



Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës
Mbështet, mbron dhe promovon të drejtat dhe interesat e grave dhe vajzave

Qasja në kujdesin shëndetësor në Kosovë



Qasja në kujdesin shëndetësor në Kosovë

Nga Nicole Farnsworth, Dr. Katja Goebbels dhe Rina Ajeti
për Rrjetin e Grupeve të Grave të Kosovës

Prishtinë, Kosovë
2016

© Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës, 2016

Autorët: Nicole Farnsworth, Dr. Katja Goebbels, dhe Rina Ajeti për Rrjetin e Grupeve të Grave të Kosovës

Përkthyer nga: Fisnik Dida

ISBN 978-9951-737-06-7

Shtypur nga: NGB GRAFOPRINT

Ky raport është përpiluar nga Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës nëpërmes vetë-financimit, Fondit për Popullatë të Kombeve të Bashkuara (UNFPA), dhe Programit për Zhvillim të Kombeve të Bashkuara (UNDP) së bashku me vullnetarët e Kombeve të Bashkuara (UNV), Kolegjit të Darmouth dhe Organizatës Botërore Shëndetësore (OBSh). Pikpamjet e paraqitura i përfaqësojnë ato të autoreve dhe nuk korrespondojnë domosdo me pikpamjet e UNFPA-së, OBSh-së, UNDP-së, UNV-së apo Kolegjit Darmouth.

Përmbajta

Shkurtesat	3
Falenderimet	4
Përmbledhja Ekzekutive	5
Hyrje	7
Metodologjia	8
Në lidhje me raportin	9
Korniza Ligjore për Kujdesin Shëndetësor	10
Ligji i Bashkimit Evropian	10
Ligji i aplikuar në Kosovë	11
Sistemi Shëndetësor i Kosovës	18
Menaxhimi i të dhënave shëndetësore	20
Financimi i kujdesit shëndetësor	20
Përfundim	21
Të dhënat Demografike	22
Mostër e të dhënave demografike	23
Statusi i Vetë-Vlerësuar Shëndetësor	26
Përfundim	30
Shfrytëzimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor	31
Gjetjet e indeksit të shfrytëzimit të shërbimeve	31
Shfrytëzimi i shërbimeve specifike shëndetësore	33
Diskutimi për shfrytëzimin e shërbimeve	40
Shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor publik kundrejtë atij privat	42
Përfundim	44
Gjinia dhe Qasja në Kujdes Shëndetësor	46
Kush vendos për kujdes shëndetësor?	46
Prioritizimi i anëtarëve të familjes për qasje në kujdes shëndetësor	47
Pengesat gjinore dhe socio-kulturore për qasjen në kujdes shëndetësor	47
Përfundim	50
Banimi dhe Qasja në Kujdes Shëndetësor	51
Pengesat financiare në bazë të vendbanimit	51
Pengesat gjeografike sipas vendbanimit	52
Pengesat kulturore sipas vendbanimit	53
Vetëdija në bazë të vendbanimit	53
Marrëdhënia ofrues-pacient sipas vendbanimit	53
Cilësia e perceptuar e personelit sipas vendbanimit	53
Përfundim	54
Përkatësia Etnike dhe Qasja në Kujdes Shëndetësor	55
Pengesat financiare sipas përkatësisë etnike	55
Pengesat Gjeografike sipas Përkatësisë Etnike	55
Pengesat kulturore sipas përkatësisë etnike	56
Marrëdhënia pacient - ofrues sipas përkatësisë etnike	57

Cilësia e perceptuar e personelit shëndetësor sipas përkatësisë etnike.....	57
Disponueshmëria e shërbimeve të kujdesit shëndetësor sipas përkatësisë etnike	58
Vetëdija për të drejtat e pacientit sipas përkatësisë etnike	58
Përfundim.....	58
Njohuria për të Drejtat në Kujdesin Shëndetësor	60
Pengesat e njohurisë.....	60
Keqpërdorimi i të drejtave të pacientit.....	62
Konfidencialiteti	64
Njohuria dhe shfrytëzimi i mekanizmave ankues	66
Përfundim.....	67
Rekomandimet	68
Fushat e hulumtimit të mëtutjeshëm	68
Temat e ngritjes së vetëdijes.....	69
Rekomandimet për politika.....	69
Shtojcat	71
Shtojca 1. Metodologjia.....	71
Shtojca 2. Pyetjet e sondazhit	78
Shtojca 3. Udhëzuesi i intervistimit cilësor	89
Shtojca 4. Detajet e literaturës së shqyrtuar	98
Shtojca 5. Vështirësitë dhe Kufizimet	99
Shtojca 6. Të gjeturat tjera të hulumtimit.....	102
Bibliografia.....	114

Shkurtesat

APMK	Agjencia për Produkte Medicinale e Kosovës
ASK	Agjencia e Statistikave të Kosovës
BE	Bashkimi Evropian
CPP	Cilësia e Pritur e Personelit
CZhM	Caku i Zhvillimit Mijëvjeçar
ÇSPT	Çrregullimi nga Stresi Post Traumatik
IKS	Iniciativa Kosovare për Stabilitet
KEGjFD	Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
MB	Mbi Banak (bar)
MDDESK	Marrëveshja Ndërkombëtare për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore
MESH	Ministria e Shëndetësisë
MOP	Marrëdhënja në mes të ofruesit të kujdesit dhe Pacientit
MSA	Marrëveshja e Stabilizim Asociimit
MVR	Medikament Vetëm me Recetë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OJQ	Organizata Jo-Qeveritare
OSBE	Organizata për Siguri dhe Bashkëpunim në Europë
OZHM	Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit
PIU	Paisja intrauterine (spiralja)
QKMF	Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare
QKPS	Qendrat për Kontroll dhe Parandalim të Sëmundjeve (SH.B.)
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
QSUK	Qendra Spitalore Universitare e Kosovës
RrGGK	Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës
SDSShRK	Studimi Demografik, Social dhe i Shëndetit Reproductiv në Kosovë
SGTSh	Sondazhi Grupor me Tregues të Shumfishtë
SISh	Sistemi Informativ Shëndetësor
UN	Kombet e Bashkuara
UNDP	Programi për Zhvillim i Kombeve të Bashkuara
UNFPA	Fondi për Popullsi i Kombeve të Bashkuara
UNICEF	Fondi për Fëmijë i Kombeve të Bashkuara

Falenderimet

Ky hulumtim është zhvilluar në tërësi duke iu falenderuar përpjekjeve të vullnetarëve të përkushtuar për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor që u ofrohet qytetarëve në Kosovë. Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës (RrGGK) dëshiron të përcjellë falenderimin dhe vlerësimin për hulumtuesit të cilët dhuruan vullnetarisht qindra, nëse jo mijëra, orë të kohës së tyre në mënyrë që të mundësohet ky hulumtim: Nicole Farnsworth, Adelina Berisha, Rina Dula, Rina Ajeti, Jetmira Morina, Rita Nikqi, Dr. Katja Goebbels, Natyra Hertica, Emily Gallina, Iliriana Banjska, Doruntina Fetahaj, Donjeta Morina, Hana Marku, Leurina Mehmeti, Rinea Mustafa, Antonia Hoidal, Deniz Pupus, Mirjeta Shatri, Nerina Guri, Marigona Kelmendi dhe Valdrina Murina. Ekipi falenderon drejtoreshën ekzekutive të RrGGK Igballe Rogova, menaxheren financiare Besa Shehu dhe menaxheren e programit Zana Rudi për përkrahjen e tyre të vazhdueshme.

