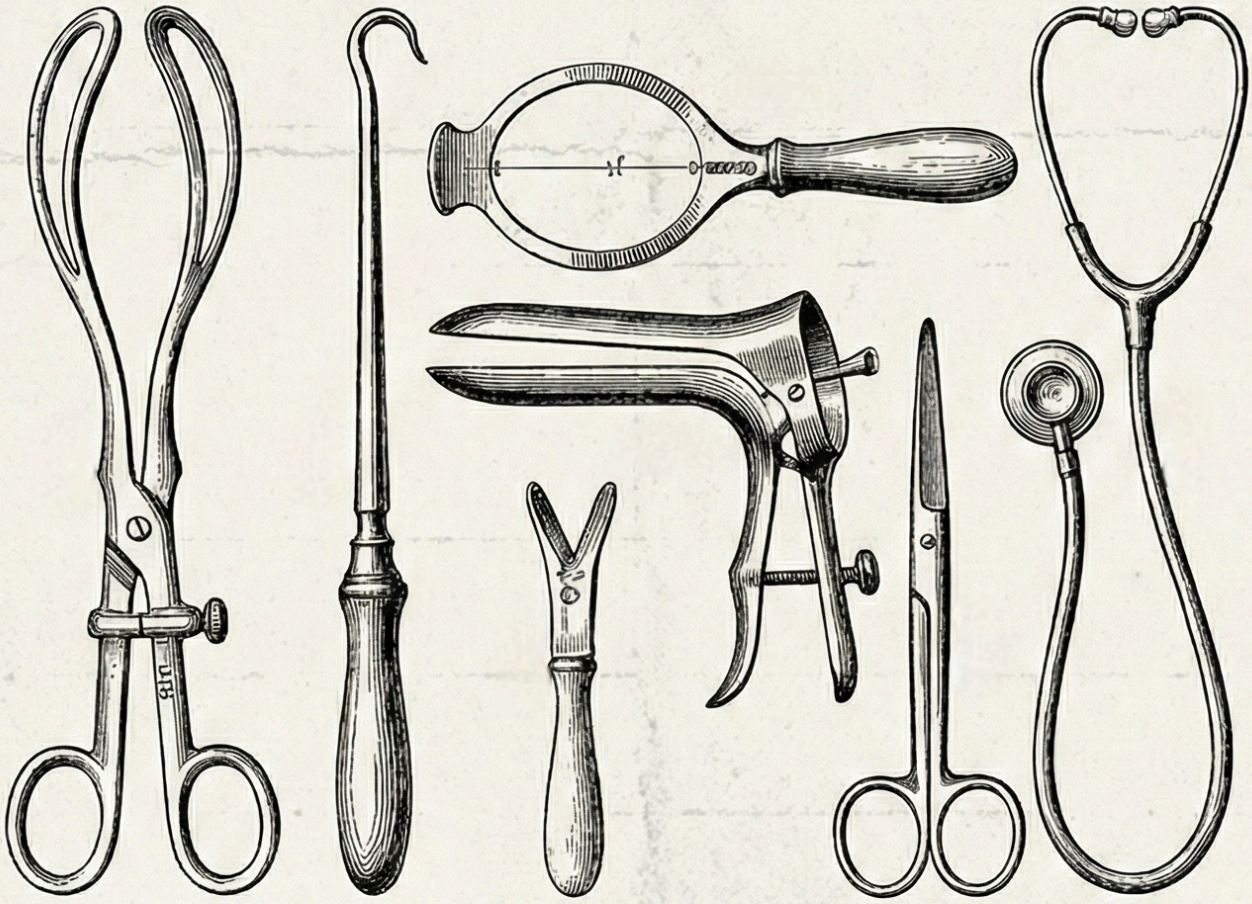
>95 PËRQIND: REALITETI I DHUNËS OBSTETRIKE NË KOSOVË

Studim Eksplorativ mbi Keqtrajtimin, Neglizhencën dhe Abuzimin Institucional në Kujdesin Obstetrik



Autore: Eurisa Rukovci

Grazeta, 2025
www.grazeta.com

Grazeta

© 2025 Grazeta
Të gjitha të drejtat e rezervuara.

Ky publikim mund të citohet, shpërndahet dhe riprodhohet për qëllime jofitimprurëse, me kusht që të citohet burimi.

Autore: Eurisa Rukovci
Botuese: Grazeta
Prishtinë, 2025

Dedikim

Për të gjitha gratë që ndanë përvojat e tyre

Ky raport ekziston sepse 1,229 gra gjetën kohën të flasin për përvojat e tyre të lindjes në Kosovë — dhe sepse 334 prej tyre zgjodhën të shkruajnë, me fjalët e tyre, për përvoja që shpesh ishin të dhimbshme, frikësuese dhe thellësisht personale.

Shumë prej këtyre rrëfimeve përshkruajnë momente të cenueshmërisë, frikës, heshtjes dhe humbjes së dinjitetit brenda institucioneve që supozohej të ofronin kujdes. Ndarja e tyre nuk ishte e lehtë.

Ju falënderojmë për besimin. Dëshmitë tuaja nuk trajtohen këtu si anekdota, por si dije. Ato janë themeli i këtij hulumtimi dhe arsyeja pse ai u shkrua.

Ky hulumtim ju dedikohet juve — dhe bindjes se lindja nuk duhet të përfshijë kurrë dhunë, poshtërim apo dëm.

Table of Contents

Fjalorth dhe Shkurtesa 6
Përkufizime të Termave Kyç 6
Shkurtesa 7
1. Përmbledhje Ekzekutive 8
2. Hyrje 11
2.2 Konteksti lokal 13
2.3 Indikatorët e Kujdesit Obstetrik në Institucionet Shëndetësore për vitin 2024 13
2.4 Kujdesi antenatal dhe postnatal në Kosovë 14
2.5 Mungesa e njohjes ligjore të dhunës obstetrike 15
2.6 Mungesa e llogaridhënies dhe e mekanizmave efektivë të raportimit në Kosovë 16
3. Metodologjia 17
3.1 Mbledhja e të dhënave 17
3.2 Kriteret e pjesëmarrëseve 18
3.3 Instrumenti i anketimit 19
3.4 Analiza e të Dhënave 19
3.5 Konsideratat etike 21
3.6 Kufizimet 22
4. Korniza konceptuale 22
4.1 Tipologjia e OBSH-së për keqtrajtimin obstetrik 23
4.2 Perspektivat teorike mbi dhunën obstetrike 24
4.3 Korniza Ligjore 27
Konventa e Stambollit (Këshilli i Evropës, 2011) 28
CEDAW dhe mekanizmat e OKB-së për të drejtat e njeriut 28
Standardet e OBSH-së dhe udhëzimet profesionale 29
Zhvillime krahasuese ligjore 29
5. Gjetjet: Përhapja dhe llojet e keqtrajtimit 29
(a) Neglizhimi dhe braktisja e grave në lindje (mungesa e kujdesit): 30
(b) Abuzimi Verbal dhe Trajtimi i Padinjitetshëm: 31
(c) Procedura mjekësore pa pëlqim ose të detyruara: 32
(d) Dhuna fizike dhe përdorimi i forcës: 33

(e) Diskriminimi dhe mohimi i kujdesit: 33
(f) Mungesa e privatësisë dhe kushtet johigjienike: 34
(g) Përmbledhje e shpeshtësisë së keqtrajtimit: 35
(h) Shpërndarja sipas institucioneve: 36
6. Akterët Sistemikë të Dhunës Obstetrike 36
6.1. Kultura Patriarkale Mjekësore dhe Hierarkitë e Pushtetit 36
6.2. Normalizimi i Abuzimit si "Rutinë" 37
6.3 Kufizimet e Burimeve dhe Ngarkesa Sistemike 38
6.4 Mungesa e Llogaridhënies dhe Pandëshkueshmëria 39
7. Pasojat e Dhunës Obstetrike 41
7.1 Pasojat Fizike 41
7.2 Trauma Psikologjike 42
7.3 Erozioni i Besimit dhe Shmangia e Kujdesit Shëndetësor 43
8. Llogaridhënia dhe Peizazhi Ligjor në Kosovë 43
8.1 Angazhimet Ndërkombëtare dhe Rajonale 44
8.1.1 Konventa e Stambollit: 44
8.1.2 CEDAW dhe Mekanizmat e Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut 45
8.2 Ligjet dhe Politikat Kombëtare 46
8.3 Avokati i Popullit dhe Llogaridhënia Institucionale 52
8.4 Mangësitë dhe Sfidat Ligjore 53
9. Rekomandime për Eliminimin e Dhunës Obstetrike në Kosovë 56
A. Reforma Ligjore dhe Politike 57
B. Sistemi Shëndetësor dhe Reformat Klinike 58
C. Kultura Profesionale dhe Ndryshimi i Fuqisë Punëtore 60
D. Llogaridhënia dhe Mekanizmat Raportues 61
E. Të Dhënat dhe Përmirësimi i Cilësisë 61
E. Angazhimi i Komunitetit 62
10. Konkluzion 63
Referencat: 66
SHTOJCA A 70

Fjalorth dhe Shkurtesa

Përkufizime të Termave Kyç

Abuzim Verbal Sjellje jofizike nga stafi mjekësor që përfshin bërtitjen, fyerjen, qortimin, talljen, ose përdorimin e gjuhës poshtëruese dhe kërcënuese ndaj pacientes për ta nënshtruar atë.

Autonomia Trupore E drejta themelore e çdo individi për të pasur kontroll të plotë mbi trupin e tij dhe për të marrë vendime të lira pa ndërhyrje ose detyrim nga të tjerët, përfshirë personelin mjekësor.

Depresion postnatal Gjendje e shëndetit mendor që mund të shfaqet pas lindjes, e karakterizuar nga trishtim i vazhdueshëm, lodhje emocionale, ndjenja faji ose pamjaftueshmërie, dhe vështirësi në lidhjen me fëmijën.

Dhuna me Bazë Gjinore (DHBGJ) Çdo akt i dëmshëm që kryhet kundër vullnetit të një personi dhe që bazohet në dallimet shoqërore (gjinore) midis burrave dhe grave. Dhuna obstetrike njihet si formë institucionale e DHBGJ.

Dhuna Obstetrike Veprime ose mosveprime nga personeli shëndetësor gjatë kujdesit të shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes, që përfshijnë abuzim fizik, poshtërim verbal, procedura mjekësore pa pëlqim, mungesë konfidencialiteti, ose refuzim të ofrimit të kujdesit.

Episiotomia Prerje kirurgjikale në perineum (zona midis vaginës dhe anusit) që kryhet për ta zgjeruar hapjen vaginale gjatë lindjes. Raporti kritikon përdorimin rutinë dhe pa pëlqim të kësaj praktike, e cila dekurajohet nga OBSH.

Induksion i lindjes Nxitje artificiale e lindjes përmes mjeteve farmakologjike (si oksitocina) ose mekanike, e cila mund të ketë pasoja fizike dhe emocionale kur aplikohet pa informim të plotë ose pa indikacion mjekësor.

Kiretazhi (Pastrimi i Mitrës) Procedurë mjekësore për heqjen e indit nga mitra (shpesh pas abortit spontan ose mbetjes së placentës). Kryerja e kësaj procedure pa anestezi adekuate citohet në raport si formë e torturës ose trajtimit mizor.

Manovra Kristeller (Presioni Fundal) Praktikë kontroverse ku mjeku ose mamia ushtron forcë manuale (shtypje të fortë) mbi fundin e mitrës (barkun e gruas) për të përshpejtuar lindjen. OBSH nuk e rekomandon këtë praktikë për shkak të rreziqeve të larta për nënën dhe foshnjën.

Monitorim i vazhdueshëm fetal Përdorim i vazhdueshëm i pajisjeve për të monitoruar rrahjet e zemrës së fetusit, që mund të kufizojë lëvizjen e gruas dhe të rrisë ndërhyrjet e panevojshme mjekësore.

Padrejtësia Epistemike Koncept filozofik ku dija ose dëshmia e dikujt (në këtë rast, e gruas që lind) mbi dhimbjen personale zhvlerësohet ose injorohet nga stafi mjekësor për shkak të paragjykimeve gjinore ose hierarkike.

Pëlqim i informuar Proces nëpërmjet të cilit pacientja merr informacion të plotë, të kuptueshëm dhe të saktë mbi një procedurë mjekësore, rreziqet dhe alternativat e saj, dhe jep ose refuzon pëlqimin pa presion, frikë ose manipulim.

Prerje cezariane Ndërhyrje kirurgjikale për nxjerrjen e foshnjës nga mitra, e cila mund të jetë shpëtuese kur është e nevojshme, por problematike kur kryhet pa indikacion mjekësor ose pa pëlqim të informuar.

Tokofobia Frika ekstreme dhe patologjike nga shtatzënia dhe lindja. Kjo mund të jetë primare, ose sekondare (e shkaktuar nga një traumë e mëparshme e dhunës obstetrike).

Tradhti institucionale Situatë në të cilën institucionet që kanë për detyrë të ofrojnë mbrojtje, kujdes dhe siguri (si spitalet), bëhen burim dëmtimi, abuzimi ose indiference ndaj vuajtjes së individëve.

Traumë e lindjes Përjetim psikologjik i rëndë që lind nga përvoja të frikshme, poshtëruese ose të dhunshme gjatë lindjes, dhe që mund të ketë pasoja afatgjata në shëndetin mendor dhe mirëqenien emocionale (si p.sh. PTSD).

Shkurtesa

OBSH – Organizata Boterore e Shendetesise
OKB – Organizata e Kombeve te Bashkuara
CEDAW – Konventa per Eliminimin e te Gjitha Formave te Diskriminimit ndaj Grave
KEDNJ – Konventa Evropiane per te Drejtat e Njeriut
MICS – Multiple Indicator Cluster Survey
SHSKUK – Sherbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosoves
QKUK – Qendra Klinike Universitare e Kosoves
Avokati i Popullit – Institucion i pavarur per mbrojtjen e te drejtave te njeriut

1. Përmbledhje Ekzekutive

Dhuna obstetrike dhe keqtrajtimi gjatë shërbimeve të shëndetit riprodhues nuk janë thjesht devijime nga standardet e kujdesit; ato përbëjnë forma të dhunës me bazë gjinore dhe shkelje të rënda të të drejtave të njeriut. Edhe pse përdorimi i termave ndryshon ndërmjet vendeve dhe institucioneve, Raportuesja Speciale e Kombeve të Bashkuara i cilëson këto praktika si "abuzime sistemike që duhet të shqyrtohen përmes një kornize të qartë të të drejtave të njeriut" (United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women, 2019). Megjithë këtë njohje ndërkombëtare, dhuna obstetrike në Kosovë vazhdon të jetë e përhapur, por e nënvlerësuar, e padefinuar dhe pothuajse e pashqyrtuar në mënyrë institucionale.

Ky raport paraqet dëshmitë e para të plota dhe të qëndrueshme mbi këtë fenomen, të mbledhura përmes një ankete anonime online me 1,229 gra, përfshirë 334 rrëfime narrative të detajuara, të realizuara në fund të vitit 2024 dhe në fillim të vitit 2025. Raporti bazohet në një studim eksplorues me metoda të kombinuara (mixed-methods), i realizuar përmes një ankete anonime online të zhvilluar në dy faza gjatë periudhës dhjetor 2024 – janar 2025. Të dhënat janë mbledhur përmes një kampioni komoditeti të vetë-përzgjedhur, të shpërndarë përmes rrjeteve sociale, dhe nuk përbëjnë një kampion probabilitar përfaqësues statistikisht për të gjitha gratë në Kosovë. Megjithatë, madhësia e kampionit (1,229 gra), përfshirë 334 rrëfime narrative të detajuara, si dhe qëndrueshmëria e modeleve të raportuara, ofrojnë dëshmi të forta për përhapjen dhe natyrën sistemike të dhunës obstetrike në kujdesin shëndetësor publik.

Rezultatet **në këtë mostër** tregojnë një prevalencë alarmante të abuzimit verbal, neglizhencës, dhe ndërhyrjeve mjekësore të kryera pa pëlqim të informuar, ndër tjerash. Këto shkelje prodhojnë pasoja të rënda fizike dhe psikologjike për gratë, por megjithatë vazhdojnë të riprodhohen brenda një sistemi shëndetësor ku mungesa e llogaridhënies është e thellë dhe strukturale.

Gjetjet kryesore:

Një numër jashtëzakonisht i lartë nga mostra jonë, **1,171 raste nga mostra online (95.3%)**, raportuan se kishin përjetuar **të paktën një formë të keqtrajtimit obstetrik gjatë shtatzënisë, lindjes apo periudhës pas lindjes**; vetëm 58 raste nga mostra (4.7%) deklaruan se nuk kishin përjetuar asnjë formë abuzimi. Këto të dhëna tregojnë qartë se dhuna obstetrike përbën rregullin, jo përjashtimin.

Në terma të **frekuencës**, keqtrajtimet më të përhapura përfshinin neglizhimin ose minimizimin e dhimbjes së grave (**871 gra**) dhe abuzimin verbal ose mungesën e respektit (**709 gra**), pasuar nga lënia e grave të vetme për periudha të gjata gjatë

lindjes (**599 gra**). Shkelje të tjera me frekuencë të lartë përfshinin ekspozimin pa privatësi (**589 gra**), kushtet jo-higjienike (**353 gra**), ndërhyrjet e panevojshme mjekësore (**334 gra**), procedurat e kryera pa pëlqimin e informuar (**211 gra**) dhe mohimin e kujdesit për shkak të paragjykimit (**161 gra**). Këto veprime patën pasoja të rënda: dëmet emocionale u raportuan me një **frekuencë** prej **1,095 rastesh**, ndërsa komplikimet fizike me një **frekuencë** prej **285 rastesh**. Pavarësisht ashpërsisë së këtyre përvojave, raportimi ishte jashtëzakonisht i rrallë: 69% e grave në mostrën tonë nuk raportuan sepse besonin se asgjë nuk do të ndryshonte, ndërsa 21.2% nuk dinin si të raportonin, dhe vetëm 1.2% raportuan dhe morën një reagim pozitiv. Së bashku, këto gjetje dëshmojnë një model thellësisht të rrënjosur të keqtrajtimit sistemik dhe të normalizuar në të gjithë sistemin e kujdesit obstetrik në Kosovë.

Rekomandimet Prioritare: Për t'iu përgjigjur dhunës obstetrike, veprimet e mëposhtme janë thelbësore:

- Të përcaktohet dhe të ndalohet dhuna obstetrike me ligj: Dhuna obstetrike të përkufizohet si formë e dhunës me bazë gjinore dhe si shkelje e të drejtave të njeriut. Ky përkufizim të integrohet në kuadrin ligjor të Kosovës (ligjet shëndetësore, të drejtat e pacientëve dhe ligjet për DHBGJ) dhe të ndalohet qartë mosrespektimi dhe abuzimi në kujdesin obstetrik, në përputhje me standardet ndërkombëtare (p.sh. rekomandimet e OBSH-së dhe Konventën e Stambollit).
- Të forcohen mekanizmat e llogaridhënies dhe raportimit: Të vendosen kanale të qarta, konfidenciale dhe lehtësisht të qasshme për raportimin e keqtrajtimit (si zyrat për mbrojtjen e pacientëve brenda spitaleve ose linja të pavarura të raportimit). Të sigurohet që çdo ankesë të hetohet nga autoritetet shëndetësore ose Avokati i Popullit, si dhe të zbatohen masa ndëshkuese ose korrigjuese ndaj përgjegjësve. Të hartohen protokolle të detyrueshme për monitorimin rutinë të trajtimit gjatë lindjes (p.sh. anketat e kënaqshmërisë së pacienteve) dhe të zbatohet parimi i tolerancës zero ndaj abuzimit.
- Të bëhet i detyrueshëm trajnimi në kujdesin respektues gjatë maternitetit: Të kërkohet trajnimi i rregullt, i bazuar në prova, për obstetër-gjinekologët, mamitë, infermierët dhe stafin mbështetës mbi kujdesin respektues, empatinë dhe komunikimin efektiv. Trajnimet të përfshijnë miratimin e informuar, të drejtat e grave, ndjeshmërinë kulturore dhe praktikat klinike jo të dhunshme. Të theksohen parimet feministe – trajtimi i grave si subjekte me dije dhe agjenci – për të sfiduar qasjet paternaliste.

- Të përmirësohen praktikat dhe protokollet shëndetësore: Udhëzimet klinike të rishikohen për të eliminuar ndërhyrjet e panevojshme ose të dëmshme dhe për të garantuar ofrimin e lehtësimit të dhimbjes dhe masave të komoditetit. Të zbatohen standardet e cilësisë së kujdesit të OBSH-së dhe Ligjit Nr.2004/38 Për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor që prioritizojnë trajtimin dinjitoz dhe respektues (p.sh. lejimin e personit shoqërues gjatë lindjes, sigurimin e privatësisë, marrjen e pëlqimit të informuar për çdo procedurë dhe përgjigjen ndaj dhimbjes së grave). Të rriten stafi dhe burimet në mënyrë që asnjë grua të mos lihet e vetme ose në gjendje shqetësimi gjatë lindjes.
- Të promovohet kujdesi obstetrik i orientuar tek gruaja dhe i bazuar në autonomi: Të bëhet një zhvendosje drejt modeleve të kujdesit që vënë në qendër autonominë dhe të drejtat e grave, e jo komoditetin institucional. Kjo nënkupton reduktimin e ndërhyrjeve të panevojshme, garantimin e pëlqimit të informuar dhe ofrimin e zgjedhjeve sa i përket pozitës gjatë lindjes, menaxhimit të dhimbjes dhe pranisë së një personi shoqërues. Të forcohen kompetencat, mbikëqyrja dhe llogaridhënia e të gjithë ofruesve të kujdesit obstetrik — mamive, infermiereve dhe mjekëve — me qëllim sigurimin e një kujdesi respektues dhe të bazuar në prova, jo të detyruar.
- Ndryshim kulturor dhe ndërgjegjësim: Të ndërmerren fushata të shëndetit publik për t'i informuar gratë mbi të drejtat e tyre gjatë lindjes dhe për t'i inkurajuar të artikulojnë shqetësimet e tyre. Të integrohen njohuri mbi dhunën obstetrike dhe të drejtat e pacienteve në kurrikulat e arsimit të mjekësisë dhe të infermierisë, me qëllim formësimin e qëndrimeve të profesionistëve të rinj. Të nxitet një kulturë institucionale e kujdesit, ku qasja e dhembshur dhe e orientuar nga pacientja vlerësohet si një përbërës thelbësor i ekselencës profesionale (p.sh. të promovohet dhe njihet puna e ofruesve që mishërojnë kujdesin empatik).
- Mbështetje dhe mjete adresimi për të mbijetuarat: Të ofrohet mbështetje psikologjike dhe këshillim për gratë që kanë përjetuar lindje traumatike ose dhunë obstetrike. Të zhvillohen udhëzues për kujdesin pas lindjes që përfshijnë depistimin për traumë ose depresion postnatal tek gratë që kanë kaluar përvoja të vështira të lindjes. Të lehtësohet qasja në ndihmë juridike ose avokim për gratë që kërkojnë drejtësi ose kompensim formal, në përputhje me detyrimet e Kosovës sipas konventave për të drejtat e njeriut (CEDAW, Konventa e Stambollit).

Këto masa kërkojnë përpjekje të bashkërenduara nga Ministria e Shëndetësisë, drejtuesit e spitaleve, asociacionet profesionale dhe organizatat për të drejtat e grave. Zbatimi i këtyre rekomandimeve do të mundësonte që Kosova të ndërmarrë hapa vendimtarë drejt eliminimit të dhunës obstetrike dhe sigurimit që lindja të jetë një përvojë e sigurt dhe dinjitoze për çdo grua.

2. Hyrje

Dhuna obstetrike, keqtrajtimi apo abuzimi i grave gjatë lindjes apo gjatë kujdesit para dhe pas lindjes, është duke u njohur gjithnjë e më shumë si një çështje serioze e të drejtave të njeriut dhe shëndetit publik në nivel global (Bohren et al., 2015; Jewkes & Penn-Kekana, 2015). Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) e përcakton këtë fenomen si një gamë sjelljesh të papërshtatshme dhe të dëmshme nga ana e profesionistëve shëndetësorë ose institucioneve shëndetësore, që përfshijnë abuzim fizik dhe verbal, stigmatizim dhe diskriminim, mungesë respekti për autonominë dhe privatësinë e gruas, procedura të ndërmarra pa pëlqimin e informuar, neglizhencë dhe mungesë të kujdesit adekuat (OBSh, 2014). Në mbarë botën, hulumtimet kanë zbuluar shkallë alarmante të keqtrajtimit (Abuya, 2015; Azzam, 2023; Kassa, 2020; Molla, 2022; Vedam et al., 2019; Yalley, 2022). Njohja e fenomenit të dhunës obstetrike në nivel global ka ardhur si rezultat i rritjes së ndërgjegjësimit dhe dokumentimit të përvojave të grave, të cilat janë shprehur publikisht nëpërmjet dëshmive, raporteve dhe studimeve të ndryshme. Këto përvoja të dokumentuara kanë nxjerrë në pah sjellje si përdorimi i panevojshëm dhe shpesh i dëmshëm i ndërhyrjeve mjekësore, trajtimi i grave në mënyrë nënçmuese, poshtëruese apo jorespektuese, dhe kufizimi i lirisë së tyre për të marrë vendime lidhur me trupin dhe shëndetin e tyre (Bohren et al., 2015; Freedman et al., 2014; Jewkes & Penn-Kekana, 2015).

