, grumbulluar apo manifestuar (Neni 261)
- Ndërhyrje të padrejta në jetën private (Neni 121)
- Marrëdhënie seksuale (Nenet 100-107)
- Vepra të turpshme (Neni 108)
- Braktisja (Neni 124)
- Mosdhënia e mjeteve për jetesë (Neni 125)
- Marrja e padrejtë e fëmijës (Neni 127)
- Shtrengimi ose pengimi për të bashkëjetuar ose për të zgjidhur martesë (Neni 130)
- Shkatërrimi i pronës ose mirëqenies ekonomike (Nenet 150-154)
- Kufizimi i lirisë për të administruar të ardhurat (vjedhja me dhunë/vjedhja

- (Nenet 139 dhe 134)
- Plagosja e rëndë me dashje (Neni 88, 88/a)
- Plagosja e lehtë me dashje (Neni 89)
- Dëmtime të tjera me dashje (Neni 90)
- Plagosja e rëndë nga pakujdesia (Neni 91)
- Plagosja e lehtë nga pakujdesia (Neni 92)
- Përdorimi me keqdashje i thirrjeve telefonike (Neni 275)

Megjithëse veprimet e mëposhtme nuk janë përfshirë në Kodin Penal, ato parashikohen si akte të dhunës në familje në “Ligjin për masa ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare”:

Pengimi në mbajtjen e mjeteve monetare, përçmimi, abuzimi i drejtpërdrejtë fizik, psikologjik, seksual dhe ekonomik i fëmijëve, vendosja e këtyre të fundit në situata të rrezikshme apo dëshmitarë të dhunës ndaj pjesëtarëve të tjerë të familjes. Kjo e fundit i referohet dhunuesit dhe jo viktimës.

DHE KUR ËSHTË E PRANISHME NJËRA PREJ MARRËDHËNIEVE TË MËPOSHTME: (NENI 3)

Me “Pjestarë të familjes” kuptohet:

- Bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja;
- Vëllezërit, motrat, gjinia në vijë të drejtë, përfshirë prindërit adoptues dhe fëmijët e adoptuar;
- Bashkëshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja i/e personave të parashikuar në paragrafin (pikën) b,
- Gjinia në vijë të drejtë, përfshirë edhe prindërit edhe fëmijët e adoptuar të bashkëshortit/es ose bashkëjetuesit/es;
- Vëllezërit dhe motrat e bashkëshortit/es nëse kanë bashkëjetuar gjatë 3 (tre) muajve të fundit.

DETYRIME LIGJORE

Ministria e Shëndetësisë është njëra prej autoriteteve përgjegjëse të linjës për zbatimin e këtij ligji. (Nenet 3, 5) Në mënyrë të veçantë, Ministria e Shëndetësisë ka për detyrë të krijojë kapacitetet e duhura për të përballuar rastet e dhunës në familje në shërbimet e Urgjencës dhe pranë Qendrave të Kujdesit Shëndetësor në bashki dhe komuna:

- Për të ofruar në çdo kohë ndihmë mjekësore dhe psikologjike për

viktimat e dhunës në familje.

- Për të bërë ekzaminimet përkatëse në çdo vend dhe në çdo kohë.
- Për të evidentuar rastet e dhunës në familje në regjistrat përkatës mjekësorë.
- Për ta pajisur edhe viktimën me një kopje të aktit të ekspertizës mjekoligjore.
- Për të referuar dhe orientuar viktimën pranë shërbimeve të tjera të mbështetjes dhe mbrojtjes nga dhuna në familje. (Neni 9.2)
- Të gjitha autoritetet duhet të bashkërendojnë punën e tyre dhe të caktojnë persona të veçantë për të garantuar zbatimin e ligjit. (Neni 10, 26.4)
- Autoritetet përgjegjëse kanë detyrimin t'i përgjigjen çdo njoftimi të bërë nga viktimia apo personat e tjerë, në rastet e dhunës apo kërcënimit për dhunë, të mbajnë raportin përkatës dhe një kopje t'ia dorëzojnë viktimës apo shoqëruesit të saj. (Neni 10.3)
- Viktimia mund t'i drejtohet me anë të një kërkesë Qendrës Shëndetësore të zonës ku banon apo ndodhet, për të marrë masat e nevojshme. (Neni 11)
- Personat të cilët nuk veprojnë në zbatim të këtij ligji, ngarkohen me përgjegjësi administrative dhe/ose penale duke aplikuar sanksione të përcaktuara në nenet 248 dhe 251 të K.P. (Neni 10.6)
- Autoritetet duhet të mbrojnë viktimën dhe të parandalojnë dhunën e mëtejshme:
 - Duke informuar viktimën ose personin që e shoqëron për masat që mund të merren, si psh. urdhërin e mbrojtjes;
 - Duke informuar viktimën ose personin që e shoqëron për shërbimet sociale që ekzistojnë;
 - Duke e shoqëruar viktimën tek këto shërbime sociale, nëse është e nevojshme;
 - Duke siguruar transportin e viktimës dhe personave që e shoqërojnë për tek shërbimet mjekësore apo sociale.