Ky hulumtim është mundësuar nëpërmes partneritetit me Qendrën Rockefeller dhe Iniciativën e Shëndetit Global në Qendrën Dickery për Botëkuptim Ndërkombëtar. Procesi i hulumtimit dhe produkti përfundimtar kanë përfituar rrënjësisht nga përkrahja e vazhdueshme e ofruar nga Dr. Ronald D. Shaiko, Anne Sosin dhe Dr. Lisa Adams nga Kolegji Darmouth, studentet Apoorva Dixit, Megan Mishra, Morgan Sandhu dhe Kristen Delwiche të cilët kanë kontribuar në mënyrë të konsiderueshme në analizën sasiore dhe përpilimin e pjesëve të raportit. Kolegji i Darmouth gjithashtu ka ofruar një përkrahje financiare për shpenzimet e hulumtimit.

Departamenti i Punës Sociale në Universitetin e Prishtinës, në veçanti Dr. Vjollca Krasniqi, gjithashtu me gatishmëri e ka përkrahur hulumtimin. Studentët kanë anketuar qytetarët vullnetarisht: Agensa Haliti, Amjeta Zeqiraj, Edilona Kamberi, Elfije Krasniqi dhe Lauretë Bekteshi. Regjistruarit që kanë dhënë kontributin në këtë hulumtim janë: Adelina Qoqaj, Adni Kukësi, Ardianë Hetemi, Armend Krasniqi, Bajram Ilazi, Bardh Ajeti, Bardhyl Rexhepi, Behar Ferizi, Biljana Kuzmanovic, Dren Tahiri, Enis Fazliji, Fjollë Kastrati, Florent Thaçi, Furkan Baruti, Gyltene Osmani, Leutrim Shahini, Lirona Rexhepi, Meray Tikves, Milica Barac, Onur Kovac, Qëndrim Thaçi, Ramadan Sokoli, Rita Nikçi, Sasa Stanistavljevic, Suzana Fazliji, Tringë Sokoli, Visar Fejza dhe Zihra Kuksi. Analizën statistikore e ka përkrahur Erica Browne.

E falenderojmë gjithashtu Ministrinë e Shëndetësisë për përkrahjen, inkurajimin e institucioneve shëndetësore që të marrin pjesë në këtë hulumtim dhe mirëpritjen e çfarëdo rekomandimi që kanë rezultuar për përmirësimin e shëndetit të grave dhe burrave në Kosovë. Punëtorët shëndetësor dhe informuesit tjerë kyq në tërë Kosovën të cilët kanë ofruar kohën e tyre të çmuar për të marrë pjesë në intervista.

RrGGK nëpërmes vetë-financimit ka përkrahur disa nga shpenzimet e hulumtimit gjë që ka mundësuar këtë raport. Hulumtuesit nga stafi i RrGGK-së e kanë bartur këtë hulumtim dhe e kanë shkruar këtë raport vullnetarisht, duke punuar me orar pafundësisht të zgjatur për ta përpiluar atë sa më mirë. Rreth shpenzimeve të këtij hulumtimi kanë ndihmuar edhe Fondi për Popullsi i Kombeve të Bashkuara (UNFPA), Programi për Zhvillim i Kombeve të Bashkuara (UNDP), Vullnetarët e KB (UNV) dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH).

Grupi Këshillues ka ofruar informata të dobishme në instrumentin e studimit dhe draftin përfundimtar të raportit: Anne Sosin nga Kolegji Darmouth, Dr. Ronald D. Shaiko nga Kolegji Darmouth, Dr. Lisa Adams nga Kolegji Darmouth, Dr. Vjollca Krasniqi nga Universiteti i Prishtinës, Dr. Visare Mujko-Nimani nga UNFPA, Dr. Skender Sylja nga OBSH, Dr. Sami Uka nga OBSH, Sanije Uka nga Agjensioni i Statistikave të Kosovës, Dr. Ilir Hoxha, Blerim Azizi nga Vullnetarët e KB, MSc. Shkipe Deda-Gjurgjiali, nga UNDP, Dr. Valbon Krasniqi nga Ministria e Shëndetësisë, Edi Gusia nga Agjensioni për Barazi Gjinore në Zyren e Kryeministrit të Republikës së Kosovës dhe Mrika Aliu nga Aksioni për Nëna dhe Fëmijë.

Përmbledhja Ekzekutive

Në vitin 2016, Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës (RrGGK) në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë, Kolegjin Darmouth dhe Universitetin e Prishtinës kanë zhvilluar hulumtimin e parë që është bërë ndonjëherë për qasjen e grave dhe burrave në kujdes cilësor shëndetësor në Kosovë. Hulumtimi, ndër metodat tjera, ka përfshirë një studim të amvisërive të 1.309 kosovarëve dhe intervista me 110 ofrues të kujdesit shëndetësor dhe akterë tjerë kyq. Ky hulumtim vlerëson se deri në çfarë mase popullata e Kosovës përdorin shërbimet shëndetësore publike dhe private; ballafaqohen me pengesa financiare, gjeografike, etnike, kulturore dhe/ose të njohurisë për qasje në kujdes shëndetësor; dhe a janë të vetëdijshëm për të drejtat e tyre si pacientë. Cilësia e kujdesit testohet sipas termit të marrëdhënies pacient-ofrues i shërbimit, perceptimit të cilësisë së personelit dhe ekzistimit të atyre shërbimeve shëndetësore.

Në përgjithësi, 81% e kosovarëve e konsiderojnë shëndetin e tyre në gjendje të mirë apo shumë të mirë, edhe pse gratë mesatarisht e vlerësojnë gjendjen e shëndetit të tyre pak më keq se burrat; 23% raportojnë kufizime të dukshme gjatë jetës së tyre të përditshme për shkak të arsyeve shëndetësore.

Gratë kanë më tepër tendencë të përdorimit të shërbimeve shëndetësore se burrat. Megjithatë, shfrytëzimi i kujdesit parandalues mbetet i ulët; 53.9% të respondentëve të hulumtimit nuk kanë pasur ekzaminime të përgjithshme shëndetësore. Shumë pak njerëz përdorin teste të skringut për të zbuluar kancerin. Shfrytëzimi i ulët mund të ndërlidhet me mungesën e njohurive në lidhje me atë se ku mund të kërkojnë kujdes dhe për cilat shërbime. Vetëm 35.3% e respondentëve e dinin se Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare të ofrojnë shërbimet të shëndetit riprodhues. Gjithashtu, mungesa e informatave duket të jetë ndër arsyet kryesore për përdorim të ulët të kontraktivëve; vetëm 20.5% e respondentëve dhe 10.9% e grave raportuan përdorimin e kontraktivëve modern. Lidhur me këtë, 11% e grave raportojnë të kenë pasur abortim gjatë jetës së tyre.