Terminologjia "dhunë obstetrike" u shfaq për herë të parë në Amerikën Latine dhe Spanjë në vitet e 2000-ta, përmes lëvizjeve aktiviste për humanizimin e lindjes, si një përpjekje për t'ua rikthyer autonominë grave gjatë procesit të lindjes. Venezuela ishte vendi i parë që jo vetëm e përdori këtë term, por edhe e përkufizoi ligjërisht në vitin 2007. Në nenin 15 të ligjit venezuelian, dhuna obstetrike përkufizohet si: "...përvetësimi i trupit dhe proceseve riprodhuese të grave nga personeli shëndetësor, i cili shprehet përmes trajtimit të çnjerëzuar, abuzimit me medikamente dhe shndërrimit të proceseve natyrore në patologjike, duke sjellë me vete humbjen e autonomisë dhe aftësisë për të vendosur lirisht për trupin dhe seksualitetin e tyre, duke ndikuar negativisht në cilësinë e jetës së grave" (D'Gregorio, 2010). Megjithatë, përkufizimet institucionale mbeten të ndryshme: OBSh flet për "keqtrajtim dhe mungesë respekti gjatë lindjes" (OBSh, 2014), ndërsa Raportuesja Speciale e OKB-së për Dhunën ndaj Grave përdor termat "dhunë

obstetrike" për lindjen institucionale dhe "keqtrajtim e dhunë ndaj grave në shërbimet shëndetësore riprodhuese" për kontekste të tjera ku në qendër është shëndeti seksual dhe riprodhues i grave (UN Special Rapporteur on Violence Against Women, 2019). Pavarësisht nuancave terminologjike, të gjitha këto përkufizime theksojnë të njëjtën logjikë: se trajtimi i padenjë në kujdesin riprodhues, e sidomos gjatë fazave të lindjes, përbën një shkelje të drejtpërdrejtë të të drejtave themelore për dinjitet, autonomi dhe barazi.

Për qëllimet e këtij hulumtimi, termi "dhunë obstetrike" do të përdoret si nocion përmbledhës për të analizuar përvojat e raportuara nga gratë në lidhje me keqtrajtimin, mungesën e respektit dhe shkeljet në kujdesin shëndetësor gjatë shtatzënisë, lindjes dhe periudhës pas lindjes. Megjithëse ky term nuk është i harmonizuar ndërkombëtarisht dhe nuk përdoret njësoj nga të gjitha institucionet, ai zgjidhet këtu për shkak të përfshirjes së tij në dokumente ndërkombëtare relevante, të përshtatshmërisë për kontekstin e studimit dhe të kapacitetit të tij për ta shpjeguar dimensionin e përjetuar të dhunës nga vetë gratë që kanë marrë pjesë në këtë hulumtim.

Në Kosovë, lindjet ndodhin kryesisht në institucione shëndetësore nën kujdesin e personelit të kualifikuar – afërsisht 100% e lindjeve asistohen nga mjekë ose mami (Agjencia e Statistikave të Kosovës & UNICEF, 2020). Kjo shkallë e lartë e lindjeve institucionale nënkupton se çdo nënë e re në Kosovë ndërvepron me sistemin shëndetësor, dhe për rrjedhojë, cilësia e këtij ndërveprimi është kritike. Megjithatë, në përgjithësi, diskutimet mbi shëndetin maternal janë përqendruar kryesisht në rezultatet klinike (si vdekshmëria maternale, shkalla e operacioneve cezariane, etj.) sesa në përvojat e grave gjatë marrjes së kujdesit. Mungesa e terminologjisë së njohur apo e monitorimit të 'dhunës obstetrike' në diskursin kosovar e ka bërë problemin gjerësisht të padukshëm në politika dhe trajnime profesionale, ndonëse dëshmitë personale të grave sugjerojnë se mungesa e respektit dhe abuzimi janë realitet.

Ky raport mbështetet në një kornizë analitike, e cila i vendos përvojat e jetuara të grave në qendër dhe si dëshmi thelbësore për t'i kuptuar kushtet e kujdesit shëndetësor maternal në Kosovë. Duke i trajtuar rrëfimet e grave si legjitime dhe sistematikisht relevante, raporti e pozicionon dhunën obstetrike jo si "incidente të izoluara", por si pasojë strukturore të asimetrive të pushtetit, kulturës institucionale dhe dështimeve sistemike brenda sistemit të kujdesit amësor. Nëpërmjet kësaj qasjeje, raporti e ri-kornizon atë që shpesh zhvlerësohet si "përvojë individuale", duke e trajtuar si një çështje të gjerë të shëndetit publik dhe të të drejtave të njeriut, e cila kërkon llogaridhënie institucionale dhe reforma të politikave.

2.2 Konteksti lokal

Konteksti specifik socio-politik dhe historik i Ballkanit —i karakterizuar nga trashëgimia e sistemit shëndetësor socialist, ndikimi i thellë i luftërave në Jugosllavi dhe tranzicioni i vazhdueshëm politik e ekonomik— formëson ndjeshëm mënyrën se si organizohet dhe ofrohet kujdesi obstetrik në rajon. Këta faktorë historikë dhe kontekstualë ndikojnë gjithashtu në përvojat e lindjes së grave. Kalimi nga ekonomitë shtetërore të planifikuara në mënyrë qendrore drejt sistemeve të bazuara në treg ka nxitur reforma madhore në sektorin e shëndetësisë në shumë vende të rajonit. Reforma të tilla pranohet gjerësisht se kanë implikime të mëdha për qasjen, cilësinë dhe barazinë në ofrimin e kujdesit shëndetësor amtar. Për shembull, privatizimi dhe marketizimi i kujdesit shëndetësor mund t'i thellojnë pabarazitë në qasje dhe përballueshmëri, duke i bërë gratë në situata socio-ekonomike të cenueshme më të ekspozuara ndaj keqtrajtimit brenda institucioneve publike të mbingarkuara dhe me financim të pamjaftueshëm (Miteniece et al., 2017).

2.3 Indikatorët e Kujdesit Obstetrik në Institucionet Shëndetësore për vitin 2024

Të dhënat e fundit nga Shërbimi Spitalor Klinik Universitar i Kosovës (SHSKUK) për vitin 2024 ofrojnë një pasqyrë të rëndësishme mbi funksionimin e institucioneve publike që ofrojnë kujdes obstetrik. Klinika e Gjinekologjisë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK) vazhdon të jetë institucioni me kapacitetin më të lartë, me 280 shtretër dhe 27,594 raste hospitalizimi, që rezultuan në 66,707 ditë qëndrimi spitalor dhe një normë të shfrytëzimit të shtretërve prej 65%.

Në këtë klinikë janë regjistruar 7,648 lindje që kanë rezultuar në 7,955 foshnje të gjalla—shifër që përfshin raste të binjakëve, trinjakëve dhe një rast me katërnjakë. Nga lindjet totale, 3,121 janë kryer përmes prerjes cezariane, duke përbërë 41% të lindjeve, një normë që tejkalon dukshëm rekomandimet e OBSH-së dhe përforcon shqetësimet për një mbështetje të tepruar në ndërhyrje kirurgjikale.

Në nivel kombëtar, janë regjistruar 17,153 lindje me gjithsej 17,495 foshnje të gjalla në të gjitha spitalet nën SHSKUK. Norma mesatare e lindjeve me prerje cezariane është 39%, me QKUK që ka nivelin më të lartë (41%) dhe spitalet rajonale që variojnë rreth 38%. Shërbimet e kujdesit intensiv gjinekologjik në Kosovë përfshijnë vetëm 14 shtretër, me një normë të shfrytëzimit prej 82% dhe një kohë mesatare qëndrimi prej vetëm 1.02 ditësh për paciente.

Këto të dhëna përforcojnë idenë se sistemi publik obstetrik në Kosovë operon nën presion të lartë, me norma të larta ndërhyrjesh kirurgjikale. Kjo pasqyron një sistem që, ndonëse funksionon me volum të lartë, mund të jetë i ndjeshëm ndaj praktikave të dhunës obstetrike si rezultat i mbingarkesës, mungesës së mbikëqyrjes, dhe kulturës institucionale që nuk e vendos dinjitetin e grave në qendër të kujdesit.

2.4 Kujdesi antenatal dhe postnatal në Kosovë

Sipas të dhënave të MICS 2019–2020, lindjet në Kosovë janë kryesisht të institucionalizuara dhe të udhëhequra nga mjekët. 87.5% e lindjeve asistohen nga një mjek, ndërsa 12% asistohen nga një mami ose infermiere, duke treguar një model të kujdesit të thellë të mjekësuar ku mamitë janë ndjeshëm të margjinalizuara (Agjencia e Statistikave të Kosovës & UNICEF, 2020). Për më tepër, 31.4% e lindjeve ndodhin përmes prerjes cezariane, më shumë se dyfishi i pragut të rekomanduar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë prej 10–15% (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2014). Nga këto, 22.2% janë të paplanifikuara dhe vendosen pas fillimit të lindjes, duke sugjeruar ose nevojë klinike ose rutinë institucionale që mund të anashkalojë pëlqimin e informuar (Agjencia e Statistikave të Kosovës & UNICEF, 2020). Kjo mbështetje e tepruar në lindjet kirurgjikale, ngre shqetësime të rëndësishme për natyrën rutinë të ndërhyrjeve mjekësore dhe kushtet sistemike që mund të mundësojnë dhunën obstetrike. Këto shifra ofrojnë kontekst të rëndësishëm për interpretimin e narrativave të grave jo si ankesa të izoluara, por si simptomatike të modeleve më të thella strukturore brenda sistemit të kujdesit shëndetësor maternal në Kosovë.

Ndërsa mbulimi i kujdesit antenatal në Kosovë duket i lartë në letër, analiza më e thellë zbulon pabarazi themelore dhe boshllëqe të mundshme në cilësi. Në nivel kombëtar, 94.4% e grave morën të paktën katër vizita antenatale, me shumicën që fillojnë kujdesin herët ku koha mesatare e vizitës së parë është vetëm 1.2 muaj pas shtatzënisë (Agjencia e Statistikave të Kosovës & UNICEF, 2020). Megjithatë, i njejti studim tregon se kur të dhënat ndahen sipas etnisë, shfaqen pabarazi serioze. Ndër komunitetet Rome, Ashkali dhe Egjiptiane, vetëm 76.7% kishin katër ose më shumë vizita, dhe vetëm 37% arritën tetë vizitat e rekomanduara, krahasuar me 63.9% në popullatën e përgjithshme. Për më tepër, 20.7% e grave të këtyre komuniteteve kishin vetëm 1–3 vizita, dhe 2% nuk morën fare kujdes, një shifër gati shtatë herë më e lartë se norma kombëtare. Këto pabarazi sugjerojnë se gratë e margjinalizuara në Kosovë hyjnë në sistemin e maternitetit më vonë, me më pak vazhdimësi të kujdesit, një boshllëk që mund të rrisë ndjeshmërinë e tyre ndaj dhunës obstetrike. Kontakti i hershëm dhe i shpeshtë me ofruesit e kujdesit shëndetësor është kritik jo vetëm për monitorimin fizik, por edhe për ndërtimin e besimit, sigurimin e pëlqimit të informuar dhe adresimin e

nevojave psikosociale. Kur këto mundësi reduktohen ose mungojnë, rreziku i trajtimit të detyruar, përçmues ose të dëmshëm gjatë lindjes mund të përkeqësohet.

Kujdesi postnatal, një pjesë kritike, por shpesh e neglizhuar e shëndetit maternal, tregon boshllëqe të rëndësishme si në mbulim ashtu edhe në barazi në të gjithë Kosovën. Gjersa 91.1% e grave në nivel kombëtar morën një formë të kontrollit pas lindjes, ky kujdes ndodhi kryesisht gjatë qëndrimit të tyre në institucion. Kujdesi i strukturuar pas daljes ishte i rrallë: vetëm 7.3% morën një vizitë brenda 3–6 ditëve të para, dhe mbi 38% nuk kishin asnjë vizitë pas lindjes. Situata është më e rëndë ndër gratë Rome, Ashkali dhe Egjiptiane. Megjithëse 86.3% e grave Rome, Ashkalike dhe Egjiptiane kishin një kontakt pas lindjes, 63.1% nuk marrin fare kujdes pas largimit nga spitali (Agjencia e Statistikave të Kosovës & UNICEF, 2020). Këto shifra zbulojnë një neglizhencë sistemike për mirëqenien e vazhdueshme të grave pasi lind fëmija, duke forcuar kritikën feministe se kujdesi riprodhues shpesh përqendrohet te foshnja ndërsa neglizhon shërimin, shëndetin mendor dhe autonominë e nënës. Mungesa e kujdesit të hershëm dhe të qëndrueshëm pas lindjes mund të rrisë ndjeshmërinë e grave ndaj komplikimeve të patrajtuara, të përkeqësojë ndjenjat e braktisjes dhe të gërryejë besimin në sistemin shëndetësor—faktorë që ndërthuren me përvojën më të gjerë të dhunës obstetrike.

Në nivel ndërkombëtar, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) ka njohur trajtimin e padenjë gjatë lindjes si një shkelje të të drejtave të grave dhe një pengesë të rëndësishme për kujdesin cilësor. Në deklaratën e saj të vitit 2014, OBSH theksoi nevojën për kujdes të respektueshëm gjatë maternitetit dhe eliminimin e mosrespektimit dhe abuzimit gjatë lindjes në institucione (OBSH, 2014). Dhuna obstetrike përfshin një sërë sjelljesh, duke përfshirë abuzimin fizik, kujdesin klinik pa pëlqim, kujdesin jo-konfidencial, kujdesin jo-dinjitoz, diskriminimin, braktisjen dhe ndalimin në institucionet shëndetësore.

2.5 Mungesa e njohjes ligjore të dhunës obstetrike

Mungesa e njohjes ligjore të dhunës obstetrike në Kosovë paraqet një boshllëk të rëndësishëm institucional që ndikon drejtpërdrejt në mirëqenien psikologjike të grave. Edhe pse projektligjet e viteve të fundit – si p.sh. Projektligji për Shëndetin Riprodhues dhe Fertilizimin e Asistuar Mjekësor (Qeveria e Kosovës, 2022) – e përmendin të drejtën për kujdes shëndetësor jodiskriminues dhe domosdoshmërinë e pëlqimit të informuar, termi dhunë obstetrike nuk përmendet askund në mënyrë eksplicite. Po ashtu, mungojnë mekanizma të qartë dhe funksionalë për raportim, mbrojtje dhe kompensim në rastet kur gratë përjetojnë keqtrajtim gjatë lindjes.

Nga një këndvështrim psikologjik, kjo mungesë e validimit institucional dhe e kanaleve formale për kërkimin e drejtësisë kontribuon në një traumë të dyfishtë: fillimisht nëpërmjet përjetimit të vetë dhunës, e më pas përmes heshtjes dhe mohimit institucional (Chadwick, 2021; Vedam et al., 2019). Mungesa e pranimit zyrtar të përvojave të dhunshme të lindjes jo vetëm që cënon dinjitetin dhe autonominë trupore të grave, por edhe gërryen besimin në sistemin shëndetësor dhe pengon procesin e rimëkëmbjes psiko-emocionale.

Përafrimi i Kosovës me Konventën e Stambollit krijon një detyrim juridik për të çrrënjosur dhunën ndaj grave në të gjitha format e saj, megjithatë shteti vazhdon të neglizhojë abuzimin sistematik që ndodh brenda vetë spitaleve të tij. Ndërkohë që Strategjia Kombëtare për Mbrojtje nga Dhuna në Familje dhe Dhuna ndaj Grave (2022–2026) adreson dhunën me bazë gjinore, ajo e përjashton krejtësisht shkeljen e të drejtave të grave gjatë lindjes, duke i lënë këto abuzime të padukshme dhe të pandëshkuara. Ky përjashtim përbën një dështim të detyrimit të shtetit për të mbrojtur: dhuna obstetrike nuk është thjesht çështje shëndetësore, por formë dhune institucionale e rrënjosur në diskriminim dhe pabarazi pushteti. Duke dokumentuar këto shkelje, ky raport e nxjerr në pah hendekun midis retorikës së qeverisë për të drejtat e njeriut dhe realitetit të jetuar të grave në Kosovë, duke kërkuar që shteti ta zgjerojë kuadrin e tij ligjor për të njohur se mbrojtja nga dhuna duhet të shtrihet edhe në dhomën e lindjes.

2.6 Mungesa e llogaridhënies dhe e mekanizmave efektivë të raportimit në Kosovë

Në Kosovë, linja zyrtare e raportimit për shkeljet në kujdesin shëndetësor funksionon në kuadër të Divizionit për të Drejtat e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor që nga viti 2013. Megjithatë, të dhënat nga raportet vjetore për vitet 2022 dhe 2024 tregojnë se ky sistem nuk është realisht i fuqizuar në nivel institucional. Në vitin 2024, vetëm 164 ankesa kanë përmbushur kriteret për procedim të mëtejmë – një rënie nga 204 ankesa në vitin 2022 (Ministria e Shëndetësisë, 2022; 2024). Nga këto, vetëm 45 ankesa kanë marrë përgjigje, ndërsa 119 kanë mbetur pa u trajtuar. Kjo përbën një shkallë të lartë të mosveprimit institucional, që kontribuon në normalizimin e sjelljeve abuzuese në spitale.

Masat e ndërmarra gjatë gjithë vitit 2024 janë reduktuar në vetëm dy veprime disiplinore: një gjobë dhe një vërejtje verbale – pavarësisht faktit që 52 ankesa kishin të bënin me sjellje jo profesionale të stafit.

Raportet nuk përmendin asnjë rast të lidhur me keqtrajtim gjatë lindjes, dhe nuk ekziston asnjë kategori e veçantë për abuzim në shërbimet obstetrike apo për ankesa që lidhen me shkeljen e të drejtave riprodhuese të grave. Për më tepër, raporti i Ministrisë së Shëndetësisë për vitin 2024 evidenton mungesën e burimeve bazike – përfshirë mungesën e stafit të specializuar për linjën e ankesave, mungesën e mirëmbajtjes teknike dhe mungesën e një baze funksionale të të dhënave për ankesat. Kjo krijon një mjedis në të cilin dhuna obstetrike – e përjetuar, por e paemërtuar – nuk mund të trajtohet si një çështje e ligjshme apo urgjente institucionale.

Në këtë mënyrë, sistemi shëndetësor në Kosovë nuk ofron vetëm shërbime të fragmentuara dhe të pabarabarta, por edhe një rrjet institucional që, përmes mosveprimit, mbron ata që ushtrojnë sjellje abuzuese. Ky hendek dëmton jo vetëm trupat e grave dhe mirëqenien e tyre psikologjike, por edhe aftësinë e tyre për të kërkuar drejtësi dhe shërim. Nga një këndvështrim psikologjik, mungesa e këtyre mekanizmave dhe mosdhënia e një përgjigjeje institucionale e thellon përvojën traumatike për gratë që përballen me dhunë obstetrike. Siç artikulohet nga teoria e tradhtisë institucionale (Smith & Freyd, 2014), kur një institucion nga i cili pritet kujdes dhe mbrojtje është vetë shkaktari, lehtësuesi apo mohuesi i traumës, kjo mund të prodhojë pasoja të rënda për sigurinë psikologjike, besimin dhe përpunimin emocional të përvojës.

Në seksionet në vijim, paraqesim në detaje metodologjinë e hulumtimit, e përcaktojmë dhunën obstetrike përmes disa kornizave teorike, i paraqesim gjetjet mbi përhapjen dhe llojet e keqtrajtimit, diskutojmë shkaqet dhe pasojat sistemike, shqyrtojmë kuadrin aktual të llogaridhënies dhe atë ligjor, dhe në fund ofrojmë rekomandime të zbatueshme të politikave. Qëllimi përfundimtar është të sigurohet që lindja në Kosovë të mos jetë një moment i cenueshmërisë ndaj abuzimit, por një përvojë e shënuar nga respekti, mbështetja dhe dinjiteti – siç garantohet si nga legjislacioni kombëtar, ashtu edhe nga parimet themelore të të drejtave të njeriut.

3. Metodologjia

Ky studim përdori një qasje me metoda të kombinuara *(eng. mixed-methods),* duke ndërthurur të dhënat kuantitative nga anketa me narrativat kualitative për të kapur si shtrirjen, ashtu edhe thellësinë e dhunës obstetrike. U hartua një pyetësor i strukturuar online dhe u shpërnda përmes platformës Grazeta – platformë digjitale mediatike dhe avokuese – duke synuar gratë që kanë lindur në Kosovë. Mostra përbënte një mostër konvenience të vetë-përzgjedhur, e rekrutuar përmes shpërndarjes publike në rrjete sociale (Instagram dhe Facebook), dhe nuk përfaqëson një mostër probabilitare përfaqësuese statistikisht për të gjitha gratë në Kosovë. Anketa u realizua në gjuhën

shqipe dhe ishte plotësisht anonime, çka u mundësoi pjesëmarrëseve të ndanin lirshëm përvojat e tyre personale pa frikë nga identifikimi ose ndëshkimi. Dizajni kërkimor u mbështet në një epistemologji feministe, e cila i vlerëson narrativat e drejtpërdrejta të grave si dëshmi thelbësore dhe njeh dinamikat e pushtetit që shpesh i heshtin këto përvoja.

3.1 Mbledhja e të dhënave

Anketa u zhvillua në dy faza, për të siguruar shtrirje më të gjerë:

- Faza I (Eksploruese): E zhvilluar nga 17–25 dhjetor 2024, kryesisht për të vlerësuar përmasat e problemit dhe për të mbledhur dëshmitë fillestare. Në këtë fazë u siguruan n = 599 përgjigje.
- Faza II (Zgjerimi i Shtrirjes): Pas reagimit të fortë fillestar, anketa u ri-shpërnda dhe mbeti e hapur deri në fillim të janarit 2025, duke arritur në total n = 1,229 përgjigje të plota për pyetjet e strukturuara në të dy fazat. Lidhja e anketës u promovua përmes reklamave të sponsorizuara në rrjetet sociale (Instagram dhe Facebook), duke synuar gratë në moshë riprodhuese në Kosovë, si dhe përmes shpërndarjes nga rrjete lokale të grave.

Meqenëse rekrutimi u mbështet në qarkullimin në rrjete sociale dhe pjesëmarrje vullnetare, kampioni përbën një kampion komoditeti të vetë-përzgjedhur dhe jo një kampion të rastësishëm të të gjitha nënave. Për pasojë, nuk mund të llogaritet një normë formale përgjigjeje, as të pretendohet përfaqësueshmëri statistikore për të gjitha gratë në Kosovë. Megjithatë, numri i madh i përgjigjeve dhe qëndrueshmëria e modeleve të identifikuara sugjerojnë fuqishëm se gjetjet janë treguese të problemeve të përhapura në shkallë të gjerë.

3.2 Kriteret e pjesëmarrëseve

I vetmi kriter përfshirjeje ishte që pjesëmarrësja të kishte përjetuar të paktën një herë lindjen në një institucion shëndetësor në Kosovë. Nuk u vendosën kufizime sa i përket moshës, rajonit, etnisë apo periudhës kohore të lindjes, megjithëse pyetësori përfshinte disa të dhëna demografike (p.sh. grupmosha, rajoni) dhe informacione mbi përvojën e lindjes. Pjesëmarrëset përfshinin të gjitha grupmoshat madhore (18 deri në 45+) nga të gjitha rajonet kryesore të Kosovës dhe përfshinin gra që kishin lindur si në institucione publike, ashtu edhe në ato private. Shumica e të anketuarave kishin pasur lindje relativisht të fundit (brenda 5–10 viteve të fundit), megjithëse koha konkrete e rikujtimit varionte.