Disa detyrime ligjore në lidhje me këtë janë tashmë në zbatim.

Ligji nr. 8045, datë 7.12.1995 "Për ndërprerjen e shtatëzënësisë" parashikon që grave t'u jepen informacion dhe këshilla. (Nenet 13 dhe

14) Shpesh dhuna kundër grave fillon që kur gruaja është shtatëzënë dhe ushtrohet mbi stomakun dhe fetusin. Si rrjedhojë, gratë kanë nevojë për informacion si për dhunën ashtu dhe për masat mbrojtëse. Nëse shtatëzënësia ndërpritet pa pëlqimin e gruas nga dhuna në familje, mund të zbatohet Neni 93 i Kodit Penal.

Ligji nr. 8092, datë 21.3.1996 "Për shëndetin mendor" cakton punonjës socialë për të punuar me pacientët. (Nenet 5 dhe 8) Pra, problemet e shkaktuara nga dhuna në familje duhet të jenë trajtuar më parë nga shërbimet sociale.

ROLI I QENDRAVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Qendrat e Kujdesit Shëndetësor luajnë një rol jashtëzakonisht të rëndësishëm për identifikimin, vlerësimin dhe ndërhyrjen tek viktimat e dhunës në familje. Është e qartë se shumë viktima të dhunës në familje vizitohen vetëm tek mjeku i familjes dhe nuk takojnë asnjëherë ekspertin mjeko-ligjor për një kontroll të pranueshëm në gjykatë. Si rrjedhojë, mjeku i familjes duhet të dijë dhe të kuptojë dhunën në familje për të trajtuar pacientët e tij në një mënyrë të gjithanshme. Megjithatë, kur rasti është i rëndë ose kur viktima e kërkon një gjë të tillë, mjeku i familjes duhet t'ia referojë çështjen ekspertit mjeko-ligjor të zonës për një çështje ligjore të mundshme. Nëse çështja vijon dhe bëhet një çështje penale, raporti i ekspertit mjeko-ligjor është i nevojshëm dhe duhet të zbatohet Kodi i Procedurës Penale. Nëse lëshohet një urdhër mbrojtjeje, ajo mbetet çështje civile sipas Kodit të Procedurës Civile, por gjithësesi ekspertiza mjeko-ligjore mund të përdoret si provë.

Megjithëse qendrat e kujdesit shëndetësor janë mjaft të rëndësishme, mjaft punonjës të kujdesit shëndetësor nuk arrijnë të njohin saktë shenjat dhe simptomat e dhunës në familje. Një studim i kryer nga Shoqata Kombëtare e Punonjësve Socialë me titull "Vlerësimi i kapaciteteve të punonjësve të kujdesit shëndetësor për të trajtuar problemet e dhunës gjinore" i botuar në qershor 2006 prezantoi nevojat serioze për informimin e punonjësve të shëndetit mbi dhunën në familje.

Nga studimi rezultoi se:

- 98.3% e punonjësve të kujdesit shëndetësor kishin dëgjuar për Dhunën Gjinore (DHGJ).
- Pjesëmarrësit kishin njohuri të pjesshme për DHGJ.
- Vetëm 38% ishin në gjendje të identifikonin të gjitha format e DHGJ.