Rreth 26% e respondentëve të paktën një herë në vitin e fundit do të duhej të konsultoheshin me një mjek dhe nuk e kanë bërë. Respektivisht, 18% nuk kanë shkuar në konsultë te dentisti kur kanë pasur nevojë. Arsyet kryesore për mos kontrollim të mjeku kanë rezultuar me atë se do të duhej të “presin dhe të shohin” nëse shëndeti i tyre do të mund të përmirësohet dhe pengesat e shpenzimeve. Pengesat financiare janë një temë e përsëritur në këtë raport. Momentalisht, nuk ekziston sigurimi shëndetësor public. Vetëm gjashtë përqind e kosovarëve duket se kanë sigurime private shëndetësore dhe dukshëm më pak gra në zona rurale kanë sigurim. Ndërsa 59.2% e respondentëve parapëlqente të përdornin shërbimet në institucionet shëndetësore publike, kryesisht për shkak të çmimit, 32.3% preferonin klinika private, kryesisht për cilësinë e kujdesit të ofruar. Fakti që punonjësit e shëndetësisë mund të jenë të punësuar në të dy ofruesit e kujdesit shëndetësor, publik dhe privat, mund të ndikojë në cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar.

Në përgjithësi, gratë dhe burrat janë të prirur të përballen me pengesa të ngjashme në qasjen në kujdesin shëndetësor, edhe pse gratë dukshëm kishin barriera socio-kulturore më shumë se burrat. Gratë në zonat rurale ballafaqohen më tepër me pengesa financiare, kulturore dhe marrëdhënie pacient-ofrues të shërbimit në qasjen tek shërbimi shëndetësor se burrat apo gratë në zonat urbane. Gratë boshnjake dhe turke kanë më tepër tendencë të ballafaqimit me pengesa se burrat e kombësisë së njejtë, dhe dukshëm më tepër se gratë dhe burrat shqiptarë. Gratë dhe burrat rom, ashkali, egjiptas, dhe goran ballafaqohen më tepër me pengesa gjeografike, financiare dhe kulturore në qasjen në kujdes shëndetësor. Një temë e përsëritur në mesin e punëtorëve shëndetësorë ishte se stigma shoqërore pengon gratë dhe burrat nga

shfrytëzimi i shërbimeve të shëndetit mendor. Konfidencialiteti i pamjaftueshëm mund të jetë njëra nga pengesat që ndikon që gratë dhe burrat të mos kërkojnë shërbime të kujdesit shëndetësor, veçanërisht me shëndetin mendor. Kjo mund të kontribuojë në vetë-mjekim.

Duket se është lehtë të qasesh në medikamente pa përshkrim. të cilat mund të kërcënojnë shëndetin individual dhe të shoqërisë. Më tutje, gati të gjithë punëtorët e intervistuar të barnatoreve kanë vërejtur mospajtim në mes të mjekëve dhe kompanive farmaceutike, edhe pse ligjërisht është e ndaluar. Në përgjithësi, ndërsa ky hulumtim jep prova se ka pasur shkelje të të drejtave të pacientëve, shkelje të tilla janë raportuar shumë rrallë.

Raporti përfundon me rekomandime për hulumtim të mëtejshëm, vetëdijesim dhe politika.

Hyrje

Në pajtim me ligjet ndërkombëtare, Qeveria e Kosovës ka për obligim dhe duhet respektuar, mbrojtur dhe përmbushur të drejtat për shëndet për të gjithë personat në Kosovë.¹ Ministria e Shëndetësisë ka në strategji gjithëpërfshirëse për sektorin shëndetësor, si dhe një Plan Veprim.² Institucionet e Kosovës janë të obliguar të mbledhin dhe publikojnë të dhënat e ndara në pajtim me Ligjin për Barazi Gjinore. Mirëpo, monitorimi i shëndetësisë momentalisht merr parasysh vetëm të dhënat që kanë të bëjnë me prevalencën e sëmundjeve, morbiditetit dhe mortalitetit. Edhe pse Kosova kërkon të themelojë Indeks të Barazisë Gjinore të BE-së, asaj i mungojnë të dhënat për treguesit kryesorë shëndetësor që e përbëjnë këtë indeks.

Shqyrtimi fillestar i literaturës ekzistuese në lidhje me qasjen e grave dhe burrave në kujdes cilësor shëndetësor në Kosovë ka zbuluar mungesën e informatave sasiore. Shtetet e rajonit si Kroacia kanë identifikuar pengesat në qasjen e grave në shërbim shëndetësor, siç janë ato financiare, gjeografike (shpenzimet e udhëtimit dhe koha) dhe listat e gjata të pritjes, veçanërisht për grupet me kushte të vështira ekonomike. Popullsia rurale në përgjithësi është ballafaquar me më tepër pengesa.³ Në shtetet tjera si Shqipëria, Serbia dhe Maqedonia, gratë e pakicave kombëtare ballafaqohen me më tepër pengesa si pagesa joformale dhe diskriminim.⁴

Përveç disa studimeve për korrupsion,⁵ qasjes në kujdes maternal dhe antenatal,⁶ dhe vështirësitë me të cilat ballafaqohen minoritetet⁷ në qasjen në kujdes, asnjë hulumtim nuk i ekzaminon në mënyrë gjithëpërfshirëse qasjen në kujdes shëndetësor dhe pengesat e mundshme për gra dhe burra. Në ndërkohë, RrGGK ka gjetur disa raporte të rasteve të diskriminimit gjinor brenda sektorit shëndetësor, mirëpo prevalenca e këtyre diskriminimeve është e panjohur.

Ky raport mëton të adresojë mungesat e hulumtimeve ekzistuese dhe i takon Strategjisë së RrGGK-së për vitet 2015-2018,⁸ e cila me synimin e saj ka përmirësimin e qasjes së grave në kujdes cilësor shëndetësor si një e drejtë e njeriut. Ky raport kontribuon në këtë objekt duke përmirësuar mundësinë e të dhënave të ndara sipas gjinisë. Pyetje kyçe që drejtuan këtë hulumtim përfshinë:

1. Si i shfrytëzojnë gratë dhe burrat shërbimet shëndetësore?
2. Çfarë pengesa gjeografike dhe kulturore ekzistojnë në qasjen e grave dhe burrave në kujdes shëndetësor?
3. Si e vlerësojnë gratë dhe burrat cilësinë e kujdesit shëndetësor në Kosovë?

¹ Për më tepër informata në lidhje me kornizën ligjore, shih kapitullin e ardhshëm.

² Ministria e Shëndetësisë Strategjia Sektoriale 2010 – 2014, Prishtinë, 2009; Ministria e Shëndetësisë, *Plani i Veprimit për Strategjinë e Sektorit Shëndetësor 2011 – 2014*, Prishtinë, 2011.