3.3 Instrumenti i anketimit

Pyetësori online, me titull "Dhuna obstetrike në Kosovë: Ndaj përvojën tënde", u dizajnua të ishte plotësisht anonim dhe fillonte me një përkufizim të qartë të dhunës obstetrike (duke përfshirë neglizhencën, procedurat pa pëlqim dhe abuzimin fizik/verbal) sipas OBSH-së, si dhe me një deklaratë për dhënien e pëlqimit të informuar. Instrumenti ndërthurte pyetje të strukturuara me alternativa të mbyllura me një pyetje përfundimtare të hapur me karakter rrëfimtar:

- Pyetjet kuantitative: Pyetësori mblodhi të dhëna demografike mbi vendbanimin dhe moshën. Më pas, përdorte lista të mbyllura (me mundësi zgjedhjeje të shumëfishtë) për të kapur:
    - Llojet e keqtrajtimit: Nëse e anketuara kishte përjetuar situata specifike të abuzimit ose neglizhencës.
    - Konteksti: Koha kur kishte ndodhur përvoja (gjatë shtatzënisë, lindjes ose periudhës pas lindjes) dhe vendi (institucioni/spitali) ku ishte zhvilluar.
    - Ndikimi dhe reagimi: Si e kishte prekur përvoja të anketuarën (ndikimi) dhe nëse ajo kishte tentuar ta raportonte incidentin.
    - Rekomandimet: Një pyetje e strukturuar se cilat ndryshime nevojiten për të parandaluar dhunën obstetrike, duke ofruar opsione të paracaktuara si dhe një fushë "Tjetër" për sugjerime specifike.
- Pyetja kualitative: Burimi kryesor i të dhënave cilësore ishte pyetja përfundimtare e hapur: "A keni diçka tjetër që do të dëshironit të ndani me ne lidhur me këtë temë?". Kjo ftesë e gjerë krijoi një hapësirë të pakufizuar për gratë që të dokumentonin tregimet e tyre, ndjenjat dhe detajet specifike të abuzimit ose neglizhencës që kishin përjetuar, duke gjeneruar dëshminë e pasur rrëfimore që u analizua në këtë studim.

3.4 Analiza e të Dhënave

Të dhënat kuantiative u pastruan dhe u analizuan duke përdorur programin SPSS. Çdo formë e raportuar e keqtrajtimit u kodua si 0/1 për çdo të anketuar, me qëllim që të llogaritej përqindja e grave të prekura nga secila kategori. U llogaritën frekuenca dhe përqindje bazike për të gjithë variablat kryesorë (llojet e abuzimit, vendndodhjet, sjellja ndaj raportimit, ndikimet). Për kodimin dhe agregimin u përdorën fletëpuna të pastruara në Excel. Për shembull, nëse një e anketuar deklaronte se kishte përjetuar tre sjellje të ndryshme abuzive, secila prej tyre numërohej në kategorinë përkatëse dhe një

tregues i përgjithshëm shënonte se ajo kishte përjetuar të paktën një formë të dhunës obstetrike. U shqyrtuan tabela kryqëzuese (p.sh. dhuna sipas llojit të institucionit shëndetësor ose sipas periudhës kohore) për të identifikuar ndonjë prirje të dukshme (p.sh. nëse abuzimi ishte më i përhapur në disa spitale të caktuara), megjithëse rezultatet paraqiten në mënyrë të agreguar për shkak të paragjykimeve të mostrës.

Narrativat kualitative u analizuan duke përdorur Analizën Tematike Refleksive (Reflexive Thematic Analysis) (Braun & Clarke, 2006), duke ndjekur një qasje induktive, të drejtuar nga vetë të dhënat. Në total, 334 përgjigje narrative me përmbajtje substanciale u lexuan tërësisht dhe u koduan manualisht nga hulumtuesja. Kodimi u krye në Excel, ku segmente të tekstit u shënjuan në mënyrë sistematike me etiketa analitike që pasqyronin format e veçanta të keqtrajtimit që gratë përshkruanin se kishin përjetuar – si *abuzim verbal dhe turpërim, mohimi i anestezisë ose i lehtësimit të dhimbjes, procedura mjekësore pa pëlqim, braktisja gjatë lindjes, përdorimi i panevojshëm i forcës fizike, frika dhe ndjenja e pafuqisë, tradhtia institucionale dhe humbja e autonomisë trupore.*

Kjo fazë fillestare e kodimit gjeneroi një gamë të gjerë kodesh përshkruese, të rrënjosura drejtpërdrejt në fjalët e grave. Përmes cikleve të përsëritura të rileximit, krahasimit dhe reflektimit analitik, këto kode u rafinuan gradualisht dhe u grupuan në tema të nivelit më të lartë. Struktura tematike që rezultoi përputhet ngushtë me tipologjitë globale të keqtrajtimit, përfshirë kornizën e OBSH-së mbi Mospërfilljen dhe Abuzimin (Disrespect and Abuse), si dhe me teoritë feministe të dhunës obstetrike, të cilat e konceptualizojnë keqtrajtimin gjatë lindjes si shfaqje të pushtetit institucional, pabarazisë strukturore gjinore dhe shpërfilljes sistemike ndaj autonomisë trupore të grave.

Edhe pse e nxjerrë në mënyrë induktive, analiza është njëkohësisht e informuar teorikisht, duke shqyrtuar se si përvojat e grave në Kosovë përputhen me kategoritë e njohura ndërkombëtarisht të abuzimit verbal, abuzimit fizik, kujdesit pa pëlqim, kujdesit jo dinjitoz, neglizhencës/braktisjes, diskriminimit, mbimjekësimit dhe normalizimit rutinë të praktikave detyruese.

U përzgjodhën citate përfaqësuese për të ilustruar secilën nga temat kryesore. Të gjitha citatet u përkthyen nga shqipja në anglisht, duke iu kushtuar kujdes i veçantë ruajtjes së tonit, intensitetit emocional dhe kuptimit. Çdo detaj identifikues u hoq për të garantuar konfidencialitetin. Shumë prej narrativave ishin emocionalisht të ngarkuara, duke zbuluar modele keqtrajtimi që nuk janë sporadike apo thjesht anekdotike, por sistemike, të përsëritura nëpër institucione, ofrues shëndetësorë dhe vite të ndryshme. Prandaj, analiza i trajton këto rrëfime jo si përvoja të izoluara, por si dëshmi të një

modeli më të gjerë dhune strukturore dhe institucionale në kujdesin obstetrik në Kosovë.

3.5 Konsideratat etike

Ky hulumtim është mbështetur në parimet e pranuara etike për hulumtime që përfshijnë pjesëmarrës njerëzorë. Pjesëmarrja në pyetësor ka qenë plotësisht vullnetare dhe e bazuar në pëlqim të informuar. Në hyrje të pyetësorit sqarohej qartë qëllimi i studimit, theksohej se formulari ishte anonim dhe specifikohej se, duke zgjedhur të vazhdojnë, të anketuarat jepnin pëlqimin e tyre për përdorimin anonim të përvojave të tyre për qëllime kërkimore dhe avokuese. Në asnjë moment nuk janë mbledhur të dhëna personale të identifikueshme – as emra, as të dhëna kontakti, as adresa IP – duke garantuar kështu konfidencialitet të plotë. Të anketuarat kanë pasur mundësinë ta ndërpresin ose ta mbyllin pyetësorin në çdo moment.

Duke marrë parasysh natyrën e ndjeshme të raportimit të përvojave traumatike gjatë shtatzënisë, lindjes dhe periudhës pas lindjes, në fund të formularit është përfshirë një mesazh i shkurtër përmbyllës që pranonte vështirësinë emocionale të rrëfimit të këtyre ngjarjeve. Edhe pse burimet për mbështetje psikosociale në Kosovë mbeten të kufizuara, pyetësori ofroi informacione mbi mënyrat se si gratë mund të kontaktonin më tej nëse dëshironin të lidhen rreth studimit ose përpjekjeve të avokimit.

Ashtu si pjesa më e madhe e hulumtimeve sociale në nivel master në Kosovë, ky studim nuk i është nënshtruar rishikimit formal nga ndonjë bord kombëtar etik (Institutional Review Board), pasi aktualisht nuk ekziston mekanizëm funksional i tillë që të mbulojë hulumtime të pavarura, joklinike të këtij lloji. Megjithatë, dizajni i studimit është udhëhequr nga standarde etike ndërkombëtarisht të njohura – duke përfshirë respektin për autonominë, mbrojtjen nga dëmi, anonimitetin dhe parimin e mosdëmtimit. Studimi është strukturuar në mënyrë që të minimizojë riritraumatizimin, duke u mundësuar njëkohësisht grave të flasin lirshëm për keqtrajtimin ndaj të cilit historikisht janë dekurajuar të raportojnë.

Instrumenti i plotë i pyetësorit komunikonte në mënyrë eksplicite anonimitetin, pjesëmarrjen vullnetare, të drejtën për t'u tërhequr, qëllimin e përdorimit të të dhënave dhe synimin për të kontribuar në ndryshime sistemike në kujdesin matern. Këto masa siguronin që procesi kërkimor të ruante dinjitetin, agjencinë dhe mirëqenien emocionale të pjesëmarrëseve, duke gjeneruar njëkohësisht evidencë thelbësore mbi një formë të nënvlerësuar të dhunës institucionale me bazë gjinore.

E rëndësishme është që qasja feministe i trajton gratë jo si "subjekte" kërkimi, por si dëshmitare eksperte të një problemi sistemik. Narrativat e tyre trajtohen me respekt

dhe synojnë të shërbejnë si katalizator për ndryshim. Siç shkruan njëra nga të anketuarat: "*Faleminderit që mundësuat këtë formular. Shpresoj të bëheni zëri i grave.*" (ID57.6). Ky raport e nderon këtë besim duke e çuar zërin e tyre në nivel politikash. Të gjitha gjetjet e paraqitura burojnë nga të dhënat e ofruara nga këto të anketuara; asnjë emër i stafit spitalor dhe asnjë identitet individual i pacienteve nuk zbulohet.

3.6 Kufizimet

Pavarësisht madhësisë dhe thellësisë së konsiderueshme, studimi ka kufizimet e veta. Mostra mund të përfaqësojë në mënyrë të tepruar gratë që janë aktive në rrjete sociale ose të motivuara për ta ndarë tregimin e tyre (ndoshta ato me përvoja më të rënda). Njëkohësisht, disa grupe mund të jenë të nënpërfaqësuara (p.sh. gratë serbe ose të pakicave të tjera etnike, nëse janë prekur më pak nga fushata në gjuhën shqipe). Të dhënat bazohen në vetë-raportim dhe, si të tilla, janë të ekspozuara ndaj paragjykimit të kujtesës ose interpretimit personal të ngjarjeve – atë që një grua e emërton si 'abuzim', një tjetër mund ta normalizojë. Megjithatë, koherenca e modeleve që shfaqen në qindra narrativa u jep besueshmëri gjetjeve.

Për më tepër, për shkak të anonimitetit, nuk kemi mundur t'i sqarojmë ose ndjekim më tej rrëfimet e veçanta dhe as të verifikojmë detajet përballë dokumentacionit mjekësor. Analiza i ka agreguar përvojat e ndryshme (nga spitale dhe vite të ndryshme) dhe, për rrjedhojë, nuk mund të identifikojë gjithmonë saktësisht se cilat probleme ndodhin ku ose në çfarë rrethanash të sakta. Pavarësisht këtyre kufizimeve, studimi ofron deri më tani panoramën më të qartë të dhunës obstetrike në Kosovë dhe shërben si një pikënisje thelbësore për dialogun politik.

Në përmbledhje, metodologjia u konceptua për ta nxjerrë në sipërfaqe një problem të fshehur, duke dëgjuar drejtpërdrejt gratë. Duke e ndërthurur statistikën me tregimet personale, synojmë të pasqyrojmë jo vetëm përmasën e dhunës obstetrike, por edhe ndikimin e saj njerëzor – diçka që të dhënat thjesht kuantitative nuk mund ta kapin. Duke qenë se studimi bazohet në një mostër konvenience të vetë-përzgjedhur, gjetjet duhet të lexohen si evidencë eksploruese mbi modele të përhapura përjetimi, e jo si vlerësime statistikisht përfaqësuese për të gjithë popullatën. Seksioni vijues mbi kornizën konceptuale e përkufizon në detaj dhunën obstetrike, gjë që do të ndihmojë në kontekstualizimin e gjetjeve që pasojnë.

4. Korniza konceptuale

Dhuna obstetrike është një koncept shumëpërmasor, në kryqëzimin mes kujdesit shëndetësor, pabarazisë gjinore dhe të drejtave të njeriut. Ky seksion shtjellon mënyrën

se si e përkufizojmë dhe e analizojmë dhunën obstetrike, duke u mbështetur në: (a) tipologjinë e mosrespektimit gjatë lindjes në institucione shëndetësore të OBSH-së (World Health Organization [WHO], 2015); (b) perspektivat teorike feministe mbi medikalizimin, tradhtinë institucionale (Smith & Freyd, 2014) dhe padrejtësinë epistemike (Fricker, 2007); dhe (c) kornizat përkatëse ligjore, përfshirë Konventën e Stambollit (Council of Europe, 2011), CEDAW-in (United Nations General Assembly, 1979), standardet e cilësisë së kujdesit të OBSH-së (WHO, 2016) dhe dispozitat ligjore të Kosovës për shëndetin riprodhues (Assembly of the Republic of Kosovo, 2006). Së bashku, këto korniza ofrojnë një lente analitike për të kuptuar gjetjet e anketës jo si episode të izoluara, por si shfaqje të dinamikave më të gjera strukturore dhe kulturore.

4.1 Tipologjia e OBSH-së për keqtrajtimin obstetrik

Në një rishikim sistematik themelor, Bohren et al. (2015) – me mbështetjen e OBSH-së – identifikuan shtatë kategori kryesore të keqtrajtimit gjatë lindjes në institucionet shëndetësore në mbarë botën. Këto kategori, që shpesh i referohen si "tipologjia e OBSH-së për mosrespektimin dhe abuzimin", përfshijnë:

1. Abuzimi fizik – p.sh. shuplakat, kufizimi fizik i gruas, përdorimi i forcës së tepruar gjatë procedurave.
2. Abuzimi verbal – p.sh. bërtitja, qortimi, përdorimi i gjuhës poshtëruese ose kërcënuese.
3. Abuzimi seksual – çdo sjellje seksuale e padëshiruar nga ofruesit e shërbimit.
4. Stigma dhe diskriminimi – p.sh. kujdes më i dobët ose trajtim abuzues mbi bazë të përkatësisë etnike, statusit socio-ekonomik, moshës, numrit të fëmijëve, etj.
5. Shkelja e standardeve profesionale të kujdesit – duke përfshirë neglizhencën, braktisjen ose mohimin e lehtësimit të dhimbjes dhe të kujdesit të domosdoshëm.
6. Komunikimi i dobët dhe mungesa e autonomisë – p.sh. kryerja e procedurave pa pëlqim të informuar, mbajtja e informacionit, moslejimi i grave të marrin vendime mbi kujdesin e tyre.
7. Kufizimet e sistemit shëndetësor që çojnë në cenim të dinjitetit – p.sh. mungesë e privatësisë (ekzaminime ose lindje në prani të të tjerëve) ose kushte si mbipopullimi dhe mungesa e higjienës që e lehtësojnë trajtimin e padinjitetshëm.

Deklarata e OBSH-së e vitit 2014 mbi kujdesin e respektueshëm në maternitet thekson se të gjitha gratë kanë të drejtë në kujdes dinjitoz, respektues dhe në liri nga çdo formë

abuzimi gjatë lindjes. Kjo përfshin të drejtën për informacion, pëlqim të informuar, privatësi dhe trajtim të drejtë e të barabartë. Në praktikë, dhuna obstetrike mund të shihet si shkelje e këtyre të drejtave, e cila materializohet përmes kategorive të mësipërme.

Për shembull, kur i bërtitet një gruaje në lindje që të "mbyllë gojën" ose kur tallet dikush me të sepse bërtet nga dhimbja, kjo përbën abuzim verbal dhe një formë të dhunës psikologjike. Injorimi i thirrjeve për ndihmë të një gruaje në punë të lindjes apo lënia e saj e vetme për orë të tëra përbën neglizhencë/braktisje dhe shkel standardet profesionale të kujdesit të dhembshur. Kryerja e epiziotomisë ose e prerjes cezariane pa pyetur dhe pa shpjeguar është trajtim pa pëlqim, që ia mohon gruas autonominë mbi trupin e saj. Aplikimi i presionit fundal (manovra Kristeller) me forcë brutale ose qepja e një çarje pa anestezi janë forma të abuzimit fizik dhe dështime në menaxhimin e dhimbjes. Lejimi që praktikantët apo studentët të vëzhgojnë ose të kryejnë ekzaminime vaginale pa pëlqim ose ndërsa gruaja është e ekspozuar është shkelje e privatësisë dhe dinjitetit, që mund të përjetohet si thellësisht poshtëruese. Mbajtja e një gruaje të ndaluar në spital deri në shlyerjen e faturave (një praktikë e dokumentuar në disa vende, megjithëse e papranishme në sistemin publik në Kosovë) do të përbënte dhunë institucionale dhe shtrëngim. Kështu, shohim se dhuna obstetrike i përfshin të gjitha këto forma keqtrajtimi të lidhura posaçërisht me kontekstin e lindjes dhe kujdesit riprodhues.

Në shumë aspekte, termi "dhunë obstetrike" e zgjeron këndvështrimin përtej fokusit më të ngushtë klinik tek "pakënaqësia e pacientit" – ai i rimendon këto veprime si shkelje të të drejtave dhe abuzime të pushtetit. Tipologjia e OBSH-së ofron një listë kontrolli të sjelljeve problematike, por teoria feministe na ndihmon të pyesim pse këto sjellje lindin dhe pse vazhdojnë të riprodhohen.

4.2 Perspektivat teorike mbi dhunën obstetrike

Dhuna obstetrike kuptohet më qartë kur vendoset brenda një sërë kuadrosh teorike që ndërthurren, sesa kur trajtohet thjesht si një koleksion rastesh individuale apo sjelljesh të vrazhda të izoluara. Perspektivat feministe, institucionale, epistemike dhe sociologjike nxjerrin në pah mënyrat në të cilat pushteti, gjinia dhe autoriteti profesional janë të strukturuara në vetë organizimin e lindjes. Këto qasje na ftojnë t'i lexojmë modelet që dalin nga tregimet e grave jo si devijime nga një sistem përndryshe neutral, por si produkte të mënyrës se si lindja është mjekësizuar dhe teknologjizuar, se si spitalet ushtrojnë dhe nganjëherë abuzojnë me pushtetin institucional, se si dija e grave për trupin e tyre zhvlerësohet, dhe se si normat patriarkale mbi feminitetin, amësinë dhe tolerancën ndaj dhimbjes janë të gdhendura në praktikën e përditshme klinike (Conrad,

1992; Davis-Floyd, 2003; Fricker, 2007; Smith & Freyd, 2014; Castro & Frias, 2020). Në vijim, mbështetem në këto perspektiva të ndërlidhura për të interpretuar format e keqtrajtimit që dolën më fuqishëm nga të dhënat tona dhe për të ndriçuar mekanizmat nëpërmjet të cilëve dhuna obstetrike prodhohet, justifikohet dhe mbahet në këmbë:

- Medikalizimi dhe modeli teknokratik: Procesi i medikalizimit (Conrad, 1992) i referohet trajtimit të proceseve natyrore (si lindja) si gjendje mjekësore që duhen menaxhuar dhe kontrolluar nga profesionistët shëndetësorë. Në kontekstin obstetrik, një qasje teknokratike, e mbingarkuar me ndërhyrje, shpesh e zhvendos në periferi dijen që gruaja ka për trupin e saj. Kritika feministe (p.sh. Davis-Floyd, 2003) argumenton se, kur lindja konceptohet kryesisht si procedurë klinike, gratë në lindje shihen si subjekte pasive mbi të cilat kryhen procedura, e jo si pjesëmarrëse aktive. Kjo mund të ushqejë një kulturë ku normë bëhen nivelet e larta të ndërhyrjeve (induksioni, monitorimi i vazhdueshëm, epiziotomia rutinë, etj.), edhe kur nuk janë domosdoshmërisht të nevojshme, dhe ku nga gruaja në lindje pritet nënshtrim i plotë. Çdo formë rezistence (si shprehja e dhimbjes "shumë me zë" apo refuzimi i një procedure) mund të përcillet me armiqësi ose me detyrim. Në gjetjet tona, përdorimi i tepruar i ndërhyrjeve mjekësore (shpesh edhe pa pëlqim) dhe padurimi i stafit ndaj sjelljeve natyrore të grave (si britma apo lëvizja gjatë kontraksioneve) pasqyrojnë këtë paradigmë të medikalizuar dhe të orientuar drejt kontrollit.
- Tradhtia institucionale: Teoria e Smith & Freyd mbi tradhtinë institucionale (2014) përshkruan mënyrën se si institucionet që supozohet të mbrojnë dhe kujdesen për individët (si spitalet për pacientët) mund të shkaktojnë traumë kur dështojnë në detyrimin e tyre ose kur bëhen vetë burim i dhunës. Në rastin e dhunës obstetrike, gratë hyjnë në spital me pritjen për një lindje të sigurt dhe mbështetje, por nëse përballen me keqtrajtim ose neglizhencë, vetë institucioni i kujdesit shëndetësor tradhton besimin e tyre. Kjo tradhti e rëndon më tej traumën – nuk është vetëm çështje e një infermiereje të pasjellshme ose e një mjeku agresiv, por e ndjesisë se sistemi në tërësi e lejoi këtë të ndodhte. Teoria e tradhtisë institucionale ndihmon të kuptohet pse kaq shumë gra nuk e raportuan keqtrajtimin: subjekti tek i cili formalisht duhet të ankohesh është i njëjti që të ka shkaktuar dhunën, gjë që prodhon dorëzim dhe mosbesim të thellë.
- Padrejtësia epistemike: Filozofja Miranda Fricker (2007) ka zhvilluar konceptin e padrejtësisë epistemike – situatat kur dija, përvoja ose dëshmia e dikujt zhvlerësohet ose hidhet poshtë për shkak të paragjykimeve. Në procesin e lindjes, gratë shpesh përjetojnë padrejtësi epistemike kur zëri i tyre nuk merret

seriozisht ose nuk vlerësohet. Për shembull, kur një grua thotë "Kam dhimbje, diçka nuk është në rregull", ajo mund të injorohet ose t'i thuhet "Nuk është aq keq, po e tepron" – duke e anuluar në mënyrë efektive përvojën e saj subjektive. Kjo lidhet me stereotipin e gruas si "histerike" ose tepër emocionale, si dhe me nocionin paternalist se "mjeku e di më mirë".

- Hierarkitë e pushtetit dhe patriarkati: Dhuna obstetrike është përshkruar si një mënyrë e ushtrimit të pushtetit mbi trupat e grave në një moment të skajshëm të cenueshmërisë. Hierarkitë brenda sistemit shëndetësor e vendosin mjekun në majë (shpesh burrë, në pozicionet më të larta, megjithëse shumë ofrues obstetrikë janë gra), ndërsa pacientet në fund të piramidës. Në një kontekst patriarkal shoqëror, gratë që lindin shpesh infantilizohen – pritet prej tyre të "sillen mirë", të mos e vënë në dyshim autoritetin dhe të durojnë dhimbjen si detyrim amësor. Koncepti i "patriarkisë së sallës së lindjes" (siç diskutohet nga autore si Chadwick, 2021) e lidh dhunën obstetrike me të njëjtat qendrime mizogjiniste që nënvendosin forma të tjera të dhunës ndaj grave. Mund të argumentohet, për shembull, se një grua në lindje, të cilës i thuhet "nuk je e para grua që po lind – mos u anko", ekspozohet ndaj një tropi seksist që trivalizon dhimbjen e grave dhe forcon idenë se vuajtja e grave është normale dhe duhet përballuar në heshtje. Komente të tilla, të cilat, fatkeqësisht, shumë prej të anketuarave tona i kanë dëgjuar shpesh, pasqyrojnë mënyrën se si normat gjinore (se gratë duhet të jenë vetësakrifikuese, të qeta dhe të bindura) depërtojnë në praktikën mjekësore.
- Normalizimi i mizorisë dhe abuzimit: Kur një praktikë abuzive bëhet pjesë e rutinës, ajo normalizohet brenda stafit – një fenomen që është quajtur "normalizimi i mizorisë" në kujdesin obstetrik (Chadwick, 2025). Për shembull, nëse në një spital është praktikë e zakonshme të kryhen episiotomi pa pyetur, ose të bërtitet ndaj grave që të shtyjnë, stafi i ri socializohet gradualisht për t'i konsideruar këto sjellje të pranueshme apo madje të domosdoshme. Me kalimin e kohës, si ofruesit, ashtu edhe pacientet fillojnë ta shohin abuzimin si të sihte normale. Ky normalizim përbën një pengesë madhore për ndryshim, sepse krijon një kulturë heshtjeje dhe bashkëfajësie. Të dhënat tona e ilustrojnë qartë këtë: gratë raportuan se kur qanin apo protestonin për trajtimin e keq, shpesh talleshin me përgjigje si "të gjitha kemi kaluar nëpër këtë" ose "ka të tjera më keq se ti", duke minimizuar kështu shqetësimin e tyre të ligjshëm. Reagime të tilla tregojnë se sjelljet abuzive janë normalizuar deri në atë pikë sa humbet empatia.