- Pjesën me të madhe të njohurive e kishin marrë nëpërmjet atyre që kishin dëgjuar ose nga media.
- 69.3% thanë se kishin hasur raste të DHGJ në punën e tyre.
- 70% thanë se kishin parë kombinim të formave të ndryshme të dhunës.
- Ekziston shumë pak training formal.
- 75.7% nuk kishin marrë pjesë asnjëherë në programe trainuese apo nuk kishin kualifikime.
- 91.7% shprehën dëshirën për të marrë pjesë në trainime të tilla.
- 99.7% e pjesëmarrësve u shprehën se DHGJ ishte shkelje të drejtave të njeriut.
- Por ata besonin në stereotipe për ekzistencën e saj në të gjitha nivelet e shoqërisë.
- Pjesa më e madhe ndiheshin të papërgatitur për të plotësuar nevojat e viktimave për momentin.
- 93.3% dëshironin t'i përmirësonin shërbimet.
- 92.7% mendonin se punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të kërkojnë informacion nga pacienti për DHGJ.
- Viktimat nuk kërkojnë ndihmë pasi ata ndjehen të turpëruar, viktimat të stereotipeve dhe nuk kanë besim tek profesionistët.
- Profesionistët shpesh janë të pandjeshëm.
- 93% nuk kishin punonjës të specializuar për të trajtuar viktimat të DHGJ, por 94.3% mendonin se këta persona ishin të nevojshëm.
- 94% dëshironin të merrnin pjesë në grupe me pjesëmarrje nga fusha të ndryshme.
- Mungesa e protokolleve institucionale për dokumentacionin dhe trajtimin është një boshllëk që duhet të korrigohet.
- 86.7% thanë se nuk kishte mundësi referimi në zonën e tyre.
- 80.3% thanë se rastet e DHGJ nuk regjistrohen.

Disa pjesëmarrës shprehën shqetësimin për ruajtjen e sekretit. Ata mendonin se disa profesionistë të fushës së kujdesit shëndetësor, duke përfshirë mjekët, nuk respektonin etikën e ruajtjes së sekretit, duke rrezikuar kështu viktimën. Profesionistët e kësaj fushe duhet të ndjekin me rreptësi kriteret e ruajtjes së sekretit.

Disa pjesëmarrës shprehën shqetësimin për sigurinë e tyre nëse ata do të kallëzonin në polici apo do të dëshmonin në gjykatë. Referojuni neneve 178-179 dhe 182-185 të Kodit të Procedurës Penale në fund të këtij protokollit, në lidhje me dëshminë e ekspertit. Punonjësit e shërbimeve sociale duhet të bashkërendojnë punën me organet e zbatimit të ligjit për të garantuar sigurinë për këdo.

Studimi sugjeron që:

- Të përmirësohet legjislacioni
- Të ndëshkohet dhuna ndaj grave
- Të rritet niveli i vetëdijes së profesionistëve
- Të organizohen trainime profesionale në të gjitha nivelet
- Të përcaktohen shërbime të bashkërenduara dhe grupe me pjesëmarrje nga fusha të ndryshme
- Të përcaktohen ekspertët për Dhunën Gjinore
- Të hartohen statistika
- Të hartohen protokolle për procedurat e trajtimit
- Të bëhet e detyrueshme ruajtja e sekretit
- Të rriten shërbimet

Nga ky studim, është e qartë se Ministria e Shëndetësisë ka mjaft për të bërë për të plotësuar kërkesat e ligjit të ri. Ky protokoll është një hap më tej në këtë proces.

TË DHËNAT MJEKËSORE

Punonjësit e kujdesit shëndetësor që trajtojnë viktimat e dhunës në familje duhet të mbajnë parasysh rëndësinë e dokumentacionit faktik në dosje. Rekomandohet që të gjithë punonjësit e kujdesit shëndetësor të bëjnë disa pyetje për të kuptuar historinë e çdo rasti.

Informacioni që jep viktimat mund të jetë kyç për ndjekjen penale dhe parandalimin e abuzimeve të mëtejshme. Dokumentacioni është kritik edhe në rastet kur viktimat nuk është në gjendje të bashkëpunojë në procesin e ndjekjes penale. Punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të përdorin një formular të posaçëm për dhunën në familje për të regjistruar elementet thelbësore. Dokumentet mjekësore mund të përdoren si prova në seancat për lëshimin e udhërave të mbrojtjes. (Neni 18)

ELEMENTËT E DOKUMENTACIONIT

Historiku

Historiku e pacientit duhet të përcaktohet gjerësisht në mënyrë që të ndihmojë për vlerësimin e situatës së tij. Historiku duhet të përfshijë rendin kronologjik të ngjarjeve, historikun e transportit, identifikimin