³ Bagat et al., *Influenca e nivelit të urbanizimit dhe gros produkti vendor i qarqeve në Kroaci në qasjen në kujdes shëndetësor*, Zagreb, 2008; and Pristas et al., *Nevojat e Kujdesit Shëndetësor, shfrytëzimi dhe pengesat në Kroaci—Dallimi rajonal dhe urban-rural*, Zagreb, 2009.

⁴ Djurovic et al., *Statusi shëndetësor i fëmijëve Rom – Çështje sociale apo shëndetësore?*, Novi Sad, 2014; Colombini et al., *Qasja e Romëve në shërbimet e shëndetit seksual dhe reprodutiv: Gjetjet cilësore nga Shqipëria, Bullgaria dhe Maqedonia*, London, 2012; and Janevic et al., *Nuk ka asnjë lloj respekti këtu” Një studim cilësor i racizmit dhe qasjes në shëndet maternal në mesin e grave Rome në Ballkan*, 2011.

⁵ Lëvizja Fol, *Skanimi i Korrupsionit Shëndetësor*, Prishtinë, 2016, në:

<http://levizjafol.org/folnew/publications/?lang=en>.

⁶ UNICEF, *Kujdesi Antenatal në Kosovë*, Prishtinë, 2009; dhe UNFPA et al., *Partneriteti për Përmirësimin e Shëndetit të Gruas dhe Fëmijës në Kosovë*, Prishtinë, 2012.

⁷ Luta, Xh. dhe Dræbel, T., *Ekspierenca e Serbëve Kosovar në kërkimin e Kujdesit Shëndetësor në sistemin e pas-konfliktit dhe izolimit etnik*, Kopenhagë, 2013.

⁸ RrGGK, *Strategjia për 2015-2018*, Prishtinë: 2014, në:

http://www.womensnetwork.org/documents/kwn_strategy_2015_2018_shq.pdf.

4. Sa janë të vetëdijshme gratë dhe burrat për nevojat dhe të drejtat e tyre të kujdesit shëndetësor?

Përpiluar me përkrahjen dhe bashkëpunimin e Ministrisë së Shëndetësisë së Kosovës. Kolegjit Darmouth, Universitetit të Prishtinës, Fondit për Popullsi i Kombeve të Bashkuara (UNFPA), Organizatës Botërore Shëndetësore (OBSh), Programit për Zhvillim i Kombeve të Bashkuara (UNDP) dhe Vullnetarëve të KB, raporti përqëndrohet në atë se si ndikojnë, gjinia, vendbanimi (urban/rural) dhe kombësia në pengimin e qasjes në kujdes cilësor shëndetësor, shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore dhe njohuritë për të drejtat e shërbimit shëndetësor në Kosovë.

Metodologjia

Ky raport nxjerrë përfundime nga një përzierje e dizajneve hulumtuese. E para, për tu përkujdesur që ky raport të mund të kontribuojë në literaturën ekzistuese, si dhe të udhërrëfjë për palë të interesit në Kosovë, një shqyrtim i literaturës është zhvilluar duke përdorur baza kyçe të të dhënave, siç janë PubMed (shih shtojcën nr.5). RrGGK gjithashtu ka ekzaminuar 'literaturën gri' duke kërkuar nëpër ueb faqet e UN dhe Studimet Shkollore të Google. Studimet nga shtetet fqinje janë përfshirë me qëllim të krahasimit në kontekstin rajonal.

E dyta, nga 7 deri më 16 qershor të vitit 2016, është zhvilluar një sondazh nëpër amvisëri i 1.309 të të anketuarve (52% gra dhe 48% burra) në tërë Kosovën në (42%) zona urbane dhe (58%) zona rurale për t'i kuptuar eksperiencat e tyre me sistemin shëndetësor. Shembulli përfaqëson të gjitha grupet etnike në Kosovë Respondentët janë zgjedhur duke përdorur Metodën e Mostrimit të Rëndomtë Shumëshkallor (shih shtojcën nr.1).

Pastaj, hulumtuesit kanë përdorur 6 shtresime për t'a analizuar studimin, sipas: gjinisë, kombësisë, vendbanimit (urban/rural), moshës, rajonit dhe nivelit të arsimimit (shih shtojcën 1).⁹ Gjetjet nuk janë analizuar sipas statusit socioekonomik pasi që të dhënat nuk kanë qenë të qëndrueshme.¹⁰ Ky raport përqëndrohet në analiza të gjinisë, kombësisë dhe asaj urbane/rurale, pasi që nga aty kanë dalë rezultate më interesante. Analiza e moshës, rajonit dhe nivelit të arsimimit mund të përmbledhen si vijon:

- Në përgjithësi mosha nuk është ndërlidhur me qasjen në kujdes shëndetësor;
- Analizat në rajone kanë prezentuar mospërputhje, me kryeqytetin, Prishtinën, dhe rajonin me shumicë serbe, Mitrovicën, që qëndrojnë më mirë se pesë rajonet tjera. Mirëpo, këto rezultate vështirë të interpretohen pa të dhëna shtesë për spitale dhe ofrues tjerë të shërbimeve.
- Ka pasur ndërlidhje pozitive në mes të nivelit të arsimimit dhe qasjes në kujdes shëndetësor. Personat më të arsimuar kanë pasur qasje më të mirë dhe kanë raportuar se kanë marrë shërbime më të mira.

⁹ Arsimiti është prezentuar si numër i viteve të shkollimit për shkak të ndryshimit të gjatësisë së shkollës së mesme në Kosovë, Ashtu që vitet 0-7 mund të merren si shkollë fillore, 8-11 si shkollë e mesme, 12-14 si shkollë universitare dhe 15+ si shkollë e diplomuar dhe/ose në shkollim të mëtutjeshëm.

¹⁰ Besueshmëria e Qëndrueshmërisë së Brendshme është njësi matëse se sa mirë pyetjet e ndryshme të studimit e masin idenë apo konstruktin e njejtë. Respondentët e studimit janë pyetur për të ardhurat e tyre mujore dhe të amvisërive të tyre. Rreth 54% e respondentëve kanë raportuar të ardhurat e tyre individuale të jenë më të larta se ato të amvisërisë. Ashtu që, të dhënat socioekonomike nuk janë të qëndrueshme dhe nuk janë analizuar.

Ky raport përfshihet në 0.05 të nivelit të rëndësisë ($p < 0.05$) dhe të gjitha ndërlidhjet e prezentuara konsiderohen si të rëndësishëm për këtë nivel. Lexuesit mund të paramendojnë se fjala “rëndësishëm” çdo herë nënkupton rëndësi statistikore. Në përgjithsi, ku nuk janë mbledhur të dhëna të ndara për gjini, nuk ka ekzistuar dallim i madh mes grave dhe burrave.