Marrë së bashku, kjo kornizë konceptuale çon në një kuptim kritik: abuzimet e përshkruara nga gratë në këtë studim nuk janë thjesht rezultat i disa infermiereve ose mjekëve "të këqij" që kanë patur një ditë të keqe, por i një sistemi që e organizon lindjen rreth kontrollit, hierarkisë dhe bindjes. Procesi i medikalizimit dhe modelet teknokratike e normalizojnë një kujdes me shumë ndërhyrje dhe me pak pëlqim të informuar; teoria e Tradhtisë Institucionale zbulon se si mjediset që supozohet të jenë mbrojtëse mund të shndërrohen vetë në hapësira të dëmit të thellë; padrejtësia epistemike shpjegon se si rrëfimet e grave për dhimbjen dhe përvojën e tyre të mishëruar, në mënyrë rutinore vihen në dyshim ose zhvlerësohen; ndërsa analizat e hierarkive të pushtetit dhe patriarkisë nxjerrin në pah se si pritjet e përqendruara rreth gjinisë – që gratë duhet të jenë vetësakrifikuese, të bindura dhe të heshtura – e legjitimojnë si mizorinë e hapur, ashtu edhe indiferencën e përditshme. Të lexuara së bashku, këto perspektiva ndihmojnë të kuptohet se si praktikat që gratë i përjetojnë si poshtëruese dhe të dhunshme mund të jenë njëkohësisht të dukshme për to, por megjithatë të normalizohen, të mbrohen ose të injorohen brenda kulturave profesionale.

Ky lexim sistemik rezonon me studimet dhe aktivizmin nga Amerika Latine, ku termi "dhunë obstetrike" u shfaq për herë të parë nga lëvizjet feministe për t'i emërtuar këto shenja si një formë specifike dhune ndaj grave, dhe jo si efekte anësore të pafata të kujdesit mjekësor (Castro & Frias, 2020). Shtjellimi i dhunës obstetrike si "thellësisht e rrënjosur në strukturat patriarkale që i bëjnë trupat e grave dhe lindjen objekt kontrolli" (Castro & Frias, 2020) thekson se këtu kemi të bëjmë me shkelje serioze të autonomisë trupore dhe dinjitetit, jo me pakënaqësi të vogla. Autorë si Vacaflor (2016) dhe Díaz-Tello (2016) e përkufizojnë dhunën obstetrike si dhunë të ushtruar nga personeli shëndetësor mbi trupat e grave shtatzëna dhe proceset e tyre riprodhuese, përmes trajtimit çnjerëzor, mjekësizimit të tepërt dhe patologjizimit të proceseve natyrore, të cilat e kanë bazën në sisteme më të gjera të pabarazisë gjinore. Vendosja e gjetjeve tona brenda kësaj gjenealogjie teorike dhe politike e lidh përvojën e grave në Kosovë me një luftë më të gjerë transnacionale për ta njohur dhunën obstetrike si një formë të abuzimit institucional të bazuar në gjini dhe një shkelje të të drejtave të njeriut, e jo si një tipar të pashmangshëm ose të pranueshëm të procesit të lindjes..

4.3 Korniza Ligjore

Instrumentet ndërkombëtare për të drejtat e njeriut ofrojnë bazën konceptuale për ta kuptuar dhunën obstetrike si një formë të dhunës me bazë gjinore dhe dhunës institucionale. Edhe pse këto instrumente rrallëherë e emërtojnë drejtpërdrejt dhunën obstetrike, parimet e tyre themelore mbi dinjitetin, autonominë, integritetin trupor,

pëlqimin e informuar dhe mbrojtjen nga trajtimi poshtërues përputhen ngushtë me përkufizimet feministe të dhunës obstetrike si shkelje e të drejtave themelore të grave.

Konventa e Stambollit (Këshilli i Evropës, 2011)

Konventa e Stambollit e përkufizon dhunën ndaj grave gjerësisht si "të gjitha aktet e dhunës me bazë gjinore që rezultojnë, ose ka gjasë të rezultojnë, në dëm apo vuajtje fizike, seksuale, psikologjike ose ekonomike" (Neni 3). Edhe pse nuk e përmend shprehimisht dhunën obstetrike, ky përkufizim i gjerë konceptualisht përfshin edhe keqtrajtimin që ndodh në kuadër të kujdesit shëndetësor riprodhues. Detyrimet e kujdesit të duhur që përcakton Konventa – që shtetet të parandalojnë, hetojnë, ndëshkojnë dhe të ofrojnë reparacion për të gjitha format e dhunës – e vendosin dhunën obstetrike brenda një vazhdimësie më të gjerë të pabarazive gjinore dhe pushtetit institucional. Studiues/e kanë argumentuar se të njëjtat hierarki të gjinisë dhe norma strukturore që e ushqejnë dhunën në familje, nxisin edhe keqtrajtimin gjatë lindjes, duke e bërë Konventën një mjet të rëndësishëm konceptual për ta pozicionuar dhunën obstetrike në kuadër të peizazhit më të gjerë të dhunës institucionale me bazë gjinore (Hand, 2023).

CEDAW dhe mekanizmat e OKB-së për të drejtat e njeriut

Rekomandimi i Përgjithshëm nr. 24 i Konventës për Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (CEDAW, 1979) mbi Gratë dhe Shëndetin (1999) e vë theksin tek pëlqimi i informuar, dinjiteti dhe autonomia si përbërës thelbësorë të të drejtave të grave në shëndetësi, dhe i identifikon abuzimet në kujdesin shëndetësor si forma diskriminimi. Rekomandimi i Përgjithshëm nr. 35 mbi dhunën me bazë gjinore (2017) e sqaron më tej se dhuna ndaj grave përfshin edhe dhunën që ndodh brenda shërbimeve shëndetësore, duke përfshirë edhe kujdesin shëndetësor riprodhues. Edhe pse asnjëri nga këto dokumente nuk liston veçmas praktika specifike obstetrike, parimet që ato artikulojnë – mbrojtje nga detyrimi dhe imponimi, respektim i integritetit trupor, mosdiskriminim dhe liri nga trajtimi mizor, çnjerëzor ose poshtërues – janë drejtpërdrejt të zbatueshme për format e keqtrajtimit të dokumentuara globalisht gjatë lindjes (p.sh. procedura pa pëlqim, neglizhencë, poshtërim verbal ose mohimi i informacionit).

Organet e OKB-së për të drejtat e njeriut, veçanërisht Raportuesja e Posaçme për Dhunën ndaj Grave (Simonovic, 2019), gjithnjë e më shumë e kanë kornizuar keqtrajtimin gjatë lindjes si shkelje të të drejtave të njeriut, duke e forcuar pozicionimin konceptual të dhunës obstetrike brenda standardeve ndërkombëtare për dhunën me bazë gjinore.

Standardet e OBSH-së dhe udhëzimet profesionale

Korniza e Cilësisë së Kujdesit e OBSH-së (WHO, 2016) dhe Deklarata e saj për Parandalimin e Mospërfilljes dhe Abuzimit gjatë Lindjes (2014) e artikulojnë kujdesin e respektueshëm gjatë shtatzënisë dhe lindjes si një detyrim të bazuar në të drejtat e njeriut. Këto dokumente afirmojnë se pëlqimi i informuar, privatësia, mos-diskriminimi dhe mbrojtja nga abuzimi janë komponentë thelbësorë të cilësisë së kujdesit maternal, dhe e konceptualizojnë keqtrajtimin jo si dështim klinik, por si shkelje të të drejtave. Udhëzimet etike të organeve profesionale si Federata Ndërkombëtare e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës (FIGO), në mënyrë të ngjashme, e përcaktojnë respektin, autonominë dhe dinjitetin si detyrime thelbësore etike, duke e vendosur keqtrajtimin obstetrik brenda një kornize më të gjerë të shkeljes profesionale dhe përgjegjësisë institucionale.

Zhvillime krahasuese ligjore

Disa shtete në Amerikën Latine – si Venezuela, Argjentina dhe Meksika – e kanë përkufizuar në mënyrë eksplicite dhunën obstetrike në legjislacion, si rezultat i dekadave të mobilizimit feminist në rajon. Këto përkufizime ligjore e konceptualizojnë dhunën obstetrike si praktika çnjerëzore, detyruese dhe tej mase të medikalizuara, të cilat cenojnë autonominë riprodhuese dhe dinjitetin e grave (Díaz-Tello, 2016; Vacaflor, 2016). Edhe pse nuk mund të transpozohen drejtpërdrejt në kontekste të tjera ligjore, këto modele ilustrojnë mënyrën se si dhuna obstetrike është zhvilluar konceptualisht drejt një forme të pranuar të dhunës institucionale dhe me bazë gjinore brenda diskursit global feminist dhe të të drejtave të njeriut.

Marrë së bashku, këto korniza të të drejtave të njeriut përcaktojnë këndvështrimin ligjor të këtij raporti. Dhuna obstetrike kuptohet këtu si një shkelje gjinore, institucionale dhe e të drejtave njerëzore, e rrënjosur në pabarazi strukturore. Ky themelim konceptual udhëheq interpretimin e gjetjeve të anketës dhe sqaron pse sjelljet e dokumentuara nga gratë në këtë studim përbëjnë dhunë dhe diskriminim, e jo thjesht episode të izoluara të kujdesit të dobët ndërpersonal.

5. Gjetjet: Përhapja dhe llojet e keqtrajtimit

Rezultatet e anketës e nxjerrin në pah dhunën obstetrike në Kosovë si të përhapur gjerësisht dhe shumëdimensionale. Nga ana kuantitative, një shumicë dërrmuese, 95.3% (1,171 gra) **e të anketuarave**, raportuan se kanë përjetuar të paktën një formë keqtrajtimi ose abuzimi gjatë lindjes apo kujdesit të lidhur me shtatzëninë dhe periudhën pas lindjes. Me fjalë të tjera, pothuajse të gjitha gratë në kampionin tonë që kanë lindur në një institucion shëndetësor në Kosovë kanë përjetuar një shkelje të të drejtave ose dinjitetit të tyre – një përhapje alarmante që tregon për një problem

sistemik, jo për episode të izoluara. Vetëm një përqindje shumë e vogël e mostrës (4.7% apo 58 gra) kanë deklaruar se "nuk kanë përjetuar asnjërën prej këtyre" (opsioni i pyetësorit "asnjë nga sa më sipër"). Në këtë nëndarje paraqiten në detaje llojet e keqtrajtimit, shpeshtësia e tyre dhe shembuj ilustruese nga rrëfimet e grave, të organizuara në përputhje me kategoritë e njohura të dhunës obstetrike. Për secilin lloj paraqitet përqindja e grave në kampionin tonë që e kanë përjetuar atë (duke pasur parasysh se shumë gra kanë përjetuar njëkohësisht disa lloje keqtrajtimi).

(a) Neglizhimi dhe braktisja e grave në lindje (mungesa e kujdesit): Forma më e shpeshtë e raportuar e keqtrajtimit ishte neglizhimi, i përmendur nga rreth 70.9% (871 gra) e të anketuarave. Kjo përfshinte personelin që injoronte ose minimizonte thirrjet e grave për ndihmë, i linte gratë vetëm ose pa mbikëqyrje për periudha të gjata kohore dhe nuk ofronte kujdes apo rehati bazike. Gratë përshkruan shpesh se janë lënë krejtësisht vetëm për orë të tëra gjatë fazës së hershme të lindjes apo edhe gjatë fazës aktive, ndonjëherë duke bërtitur nga dhimbjet pa marrë asnjë përgjigje. 48.7% (599 gra) deklaruan në mënyrë specifike se janë "lënë vetëm për orë të tëra gjatë dhimbjeve të lindjes". Në terma praktikë, kjo do të thotë se asnjë pjesëtar i stafit mjekësor (apo person shoqërues) nuk ka qëndruar me to dhe nuk i ka kontrolluar rregullisht, madje as kur kontraksionet janë intensifikuar – një situatë që i ka bërë shumë prej tyre të ndihen në frikë dhe dëshpërim.

Një grua kujtoi se ishte injoruar për orë të tëra ndërsa ishte në dhimbje:

"Më kanë lënë [vet] prej orës 3 të mëngjesit deri në orën 14:00 mesditë; asnjë motër aty nuk më ka ndihmuar." (ID325.3)

Një pjesëmarrëse tjetër raportoi se i ishte thënë të duronte dhimbjen, me arsyetimin se edhe gratë e tjera e kishin përballuar më parë:

"Kadalni se nomin se keni bo, edhe na kena lind duroni pak." (ID34.5)

Komente të tilla e minimizojnë vuajtjen dhe nënkuptojnë se gratë nuk duhet të presin ndihmë – duke reflektuar një formë të neglizhencës së normalizuar. Pasojat e këtij braktisjeje mund të jenë tragjike. Një pjesëmarrëse përshkroi një skenë tronditëse, ku neglizhenca çoi në një lindje në korridor, pa dinjitet:

"Pash me sy te mi foshnje të vdekur të pacientes që kisha në dhome (e cila lindi e vetme ne korridor e neglizhuar nga stafi)... As kutitë e plastikes ku vendosen foshnjet e vdekura nuk i ka siguru spitali." (ID6.2)

Ky rast pasqyron disa forma të dhunës obstetrike: neglizhencë dhe braktisje gjatë procesit të lindjes, trajtim jodinjitoz dhe poshtërues, si dhe dështime të rënda të

sistemit shëndetësor. Menaxhimi i papërshtatshëm i vdekjes së të porsalindurit – përfshirë mungesën e pajisjeve bazike dhe ekspozimin e pacienteve të tjera ndaj skenave traumatike – shkon përtej mosrespektimit të standardeve profesionale dhe zbulon një shpërbërje më të thellë institucionale. Së bashku, këto veprime përbëjnë një shkelje të thellë të dinjitetit, sigurisë dhe detyrimit themelor për kujdes.

(b) Abuzimi Verbal dhe Trajtimi i Padinjitetshëm: Më shumë se gjysma e pjesëmarrëseve në anketë **(57.7%, 709 gra)** raportuan një formë të abuzimit verbal ose emocional – ku kishin qenë të qortuara, tallura apo iu ishte folur në mënyrë të ashpër – nga punonjësit shëndetësorë gjatë përvojës së lindjes. Abuzimi verbal u përshkrua fuqishëm në narrativat dhe varionte nga urdhrat me britma deri te fyerjet e hapura. Shembuj të shpeshtë përfshinin staf që u thoshte grave fjali si "Mos bërtit!", ose që i tallnin gratë sepse shprehnin dhimbje ose frikë.

Disa gra rikujtuan komente poshtëruese, të synuara për t'i bërë të ndihen të turpëruara. Për shembull, grave në lindje u drejtoheshin fraza që nënkuptonin se, meqë kanë mbetur shtatzënë, ato vetë e kanë "fituar" këtë dhimbje dhe prandaj nuk kanë të drejtë të ankohen. Një grua raportoi se këtë frazë e kishte dëgjuar vazhdimisht:

"...boll ma se vet e ke lypë..." (ID121.1)

Një grua tjetër rrëfeu një koment veçanërisht vulgar nga një infermiere, drejtuar një vajze të re, ku turpërimi përdorej për ta heshtur atë:

"Një infermiere i tha një vajze 18-vjeçare: 'Hiç mos bërtit, se ta ka kojt me ba seks.'" (ID 120.3)

Këto lloj deklarimesh përbëjnë dhunë të qartë psikologjike – ato e përbuzin dhe e minimizojnë dhimbjen dhe frikën krejtësisht të vlefshme të gruas, duke përdorur turpin dhe frikësimin për ta bërë gruan të heshtë. Disa gra përshkruan se janë ndjerë krejtësisht të çnjerëzuara nga ky trajtim. Një e anketuar shpjegoi se kishte simptome të stresit post-traumatik për shkak të përvojës:

"Pas lindjes, kisha frikë kur shihja burra të panjohur sepse më rikujtonin mjekun. Për mua, lindja ishte një traumë – jo një përvojë e bukur e të bërit nënë.." (ID4.3)

Abuzimi verbal mund të lërë gjurmë të thella emocionale; shumë gra theksuan se këto fjalë mizore "ende u kumbojnë" në mendje shumë kohë pas lindjes. Disa vërejtën se pjesëtarë të caktuar të stafit, veçanërisht disa mami apo mjekë të gjeneratës më të vjetër, dukeshin sikur e trajtonin gruan në mënyrë pothuajse ndëshkuese – si të duhej "t'i jepej një mësim" për faktin që ankohej. Përhapja prej 57.7% e grave që kanë

përjetuar trajtim verbal/ashpër tregon një problem serioz të mungesës së respektit. Sipas OBSH-së, "poshtërimi i thellë dhe abuzimi verbal" dokumentohen në mënyrë të përsëritur në repartet e maternitetit në mbarë botën – Kosova, për fat të keq, nuk bën përjashtim.

(c) Procedura mjekësore pa pëlqim ose të detyruara: **211 gra (17.2% e mostrës)** raportuan se u është kryer procedurë mjekësore pa pëlqimin e tyre të informuar. Kjo përfshinte ndërhyrje si epiziotomia (prerje kirurgjikale për zgjerimin e kanalit të lindjes), infuzione me oksitocinë për përshpejtimin e lindjes, lindje me forcip, apo edhe operime cezariane të kryera pa i shpjeguar nënës se çfarë po bëhej dhe pse, ose në disa raste shprehimisht në kundërshtim me vullnetin e saj. Kjo kategori përfshin gjithashtu veprime si nxjerrja manuale e placentës, procedurat e "pastrimit" të mitrës (kiretazh), etj., të kryera pa pëlqim ose pa anestezi të mjaftueshme (që përbën një problem të dyfishtë të mungesës së pëlqimit dhe të menaxhimit të dhimbjes). Veçanërisht traumatike rezultuan procedurat kirurgjikale pa anestezi të duhur ose pa pëlqim, siç del nga të dhënat:

- Mohimi i anestezisë: Një numër tronditës grash raportuan se gjatë qepjes së shqyerjeve ose kryerjes së procedurave pas lindjes, mjekët nuk përdorën anestezi. Disa e kërkuan në mënyrë eksplicite dhe u refuzuan. Një rrëfim i një gruaje:

  Në QKUK më kanë bërë kiretazh pa anestezion. Ka qenë trauma më e madhe e jetës time. Kurrë nuk kthehem më atje. (ID69.1)

Ajo shtoi se e ka lënë atë spital me ankth të rëndë dhe se është betuar se nuk do të kthehet më kurrë. Në një rast tjetër, pas një aborti spontan, një gruaje iu tha se duhej t'i nënshtrohej "pastrimit" të mitrës pa anestezi; kur ajo refuzoi nga frika e dhimbjes, u qortua dhe madje u detyrua të nënshkruante një formular për marrje përgjegjësie, duke e detyruar në thelb të vazhdonte procedurën nën kërcënimin se nëse do të vdiste, do të ishte faji i saj (ID69.2). Këto raste ilustrojnë se si mungesa e pëlqimit dhe mungesa e lehtësimit të dhimbjes shpesh ndërthuren – lutjet e grave për anestezi u anashkaluan dhe ato iu nënshtruan procedurave duke qenë plotësisht të vetëdijshme dhe në agoni, çka konsiderohet formë dhune që i afrohet mizorisë ose torturë.

- Detyrimi fizik: Disa gra përshkruan raste kur përpoqën të refuzonin ose t'i rezistonin një procedure dhe u detyruan fizikisht. Për shembull, një grua tregoi se në "box"-in e lindjes përshkroi se i ishte përshkruar një infuzion pa arsye të qartë mjekësore, vetëm për ta përshpejtuar procesin; **kur ajo e refuzoi, u kërcënua nga stafi se nuk do ta ndihmonin më (ID54.2).**

Nga një këndvështrim i të drejtave, një kujdes i tillë pa pëlqim shkel vetë politikat e shpallura të Kosovës, sipas të cilave kujdesi shëndetësor duhet të ofrohet mbi bazën e pëlqimit të informuar, si dhe standardet e OBSH-së. Fakti që 17.2% e grave raportojnë situata të tilla tregon se kultura e pëlqimit është e dobët në shumë institucione. Në disa prej narrativave, gratë e kuptonin vetëm më vonë se diçka u ishte bërë, për të cilën ato do të duhej të kishin pasur të drejtë zgjidhjeje – çka tregon një vetëdije të ulët të pacienteve për të drejtat e tyre, të cilën ofruesit mund ta shfrytëzojnë.

(d) Dhuna fizike dhe përdorimi i forcës: Sipas statistikave kuantitative, 216 e të anketuarave raportuan se kanë përjetuar dhunë fizike dhe përdorimi të forcës së panevojshme. Narrativat kualitative zbulojnë se keqtrajtimi fizik shpesh shfaqet si neglizhencë e rëndë mjekësore ose si trajtim i ashpër në momente të skajshme të cenueshmërisë.

Të anketuarat përshkruan raste në të cilat integriteti i tyre fizik u cenua jo vetëm përmes dhunës së drejtpërdrejtë verbale, por edhe përmes përdorimit të forcës fizike dhe ndërhyrjeve invazive të dhimbshme. Një grua, për shembull, raportoi se mamia kishte ushtruar presion të fortë mbi barkun e saj, duke i shkaktuar gjakderdhje dhe një pastrim të dhimbshëm manual për shkak të placentës që nuk doli e plotë:

"Në lindjen e dytë mamia më shtypi në bark, më shkaktoi gjakderdhje dhe pastrim me dorë për shkak të placentës që nuk doli e plotë." (ID91.2)

Dëshmi të tjera përshkruajnë situata në të cilat stafi i detyronte gratë të kryenin veprime fizike menjëherë pas operacionit, pa asnjë asistencë, duke injoruar dhimbjen e tyre. Një e anketuar tregoi se ishte detyruar të ngjitej shkallëve menjëherë pas prerjes cezariane, ndërsa stafi e qortonte për ngadalësinë:

"Kur nuk mujsha me ecë ma bojshin ec ec çka po ndalesh se s'kem kohë me të prit... disa herë ka pas raste që beba desh m'ka ra prej dore prej dhimbjeve." (ID329.1)

(e) Diskriminimi dhe mohimi i kujdesit: Të dhënat kuantiative rreth refuzimit të kujdesit për arsye të paragjykimeve tregojnë se 161 nga të anketuarat e kanë përjetuar këtë lloj të dhunës. Ato kualitative tregojnë se mohimi i kujdesit shpesh buron nga apatia e stafit, joprofesionalizmi ose mungesa e lidhjeve personale ("të njofshëm"). Përveç kësaj, disa dëshmi sugjerojnë se kjo përbuzje mund të ndërthuret edhe me përkatësinë etnike, në veçanti ndaj grave rome, duke u shfaqur si kombinim i neglizhencës, dehumanizimit dhe përdorimit të gjuhës stigmatizuese.

Një e anketuar përshkroi mënyrën se si një grua rome në të njëjtën dhomë u la pa ndihmë në një gjendje shumë të rëndë pas lindjes, ndërsa stafi i bërtiste në vend që ta mbështeste:

"Në dhomë kisha një grua nga komuniteti rom; pas lindjes ajo ishte në gjendje shumë të rënduar, nuk e dinte as ku ishte, as çfarë po bënte. Vinin motrat dhe i bërtisnin 'jepi vajzës me pi', ndërsa ajo nuk ishte në gjendje. Më pas kërkoi të shkonte në tualet; askush nuk erdhi ta ndihmonte, u detyrua të çohej vetë dhe tek dera i ra të fikët. Erdhen, e sollën prapë në shtrat dhe përsëri i bërtisnin." (ID300.1)

Një tjetër dëshmi nxjerr në pah kombinimin e paragjykimit gjinor, religjioz dhe mosrespektimit të nevojave elementare fizike të lehonës, duke ilustruar si stigmatizimi i pamjes dhe identitetit shoqërohet me kushte të papranueshme të kujdesit:

"Mamia më tha 'shyqyr që e hoqe shamin se mendova që je burrë'. Kam lindur në parasallë, duke më thënë se 'ka kohë lindja', dhe pasi linda, temperatura në dhomë ishte 18 gradë; fillova të kisha shumë ftohtë si lehonë dhe ajo nuk e ndali klimën, sepse tha 'era këtu na mbyt'." (ID91.3)

(f) Mungesa e privatësisë dhe kushtet johigjienike: Pjesëmarrëset shpesh kanë theksuar infrastrukturën e dobët dhe ambientet johigjienike si burime të rëndësishme ankthi dhe rreziku mjekësor. Këto dështime sistemike pasqyrohen edhe në rezultatet e anketës, ku 589 gra (47.9%) raportuan se u janë kryer procedura mjekësore në prani të personave të tjerë dhe 14.5% (n=178) raportuan ekzaminime të kryera pa doreza. Këto kushte shpesh krijonin kërcënime të drejtpërdrejta për shëndetin e nënës dhe të fëmijës, me raportime për infeksione të marra si rezultat i materialeve spitalore jo të pastra dhe mungesës së faciliteteve bazike.

Një e anketuar i përshkroi kushtet si katastrofike, duke theksuar se pacienteve shpesh u mohohej qasja në banjo funksionale dhe qortoheshin kur përpiqeshin të gjenin alternativa:

"Kushtet higjienike ishin katastrofike: mungesë uji, WC të mbyllura dhe stafi që më qortonte kur përdora banjën e tyre." (ID6.5)

Një grua tjetër vuri në dukje rrezikun e ndotjes nga qarqafët e përdorur, duke treguar se i ishin dhënë mbulesa të pista që i shkaktuan probleme të lëkurës foshnjës, ndërkohë që nënat pas prerjes cezariane detyroheshin të pastronin vetë dhomat e tyre:

"Mbulesat i kam pas me gjak të dikujt tjeter... filloi edhe beba të kishe puqrra nga higjiena. Aty ku të gjitha ishim me prerje cezariane detyroheshim ta mbanim dhomen pastër vetë përshkak të vizitave mjekësore." (ID57.6)

Kjo tregon se 'kushtet e këqija' nuk janë thjesht një çështje estetike, por dështime funksionale: ambiente të pista që shkaktojnë sëmundje dhe mungesë infrastrukture që vë në rrezik sigurinë fizike gjatë periudhës së rikuperimit.

(g) Përmbledhje e shpeshtësisë së keqtrajtimit: Për ta sintetizuar në formë liste – nga 1,229 **gratë e anketuara**:

1,171 raste nga mostra kanë raportuar se kanë përjetuar të paktën një formë dhune ose keqtrajtim gjatë kujdesit obstetrik. 58 raste nga mostra kanë raportuar se nuk kanë përjetuar asnjë formë abuzimi.

Frekuenca e llojeve specifike të keqtrajtimit është siç vijon:

709 raste nga mostra kanë raportuar momente ofenduese ose poshtëruese nga stafi shëndetësor (P.sh. "Mos bërtit!" ose "Vet e ke lypë!")
211 raste nga mostra kanë raportuar procedura mjekësore pa pëlqimin e informuar (si epiziotomia, anestezia, prerja cezariane)
871 raste nga mostra kanë raportuar neglizhencë ose shpërfillje të dhimbjes (mungesë reagimi ndaj kërkesave për ndihmë).
216 raste nga mostra raportuar trajtim fizik të dhunshëm ose përdorim force pa nevojë (p.sh., presion i panevojshëm fizik gjatë lindjes)
589 raste nga mostra kanë raportuar procedura mjekësore para të tjerëve (si ekzaminimi në një dhomë me pacientë të tjerë)
178 raste nga mostra – kanë raportuar ekzaminim pa dorëza nga stafi mjekësor
334 raste nga mostra kanë raportuar ndërhyrje të panevojshme gjatë lindjes (p.sh., shtypja e barkut me forcë – manovra Kristeller)
599 raste nga mostra kanë raportuar lënie vetëm për orë të tëra gjatë dhimbjeve të lindjes
161 raste nga mostra kanë raportuar refuzim kujdesi për arsye të paragjykimeve (si për statusin ekonomik, etnik ose numrin e lindjeve)

353 raste nga mostra kanë raportuar procedura apo ekzaminime të kryera në kushte jo higjienike

Këto kategori ndërthuren – për shembull, një grua mund të ketë raportuar më shumë se një formë abuzimi. Në fakt, shumica e grave raportuan forma të shumëfishta të abuzimit. Një grupim i shpeshtë i vërejtur ishte: gruaja neglizhohet për një kohë (nuk i ofrohet asistencë), dhe kur stafi afrohet, ajo trajtohet me vrazhdësi dhe ndaj saj kryhen ndërhyrje të shpejta pa pëlqim. Pra, një kombinim i neglizhencës, abuzimit verbal dhe mungesës së pëlqimit. Një tjetër grupim përfshin: mungesën e lehtësimit të dhimbjes (injorimi i kërkesave) i kombinuar me procedura detyruese (ndërhyrje me forcë) dhe intimidim verbal për të siguruar bindjen e pacientes.

(h) Shpërndarja sipas institucioneve: Shumica e përvojave abuzive të raportuara kanë ndodhur në sektorin publik. 62.2% e rasteve të abuzimit janë raportuar në qendrën kryesore terciare, QKUK në Prishtinë. Kjo është e pritshme duke pasur parasysh se aty kryhet vëllimi më i madh i lindjeve dhe pranohen referime nga e gjithë ana e vendit. Një shtesë prej 17.2% kanë ndodhur në spitalet rajonale publike. Vetëm 2.0% e rasteve janë raportuar në klinika private, shifër që me gjasë reflekton faktin se më pak gra lindin në privat për shkak të kostos, si dhe faktin se ato që lindin atje mund të marrin një kujdes më të individualizuar. Më tej, 15.0% bëjnë pjesë në kategorinë "tjetër", e cila përfshin njësitë më të vogla komunale të maternitetit dhe gratë që kanë përjetuar keqtrajtim në institucione të ndryshme. Rreth 3.4% e të anketuarave raportuan abuzim në lokacione të shumëfishta, ndërsa 0.2% kishin të dhëna të munguara ose të pa klasifikuara për vendndodhjen. Gjetja kryesore është se repartet publike të maternitetit, veçanërisht QKUK-ja, janë epiqendra e raportimeve për dhunën obstetrike. Kjo nuk do të thotë se çdo anëtar i stafit është abuziv, por tregon për probleme sistemike në këto institucione (mbipopullimi, mungesa e stafit, kultura e pandëshkueshmërisë, etj.)

6. Akterët Sistemikë të Dhunës Obstetrike

6.1. Kultura Patriarkale Mjekësore dhe Hierarkitë e Pushtetit

Kujdesi obstetrik në Kosovë (ashtu si në shumë vende të tjera) është i ngulitur në një kulturë tradicionalisht patriarkale të mjekësisë, ku mjekët (historikisht shpesh burra, megjithëse në obstetrikë shumica sot janë gra) mbajnë autoritetin, ndërsa pacientet – veçanërisht gratë në gjendjen e cenueshme të lindjes – pritet të nënshtrohen pa e vënë në dyshim (Castro & Frías, 2020; Chadwick, 2021). Kjo kulturë manifestohet në hierarki të ngurta pushteti:

- Mjeku mbi Pacienten: Mjeku konceptohet si vendimmarrësi përfundimtar, ndërsa pacientja pritet të jetë e dëgjueshme. Gratë në studimin tonë shpesh ndiheshin se nuk kishin zë apo të drejtë kundërshtimi (Sadler et al., 2016).
- Mjeku mbi Mamien/Infermieren: Sistemi i Kosovës mbështetet kryesisht te mjekët për lindjet – 87.5% e lindjeve asistohen nga mjekë, ndërsa vetëm 12% nga mamitë (Agjencia e Statistikave të Kosovës dhe UNICEF, 2020). Kjo sugjeron se mamitë janë të margjinalizuara dhe shpesh funksionojnë më shumë si asistente sesa si profesioniste autonome (Agjencia e Statistikave të Kosovës dhe UNICEF, 2020). Dominimi i mjekëve (dhe brenda këtij grupi, i mjekëve të lartë ndaj stafit të ri) krijon një ambient të ngurtë, të strukturuar nga lart-poshtë (Ortiz et al., 2023). Nëse mjeku mbikëqyrës ka një qasje të vrazhdë dhe të tejmjekësuar, mamitë/infermieret mund të ndihen të paafta të ndërhyjnë apo të ofrojnë kujdes më të dhembshur, edhe kur dëshirojnë ta bëjnë këtë (Bosk, 2003). Megjithatë, narrativat nga sondazhi ynë e kundërshtojnë idenë se mamitë janë spektatore të pafuqishme. Pjesëmarrëset në mënyrë dërrmuese i identifikuan mamitë si kryesoret në ushtrimin e abuzimit verbal dhe fizik. Kjo sugjeron një paradoks kompleks: edhe pse mamitë janë të nënshtruara ndaj strukturës mjekësore, ato e kompensojnë këtë pafuqishmëri duke ushtruar dominim mbi gratë që po lindin, duke e kthyer sallën e lindjes në një hapësirë ku ato shkarkojnë frustrimet e tyre profesionale.
- Normat Gjinore brenda Stafit: Edhe punëtoret shëndetësore gra mund të riprodhojnë qëndrime patriarkale, pasi janë formuar brenda të njëjtit sistem (Shahr, Yazdani & Afshar, 2019). Disa mami më të vjetra mund t'i qortojnë gratë e reja me një mentalitet 'ashtu jam mësuar', duke reflektuar mënyrën si janë trajnuar apo si janë trajtuar vetë (Perera et al., 2018). Ekziston ideja: 'kështu bëhet; ne dimë më mirë; gruaja duhet të bindet'. Në thelb, gruaja që është duke lindur ndodhet në fund të kësaj piramide pushteti.

Kjo pabarazi pushteti çon në depersonalizimin e pacientes. Shumë rrëfime përshkruajnë trajtimin 'si objekt, jo si person' – për shembull, marrjen e vendimeve mbi trupin e tyre sikur ato të mos ishin të pranishme fare..

6.2. Normalizimi i Abuzimit si "Rutinë"

Brenda kësaj kulture hierarkike, disa sjellje abuzive janë normalizuar si pjesë e praktikës rutinë ose si "thjesht mënyra si bëhen gjërat" (Bosk, 2003; Shahr, Yazdani & Afshar, 2019). Stafi shpesh nuk i percepton fare si problem, sepse janë bërë pjesë e pandashme e socializimit profesional. Për shembull, bërtitja ndaj grave gjatë lindjes shpesh justifikohet nga stafi si e domosdoshme për ta bërë gruan të bashkëpunojë ose

të shtyjë në mënyrë efektive (Srinidhi et al., 2025; WHO, 2016). Kjo shihet si një qasje e ashpër, por e justifikuar – "duhet të jemi të rreptë, përndryshe gratë nuk dëgjojnë", siç mund të besojnë disa infermiere. Ky mentalitet e normalizon bërtitjen dhe detyrimin si teknikë 'motivimi', në vend që të shihet si formë abuzimi.

Në të njëjtën mënyrë, kryerja e procedurave pa pëlqim të qartë është bërë rutinë prej kaq kohësh, sa shumë ofrues as që mendojnë dy herë për të – supozojnë se nëse pacientja ka ardhur në spital, ajo nënkupton automatikisht pëlqimin për gjithçka që mjeku e konsideron të nevojshme. Ky normalizim është një formë e socializimit institucional: infermieret dhe mjekët e rinj mësojnë nga mentorët që mund të thonë, "mos e pyet pacienten, vetëm bëje – ne dimë më mirë", dhe ky model përcillet brez pas brezi (Hafferty, 1998; Van Maanen & Schein, 1979).

Nga të dhënat tona: gratë përsëritën shpesh se kur kundërshtonin apo ngrinin ndonjë shqetësim (si kërkesa për pastërti ose pyetjet mbi një procedurë), ato injoroheshin. Kjo sugjeron se nga perspektiva e ofruesve, çështjet që ngre gruaja (dhimbja, modestia, frika) perceptohen si të parëndësishme ose si diçka që pritet të durohet (Chadwick, 2021; Scarry, 1985).

6.3 Kufizimet e Burimeve dhe Ngarkesa Sistemike

- Edhe pse dhuna obstetrike shfaqet edhe në sisteme mirë të financuara (Díaz-Tello, 2016), kufizimet strukturore në Kosovë e thellojnë – por nuk e arsyetojnë – keqtrajtimin. Mungesat strukturore formësojnë kushtet ku mungesa e respektit normalizohet, por sjelljet abuzive mbeten shkelje e standardeve profesionale dhe të drejtave të njeriut, jo rezultat i pashmangshëm i mungesës së burimeve.
- Mungesa e stafit: Raportet e shumta të grave për t'u lënë të pambikëqyrura reflektojnë mungesat kronike të fuqisë punëtore në shërbimet obstetrike në Kosovë. Të dhënat kombëtare për numrin e mamive nuk ekzistojnë, por Shërbimi Spitalor Klinik Universitar i Kosovës (ShSKUK) e ilustron përmasën e ngarkesës: Klinika e Gjinekologjisë dhe Obstetrikës funksionon me 220 infermiere/mami të shpërndara në të gjitha repartet dhe me mbulim 24/7, pavarësisht se menaxhon mbi 8,000 lindje në vit (ShSKUK, n.d.). Kjo e bën mbështetjen e vazhdueshme strukturalisht të vështirë. Evidenca ndërkombëtare tregon se mungesa e stafit sjell vonesa në reagim, kujdes të fragmentuar dhe rritje të rrezikut për neglizhencë (Trost et al., 2022). Megjithëse mbingarkesa mund të tensionojë marrëdhëniet dhe të rëndojë durimin profesional, lodhja e thellë shpjegon sjelljen – nuk e justifikon abuzimin verbal apo fizik. Shkurtimet e nxitura nga stresi – si kryerja e procedurave me nxitim ose anashkalimi i pëlqimit – janë të

dokumentuara gjerësisht në sisteme obstetrike të mbingarkuara (Freedman et al., 2014).

- Mungesa e trajnimit në RMC: Trajnimi në kujdesin e respektueshëm gjatë lindjes (Respectful Maternity Care – RMC) dhe në komunikimin me pacientet duket i kufizuar në rrugët e edukimit klinik në Kosovë. Kur programet mësimore dhe edukimi i vazhdueshëm nuk e theksojnë kujdesin me bazë të drejtat, stafi ka tendencë të riprodhojë normat ekzistuese dhe sjelljet e kolegëve (Rubashkin & Minckas, 2018; Srinidhi et al., 2025). Ky është një boshllëk strukturor, jo thjesht mungesë e njohurive individuale.
- Furnizime dhe infrastrukturë të pamjaftueshme: Gratë raportuan mungesë dhomash, shtretërish, materialesh dhe privatësie. Infrastruktura e dobët – si dhomat e lindjes të përbashkëta pa perde, mungesa e mjeteve të lehtësimit të dhimbjes, ose mungesa bazike si uji i ngrohtë – krijon ambiente ku ekspozimi dhe mosrespektimi normalizohen (Bohren et al., 2015). Këto janë dështime në nivel sistemi që formësojnë drejtpërdrejt përvojat e dhunës obstetrike përmes degradimit të cilësisë dhe dinjitetit të kujdesit (Sadler et al., 2016).
- Pagë e ulët dhe djegie profesionale (burnout): Shumë punonjës shëndetësorë në Kosovë janë të paguar pak dhe punojnë në kushte kërkuese. Burnout-i mund të shfaqet përmes mpirjes emocionale, irritimit ose cinizmit (Lappeman & Swartz, 2019). Megjithatë, kushtet e rënda të punës nuk e legjitimojnë kurrë keqtrajtimin; përkundrazi, ato nënvizojnë nevojën për investim sistemik, mbikëqyrje dhe mbështetje për të parandaluar që sjelljet e dëmshme të transmetohen te pacientet..

6.4 Mungesa e Llogaridhënies dhe Pandëshkueshmëria

Një ndër shtytësit kryesorë strukturorë të dhunës obstetrike në Kosovë është mungesa pothuajse totale e mekanizmave domethënës të llogaridhënies. Ndërsa ofruesit individualë kryejnë aktet e drejtpërdrejta të keqtrajtimit, vazhdimësia e abuzimit duhet kuptuar brenda një sistemi ku ankesat rrallë sjellin pasoja dhe ku inercia institucionale e normalizon dhunën. Gratë në këtë studim përshkruan në mënyrë dërrmuese një kontekst në të cilin sjellja abuzive mbetet e papërballur, e papërmendur ose e pazgjidhur – duke krijuar atë që mund të quhet kulturë e pandëshkueshmërisë.

- Mekanizma jofunksionalë ankesash dhe mosbesim sistemik.
  69% e të anketuarave që përjetuan dhunë obstetrike zgjodhën të mos e raportonin, shumica duke besuar se "asgjë nuk do të ndryshonte" ose se ankesat do të injoroheshin. Kjo përputhet me të dhënat kombëtare: mekanizmi zyrtar i raportimit në Kosovë – Divizioni për të Drejtat e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor – funksional që nga viti 2013, mbetet institucionalisht i dobët. Në

vitin 2024, ai pranoi 164 ankesa të pranueshme, nga 204 në vitin 2022, dhe vetëm 45 morën përgjigje, ndërsa 119 mbetën pa asnjë përgjigje (Ministria e Shëndetësisë, 2022, 2024). Kjo shkallë e lartë e mosreagimit komunikon, simbolikisht dhe praktikisht, se raportimi është i kotë. Hezitimi i grave për të ankuar nuk është apati, por një reagim racional ndaj mosangazhimit institucional.

- Mungesa e pasojave ligjore dhe administrative.
  Kosova nuk ka një kategori ligjore për dhunën obstetrike dhe as mekanizma të dedikuar për adresimin e keqtrajtimit gjatë lindjes. Raporti i Ministrisë së Shëndetësisë për vitin 2024 dokumenton vetëm dy masa ndëshkimore gjatë gjithë vitit – një gjobë dhe një vërejtje verbale – pavarësisht 52 ankesave që lidhen specifikisht me sjellje joprofesionale të stafit (Ministria e Shëndetësisë, 2024). Asnjë rast i vetëm që lidhet me keqtrajtim gjatë lindjes ose shkelje të të drejtave riprodhuese nuk është identifikuar. Mungesa e padive, e veprimeve disiplinore ose e ndërhyrjeve administrative komunikon një tolerim institucional të heshtur ndaj mosrespektimit dhe abuzimit. Në praktikë, krijohet një vakum llogaridhënieje, në të cilin heshtja e grave – e formuar nga frika dhe kotësia – dhe mosveprimi institucional e ushqejnë njëra-tjetrën.
- Dështime në udhëheqje dhe mbikëqyrje.
  Narrativat e sondazhit përshkruan situata ku stafi i lartë dëshmoi ulërima, komente poshtëruese ose veprime detyruese pa ndërhyrë. Kjo pasivitet sinjalizon ose miratim të heshtur, ose mungesë vullneti institucional për të konfrontuar kolegët. Në sisteme me struktura të forta mbikëqyrëse, sjelljet jorespektuese korrigjohen menjëherë; në sisteme me mbikëqyrje të dobët, këto sjellje normalizohen dhe transmetohen te stafi i ri me anë të shembullit. Hulumtimet nga kontekste të tjera tregojnë se mungesa e llogaridhënies mbikëqyrëse e lejon praktikën abuzive të ngulitet (Freedman et al., 2014). Mjedisi në Kosovë pasqyron këtë model.
- Tradhti institucionale dhe ndikimi psikologjik.
  Dështimi sistemik për t'iu përgjigjur keqtrajtimit e rëndon traumën e grave. Sipas teorisë së tradhtisë institucionale, kur institucionet përgjegjëse për kujdes dhe mbrojtje injorojnë ose përforcojnë dëmin, efektet psikologjike janë më të thella dhe më afatgjata (Smith & Freyd, 2014). Për gratë që përjetuan dhunë obstetrike, mungesa e njohjes zyrtare, e rrugëve të reparacionit ose e mekanizmave reagues jo vetëm që pengon drejtësinë, por e thellon lëndimin emocional, cenon besimin në sistemin shëndetësor dhe ul gatishmërinë e tyre për të kërkuar kujdes në të ardhmen.

Në përmbledhje, pandëshkueshmëria ushqen përsëritjen. Kur sjellja abuzive nuk sjell pasoja – qofshin ato formale, mbikëqyrëse ose sociale – ajo ngulitet si praktikë rutinë e

kujdesit obstetrik. Sistemi aktual në Kosovë, me mekanizma të dobët ankesash, mungesë sanksionesh dhe mbikëqyrje të brishtë, i mbron në mënyrë aktive autorët përmes mosveprimit, duke lejuar që dhuna obstetrike të vazhdojë si praktikë e normalizuar institucionale.

7. Pasojat e Dhunës Obstetrike

Dhuna obstetrike ka pasoja të thella dhe shumëdimensionale për gratë, familjet e tyre dhe sistemin shëndetësor në tërësi. Të dhënat dhe narrativat nga Kosova tregojnë se ndikimi i keqtrajtimit gjatë lindjes nuk është i çastit; ai mund të shkaktojë dëme afatgjata fizike, psikologjike dhe sociale. Në këtë seksion trajtojmë pasojat kryesore të vërejtura: ndërlikimet fizike, trauma psikologjike dhe efektet në shëndetin mendor, erozioni i besimit ndaj sistemit shëndetësor (që shpesh çon në shmangie të kujdesit), dhe viktimizimi sekondar (kur gratë ndihen të pavlefësuara ose fajësuar pas ngjarjes). Po ashtu, diskutojmë mënyrën si këto pasoja individuale grumbullohen në probleme më të gjera të shëndetit publik dhe drejtësisë gjinore.

7.1 Pasojat Fizike

Edhe pse qëllimi i menjëhershëm i kujdesit obstetrik është një nënë dhe foshnje të shëndetshme, dhuna obstetrike mund të kompromentojë shëndetin fizik. Në sondazhin tonë, 23.3% e grave raportuan probleme afatgjata shëndetësore fizike si rezultat i përvojës së tyre të lindjes. Këto probleme varionin nga dëmtime të patrajtuara gjatë lindjes deri te dhimbje kronike dhe ndërlikime të shkaktuara nga kujdesi neglizhent:

- Disa gra ia atribuonin traumën fizike ndërhyrjeve të ashpra – për shembull, përdorimit të forcës së tepruar gjatë lindjes (si manovra Kristeller ose forcipi pa indikacion të qartë), që çuan në dëmtime të brendshme, shqyerje të rënda perineale ose dëmtim të dyshemesë pelvike. Një grua tha: "Jam e detyruar të jetoj me pampersa sepse më dëmtuan muskujt gjatë lindjes. Jeta ime si grua ka mbaruar" (ID128.1).
- Mohimi i lehtësimit të dhimbjes dhe kryerja e procedurave pa anestezi nuk shkakton vetëm dhimbje momentale; ato mund të çojnë në sindroma dhimbjeje kronike ose disfunksion seksual më vonë. Disa gra raportuan se për shkak të dhimbjes ekstreme gjatë qepjes ose kiretazhit, kishin dhimbje pelvike të mbetura ose ind të plagosur të dhimbshëm. Njëra tha: "Jam duke vuajtur pasojat për 14 muaj nga një qepje e gabuar që kërkoi tre ndërhyrje." (ID111.1)
- Për disa gra, dhuna obstetrike u shoqërua ose kontribuoi në ndërlikime serioze obstetrike. Për shembull, neglizhenca në monitorimin e lindjes mund të rezultojë në hemorragji ose në kapjen me vonesë të shenjave të distresit fetal. Edhe pse

të dhënat tona nuk përmbajnë kartela mjekësore për të lidhur direkt rezultatet, disa narrativa sugjerojnë që kujdesi nën standard mund të ketë përkeqësuar rezultatet (p.sh., një foshnje e lindur me ndërlikime pasi nëna u la shumë gjatë në lindje pa ndërhyrje).

Është me rëndësi të theksohet se shumë gra thanë se rikuperimi fizik u vështirësua nga trauma. Ato nuk morën mbështetjen e duhur pas lindjes sepse u larguan nga spitali herët (disa edhe kundër këshillës mjekësore) vetëm për t'i shpëtuar ambientit abuziv, duke mos marrë ndjekjen mjekësore të domosdoshme. Kështu, dhuna obstetrike mund të zgjasë ose përkeqësojë rikuperimin fizik duke larguar gratë nga kujdesi shëndetësor.

7.2 Trauma Psikologjike

Analiza e dëshmive të shkruara nga 334 gra zbulon një barrë të rëndë psikologjike të shkaktuar nga përvoja në spital. Nga totali i të anketuarave, 178 gra përshkruan në mënyrë eksplicite efekte negative emocionale, duke filluar nga ndjenja e poshtërimit e deri te mendimet për vetëvrasje. Këto dëshmi konfirmojnë se dhuna obstetrike nuk është thjesht një perceptim momental, por një ngjarje që lë gjurmë të thella në shëndetin mendor të nënës.

Pasojat psikologjike më të zakonshme të raportuara përfshijnë:.

- Humbje e dinjitetit dhe dehumanizim (108 gra): Kjo ishte kategoria më mbizotëruese në analizë, e raportuar nga 108 gra. Përvojat e tyre karakterizoheshin nga ndjenja e zhvlerësimit total si qenie njerëzore. Dëshmitë përmbanin shpesh terma si "ndjehesha si kafshë", "trajtim shtazarak" ose citime direkte të ofendimeve nga stafi mjekësor (p.sh., "ta ka kojt... bone tash"). Kjo humbje e dinjitetit shërben si bazë për traumat e tjera psikologjike, pasi gratë internalizojnë ndjenjën e pafuqisë dhe fajit për mënyrën se si janë trajtuar..
- Traumë e lindjes dhe stres post-traumatik (88 gra): Për 88 gra, lindja nuk u përshkrua si një ngjarje e gëzueshme, por si një betejë për mbijetesë. Ato përdorën specifikisht terma të rëndë si *"Traumë"*, *"Tmerr"*, *"Horror"* dhe *"Makth"* për ta përshkruar përvojën. Shumë prej tyre raportuan simptoma klasike të PTSD-së, si rikujtime të pavullnetshme (flashbacks) të dhimbjes ose fyerjeve, dridhje trupi kur flasin për ngjarjen dhe shmangie të spitalit.
- Depresion pas lindjes dhe ankth (55 gra): 55 gra raportuan simptoma të qarta të depresionit dhe ankthit të zgjatur, që shkonin përtej mërzisë normale pas lindjes (*baby blues*). Dëshmitë përfshinin rrëfime për të qara të pandalshme, ndjesi pafuqie, vështirësi në krijimin e lidhjes me foshnjën dhe në raste ekstreme, mendime për vetëvrasje ose humbje totale të shpresës. Një pasojë e rëndë e

kësaj gjendjeje ishte edhe ndikimi në jetën intime, ku disa gra raportuan disfunksion seksual si rezultat i frikës dhe kujtimeve gjatë lindjes.