E treta, hulumtuesit e RrGGK kanë zhvilluar intervista gjysëm të strukturuar me 110 praktikues të shërbimeve shëndetësore dhe informues kyq për të kuptuar më mirë perspektivën dhe eksperiencën e tyre, si dhe për të informuar dhe kontekstualizuar përgjigjet e studimit. Në mesin e respondentëve ka pasur mjekë dhe infermier/e në kujdesin parësor, njësitë e obstetrisë, gjinekologjisë, psikiatrisë dhe kardiologjisë; psikologë; farmacistë, përpilues të politikave; dhe përfaqësues të organizatave ndërkombëtare dhe Organizatave Jo-Qeveritare (OJQ). RrGGK ka përdorur mostra të ndryshueshme për të zgjedhur punëtorë të ndryshëm shëndetësor në nivele të ndryshme të kujdesit shëndetësor sipas praktikave publike dhe private nga zonat urbane dhe rurale në të gjitha rajonet. Gjatë pritjes së intervistave, disa hulumtime gjithashtu kanë vënë në pah situatën e përgjithshme brenda ofruesve të shërbimeve, zyret, duke përfshirë paisjet, pastërtinë, kohën e pritjes, konfidencialitetin dhe ndërveprimet pacient-ofrues të shërbimit.

Shtojcat 1 deri 5 përmbajnë më tepër detaje për metodologjinë.

Në lidhje me raportin

Ky raport fillon me përmbledhjen e kornizave relevante ligjore, të cilat përkufizojnë të drejtat që kosovarëve u takojnë në kujdes shëndetësor, gjithashtu edhe rolet dhe përgjegjësitë e institucioneve shëndetësore. Kapituj të shkurtër ekzaminojnë sistemin shëndetësor të Kosovës dhe demografinë. Raporti pastaj prezenton gjetjet e hulumtimit. Kur është e përshtatshme, gjetjet kontekstualizohen me informimin e shqyrtimit të literaturës. Raporti përmbyllet me zonat për hulumtim të mëtutjeshëm dhe mundësitë e politikave. Shtojcat ofrojnë më tepër informata relevante për hulumtimin: përshkrim më të detajizuar të metodologjisë së studimit, duke përfshirë matricat e pyetjes së indeksit (Shtojca 1); pyetjet e studimit (Shtojca 2); vështirësitë dhe kufizimet (Shtojca 3); udhërrëfyes për intervistim të punëtorëve shëndetësor (shtojca 4); shqyrtimi i literaturës (shtojca 5); dhe gjetjet tjera që nuk kanë të bëjnë me përqëndrimin e këtij raporti, por në interes të tij (shtojca 6).

Korniza Ligjore për Kujdesin Shëndetësor

Ky kapitull përmbledh kornizën relevante ligjore të kujdesit shëndetësor në Kosovë.¹¹ Marrëveshja Ndërkombëtare për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore (MNDESK) ka tendencë t'i referohet së drejtës për kujdes shëndetësor. Neni 12 ofron definicion të zgjeruar për të drejtën për kujdes shëndetësor, duke njohur “të drejtat e secilit për të marrë shërbime shëndetësore fizike dhe mendore të standardeve më të larta të mundura”. Mirëpo, MNDESK nuk është drejtpërdrejtë i zbatueshëm në Kosovë.

Kushtetuta e Republikës së Kosovës i ka bërë të zbatueshme në Kosovë në mënyrë të drejtpërdrejtë disa konventa ndërkombëtare, duke përfshirë Konventën për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas (KEGJFDG).¹² Në rast të konfliktit të dispozitave, KEGJFDG do të ngadhënjë *inter alia*. Sipas Nenit 12 të KEGJFDG, kërkohet nga shtetet që të ndërmarrin masa për të “eliminuar diskriminimin ndaj gruas në fushën e kujdesit shëndetësor në mënyrë që të sigurohet qasja në shërbime shëndetësore, në baza të barabarta për gratë dhe burrat, duke përfshirë edhe ato të planifikimit familjar”.¹³ Rekomandimi i përgjithshëm numër 24 në Nenin 12 thotë që “detyrë e shteteve palë është që të sigurojnë qasje në kujdes shëndetësor në baza të barabarta për gratë dhe burrat, informimi dhe edukimi përfshin një obligim për të rrespektuar, mbrojtur dhe përmbushur të drejtën e grave në kujdes shëndetësor”.¹⁴ Komiteti i KEGJFDG më tutje kërkon që “Shtetet palë nuk duhet ta kufizojnë qasjen e gruas në kujdes shëndetësor ose në klinika që ofrojnë ato shërbime në baza ku kërkohet autorizim nga burrat, partnerët, prindët ose autoritetet shëndetësore, sepse janë të pamartuara”. Për më tepër, shtetet palë kanë obligim ndaj grave për të ofruar shërbime në lidhje me shtatzaninë dhe periudhës pas lindjes (periudhës post-partale), si dhe të ushqyerit të duhur gjatë shtatzanisë dhe laktacionit. Këto shërbime duhet të ofrohen gratis kur është nevoja. Më tutje, shtetet duhet të sigurojnë që gratë të cilat jetojnë në zona rurale të kenë të drejtën e qasjes në institucine adekuate shëndetësore, duke përfshirë edhe informatat, këshillimet dhe shërbimet e planifikimit familjar.¹⁵

Ligji i Bashkimit Evropian

Bashkimi Evropian (BE) garanton Shtetet Anëtare autonomi më të madhe për të rregulluar sistemin e tyre shëndetësor.¹⁶ Mirëpo ligji i BE-së gjithashtu cakton parimet kryesore me të cilat duhet të pajtohen Shtetet Anëtare. Korniza Ligjore e BE-së ofron të drejtën e mos-diskriminimit,¹⁷ e cila paraqitet si bazë ligjore për të lejuar qasje në kujdes shëndetësor në baza jo-diskriminuese. Direktiva 2011/24 për të Drejtat e Pacientëve dhe Kujdesit Ndërkufitar rregullon qasjen në kujdesin shëndetësor ndërkufitar të sigurtë dhe të cilësisë së lartë. Prandaj, kjo Direktivë është e zbatueshme vetëm kur një qytetar i BE-së kërkon kujdes shëndetësor në një shtet tjetër anëtar. Kjo Direktivë mëton të harmonizojë sistemin shëndetësor në BE. Mirëpo, Direktiva thotë që “Shtetet Anëtare mbajnë përgjegjësinë e ofrimit të kujdesit shëndetësor të sigurtë, të cilësisë së lartë, efikas dhe adekuat në aspektin sasior për qytetarët e territorit të

¹¹ Ky seksion është shkruar nga Rina Ajeti për RrGGK.

¹² Neni. 22.

¹³ Kushtetuta e Republikës së Kosovës, Neni 22.

¹⁴ UN, KEGJFDG, Rekomandim i Përgjithshëm 24 në Nenin 12 (Gratë dhe Shëndeti).

¹⁵ UN, KEGJFDG, 1981, Neni. 14, para. 2.

¹⁶ Verzioni i konsoliduar i Marrëveshjes për funksionimin e Bashkimit Evropian, 2009, Neni. 168, para. 7 dhe Neni. 152.