- Frikë nga lindjet e ardhshme - Tokofobi (26 gra): Një pasojë direkte dhe e matshme e dhunës obstetrike është ndryshimi i planeve riprodhuese. 26 gra deklaruan tekstualisht se përvoja e hidhur i ka bërë të vendosin "të mos bëjnë kurrë më fëmijë" ose të kenë frikë ekstreme nga një shtatzëni tjetër. Të tjera specifikuan se, nëse do të lindin sërish, do të shmangin me çdo kusht sistemin publik duke shkuar në spitale private ose jashtë vendit, vetëm për t'i shpëtuar traumës së përsëritur..

Këto efekte psikologjike shpesh ndikojnë në lidhjen nënë–foshnjë dhe në dinamika familjare. Një nënë e traumatizuar ose e depresionuar mund ta ketë të vështirë të krijojë lidhje me të porsalindurin ose të ndiejë faj për këtë (Vega-Sanz, 2025).

7.3 Erozioni i Besimit dhe Shmangia e Kujdesit Shëndetësor

Ndoshta një nga pasojat më të rëndësishme në nivel të shëndetit publik është se dhuna obstetrike gërryen besimin ndaj sistemit shëndetësor. Gratë që kanë përjetuar abuzim janë shumë më pak të prira të kërkojnë kujdes në të ardhmen. Të dhënat tona tregojnë se shumica e humbën besimin:

- 69% nuk e raportuan përvojën e tyre kryesisht për shkak të mungesës së besimit se sistemi do të reagonte. Kjo në vetvete është dëshmi e mosbesimit. Nëse gratë nuk mund t'u besojnë autoriteteve shëndetësore për të trajtuar një ankesë, atëherë besimi i tyre në këto institucione është thyer në themel.

8. Llogaridhënia dhe Peizazhi Ligjor në Kosovë

Sigurimi i llogaridhënies për dhunën obstetrike në Kosovë kërkon të shikohet përtej akteve individuale të abuzimit, drejt strukturave ligjore, institucionale dhe politike që i mundësojnë ato. Kosova ka një kornizë relativisht të dendur garancish kushtetuese, angazhimesh për të drejtat e njeriut, legjislacioni në fushën e shëndetësisë dhe dhunës me bazë gjinore, si dhe institucione mbikëqyrëse. Megjithatë, dhuna obstetrike mbetet e paemërtuar, e pamatshme dhe në praktikë e pakorrigjuar. Ky seksion shqyrton standardet ndërkombëtare dhe rajonale të të drejtave të njeriut, ligjet dhe strategjitë kombëtare, si dhe rolin e Avokatit të Popullit, dhe argumenton se moszbatimi i këtyre kornizave në kujdesin gjatë lindjes përbën një formë të tradhtisë institucionale dhe dhunës strukturore me bazë gjinore.

8.1 Angazhimet Ndërkombëtare dhe Rajonale

8.1.1 Konventa e Stambollit:

Më 25 shtator 2020, Kuvendi i Kosovës miratoi një amendament kushtetues (Amendamenti nr. 26) që i jep efekt të drejtpërdrejtë Konventës së Këshillit të Europës për parandalimin dhe luftimin e dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje (Konventa e Stambollit, CETS nr. 210). Amendamenti e shton Konventën e Stambollit në nenin 22 të Kushtetutës, i cili liston instrumentet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut që janë të zbatueshme drejtpërdrejt dhe që kanë përparësi ndaj ligjeve në rast konflikti. Konventa e Stambollit e përkufizon dhunën ndaj grave si shkelje të të drejtave të njeriut dhe si formë diskriminimi, duke përfshirë "të gjitha aktet e dhunës me bazë gjinore që rezultojnë ose ka gjasa të rezultojnë në dëmtim fizik, seksual, psikologjik ose ekonomik" (neni 3). Edhe pse Konventa ende nuk e emërton drejtpërdrejt dhunën obstetrike, fusha e saj e mbulon qartë keqtrajtimin e grave në kujdesin riprodhues, përfshirë lindjen, kur ky keqtrajtim buron nga marrëdhëniet gjinore të pushtetit dhe shkakton dëme fizike ose psikologjike..

Disa obligime janë veçanërisht të rëndësishme për dhunën obstetrike:

- Detyrimi i kujdesit të duhur dhe masat ligjore. Shtetet duhet të parandalojnë, hetojnë, ndëshkojnë dhe të ofrojnë reparacion për aktet e dhunës ndaj grave (nenet 5, 29–30). Nenet 33 dhe 35 kërkojnë kriminalizimin e dhunës psikologjike dhe fizike. Abuzimi i rëndë, procedurat detyruese ose neglizhenca e qëllimshme gjatë lindjes mund të bien brenda këtyre kategorive kur janë të qëllimshme dhe të dëmshme.
- Trajnimi i profesionistëve. Neni 15 i detyron shtetet të ofrojnë trajnim për profesionistët përkatës mbi parandalimin dhe identifikimin e dhunës ndaj grave dhe mbi barazinë mes grave dhe burrave. Zbatimi me mirëbesim i këtij detyrimi do të kërkonte trajnim sistematik për stafin obstetrik dhe të mamive mbi kujdesin e respektueshëm gjatë lindjes, pëlqimin e informuar dhe praktikat jo-diskriminuese.
- Mbledhja e të dhënave. Neni 11 kërkon mbledhjen e të dhënave të detajuara mbi të gjitha format e dhunës ndaj grave. Mungesa pothuajse totale e të dhënave zyrtare mbi keqtrajtimin gjatë lindjes ose shkeljet e të drejtave në shëndetin amtar në Kosovë bie në kundërshtim të drejtpërdrejtë me këtë obligim..

Strategjia Kombëtare për Mbrojtje nga Dhuna në Familje dhe Dhuna ndaj Grave (2022) synon në mënyrë eksplicite të harmonizojë politikat kombëtare me Konventën e Stambollit, por fokusi i saj mbetet kryesisht te dhuna në familje, dhuna nga partneri intim, ngacmimi seksual dhe format e tjera të dhunës në hapësirat komunitare; dhuna

obstetrike ose dhuna institucionale brenda kujdesit shëndetësor nuk trajtohet në mënyrë të qartë në përkufizimet apo masat e saj..

8.1.2 CEDAW dhe Mekanizmat e Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut

Kosova nuk është shtet anëtar i Kombeve të Bashkuara dhe për rrjedhojë nuk është palë formale e Konventës për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (CEDAW). Megjithatë, CEDAW është përfshirë në mënyrë eksplicite në rendin kushtetues të Kosovës përmes Neni 22, i cili përcakton se të drejtat dhe liritë themelore të garantuara në instrumentet ndërkombëtare të listuara – përfshirë CEDAW – "zbatohen drejtpërdrejt në Republikën e Kosovës dhe, në rast mospërputhjeje, kanë përparësi ndaj dispozitave të ligjeve dhe akteve të tjera të institucioneve publike" (Kushtetuta e Republikës së Kosovës, 2008, neni 22).

Rekomandimi i Përgjithshëm Nr. 35 i CEDAW (2017), i cili përditëson Rekomandimin e Përgjithshëm Nr. 19, e njeh dhunën me bazë gjinore ndaj grave si një formë diskriminimi dhe sqaron se kjo dhunë përfshin edhe aktet e kryera në institucionet shëndetësore (Komiteti për Eliminimin e Diskriminimit ndaj Grave [CEDAW], 2017). Rekomandimi u bën thirrje shteteve të trajtojnë:
"Shkeljet e të drejtave seksuale dhe riprodhuese të grave, si sterilizimi i detyruar, aborti i detyruar, shtatzënia e detyruar, kriminalizimi i abortit, mohimi ose vonesa e abortit të sigurt dhe/ose kujdesit pas abortit, vazhdimi i detyruar i shtatzënisë, si dhe abuzimi dhe keqtrajtimi i grave dhe vajzave që kërkojnë informacione, mallra dhe shërbime të shëndetit seksual dhe riprodhues, janë forma të dhunës me bazë gjinore që, në varësi të rrethanave, mund të përbëjnë torturë ose trajtim mizor, çnjerëzor ose degradues," si forma të dhunës me bazë gjinore që kërkojnë parandalim, përgjegjësi dhe reparacione (CEDAW, 2017).
Edhe pse Kosova nuk ka detyrime të drejtpërdrejta raportimi ndaj Komitetit CEDAW, këto standarde përbëjnë pjesë të kornizës interpretuese të Kushtetutës së saj dhe garancive të brendshme për barazi dhe mosdiskriminim.

Raporti (2019) i Raportueses së Posaçme të OKB për dhunën ndaj grave, shkaqet dhe pasojat e saj, para Asamblesë së Përgjithshme (A/74/137), e trajton në mënyrë eksplicite "keqtrajtimin dhe dhunën ndaj grave në shërbimet e shëndetit riprodhues, me fokus tek lindja dhe dhuna obstetrike" (Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara, 2019). Raporti dokumenton prova globale për përdorim force fizike, poshtërim verbal, procedura pa pëlqim, diskriminim, mohimin e lehtësimit të dhimbjes dhe neglizhencë gjatë lindjes, dhe argumenton se praktika të tilla mund të përbëjnë shkelje të të drejtës për shëndet, lirinë nga tortura ose trajtimi mizor dhe të drejtën për

mosdiskriminim. Ai u bën thirrje shteteve të miratojnë përkufizime dhe ndalime ligjore të dhunës obstetrike, të sigurojnë mekanizma të pavarur ankesash, të hetojnë dhe sanksionojnë kryerësit, dhe të ofrojnë mjete juridike dhe reparacione efektive për të mbijetuarat (Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara, 2019).

Edhe pse Kosova nuk i nënshtrohet rishikimit të drejtpërdrejtë nga këta mekanizma të OKB, angazhimi i saj politik për të ndjekur standardet ndërkombëtare për të drejtat e njeriut dhe përfshirja kushtetuese e CEDAW nënkuptojnë se këto interpretime janë jashtëzakonisht të rëndësishme për ta kuptuar dhunën obstetrike në Kosovë si dhunë me bazë gjinore dhe institucionale, e jo si një sërë incidentesh të pafatshme ndërpersonale.

8.2 Ligjet dhe Politikat Kombëtare

8.2.1 Garancitë Kushtetuese

Kushtetuta e Kosovës (2008) përmban një katalog të fuqishëm të të drejtave drejtpërdrejt të lidhura me dhunën obstetrike. Përveç përfshirjes së instrumenteve kyçe të të drejtave të njeriut në Nenin 22, Neni 23 garanton se dinjiteti njerëzor është i pacënueshëm dhe përbën bazën e të gjitha të drejtave, ndërsa Neni 24 ndalon diskriminimin mbi baza si gjinia, statusi social dhe ekonomik, dhe aftësia e kufizuar. Neni 26 mbron të drejtën për integritet personal, duke përfshirë në mënyrë eksplicite "të drejtën për të marrë vendime në lidhje me riprodhimin," të drejtën për kontroll mbi trupin e vet, dhe të drejtën për të mos iu nënshtruar trajtimit mjekësor kundër vullnetit. Neni 27 ndalon torturën dhe trajtimin mizor, çnjerëzor ose degradues. Në parim, këto dispozita ofrojnë një bazë të fortë kushtetuese për të sfiduar ndërhyrjet obstetrike pa pëlqim, trajtimin degradues verbal ose fizik gjatë lindjes, dhe neglizhencën sistemike në kujdesin maternal. Fakti që dhuna obstetrike nuk është artikuluar ose litigjuar si çështje kushtetuese reflekton dështime në zbatim, jo mungesë të mjeteve normative.

8.2.2 Ligji për Shëndetin Riprodhues

Ligji Nr. 02/L-76 për Shëndetin Riprodhues (2006; shpallur më 2007) mbetet akti kryesor që rregullon të drejtat riprodhuese dhe kujdesin gjatë shtatzënisë dhe lindjes në Kosovë. Ligji përcakton të drejta të gjera me rëndësi të madhe për parandalimin e dhunës obstetrike, edhe pse nuk i përmend në asnjë rast termat "mosrespektim," "abuzim," apo "dhunë obstetrike." Disa dispozita ofrojnë mbrojtje të tërthorta ligjore:

> 1. Të drejtat për autonomi informative dhe liri nga detyrimi: Neni 4 garanton se çdo individ ka "të drejtë të marrë vendim për realizimin e të drejtave riprodhuese ... pa asnjë diskriminim, detyrim dhe dhunë" (Ligji Nr. 02/L-76, 2006, neni 4.3). Ky nen — që ndalon dhunën dhe detyrimin në vendimmarrjen riprodhuese — mund të përfshijë praktikisht praktika klinike

shtrënguese si presioni ndaj grave për të pranuar ndërhyrje pa pëlqim, kryerjen e epiziotomive pa shpjegim, ose përdorimin e komandave agresive gjatë dhimbjeve të lindjes.

2. Kërkesa për pëlqim të informuar për të gjitha ndërhyrjet: Neni 5 kërkon në mënyrë eksplicite që "çdo ndërhyrje mjekësore që lidhet me shëndetin seksual dhe riprodhues të bëhet sipas Ligjit për të drejtat dhe përgjegjësitë e qytetarëve ndaj kujdesit shëndetësor Nr. 2004/38" (Ligji Nr. 02/L-76, 2006, neni 5.3). Kjo e ngulit pëlqimin e informuar si kërkesë ligjore. Shkelje të tilla si ekzaminimet vaginale pa pëlqim, manovra Kristeller, ose detyrimi i grave në pozicione të caktuara gjatë lindjes bien jashtë kornizës së lejueshme ligjore.

3. Të drejtat për kujdes të sigurt dhe me dinjitet gjatë shtatzënisë dhe lindjes: Neni 7 sanksionon se "çdo femër ka të drejtë në amësi të sigurt," dhe Neni 8 kërkon që gratë shtatzëna dhe ato që lindin të marrin kujdes që "minimizon rrezikun për shëndetin e saj ose të fetusit, të porsalindurit dhe fëmijës" (Ligji Nr. 02/L-76, 2006, nenet 7–8). Edhe pse të formuluara në terma klinikë, këto dispozita përputhen me standardet e kujdesit të respektueshëm të maternitetit të OBSH duke e bazuar të drejtën në kujdes të sigurt, të bazuar në prova dhe jo të dëmshëm. Praktikat që përbëjnë abuzim fizik ose neglizhencë gjatë lindjes bien ndesh me këtë standard.

4. Detyrimet për dokumentim që mundësojnë llogaridhënie: Neni 9 obligon të gjithë profesionistët shëndetësorë që ofrojnë kujdes gjatë shtatzënisë të plotësojnë Fletën e Shtatzënisë dhe Fletën e Fëmijës (Ligji Nr. 02/L-76, 2006, neni 9.2). Dokumentimi sistematik krijon një gjurmë provash që — nëse zbatohet — mund të ndihmojë në vendosjen e përgjegjësisë në rastet kur ndodhin praktika abuzive ose neglizhencë.

5. Mbrojtje të gjera kundër abuzimit përmes të drejtave riprodhuese: Përkufizimi i ligjit për "maternitet të sigurt" (neni 2) përfshin mirëqenien e plotë fizike, mendore dhe sociale, gjë që mbështet një interpretim më të gjerë se keqtrajtimi — poshtërimi verbal, neglizhenca, ose përdorimi i forcës së panevojshme — përbën shkelje të të drejtave të mbrojtura ligjërisht në shëndetin riprodhues.

6. Mangësitë dhe kufizimet në ligj: Pavarësisht këtyre mbrojtjeve të tërthorta, ligji mbetet shumë i përgjithshëm dhe nuk e trajton drejtpërdrejt dhunën obstetrike. Ai nuk ofron përkufizime për kujdes të pasjellshëm ose abuziv, nuk parasheh mjete juridike për pacientet, dhe nuk vendos sanksione eksplicite për shkelje si:

o mohimi i të drejtës për mbështetje të vazhdueshme gjatë lindjes,
o fyerjet ose poshtërimi verbal,

o kryerja e procedurave pa pëlqim,
o diskriminimi ndaj grave Rome, Ashkalie, Egjiptiane, ose grave të pasiguruara,
o përdorimi i forcës fizike pa arsye mjekësore.

Mungesa e gjuhës eksplicite ligjore nënkupton se zbatimi mbështetet mbi parime të gjera të të drejtave të njeriut, e jo mbi detyrime specifike të përshkruara në ligj.

- 7. Ndryshimet dhe Sanksionet e vitit 2022 (Ligji Nr. 08/L-037)
  Ndryshimet e vitit 2022 prezantojnë sanksione për shkeljet e disa neneve të ligjit për shëndetin riprodhues, duke mbuluar në mënyrë të tërthortë disa fusha të lidhura me keqtrajtimin obstetrik:
  - Institucionet shëndetësore mund të gjobiten me 1,000–20,000 euro për mosrespektimin e obligimeve sipas Neneve 19, 20, 22 dhe 23 (Ligji Nr. 08/L-037, 2022, neni 2.1.2), të cilat lidhen me pëlqimin e informuar dhe informimin e pacienteve në riprodhimin e asistuar.
  - Profesionalistët individualë shëndetësorë mund të gjobiten me 500–1,000 euro për shkeljen e Neneve 9.2, 15, 16, 19, 20, 22, 23 dhe 26 (Ligji Nr. 08/L-037, 2022, neni 2.3).

Edhe pse këto sanksione nuk e synojnë drejtpërdrejt dhunën obstetrike, ato vendosin një parim bazë: shkeljet e të drejtave riprodhuese janë të dënueshme. Kjo krijon një rrugë ligjore për të argumentuar se praktikat obstetrike abuzive ose pa pëlqim duhet po ashtu të bien nën mekanizmat sanksionues. Megjithatë, ndryshimet nuk përfshijnë dispozita për kujdes të respektueshëm gjatë lindjes, dinjitet të pacientes, abuzim obstetrik, ose dhunë me bazë gjinore brenda mjediseve klinike.

8.2.3 Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve në Sistemin Shëndetësor

Statuti kryesor që rregullon të drejtat e pacientëve në Kosovë është Ligji Nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, i shpallur nga UNMIK dhe i ndryshuar më vonë me Ligjin Nr. 08/L-051 (2022). Ligji përcakton në mënyrë eksplicite të drejta thelbësore, shkelja e të cilave korrespondon drejtpërdrejt me format e njohura ndërkombëtarisht të dhunës obstetrike. Ai gjithashtu krijon mekanizma për ankim dhe reparacion, edhe pse zbatimi praktik i tyre mbetet i dobët

1. E drejta për kujdes cilësor dhe jo-diskriminues

Neni 4 garanton kujdes adekuat, të qasshëm në vazhdimësi dhe jo-diskriminues. Karakteristikat e dhunës obstetrike, edhe pse nuk emërtohen drejtpërdrejt — përfshirë

neglizhencën, braktisjen gjatë procesit të lindjes, dhe trajtimin diskriminues ndaj grave Rome apo grave të pamartuara — përbëjnë shkelje të drejtpërdrejtë të këtij neni.

2. E drejta për dinjitet njerëzor, privatësi dhe integritet trupor

Neni 6 kërkon që dinjiteti njerëzor, privatësia, integriteti personal dhe bindjet fetare të respektohen gjatë kujdesit, dhe ndalon zhveshjen ose ekspozimin trupor përveç në shkallën e "arsyetuar profesionalisht." Praktika të tilla si ekspozimi i panevojshëm i grave gjatë lindjes, kryerja e ekzaminimeve vaginale pa shpjegim, komentet degraduese ose poshtëruese, apo turpërimi, bien ndesh me këtë dispozitë dhe plotësojnë kriteret e OBSH për keqtrajtim.

3. E drejta për mbështetje të vazhdueshme gjatë lindjes

Neni 7.5 përcakton në mënyrë eksplicite se një grua që lind ka të drejtë të caktojë një person që të jetë me të vazhdimisht gjatë procesit të lindjes. Mohimi i pranisë së shoqëruesit për lindje është shkelje e drejtpërdrejtë e kësaj mbrojtjeje statutore.

4. E drejta për informim të plotë

Neni 9 garanton informim të detajuar dhe të kuptueshëm për gjendjen shëndetësore, procedurat e rekomanduara, rreziqet, përfitimet, alternativat dhe pasojat e refuzimit të ndërhyrjeve. Mosshpjegimi i procedurave, vendimmarrja e nxituar dhe mbajtja e informacionit të nevojshëm për paciente konsiderohen shkelje ligjore, jo thjesht praktikë e dobët klinike.

5. E drejta për vendimmarrje personale

Neni 10 sanksionon të drejtën për të vendosur nëse do t'i nënshtrohet ndonjë trajtimi, përfshirë të drejtën për të refuzuar ose tërhequr pëlqimin. Prandaj, epiziotomitë pa pëlqim, stimulimi i detyruar i lindjes, ose manovra Kristeller bien drejtpërdrejt në kundërshtim me dispozitat statutore.

6. Pëlqimi i informuar për procedura invazive

Nenet 12 dhe 13 kërkojnë që ndërhyrjet invazive të kenë pëlqim të shkruar, përveç rasteve të emergjencave kërcënuese për jetën. Ndërhyrjet obstetrike si epiziotomia, induksioni, lindjet operative dhe ekzaminimet invazive të kryera pa pëlqim përbëjnë shkelje eksplicite ligjore.

7. Konfidencialiteti dhe mbrojtja e të dhënave

Neni 20 mbron konfidencialitetin e të gjitha informacioneve shëndetësore, përfshirë gjatë lindjes. Zbulimi verbal i detajeve private shëndetësore të një gruaje ose komentet poshtëruese e shkelin këtë nen.

8. Zbatimi dhe llogaridhënia (Ndryshimet 2022)

Në vitin 2022, Kosova ndryshoi Ligjin 2004/38 për të përfshirë sanksione për kundërvajtje për shkeljet e të drejtave të pacientit sipas Nenit 33A. Ky ndryshim e bën dhunën obstetrike të ankueshme në kuadër të ligjit ekzistues. Institucionet shëndetësore mund të gjobiten me 500–15,000 euro, dhe profesionistët shëndetësorë personalisht mund të gjobiten me 60–1,500 euro për shkeljen e të drejtave për kujdes cilësor, dinjitet, informim, pëlqim ose konfidencialitet.

9. Mekanizmat e ankesës dhe reparacionit

Ligji 2004/38 përcakton se pacientët mund të paraqesin ankesa në institucionet shëndetësore (Neni 24) dhe t'i eskalojnë ato përmes mekanizmave administrativë nëse mbeten të pakënaqur. Megjithatë, hulumtimi jonë tregon se gratë shpesh nuk kanë informacion për procedurat e ankesave, organet institucionale rrallë veprojnë ndaj raportimeve, dhe frika nga hakmarrja funksionon si pengesë.

Ndërsa Ligji Nr. 2004/38 krijon një kornizë të fortë statutore që teknikisht i ndalon pothuajse të gjitha format e dhunës obstetrike — nga mungesa e pëlqimit te cenimi i dinjitetit — hendeku midis tekstit ligjor dhe realitetit mbetet i thellë. Edhe pse korniza ligjore parashikon mjete ankimi dhe përcakton qartë sanksione, llogaridhënia de facto është pothuajse inekzistente, duke lejuar vijimin e pandëshkuar të dhunës obstetrike.

8.2.4 Kornizat për Dhunën në Familje dhe Dhunën me Bazë Gjinore

Ligji Nr. 08/L-185 përbën kornizën më gjithëpërfshirëse ligjore të Kosovës për dhunën ndaj grave dhe dhunën me bazë gjinore. Edhe pse nuk e adreson në mënyrë eksplicite dhunën obstetrike, disa nga dispozitat e tij ofrojnë një bazë të qartë normative për ta njohur trajtimin abuziv, detyrues ose degradues në kujdesin maternal si formë të dhunës me bazë gjinore.

1. Njohje e gjerë ligjore e dhunës ndaj grave

Neni 1 përcakton qëllimin e ligjit si parandalimin dhe eliminimin e dhunës ndaj grave dhe të gjitha formave të dhunës me bazë gjinore, si dhe mbrojtjen e dinjitetit të viktimave. Neni 3.1.2 e definon dhunën ndaj grave si "të gjitha aktet e dhunës me bazë gjinore që rezultojnë në dëmtim fizik, seksual, psikologjik ose ekonomik… përfshirë detyrimin ose privimin arbitrar të lirisë." Ky përkufizim i gjerë përfshin në mënyrë konceptuale praktikat obstetrike si përdorimi i forcës fizike (p.sh. manovra Kristeller), procedurat e detyruara ose pa pëlqim, frikësimin psikologjik, ose mohimin arbitrar të lëvizshmërisë apo të pranisë së personit shoqërues gjatë lindjes.

2. Dhuna psikologjike dhe trajtimi degradues

Neni 3.1.8 e përkufizon dhunën psikologjike si përfshirje të abuzimit verbal, poshtërimit,

frikësimit, mbajtjes së informacionit, trajtimit degradues dhe kërcënimeve. Këto elemente pasqyrojnë treguesit e njohur ndërkombëtarisht të dhunës obstetrike, përfshirë bërtitjen ndaj grave, poshtërimin e tyre gjatë dhimbjeve të lindjes, refuzimin për të dhënë informacion, ose përdorimin e kërcënimeve për të siguruar bindjen.

3. Mosdiskriminimi dhe mbrojtja e grupeve të cenueshme

Neni 4 garanton mosdiskriminim mbi baza si gjinia, mosha, aftësia e kufizuar, statusi i minoriteteve etnike, statusi civil, ose baza të tjera. Neni 3.1.16 e liston në mënyrë eksplicite gruan shtatzënë si "viktimë të cenueshme" që gëzon mbrojtje të shtuar. Trajtimi diskriminues ose neglizhent i grave Rome, Ashkalike, Egjiptiane, të reja ose të pamartuara gjatë lindjes përbën shkelje të këtij ligji.

4. Obligimet institucionale në sektorin shëndetësor

Neni 2 e bën ligjin të detyrueshëm për të gjitha institucionet publike dhe private, të cilat duhet të mbrojnë dinjitetin e viktimave. Neni 5 obligon institucionet e shtetit që të veprojnë me prioritet për të parandaluar, hetuar dhe siguruar kompensim të drejtë për viktimat.

Neni 10 kërkon gjithashtu nga institucionet që të ndërmarrin masa parandaluese, të rrisin kapacitetet e stafit, të eliminojnë stereotipat e dëmshme gjinore dhe të mbledhin sistematikisht të dhëna për dhunën ndaj grave. Së bashku, këto dispozita kërkojnë që spitalet dhe shërbimet obstetrike të garantojnë kujdes të respektueshëm dhe jo të dhunshëm, të trajnojnë siç duhet stafin dhe të parandalojnë dhunën institucionale ndaj pacienteve.

5. Zbatueshmëria ndaj kryerësve jashtë marrëdhënieve familjare

Me rëndësi të veçantë, Neni 28 sqaron se urdhrat mbrojtës vlejnë edhe për "personat që nuk janë në marrëdhënie familjare" kur akti përfshin dhunë me bazë gjinore ose dhunë seksuale. Kjo e bën ligjin të zbatueshëm ndaj dhunës së ushtruar nga personeli mjekësor, i cili vepron në pozita fuqie ndaj grave që janë duke lindur.

6. Të drejtat për mbështetje, llogaridhënie dhe reparacion

Nenet 19–22 u garantojnë viktimave të drejtën për mbrojtje policore, mbështetje psikosociale, ndihmë juridike, kujdes shëndetësor emergjent, si dhe qasje në strehimore dhe mekanizma kompensimi. Gratë që përjetojnë keqtrajtim gjatë lindjes, pra, bien brenda fushës mbrojtëse të ligjit dhe kanë një rrugë — të paktën në mënyrë formale — për të kërkuar reparacion.

Edhe pse Ligji Nr. 08/L-185 nuk e njeh në mënyrë eksplicite dhunën obstetrike, përkufizimet e tij për dhunën fizike, psikologjike dhe dhunën me bazë gjinore; garancitë për mosdiskriminim dhe dinjitet; klasifikimi i grave shtatzëna si viktima të cenueshme;

dhe zbatueshmëria e tij ndaj aktorëve institucionalë, së bashku krijojnë një bazë të fortë ligjore për të interpretuar praktikat abuzive, detyruese ose degraduese në kujdesin maternal si dhunë me bazë gjinore sipas ligjit të Kosovës.

8.3 Avokati i Popullit dhe Llogaridhënia Institucionale

8.3.1 Mandati

Kushtetuta etablon Institucionin e Avokatit të Popullit si një organ të pavarur, të mandatuar të mbrojë dhe promovojë të drejtat e njeriut dhe të hetojë pretendimet për shkelje nga autoritetet publike, përfshirë institucionet shëndetësore. Avokati i Popullit mund të veprojë mbi bazën e ankesave individuale ose me iniciativë të vet (ex officio), dhe nxjerr raporte me rekomandime për autoritetet përkatëse.

8.3.2 Raporti Ex Officio 577/2021 mbi të Drejtat Seksuale dhe Riprodhuese

Në vitin 2022, Avokati i Popullit publikoi një raport ex officio mbi të drejtat seksuale dhe riprodhuese në Kosovë (Ex Officio nr. 577/2021). Raporti shqyrton qasjen në dhe cilësinë e shërbimeve të kontracepcionit, abortit, kujdesit post-abortiv dhe shërbimeve të shëndetit maternal, duke dokumentuar dështime sistemike të cilat lidhen drejtpërdrejt me dhunën obstetrike.

Gjetjet kryesore të verifikuara përfshijnë:

• Shkelje të privatësisë dhe konfidencialitetit. Raporti thekson qartë se shkelja e privatësisë dhe konfidencialitetit është një problem i përsëritur brenda shërbimeve të ShSR-së dhe një arsye madhore pse gratë shmangin kujdesin gjinekologjik. Theksohet se privatësia cenohet rregullisht si nga stafi mjekësor ashtu edhe ai administrativ, ndërsa shteti dështon të zbatojë mbrojtjet e garantuara nga Kushtetuta dhe KEDNJ.

• Pengesa për gratë me aftësi të kufizuara dhe grupet e tjera të margjinalizuara. Gratë me aftësi të kufizuara në dëgjim dhe të folur raportuan se nuk mund të komunikojnë me stafin mjekësor për shkak të mungesës së përkthyesve të gjuhës së shenjave, duke e bërë qasjen në shërbimet e ShSR-së praktikisht të pamundur. Raporti identifikon gratë me aftësi të kufizuara, gratë nga zonat rurale, gratë e varfra dhe gratë Rome, Ashkali dhe Egjiptiane si kategori veçanërisht të cenueshme ndaj shkeljeve të të drejtave në ShSR.

• Mekanizma të dobëta ankimimi dhe mbikëqyrjeje të brendshme. Shumica e institucioneve raportuan se nuk kanë marrë asnjë ankesë, gjë që Avokati i Popullit e interpreton si tregues të mosfunksionimit të mekanizmave dhe mungesës së besimit publik, e jo si mungesë shkeljesh. Gratë konfirmuan se nuk

e dinë ku të ankohen, nuk u besojnë mekanizmave ose kanë frikë nga hakmarrja në një shoqëri të vogël.

• Mekanizma të dobëta të ankesave dhe mbikëqyrjes së brendshme. Shumica e institucioneve raportuan se nuk kanë pranuar asnjë ankesë, gjë që Avokati i Popullit e interpreton si tregues të mosfunksionimit të mekanizmave dhe mungesës së besimit publik — jo si mungesë të shkeljeve. Gratë konfirmuan se nuk e dinë ku të ankohen, nuk u besojnë mekanizmave ekzistues, ose frikësohen nga hakmarrja në një shoqëri të vogël.

• Mungesë e të dhënave të besueshme për shkeljet dhe rezultatet në shëndetin maternal. Raporti dokumenton mungesën e të dhënave sistematike dhe të dezagreguara për vdekshmërinë amnore, komplikimet, dhe shkeljet në shërbimet e SHSSH. ASK nuk iu përgjigj kërkesës së Avokatit të Popullit për të dhëna, ndërsa IKSHPK deklaroi se të dhënat e disponueshme janë të agreguara dhe jo të plota. Raporti e identifikon këtë si dështim serioz strukturor me pasoja të drejtpërdrejta për hartimin e politikave.

Edhe pse raporti nuk e përdor termin 'dhunë obstetrike', gjetjet e dokumentuara përputhen drejtpërdrejt me kategoritë ndërkombëtare të keqtrajtimit gjatë lindjes: kujdes jo dinjitoz, mungesë e konfidencialitetit, diskriminim, neglizhencë, si dhe kushte strukturore që kompromet ojnë sigurinë dhe dinjitetin e grave. Avokati i Popullit i kornizon këto dështime qartë si shkelje të të drejtave të njeriut brenda shërbimeve të shëndetit seksual e riprodhues

Së fundi, raporti thekson se dështimi i shtetit për të vepruar – zbatimi i dobët, mungesa e monitorimit dhe mungesa e reagimit ndaj ankesave – përbën një shtresë të mëtejshme dëmi dhe tradhtie institucionale, në përputhje me analizat feministe mbi përgjegjësinë institucionale.

Të gjitha këto gjetje përkojnë me gjetjet në hulumtimin tonë.

8.4 Mangësitë dhe Sfidat Ligjore

- Mungesa e Njohjes/Definimit: Siç u theksua, Kosova nuk e definon dhunën obstetrike në asnjë ligj apo politikë. Kjo mungesë definimi nënkupton se nuk ka njohje zyrtare se këto sjellje përbëjnë dhunë apo shkelje të të drejtave. Si rrjedhojë, nuk ka politika të synuara për ta reduktuar, nuk mblidhen të dhëna dhe nuk ka asgjë zyrtare të caktuar për t'i adresuar. Futja e një definimi (qoftë përmes ligjit ose përmes një rregulloreje ministriale) do të ishte një hap kyç fillestar. Për shembull, ligji i Venezuelës (2007) ishte pionier në dhënien e një

definimi juridik; Kosova nuk ka nevojë ta kopjojë, por krijimi i një definimi vendor (p.sh., përmes një udhëzimi administrativ nga Ministria e Shëndetësisë që definon keqtrajtimin e pacientëve në obstetrikë dhe e kategorizon atë si të papranueshëm) mund të vendosë themelet për llogaridhënie.

- Mungesa e një Mekanizmi Ankese Specifik për Maternitetin: Edhe pse ekzistojnë kanale të përgjithshme për ankesat e pacientëve, nuk ka një mekanizëm të specializuar dhe të ndjeshëm për raportimin e abuzimit obstetrik. Një grua që sapo ka përjetuar një lindje traumatike vështirë se do të mund të përballet me formularë burokratikë ose me vetë institucionin që e ka dëmtuar. Anketa tregoi qartë se gratë nuk raportuan – 69% për shkak të mungesës së besimit, të tjerat sepse nuk e dinë si të ankohen ose kanë frikë nga pasojat. Kjo tregon se mekanizmat aktualë janë të paarritshëm ose jofunksionalë. Një zgjidhje mund të ishte krijimi i një linje të pavarur raportimi ose një pikë kontakti të tretë (si një OJQ apo vetë Avokati i Popullit) për raportimet e dhunës obstetrike. Gjithashtu, proceset e ankesave brenda spitaleve duhet të bëhen më empatike (p.sh., një avokat i pacientit ose një punëtor social në repartin e maternitetit që debrief-on gratë pas lindjes dhe pranon ankesa).
- Llogaridhënia Profesionale: Aktualisht, anketa sugjeron se nuk ekziston asnjë rast i ndjekjes disiplinore ndaj stafit. Spitalet ka gjasa të mos kenë protokolle të brendshme disiplinore specifike për mosrespektim apo abuzim. Nëse bëhet një ankesë, ajo mund të anashkalohet përveç rasteve me dëme serioze fizike. Kultura profesionale në mjekësi shpesh është mbrojtëse, duke mbrojtur kolegët në vend që t'i nënshtrohen analizës kritike. Një boshllëk tjetër lidhet me rolin e organeve mbikëqyrëse profesionale (si Oda e Mjekëve ose Oda e Infermierëve), të cilat nuk kanë marrë një qëndrim aktiv. Mbyllja e këtij boshllëku do të kërkonte që këto organe të adoptojnë udhëzime për kujdes të respektueshëm gjatë lindjes dhe të krijojnë panele etike që shqyrtojnë rastet e sjelljes së papërshtatshme. Po ashtu, drejtoria e spitalit duhet ta konsiderojë përvojën e pacientit si pjesë të vlerësimit të stafit – gjë që aktualisht nuk ndodh (vëmendja u kushtohet vetëm rezultateve klinike).
- Mjete Juridike dhe Mbështetje: Gratë kanë pak njohuri dhe burime për të ndërmarrë veprime ligjore. Pothuajse nuk ka avokatë ose OJQ që punojnë specifikisht me dhunën obstetrike në Kosovë. Në disa vende, aktivizmi juridik në këtë fushë ka çuar në procese gjyqësore dhe vendime të gjykatave kushtetuese (p.sh., një rast i njohur në Kroaci ku dëshmitë e grave nxitën ndryshime). Në Kosovë, OJQ-të për të drejtat e grave dhe sistemi i ndihmës juridike mund të luajnë rol në mbulimin e këtij boshllëku duke e njohur dhunën obstetrike si pjesë

të agjendës së dhunës me bazë gjinore. Aktualisht, fokusi kryesor është dhuna në familje dhe trafikimi; zgjerimi i fokusit në shëndetin maternal do të ishte i dobishëm. Sfida kryesore qëndron në ndërtimin e ekspertizës dhe dokumentimin e provave (ku studimi ynë mund të kontribuojë).

- Zbatimi i të Drejtave Ekzistuese: Ligje si Ligji për të Drejtat e Pacientit dhe ligjet kundër diskriminimit vlejnë vetëm sa zbatohen. Një sfidë e madhe është shkëputja midis ligjit dhe praktikës. Kjo kërkon mbikëqyrje më të fortë nga Inspektorati Shëndetësor i Ministrisë së Shëndetësisë – organi që mund të inspektojë institucionet dhe t'i sanksionojë ato për shkelje. Aktualisht, inspektimet fokusohen kryesisht në standardet klinike dhe sigurinë, jo në trajtimin ndërpersonal. Fuqizimi i inspektorëve që të shqyrtojnë edhe elemente si respektimi i protokolleve të pëlqimit të informuar, respektimi i privatësisë së grave (p.sh., nëse repartet kanë perde funksionale, etj.) do të integronte llogaridhënien në kontrollin rutinë të sistemit. Nëse inspektorët marrin ankesa ose vërejnë modele abuzimi, ata duhet të kenë autoritet për të kërkuar masa korrigjuese (dhe eventualisht të gjobisin institucionet ose të rekomandojnë masa ndaj stafit).
- Ndryshimi Kulturor dhe Ndërgjegjësimi: Ndryshimet ligjore nuk mjaftojnë nëse gratë nuk i njohin të drejtat e tyre ose nuk ndihen të fuqizuara t'i kërkojnë ato, dhe nëse ofruesit nuk internalizojnë normat e reja. Një mangësi në Kosovë është ndërgjegjësimi i ulët publik që ajo që u ka ndodhur nuk është e pranueshme apo normale. Disa gra mund të mendojnë ende: 'ndoshta kështu është procedura'. Fakti që morëm mbi 300 komente kualitative nga 1229 gra tregon se shumë folën, por edhe më shumë mund të kenë heshtur duke e normalizuar përjetimin. Fushata të ndërgjegjësimit publik (nga Ministria apo shoqëria civile) mund t'i informojnë gratë se ato kanë të drejtë për kujdes të respektueshëm dhe si ta kërkojnë ose raportojnë atë. Paralele me këtë, brenda spitaleve, udhëheqja duhet të kultivojë një kulturë ku mosrespektimi nuk tolerohet. Nëse drejtorët e spitaleve ose shefat e reparteve adoptojnë një politikë zero-tolerancë (të mbështetur me trajnim dhe reagime të rrepta ndaj incidenteve), kjo mund të vendosë një standard të ri llogaridhënieje nga niveli më i lartë.

Në përmbledhje, peizazhi aktual i llogaridhënies dhe kornizës ligjore në Kosovë mbetet larg mbrojtjes së grave nga dhuna obstetrike ose ofrimit të mjeteve juridike pasi ajo ndodh. Pjesët e një kornize ekzistojnë – të drejta të gjera në legjislacion, konventa ndërkombëtare, institucione si Avokati i Popullit – por nuk janë aplikuar në këtë fushë. Mbyllja e këtij boshllëku do të kërkojë:

- Emërtimin dhe ndalimin eksplicit të dhunës obstetrike në politika apo ligj,
- Fuqizimin e mekanizmave të ankesave dhe mbikëqyrjes specifike për kujdesin maternal,
- Zbatimin e të drejtave ekzistuese të pacientit (me sanksione të mundshme për shkelësit),
- Integrimin e kësaj çështjeje në agjendën e dhunës me bazë gjinore në Kosovë,
- Dhe kultivimin e një kulture llogaridhënieje brenda institucioneve shëndetësore.

Kosova mund të përfitojë nga shembujt ndërkombëtarë: vende si Argjentina dhe Meksika kanë përditësuar legjislacionin e tyre; disa vende evropiane (p.sh., Kroacia pas reagimit të madh publik) kanë iniciuar hetime mbi abuzimet në repartet e lindjes. Ndërsa Kosova synon integrimin në BE dhe respektimin e standardeve evropiane të të drejtave të njeriut, adresimi i dhunës obstetrike është pjesë e përputhjes me këto standarde të dinjitetit dhe kujdesit.

Seksioni vijues do të ndërtojë mbi këto vëzhgime duke propozuar rekomandime konkrete të politikave – shumë prej të cilave synojnë të mbushin boshllëqet e identifikuara këtu, duke e shndërruar atë që aktualisht është një vakuum llogaridhënieje në një kornizë të plotë llogaridh ënieje që parandalon abuzimin dhe mbështet të mbijetuarat.

9. Rekomandime për Eliminimin e Dhunës Obstetrike në Kosovë

Gjetjet e këtij raporti dëshmojnë se dhuna obstetrike në Kosovë nuk është një seri incidentesh të izoluara apo pasojë e thjeshtë e "mollëve të kalbura" brenda sistemit. Përkundrazi, ajo paraqet një krizë sistemike të cilësisë dhe të drejtave të njeriut, e rrënjosur thellë në kulturën institucionale, hierarkitë e ngurta mjekësore dhe mungesën e llogaridhënies. Prandaj, adresimi i saj kërkon një qasje transformuese që shkon përtej ndëshkimit individual, duke synuar ristrukturimin e mënyrës se si ofrohet, mbikëqyret dhe përjetohet kujdesi ndaj nënës.

Rekomandimet në vijim janë hartuar duke sintetizuar zërat e 1,229 grave të anketuara me standardet më të larta ndërkombëtare, përfshirë kornizën e OBSH-së për Kujdesin e Respektueshëm, Konventën e Stambollit dhe praktikat e mira nga FIGO. Ato janë të kalibruara specifikisht për kontekstin e Kosovës, duke marrë parasysh kapacitetet e Ministrisë së Shëndetësisë, dinamikat aktuale brenda SHSKUK-së dhe nevojën urgjente për të rikthyer besimin e humbur të publikut.

Kjo paketë e politikave propozon ndërhyrje në gjashtë shtylla strategjike: (A) Reforma Ligjore, (B) Ndryshimet në Sistemin Shëndetësor, (C) Kultura Profesionale, (D) Llogaridhënia, (E) Monitorimi i Cilësisë dhe (F) Angazhimi i Komunitetit. Qëllimi përfundimtar është kalimi nga një model i kujdesit të bazuar në kontroll dhe bindje, drejt një modeli të bazuar në siguri, pëlqim dhe dinjitet..

A. Reforma Ligjore dhe Politike

1. Themelimi i "Grupit Punues Kombëtar Gjithëpërfshirës për Kujdesin e Respektueshëm Obstetrik"

Arsyetimi: Aktualisht, institucionet shëndetësore "vetë-monitorohen" dhe shpesh i hedhin poshtë kritikat e jashtme. Nevojitet një trup zyrtar për të thyer këtë mbyllje, duke detyruar klinkistët të ulen në një tryezë me evidencën (akademia) dhe realitetin e pacienteve (shoqëria civile).

Hapat Konkretë të Veprimit:

Ministria e Shëndetësisë (MSh) themelon Grupin Punues (Task Force) me një mandat detyrues 2-vjeçar për të udhëhequr reformën.

Përbërja e Detyrueshme:

Shoqëria Civile: OJQ-të për të drejtat e grave (p.sh. Grazeta, RrGK) me fuqi votuese të barabartë me klinkistët.

Akademia: Fakulteti i Mjekësisë (UP) dhe Departamenti i Psikologjisë për të ofruar evidencë mbi traumën dhe lindjen fiziologjike.

Klinicistët: Përfaqësues reformatorë nga OMK/OIK (Odat) dhe SHSKUK, që nuk janë pjesë e "gardës së vjetër".

Mandati: Hartimi i Udhëzimit Administrativ (shih Rek. #2), validimi i protokolleve të reja klinike dhe shqyrtimi tremujor i të dhënave të anonimizuar të ankesave.

Kryesimi: Emërimi i një eksperti të pavarur ose përfaqësuesi nga Avokati i Popullit si Kryesues, për të neutralizuar hierarkinë mjekësore.

Akterët Përgjegjës: Ministria e Shëndetësisë.

Fizibiliteti: *Afatshkurtër (0-6 muaj).* Kosto e ulët, ndikim i lartë politik.

2. Udhëzimi Administrativ për Ndalimin e Dhunës Obstetrike

Arsyetimi: Kosova nuk ka një përkufizim ligjor të "Dhunës Obstetrike". Një Udhëzim Administrativ (UA) është instrumenti më i shpejtë ligjor për të definuar dhe ndaluar këto praktika pa pritur miratimin e një ligji të ri.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Hartimi i UA që definon "Dhunën Obstetrike" bazuar në kornizën e Bowser & Hill (abuzim fizik, mungesë pëlqimi, kujdes jo-dinjitoz, diskriminim).

Ndalimi Eksplicit: Manovra Kristeller (shtypja e barkut), epiziotomia rutine dhe ekzaminimet vaginale pa pëlqim verbal.

Mandatimi: E drejta për një person shoqërues gjatë lindjes për çdo grua.

Lidhja e shkeljeve direkt me masat disiplinore të Ligjit për Shëndetësi.

Akterët Përgjegjës: Departamenti Ligjor i MSh, Grupi Punues Kombëtar.

Fizibiliteti: *Afatshkurtër (0-12 muaj).* Brenda kompetencave ekzekutive të Ministrit.

3. Integrimi në Strategjinë Kombëtare kundër Dhunës në Familjedhe Dhunës ndaj Grave

Arsyetimi: Njohja e dhunës obstetrike si "Dhunë Institucionale me Bazë Gjinore" zhbllokon fonde shtetërore dhe obligime raportuese sipas Konventës së Stambollit.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Amendamentimi i Planit të Veprimit të Strategjisë Kombëtare për të përfshirë "Parandalimin e dhunës në shërbimet e shëndetit riprodhues" si objektiv specifik.

Alokimi i buxhetit për trajnime mbi "DHBGJ në Shëndetësi".

Akterët Përgjegjës: Koordinatori Kombëtar kundër Dhunës në Familje (MD), Agjencia për Barazi Gjinore (ABGJ).

Fizibiliteti: *Afatmesëm (1-3 vjet).*

B. Sistemi Shëndetësor dhe Reformat Klinike

4. Politika "Zero Ndarje" dhe e Personit Shoqërues

Arsyetimi: 70.9% e grave raportuan neglizhencë. Një shoqërues gjatë lindjes (partneri/nëna) ofron mbështetje të vazhdueshme, redukton traumën dhe vepron si dëshmitar/parandalues ndaj abuzimit.

Hapat Konkretë të Veprimit:

SHSKUK lëshon një qarkore që mandaton lejimin e një shoqëruesi sipas zgjedhjes gjatë lindjes aktive.

Infrastruktura: Instalimi i perdeve ndarëse të thjeshta në dhomat me shumë shtretër (në QKUK) për të siguruar privatësi – parakusht për lejimin e shoqëruesve.

Logjistika: Shfuqizimi i ndalesave të vjetruara; ofrimi i manteleve sanitare me kosto të ulët për shoqëruesit.

Akterët Përgjegjës: Drejtoria e Përgjithshme e SHSKUK, Drejtorët e Klinikave.

Fizibiliteti: *Afatshkurtër (0-12 muaj).* I lartë.

Varësitë: Mbingarkesa në QKUK kërkon menaxhim strikt të "vetëm një shoqëruesi".

5. Ndalimi Strikt i Manovrës Kristeller

Arsyetimi: 27.2% e grave raportuan forcë fizike (shtypje fundale). Kjo manovër është e rrezikshme, e pabazuar në evidencë dhe e dënuar gjerësisht, por mbetet "rutinë" në Kosovë.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Bordi Klinik i SHSKUK nxjerr vendim formal për ndalimin e Kristellerit.

Klasifikimi i përdorimit të saj si Shkelje e Rëndë Profesionale (Malpraktikë) në protokollet e MSh.

Krijimi i sistemit "Sinjalizues i Sigurisë" ku çdo anëtar i stafit (mjek i ri/mami) mund të raportojë përdorimin e saj në mënyrë anonime.

Akterët Përgjegjës: Bordi Klinik i SHSKUK.