¹⁷ Po aty, Neni. 10 dhe Neni. 19, dhe Verzioni i konsoliduar i Marrëveshjes për Bashkimin Evropian, Neni. 3,

tyre”.¹⁸ Derisa Direktiva e lartpërmendur nuk është e zbatueshme në Kosovë, ligjet e Kosovës duhet të jetë kompatible me ligjet e BE-së siç thuhet qartazi në Marrëveshjen për Stabilizim Asociim (MSA) në mes të Kosovës dhe BE-së.¹⁹

Ligji i aplikuar në Kosovë

Sipas Kushtetutës së Republikës së Kosovës kujdesi shëndetësor dhe ndihma sociale do të rregullohet me ligj.²⁰ Edhe pse ky nen i kushtetutës nuk garanton të drejtën për kujdes shëndetësor *per se*, ajo qartazi kërkon që kujdesi shëndetësor të rregullohet me legjislacion. Siç u përmend Kushtetuta gjithashtu i referohet KEGJFDG sit ë zbatueshme në mënyrë të drejtpërdrejtë.

Ligji për Shëndetësi (Ligji Nr. 04/L-125) ka zëvendësuar ligjet paraprake për shëndetësi, duke hyrë në fuqi në vitin 2013.²¹ Sipas Nenit 1, ai “ka për qëllim vendosjen e bazave ligjore për mbrojtjen dhe përmirësimin e shëndetit të qytetarëve të Republikës së Kosovës nëpërmes promovimit të shëndetit, aktiviteteve parandaluese dhe ofrimit të shërbimeve gjithëpërfshirëse dhe cilësore shëndetësore”. Ky Ligj rregullon të drejtat dhe obligimet, duke nënvizuar parimet e kujdesit shëndetësor, vetë sistemin shëndetësor, aktivitetet e institucioneve shëndetësore dhe mbikqyrjen e kujdesit shëndetësor. Edhe pse Ligji për Shëndetësinë përmend disa të drejta dhe obligime të qytetarëve, Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdes Shëndetësor (Ligji Nr. 2004/38) do të duhej të konsultohet në lidhje me të drejtat dhe obligimet e pacientëve²².

Në pajtim me Nenin 15 të Ligjit për Shëndetësinë, sistemi shëndetësor duhet të përcjellë strukturën institucionale. Kujdesi shëndetësor do të implementohet në tre nivele, të emëruar si primar, sekondar dhe terciar. Kujdesi primar luan rol kyq brenda kësaj strukture tre nivelore pasi që funksionon si një hyrje në sistemin shëndetësor. Implementimi i rreptë i sisemit referues nga niveli primar në atë sekondar, dhe nga ai sekondar në atë terciar, është një para rekuizit për shërbim gjithëpërfshirës shëndetësor. Kujdesi sekondar ofrohet nga spitalet e përgjithshme dhe ato të specializuara ku pacientët marrin më tepër shërbime të specializuara (Neni 19). Në pajtim me Nenin 20, komunave iu lejohet të organizojnë nivelin sekondar, duke marrë parasysh se kjo është bërë me kërkesën e asamblesë komunale, dhe nëse kjo është në pajtim me Dekretin e Ministrisë të Shëndetësisë. Spitalet rajonale që paraqesin institucionin shëndetësor sekondar publik, së bashku me institutin e vetëm shëndetësor terciar publik, Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK) në Prishtinë, përbëjnë “Shërbimin Spitalor Klinik Universitar të Kosovës”. (Neni 62).

Në mënyrë që të sigurohet funksionimi i kësaj strukture tre nivelore, është e ndaluar që pacienti të referohet nga instituti publik shëndetësor sekondar apo terciar në një institucion shëndetësor privat, vetëm në rast se referimi tregohet si klinikisht i domosdoshëm. Veçanërisht, pozita e një personi në listën e pritjes nuk mund të anashkalohet (neni 41). Personi ka të drejtë të

Në përgjithsi, është e ndaluar që pacienti të referohet nga instituti publik shëndetësor sekondar apo terciar në një institucion shëndetësor privat.

¹⁸ Direktiva e BE 2011/24/e Parlamentit dhe Këshillit të Evropës i 9 Marsit 2011 për aplikimin e të drejtave të pacientëve në kujdesin shëndetësor ndërkufitar, Neni. 4.

¹⁹ Marrëveshja e Stabilizim Asociimit (MSA) në mes të Kosovës dhe BE-së.

²⁰ Kushtetuta e Republikës së Kosovës, 2008, Neni. 51.

²¹ Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësinë, 2013, Neni. 101.

²² UNMIK, Rregullorja 2004/47 mbi shpalljen e Ligjit mbi të Drejtat dhe Përgjegjësitë e banorëve të Kosovës në Sistemin e Kujdesit Shëndetësor, i miratuar nga Kuvendi i Kosovës, 2004.

vendoset në listën e pritjes në rast se trajtimi shëndetësor nuk mund të ofrohet nga cilido institut shëndetësor ose qytetari nuk dëshiron të trajtohet në një institut tjetër²³. Edhe pse pacientët të cilët janë në pritje për trajtim, teknikisht mund t’iu ofrohet trajtim nga një institucion shëndetësor privat, është e ndaluar që pacienti të referohet nga institucioni publik në atë privat sipas fuqisë së ligjit. Çfarëdo forme e shpërblimit të punëtorit të institucionit public shëndetësor për referim të pacientit në institucion privat është e ndaluar rreptësisht. Gjithashtu Ligji për Shëndetësi ndalon ofruesit që të mbajnë marrëdhënie prioritarile me industrinë farmaceutike (Neni 41). Neni 26 thekson që barërat e përshkruar nga mjeku apo dentist mund të sigurohen nga ose në prezencë të farmacistit të licencuar.

Më tutje, Udhëzimi Administrativ për Parandalimin e Konfliktit të Interesit në Institucionet Shëndetësore riafirmon ndalesën e formës së referimit nga institucioni publik në një institucion privat.²⁴ Mirëpo, fakti që Ligji nuk i ndalon mjekët që të jenë të punësuar edhe nga institucioni publik edhe nga ai privat mund të ndikojë në konfliktin potencial të interesit.

Ligji për Shëndetësinë përcakton disa parime për ofrimin e kujdesit shëndetësor. Parimi i radhës i ‘përfshirjes dhe mos-diskriminimit’ është në vijë me të drejtën për mos-diskriminim siç është themeluar në bazë të kornizës ligjore të BE-së, që kërkon:

Kujdes shëndetësor të barabartë për të gjithë qytetarët dhe banorët e një vendi duke siguruar standard gjatë përmbushjes së nevojave në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor si dhe sigurimit të kujdesit shëndetësor pa diskriminim në baza: gjinore, kombëtare, racore, të ngjyrës, gjuhës, religjionit, preferencave politike, statusit social, orientimit seksual, nivelit të aftësive fizike apo mendore, statusin familjar ose moshën.²⁵

Krahas Ligjit për Shëndetësinë, disa Ligje tjera detajizojnë të drejtat ligjore në lidhje me kujdesin shëndetësor.

Të drejtat e pacientit

Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor (Ligji Nr. 2004/38) njeh të drejtat e qytetarëve të Kosovës, thekson mekanizmat për zbatimin e këtyre të drejtave dhe thekson obligimet e qytetarëve²⁶. Për më tepër, Udhëzimi Administrativ në Kartën e të Drejtave dhe Përgjegjësisë të Pacientëve obligon institucionet shëndetësore në të gjitha nivelet dhe punëtorët shëndetësor që të respektojnë të drejtat e pacientëve. Në lidhje me këtë, institucionet shëndetësore të të gjitha niveleve janë të obliguar që të vendosin Kartën e të Drejtave të Pacientëve dhe Kartën e Përgjegjësisë të Pacientëve në dhomën e pritjes apo të pacientit.²⁷

E drejta për të pasur qasje në kujdes cilësor shëndetësor

Çdo qytetar në Kosovë ka të drejtë në kujdes shëndetësor.²⁸ Më tutje, Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor, Neni 4 (1) thekson që “Kujdesi shëndetësor duhet të jetë adekuat, me qasje në vazhdimësi për të gjithë dhe pa diskriminim” Me qasje në vazhdimësi do të thotë që kujdesi shëndetësor duhet të ofrohet 24 orë në ditë. Çdo

²³ Po aty, Neni 4, Para. 4.8.

²⁴ Udhëzimi Administrative 11/2014 Parandalimi i Konfliktit të Interesit në Institucione Shëndetësore.

²⁵ Ligji për Shëndetësi, Neni 5, para. 1.2.

²⁶ Ligji Nr 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor.

²⁷ Udhëzimi Administrativ 15/2013 Karta e të Drejtave dhe Përgjegjësisë të Pacientit.

²⁸ Ligji Nr 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor, Neni 4.

person ka të drejtë në kujdes emergjent me qëllim të parandalimit të dëmtimit permanent dhe serioz të shëndetit. Ligji i njejtë iu mundëson grupeve të caktuara të qytetarëve kujdes shëndetësor pa pagesë. Ligji momental për Shëndetësinë (2013) nuk përmban një listë të tillë. Sidoqoftë, këto grupe të qytetarëve mund të marrin shërbime shëndetësore pa pagesë në institucionet shëndetësore publike: gratë, para dhe pas shtatzanisë, lindjes dhe periudhës së lehonisë kanë të drejtë në këshilla para mbarësimit, kujdes shëndetësor antenatal dhe postpartal,²⁹ familjarët e ngushtë të dëshmorëve, të personave të zhdukur dhe personave me aftësi të kufizuara të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës,³⁰ dhe anëtarët e familjeve të ngushta të viktimave civile të luftës (vetëm të drejtë në kujdes shëndetësor primar dhe sekondar).³¹ Viktimave të dhunës seksuale nuk iu ofrohet një shërbim i tillë.

Të drejtat tjera

Gjatë trajtimit shëndetësor, “duhet të respektohet dinjiteti njerëzor, privatësia, integriteti personal dhe besimet fetare”.³² Qytetarët kanë të drejtë ta konsultojnë mjekun sipas përzgjedhjes së tyre. Pacientët kanë të drejtë ta lëshojnë institucionin shëndetësor, përveç nëse largimi do të paraqet kërcënim ndaj mirëqenjes së të tjerëve. E drejta për komunikim i lejon secilit qytetar që të mbajë kontakte me persona tjerë dhe të pranojë vizitorë. Pacientët kanë të drejtë të informohen për çfarëdo interesimi që ka të bëjë me statusin e shëndetit të tyre dhe trajtimet e mundura shëndetësore. Mënyra se si do t’i ofrohen informatat qytetarit duhet të jetë gjithëpërfshirëse, pa marrë parasysh moshën, arsimimin dhe gjendjen shpirtërore. Qytetarët kanë të drejtë në qasjen në dokumentacionin shëndetësor duke përfshirë të dhënat shëndetësore për shëndetin e tyre.

Qytetarët kanë të drejtë të marrin vendime personale në lidhje me trajtimin shëndetësor, duke përfshirë edhe se a do të marrin një shërbim të caktuar. Qytetarët kanë të drejtë të lejimit të ndonjë intervenimi shëndetësor. Sidoqoftë, nëse marrja e lejes do ta rrezikonte shëndetin e qytetarit, as pacientit dhe as përfaqësuesit të autorizuar të pacientit do t’i kërkohet leja për trajtimin e propozuar. Më tutje, qytetarët kanë të drejtë në konfidencialitet të të dhënave personale dhe informatave që kanë të bëjnë me “gjendjen shëndetësore dhe trajtimin shëndetësor” në mesin e informatave tjera.

Kosova ka listën e barërave esenciale, të bazuar në rekomandimet e OBSH, që specifikon llojet e barërave që duhet të ofrohen pa pagesë nga institucionet publike.³³ Lista përfshin barërat për sëmundje të zakonshme për kujdes spitalor dhe jashtë spitalor, si dhe disa kontraceptivë.

²⁹ Rregullorja e UNMIK, 2007/11 për aprovimin e ligjit për Shëndetin Reproduktiv të adoptuar nga Kuvendi i Kosovës në vitin, 2007, Neni 8. Neni 18 i Ligjit për Shëndetësinë thotë që kto shërbime mund të ofrohen në nivelin primar të kujdesit shëndetësor.

³⁰ Ligji Nr. 04/L-054 për Statusin dhe të Drejtat e Dëshmorëve, Invalidëve dhe Veteranëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës Viktimave të Dhunës Seksuale, Viktimave Civile të Luftës dhe Familjeve të Tyre, Neni 8 dhe 9.

³¹ Po aty, Neni 13.

³² Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor aprovuar nga Kuvendi i Kosovës 2004, Neni 6. Pjesa tjetër e këtij paragrafi dhe paragrafëve tjerë i referohen neneve 5, 8, 7, 9, 19, 10, 12, dhe gjegjësisht 20.

³³ Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës, *Analiza e Prodkteve të Listes Esenciale për Vitin 2013 sipas Vend dhe ABC Indikatoreve*, Prishtinë: 2013, në: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Lista-Esenciale-sipas-VEN-dhe-ABC-Indikatoreve.pdf>.

E drejta për të parashtruar ankesë

Secili qytetar mund të parashtrojë ankesë ndaj institucionit shëndetësor që ka ofruar shërbim shëndetësor për qytetarin brenda 60 ditëve nga data e incidentit.³⁴ Institucioni shëndetësor duhet të hetojë ankesën brenda 10 ditëve. Qytetarët mund të ankohet ndaj vendimit të institucionit shëndetësor. E drejta për ankesë nuk ndikon në të drejtën e qytetarit t'i drejtohet institucioneve tjera për hetimin e ankesës, siç është ajo nëpërmes procedurës penale. Pacientët mund të kërkojnë kompensim për dëmin e shkaktuar. Kërkesat e tilla nuk duhet të bëhen më vonë se një vit nga momenti kur qytetari kërkon kompensim dhe është i vetëdijshëm për dëmin e shkaktuar. Duhet të themelohet komisioni për vlerësim dhe kompensim të demit të shkaktuar ndaj shëndetit të qytetarit. Sidoqoftë, edhe pse ky Komision duket se nuk është themeluar ende.³⁵

Përgjegjësitë e pacientëve

Pacientët janë të obliguar të bashkëpunojnë me punëtorët shëndetësor nga momenti i diagnostifikimit deri sa të zbatojnë instruksionet e ofruara nga punëtorët shëndetësor për trajtim. Kjo përfshin pagesën e bashkë pagesës dhe ofrimin e të dhënave personale. Neni 23 i Ligjit për të Drejtat dhe Përgjegjësitë kërkon që ofruesit e shërbimit shëndetësor ta informojnë qytetarin i cili kërkon kujdes shëndetësor për të drejtat e shërbimeve që i nevojiten.