Fizibiliteti: *I menjëhershëm.*

6. Standardizimi i Pëlqimit të Informuar

Arsyetimi: "Pëlqimi gjeneral" (blanket consent) i nënshkruar gjatë pranimit është ligjërisht i pamjaftueshëm.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Krijimi i formularëve të veçantë pëlqimi për (a) Prerje Cezariane, (b) Induksion, dhe (c) Epiziotomi (nëse indikohet mjekësisht).

Implementimi i protokollit "Kontrolli i Pëlqimit Verbal": Ofruesit duhet të pyesin "A mund t'ju ekzaminoj?" para *çdo* prekjeje.

Akterët Përgjegjës: Divizioni për Sigurimin e Cilësisë (MSh), Grupi Punues.

Fizibiliteti: *Afatshkurtër.*

C. Kultura Profesionale dhe Ndryshimi i Fuqisë Punëtore

7. Reforma e profesionit të Mamisë, Mbikëqyrja dhe "Kujdesi i Dhembshur"

Arsyetimi: Mamitë raportohen shpesh si ushtruese të abuzimit verbal dhe fizik. Rritja e autonomisë së tyre pa reformë është e rrezikshme. "Hierarkia e abuzimit" duhet të thyhet përmes mbikëqyrjes dhe mbështetjes.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Mentorët Klinikë: Angazhimi i "Mentorëve për Kujdes Respektues" (ekspertë ndërkombëtarë apo lokalë) për të punuar *në ndërrime* krah për krah me stafin, për të ndërhyrë në kohë reale kundër sjelljeve abuzive (p.sh. ndalimi i të bërtiturit).

Rishikimi i Përshkrimit të Punës: Rishikimi i detyrave zyrtare nga MSh për të përfshirë në mënyrë eksplicite "mbështetjen emocionale" dhe "avokimin për dhimbjen" si detyra që vlerësohen.

"Debriefing" Psikologjik: Seanca të detyrueshme, jo-ndëshkuese, për stafin për të procesuar "burnout-in" dhe traumën dytësore, me qëllim reduktimin e lodhjes së dhembshurisë (compassion fatigue).

Tolerancë Zero: Përditësimi i rregulloreve të brendshme ku ceket se *çdo* disiplinim fizik (shuplakë/pickim) është bazë për suspendim të menjëhershëm.

Akterët Përgjegjës: Drejtoria e Infermierisë SHSKUK, Oda e Infermierëve (OIK).

Fizibiliteti: *Afatmesëm.* Kërkon ndryshim kulturor dhe fonde për mentorim.

8. Moduli i Detyrueshëm i Licencimit mbi të Drejtat e Njeriut

Arsyetimi: Ekselenca klinike nuk nënkupton kujdes etik.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Oda e Mjekëve (OMK) dhe e Infermierëve (OIK) prezantojnë modulin e detyrueshëm të Edukimit të Vazhdueshëm Profesional (EVP) mbi "Kujdesin e Respektueshëm Obstetrik & Etikën".

Kushtëzimi i ripërtëritjes së licencës (çdo 5 vjet) me përfundimin e këtij moduli.

Akterët Përgjegjës: OMK, OIK.

Fizibiliteti: *Afatmesëm.*

D. Llogaridhënia dhe Mekanizmat Raportues

9. Mekanizmi i Pavarur Digjital i Raportimit ("Telefoni Vjollcë")

Arsyetimi: 69% e grave nuk raportuan për shkak të mosbesimit. Ankesat e brendshme spitalore janë joefektive.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Vendosja e kodeve QR në çdo banjo/korridor të maternitetit që lidhen me një formular direkt raportimi të menaxhuar nga Inspektorati Shëndetësor (duke anashkaluar menaxhmentin e spitalit).

Mundësimi i "sinjalizimit" anonim për të nxitur inspektime të befasishme.

Avokati i Popullit hap një linjë të "Hetimit Special" për ankesat obstetrike.

Akterët Përgjegjës: Inspektorati Shëndetësor, Avokati i Popullit.

Fizibiliteti: *Afatshkurtër.* Kosto e ulët teknologjike.

E. Të Dhënat dhe Përmirësimi i Cilësisë

10. Përvoja e Pacientit si Tregues Kryesor i Performancës (KPI)

Arsyetimi: Çka nuk matet, nuk menaxhohet. Aktualisht, vlejnë vetëm rezultatet klinike.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Implementimi i një sondazhi të automatizuar me SMS 2 javë pas daljes nga spitali (menaxhuar nga IKSHPK).

Bërja e "Rezultatit të Kënaqshmërisë së Pacientit" si KPI e detyrueshme në kontratat vjetore të Drejtorëve të Spitaleve. Rezultatet e ulëta nxisin rishikimin e udhëheqjes.

Akterët Përgjegjës: SHSKUK, IKSHPK.

Fizibiliteti: Afatmesëm

E. Angazhimi i Komunitetit

11. Fushata Edukuese "Trupi Im, Lindja Ime"

Arsyetimi: Gratë shpesh e normalizojnë abuzimin. Ato duhet të dinë se si duket kujdesi i *mirë* për ta kërkuar atë.

Hapat Konkretë të Veprimit:

Shpërndarja e "Kartës së të Drejtave në Lindje" në të gjitha vizitat antenatale (Kujdesi Parësor).

Lansimi i fushatës në rrjete sociale që shpjegon të drejtën për shoqërues dhe pëlqim.

Akterët Përgjegjës: Grupi Punues, OJQ-të.

Fizibiliteti: *Afatshkurtër.*

Implementimi i këtyre rekomandimeve nuk është thjesht një ushtrim administrativ për përmbushjen e standardeve; është një hap thelbësor për shërimin e sistemit shëndetësor të Kosovës. Duke i adoptuar këto masa, institucionet do të fillojnë të krijojnë një "cikël të virtytshëm": gratë e informuara do të kërkojnë kujdes dinjitoz; stafi i mbështetur dhe i mbikëqyrur do të ofrojë shërbime më profesionale; dhe transparenca e shtuar do të rikthejë besimin e qytetarëve te sektori publik.

Ne jemi të vetëdijshëm se ndryshimi kulturor kërkon kohë dhe vullnet politik të paepur. Do të ketë rezistencë nga strukturat e vjetra që e shohin autonominë e pacientit si kërcënim për autoritetin mjekësor. Megjithatë, kostoja e mosveprimit është tepër e lartë. Vazhdimi i status-quo-së nënkupton vazhdimin e traumës për mijëra gra çdo vit dhe shkeljen e vazhdueshme të obligimeve kushtetuese të Kosovës.

Këto rekomandime ofrojnë një udhërrëfyes praktik dhe të matshëm. Ato nuk kërkojnë investime kapitale të pamundura, por kërkojnë guxim për të thyer heshtjen, për të

hapur dyert e mbyllura të sallave të lindjes ndaj mbikëqyrjes dhe për të vendosur gruan – dhe jo komoditetin institucional – në qendër të kujdesit. Kosova ka mundësinë të bëhet një lider rajonal në adoptimin e standardeve të Kujdesit të Respektueshëm, duke dëshmuar se të drejtat e njeriut nuk përfundojnë në pragun e spitalit.

Muaji	**Veprimi**	**Përgjegjësia**
1	Themelimi i Grupit Punues Kombëtar (Shoqëri Civile + Klinkistë)	MSh / Zyra e KM
2	Lëshimi i Vendimit të SHSKUK-së për Shoqëruesit & Perdet	SHSKUK
3	Hartimi i Udhëzimit Administrativ mbi Dhunën Obstetrike	Grupi Punues / MSh
3	Vendimi Klinik për Ndalimin e Manovrës Kristeller	Bordi Klinik
4	Lansimi i Sistemit të Raportimit me QR Kode në reparte	Inspektorati
6	Vendosja e Mentorëve Klinikë në Sallën e Lindjes QKUK	SHSKUK / Donatorët

Fig. 3 Udhërrëfyesi i Implementimit (6 Muajt e Parë)

10. Konkluzion

Lindja e një fëmije duhet të jetë një moment fuqizimi dhe gëzimi – jo një moment frike, poshtërimi apo dhimbjeje të shkaktuar nga ata që janë betuar të ofrojnë kujdes. Evidenca e mbledhur në këtë raport mbi dhunën obstetrike në Kosovë e bën të qartë se kërkohet veprim urgjent për ta transformuar kujdesin e maternitetit në një përvojë të respektueshme dhe me gruan në qendër. Kjo nuk është vetëm çështje e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore; është thelbësisht një çështje e drejtësisë gjinore dhe e të drejtave të njeriut. Mënyra se si një shoqëri i trajton gratë gjatë lindjes – kur

ato janë në kulmin e cenueshmërisë dhe nevojës për mbështetje – është testi i vërtetë i angazhimit të asaj shoqërie ndaj barazisë dhe dinjitetit njerëzor.

Në Kosovë, mbizotërimi pothuajse universal i keqtrajtimit (mbi 95% në kampionin tonë) sinjalizon një dështim sistemik për të mbrojtur të drejtat e grave në institucionet shëndetësore. Zërat e grave që ndanë narrativat e tyre – zëra që për një kohë të gjatë ishin heshtur ose injoruar – kanë nxjerrë në dritë modele abuzimi që nuk mund të mohohen më. Këto dëshmi zbulojnë se dhuna obstetrike nuk përbëhet nga incidente të izoluara; ajo është një problem strukturor, i ngulitur në kulturën mjekësore, në hierarkitë e pabarabarta të pushtetit dhe në praktikat e vjetruara klinike. Gratë janë goditur pse kanë qarë, janë prerë pa pëlqim, janë lënë vetëm në agoni dhe janë turpëruar pikërisht atëherë kur duhej të festoheshin për sjelljen e një jete të re. Një trajtim i tillë është i papranueshëm dhe i papajtueshëm me aspiratat e Kosovës për të drejtat e njeriut dhe vlerat evropiane.

Pasojat e këtij fenomeni shtrihen përtej vuajtjes individuale. Kur gratë dalin nga lindja të traumatizuara, kur humbin besimin te mjekët dhe spitalet, efektet valëzuese prekin familjet, komunitetet dhe kredibilitetin e sistemit shëndetësor publik. Disa gra do të shmangin kërkimin e kujdesit në të ardhmen – duke rrezikuar shëndetin e tyre dhe të foshnjave – nga frika e përsëritjes së abuzimit. Të tjera mbartin plagë psikologjike që ndikojnë në mirëqenien e tyre afatgjatë. Për më tepër, dhuna obstetrike riprodhon pabarazinë gjinore: ajo u komunikon grave se edhe në amësi, trupat e tyre janë objekte për t'u kontrolluar dhe se dhimbja apo autonomia e tyre është e parëndësishme. Kjo duhet të ndryshojë.

Përgjegjësia e Shtetit dhe Mundësia për Ndryshim

Shteti ka obligim kushtetues dhe ndërkombëtar të sigurojë që gratë të mos i nënshtrohen trajtimit mizor, çnjerëzor apo degradues në asnjë sferë, përfshirë shëndetësinë. Duke dështuar të adresojë dhunën obstetrike, shteti dështon në këtë obligim. Megjithatë, ana tjetër e medaljes është se Kosova tani ka një mundësi jetike për të udhëhequr me shembull. Duke zbatuar në mënyrë proaktive rekomandimet e këtij raporti – nga ndalimi i manovrës Kristeller e deri te lejimi i shoqëruesve në lindje – Kosova mund të bëhet një model rajonal për Kujdesin e Respektueshëm të Maternitetit.

Kjo do të kërkojë lidership dhe guxim për t'u përballur me norma të ngulitura. Profesionistët shëndetësorë fillimisht mund t'i rezistojnë ndryshimit ose ta mohojnë problemin. Por pranimi është hapi i parë drejt shërimit. Nuk duhet të ketë turp për institucionet e Kosovës në pranimin e këtyre problemeve – turpi do të ishte në injorimin e tyre pasi ato janë zbuluar. Ndryshimi është i mundur. Ai vjen përmes trajnimit të

vazhdueshëm, llogaridhënies së panegociueshme dhe një ndërrimi të mendësisë që e sheh çdo grua në lindje si subjekt të së drejtës, e jo objekt të procedurës.

Thirrje për Veprim

Gjetjet e këtij raporti le të shërbejnë si katalizator për veprim kolektiv:

- Për Qeverinë dhe Ministrinë e Shëndetësisë: Merrni seriozisht këto gjetje. Themeloni Grupin Punues, hartoni Udhëzimin Administrativ dhe mbikëqyrni zbatimin. Njohja publike e dhunës obstetrike do të ishte në vetvete një mesazh i fuqishëm solidariteti me të mbijetuarat.
- Për Profesionistët Shëndetësorë: Reflektoni mbi praktikat tuaja. Përqafoni reformat jo si ndëshkim, por si përmirësim profesional. Mjekët, mamitë dhe infermieret kanë fuqinë ta bëjnë lindjen një kujtim pozitiv ose një makth. Zgjidhni të jeni mbrojtësit e dinjitetit të pacienteve tuaja.
- Për Shoqërinë Civile dhe Median: Vazhdoni ta mbani dritën ndezur mbi këtë çështje. Thyeni kulturën e heshtjes. Sigurohuni që dhuna obstetrike të mbetet në diskursin publik derisa të shihen përmirësime të prekshme.

Në përfundim, eliminimi i dhunës obstetrike është një qëllim sfidues, por plotësisht i arritshëm. Ai kërkon kalimin nga një kulturë fajësimi, frikësimi dhe errësire, në një kulturë respekti, empatie dhe transparence. Shpërblimi do të jetë i jashtëzakonshëm: imagjinoni reparte materniteti ku gratë ndihen të sigurta dhe të dëgjuara; imagjinoni ofrues shëndetësorë që respektohen nga komuniteti për kujdesin e dhembshur që ofrojnë.

Ky raport le të jetë hapi i parë. Lindja e një fëmije në Kosovë nuk duhet të shoqërohet kurrë më me shkeljen e dinjitetit të nënës. Duke adresuar dhunën obstetrike, Kosova afirmon se të drejtat e grave janë të drejta të njeriut dhe se respekti dhe dinjiteti në lindje janë të panegociueshme.

Referencat:

Birthrights. (2013). *Dignity in Childbirth—The Dignity Survey of 2013: Women's and Midwives Experiences of UK Maternity Care*. https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Birthrights-Dignity-Survey-1.pdf

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A.-M., … Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, *394*(10210), 1750–1763. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, *12*(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., Oyeniran, A. A., Ogunlade, M., Metiboba, L., Osunsan, O. R., Idris, H. A., Alu, F. E.,

Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., & Hindin, M. J. (2016). "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health*, *2*, 640–655. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.07.003

Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, *26*(6–7), 555–572. https://doi.org/10.1177/1077801219836732

Chadwick, R. (2018). *Bodies that Birth: Vitalizing Birth Politics*. Routledge & CRC Press. https://www.routledge.com/Bodies-that-Birth-Vitalizing-Birth-Politics/Chadwick/p/book/9781138123342

Chadwick, R. (2021). Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda*, *35*(3), 104–115. https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1958554

Conrad, P. (1992). *Medicalization and social control*. https://people.uncw.edu/ricej/deviance/Medicalization%20of%20Deviance,%20by%20Conrad%20and%20Schneider.pdf

Davis, D.-A. (n.d.). Reproductive Injustice. *NYU Press*. Retrieved May 9, 2025, from https://nyupress.org/9781479853571/reproductive-injustice/

Davis, D.-A. (2019). Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, *38*(7), 560–573. https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389

Díaz García, L. I., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)*, *51*, 123–143. https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301

Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, *24*(47), 56–64. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004

Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=YSrnEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Freyd+J.+J.+(1996).+Betrayal+trauma:+The+logic+of+forgetting+childhood+abuse.+Harvard+University+Press.+%5BGoogle+Scholar%5D&ots=TppcsHIxRQ&sig=WqlUmCd_2bxEfdF_t8ksamjQbyQ

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. https://academic.oup.com/book/32817

Kosovo Agency of Statistics and UNICEF. (2020). *2019–2020 Kosovo Multiple Indicator Cluster Survey and 2019– 2020 Roma, Ashkali and Egyptian Communities Multiple Indicator Cluster Survey, Survey Findings Report*. https://www.unicef.org/kosovoprogramme/media/1871/file/Kosovo%20MICS%202020.pdf

Lappeman, M., & Swartz, L. (2019). Rethinking obstetric violence and the "neglect of neglect": The silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BMC International Health and Human Rights*, *19*(1), 30. https://doi.org/10.1186/s12914-019-0218-2

Ministria e Shëndetësisë. (2025). *Raport Vjetor i Ankesave 2024*.

Miteniece, E., Pavlova, M., Rechel, B., & Groot, W. (2017). Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, *177*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.049

OHCHR. (2019). *Croatia must act now to end violence and abuse against women in reproductive health procedures, say UN experts*. OHCHR. https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/02/croatia-must-act-now-end-violence-and-abuse-against-women-reproductive

Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J., Darj, E., Lukasse, M., Bjørngaard, J. H., Joshi, S. K., Rishal, P., Koju, R., Pun, K. D., Wijewardena, K., Muzrif, M. M., Campbell, J. C., & on behalf of the ADVANCE study team. (2018). 'When helpers hurt': Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 211. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z

Qeveria e Kosovës. (2022a). *Projektligji për Shëndet Riprodhues dhe Fertilizim të Asistuar*. http://konsultimet.rks-gov.net/viewConsult.php?ConsultationID=41528&Language=al

Qeveria e Kosovës. (2022b). *Strategjia Kombetare per Mbrojtje nga Dhuna ne Familje dhe Dhuna ndaj Grave 2022-2026*. https://kryeministri.rks-gov.net/wp-content/uploads/2022/08/ENG-Strategjia-Kombetare-per-Mbrojtje-nga-Dhuna-ne-Familje-dhe-Dhuna-ndaj-Grave-2022-2026.pdf

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural

dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, *24*(47), 47–55. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002

SHSKUK. (2025). *Raporti i punes 2024 janar—Dhjetor SHSKUK*. https://shskukadmin.rks-gov.net/Medias/Raporti%20i%20punes%202024%20janar%20dhjetor%20SHSKUK%20i%20aprovuar%20(1).pdf

Simonovic, D., UN. Human Rights Council. Special Rapporteur on Violence against Women and Girls, its Causes and its Consequences, & UN. Secretary-General (Eds.). (11). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence: Note*. UN. https://digitallibrary.un.org/record/3823698

Smith, C. P., & Freyd, J. J. (2014a). Institutional betrayal. *American Psychologist*, *69*(6), 575–587. https://doi.org/10.1037/a0037564

Smith, C. P., & Freyd, J. J. (2014b). Institutional betrayal. *American Psychologist*, *69*(6), 575.

Smith-Oka, V. (2012). Bodies of risk: Constructing motherhood in a Mexican public hospital. *Social Science & Medicine*, *75*(12), 2275–2282. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.029

Smith-Oka, V. (2022). Cutting Women: Unnecessary cesareans as iatrogenesis and obstetric violence. *Social Science & Medicine*, *296*, 114734. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114734

Srinidhi, V., Rao, A., Reddy, B., Karachiwala, B., Iyer, A., Seshadri, S. R., Sreevathsa, A., Sadhu, R., & Sen, G. (2025). Role of practical medical training in the provision of respectful intrapartum care: Insights from two large public teaching hospitals in Southern India. *BMC Medical Education*, *25*(1), 859. https://doi.org/10.1186/s12909-025-07411-4

Vacaflor, C. H. (2016). Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, *24*(47), 65–73. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & the GVtM-US Steering Council. (2019). The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, *16*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2

Vega-Sanz, M., Halty, A., Goñi-Dengra, S., Pitillas, C., & Berástegui, A. (2025). Exploring traumatic childbirth: Associations between obstetric violence indicators and perinatal posttraumatic stress. *PLoS One*, *20*(6), e0324461.

World Health Organization. (n.d.). *Thre prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Retrieved June 3, 2025, from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf

Chadwick, R. (2021). Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda*, *35*(3), 104-115.

Davis, D. A. (2019). Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical anthropology*, *38*(7), 560-573.

Chadwick, R. (2023). The dangers of minimizing obstetric violence. *Violence against women*, *29*(9), 1899-1908.

SHTOJCA A

Pyetësori: Dhuna Obstetrike në Kosovë – Ndani Përvojën Tuaj

Ky pyetësor u përdor për mbledhjen e të dhënave për raportin
">95 përqind: Realiteti i Dhunës Obstetrike në Kosovë".
Ai u shpërnda online dhe u plotësua në mënyrë **plotësisht anonime**.

Qëllimi i pyetësorit ishte mbledhja e dëshmive dhe përvojave të grave për të kontribuar në hulumtim, ndërgjegjësim publik dhe avokim për ndryshime sistemike në kujdesin obstetrik në Kosovë.

Pjesëmarrja ishte vullnetare dhe pjesëmarrëset kishin të drejtë ta ndërprisnin plotësimin në çdo moment.

Informacion hyrës për pjesëmarrëset

Faleminderit që po merrni kohë për të ndarë përvojën tuaj.
Ky formular është plotësisht anonim dhe asnjë e dhënë identifikuese nuk mblidhet apo ruhet.

Me plotësimin e këtij formulari, ju jepni pëlqimin tuaj që të dhënat e mbledhura të përdoren për qëllime hulumtuese dhe avokuese lidhur me dhunën obstetrike në Kosovë.

Nëse keni përjetuar ndonjë formë dhune obstetrike gjatë shtatzënisë, lindjes apo periudhës pas lindjes, përgjigjet tuaja janë të rëndësishme dhe do të trajtohen me kujdes dhe respekt.

Përkufizim

Dhuna obstetrike është një formë dhune ndaj grave gjatë shtatzënisë, lindjes ose periudhës pas lindjes, e kryer nga profesionistë shëndetësorë. Ajo përfshin, por nuk kufizohet në:

- Neglizhencë dhe shpërfillje të dhimbjes dhe kërkesave të gruas
- Procedura mjekësore pa pëlqim të informuar
- Komente ofenduese dhe poshtëruese
- Trajtim fizik të dhunshëm ose të panevojshëm

Pyetjet e pyetësorit

1. Ku banoni?

- Rajoni Prishtinë
- Rajoni Ferizaj
- Rajoni Gjilan
- Rajoni Mitrovicë
- Rajoni Gjakovë
- Rajoni Pejë
- Rajoni Prizren

2. Mosha juaj

- Nën 18 vjeç
- 18–25 vjeç
- 26–35 vjeç
- 36–45 vjeç
- Mbi 45 vjeç

3. A keni përjetuar ndonjë nga situatat e mëposhtme?
(mund të zgjidhni më shumë se një opsion)

- Komente ofenduese ose poshtëruese nga stafi shëndetësor
- Procedura mjekësore pa pëlqimin e informuar (p.sh. epiziotomia, anestezia, prerja cezariane)
- Neglizhencë ose shpërfillje e dhimbjes
- Trajtim fizik i dhunshëm ose i panevojshëm
- Procedura mjekësore në prani të pacientëve të tjerë
- Ekzaminim pa dorëza nga stafi mjekësor
- Ndërhyrje të panevojshme gjatë lindjes (p.sh. manovra Kristeller)
- Lënia vetëm për orë të tëra gjatë dhimbjeve të lindjes
- Refuzim i kujdesit për shkak të paragjykimeve
- Procedura ose ekzaminime në kushte jo higjienike
- Nuk kam përjetuar asnjë nga këto
- Tjetër: _____

4. Statusi juaj gjatë përvojës
(mund të zgjidhni më shumë se një opsion)

- Gjatë shtatzënisë
- Gjatë lindjes
- Pas lindjes

5. Ku ka ndodhur kjo përvojë?

- QKUK (Prishtinë)
- Spital rajonal (specifiko)
- Klinikë private (specifiko)
- Qendër tjetër shëndetësore (specifiko)

6. Si ju ka ndikuar kjo përvojë?
(mund të zgjidhni më shumë se një opsion)

- Fizikisht
- Emocionalisht (p.sh. trauma, frikë nga lindjet e ardhshme)

- Nuk ka pasur ndikim të madh
- Tjetër: _____

7. A keni tentuar ta raportoni këtë përvojë?

- Po, por nuk mora asnjë përgjigje
- Po, dhe pati reagim pozitiv
- Jo, sepse nuk e dija si të veproja
- Jo, sepse nuk kisha besim se diçka do të ndryshonte
- Tjetër: _____

8. Çfarë ndryshimesh mendoni se duhen bërë për të parandaluar dhunën obstetrike?

- Trajnim i detyrueshëm për empati dhe komunikim për stafin mjekësor
- Sisteme të besueshme për raportimin e rasteve
- Ndërgjegjësim i grave për të drejtat e tyre shëndetësore
- Ndëshkime për stafin që kryen dhunë obstetrike
- Tjetër: _____

9. A keni ndonjë gjë tjetër që dëshironi të ndani?
(përgjigje e hapur)

Informacion për përdorimin e të dhënave

Të dhënat nga ky pyetësor u përdorën për:

- hulumtime mbi përvojat e grave para, gjatë dhe pas lindjes,
- rritjen e ndërgjegjësimit publik për dhunën obstetrike,
- avokimin për ndryshime konkrete në politikat dhe praktikat shëndetësore në Kosovë.