Ligji për sigurime shëndetësore

Të gjithë qytetarët dhe banorët e Republikës së Kosovës kanë të drejtë dhe obligim për sigurim shëndetësor të detyrueshëm, siç theksohet në Nenin 6 të Ligjit për Sigurimet Shëndetësore.³⁶ Sigurimi Shëndetësor mbulon shërbimet themelore shëndetësore, që quhet "paketa themelore".³⁷ Qytetarët të cilët kanë sigurim shëndetësor iu takon një numër i shërbimeve shëndetësore të ofruara nga institucionet primare, sekondare dhe terciare shëndetësore. Një parakusht për marrjen e këtyre shërbimeve është që qytetarët t'i kenë paguar premiumet, vetëm nëse ata janë të përjashtuar nga pagesa. Sidoqoftë, edhe qytetarët dhe banorët pa sigurime shëndetësore do të mund të përfitojnë nga "shërbimet e garantuara shëndetësore", të cilat do tu ofrohen pa marrë parasysh statusin e sigurimit shëndetësor. Këtu përfshihen: Shërbimet shëndetësore emergjente; shërbimet shëndetësore për fëmijët deri në moshën 18 vjeqare; shërbimet shëndetësore esenciale për gratë shtatzëna dhe lehona; dhe shërbimet tjera esenciale të përcaktuara në Fondin e Sigurimeve Shëndetësore. Shërbimet e garantuara ofrohen pa pagesë si pjesë e kujdesit themelor shëndetësor në Kosovë.

Ligji përjashton grupet e veçanta të qytetarëve nga pagesa e premiumeve të sigurimeve shëndetësore duke i siguruar ata automatikisht. Këto grupe përfshijnë familjet e varfëra që marrin ndihmë sociale, të burgosurit, individët të cilët jetojnë në institucione shtetërore, personat e riatëdhësuar në bazë të marrëveshjes bilaterale në mes të Kosovës dhe shteteve tjera në vitin e parë të riatëdhësimit; invalidët e luftës, bashkëshortët e tyre dhe fëmijët deri në moshën 18 vjeqare; viktimat e trafikimit; banorët e përhershëm të kolonive deri në përfundimin e procesit të regjistrimit; dhe viktimat e dhunës familjare. Nëse cilësohen si të varfër dhe iu

³⁴ Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve në Kujdesin Shëndetësor, Neni 24.

³⁵ Koha.net, *Pacientët e dëmtuar nga gabimet e mjekëve nuk kompensohen*, 19 Maj 2015, në: <http://koha.net/?id=1&l=58155>.

³⁶ Ligji Nr. 04/L-249 për Sigurimet Shëndetësore, 2014. Fjalitë që pasojnë në këtë dhe paragrafin pasues i referohen neneve 6(2), 13, 7, 16(2), dhe gjegjësisht 11.

³⁷ Shih Ligjin për Sigurime Shëndetësore, Neni 14. Një komision do t'i definojë shërbimet çdo vit.

nevoitet ndihma sociale,³⁸ grupet në vijim gjithashtu janë të përjashtuar: pensionistët kontributorë dhe të vjetër; pensionistët e kompanisë “Trepça”; të pensionuarit e Trupave Mbrojtëse të Kosovës dhe të Forcës së Sigurisë së Kosovës; anëtarët e familjes së ngushtë të dëshmorëve; veteranët e luftës me bashkëshortet dhe fëmijët e tyre; ish të burgosurit politik me bashkëshortet dhe fëmijët e tyre; anëtarët e familjes së ngushtë të viktimave civile të luftës; viktimat e abuzimit seksual gjatë luftës, në pajtim me provizionet ligjore në fuqi; personat me aftësi të kufizuara; dhe studentët.³⁹

Sigurimi shëndetësor duhet të financohet nëpërmes të sistemit të detyruar të premieeve të sigurimeve shëndetësore me ç’rast secili kosovar paguan një shumë të caktuar të të ardhurave të saj/tij në Fondin për Sigurime Shëndetësore.⁴⁰ Një studim ka elaboruar për sigurimet shëndetësore dhe për atë se çfarë domethënje ka për popullatën.⁴¹ Niveli i lartë i papunësisë në Kosovë dhe një përqindje e lartë e popullatës që besohet se punon në sektorin joformal e bën gati të pamundur për të punësuarit të paguajnë fonde të mjaftueshme për t’i mbuluar shpenzimet shëndetësore për të gjithë qytetarët. Bashkë-pagesat dhe taksat e reja, siç është taksat e rritur për duhan, alkohol dhe të mirat luksoze, janë propozuar si një zgjidhje për mbulimin e dallimit.⁴² Që nga viti 2016, Fondi i Sigurimit Shëndetësor nuk është funksionalizuar ende, dhe e drejta për sigurim shëndetësor nuk është zbatuar.

Zbatimi i Fondit të Sigurimeve Shëndetësore mund të ndikojë në përdorimin e barërave. Sipas Ligjit të Sigurimeve Shëndetësore, shërbimet themelore shëndetësore për personat e siguruar gjithashtu do të përfshijnë përdorimin e barërave dhe materialeve shpenzuese nga Lista Esenciale e themeluar nga Fondi për Sigurim Shëndetësor. Më tutje Ligji thekson se këto barëra dhe materiale shpenzuese do të ri-furnizohen nëse janë përshkruar në një recetë me emrin gjenerik nga një mjek i licencuar me kontratë në një institucion shëndetësor, dhe nëse blehen në një barnatore private të kontraktuar nga ky Fond.⁴³ Po që se Ligji do të zbatohet, kjo procedurë do të ofronte nxitje financiare për pacientë që të blejnë barëra në mënyrë të duhur me recetë të përshkruar.

Ligjet për rregullimin e farmacive dhe produkteve farmaceutike

Në mënyrë që të rregullohet tregu farmaceutik, të sigurohet kualiteti i produkteve dhe të ruhet popullsia, në 2014, hyri në fuqi Ligji Nr. 04/L-190 për Produkte dhe Paisje Medicinale.⁴⁴ Ky ligj i rregullon të gjitha produktet për tregje mjekësore dhe farmaceutike, duke filluar prej vitaminave dhe barishteve deri te substancat radioaktive. Agjencia Mjekësore e Kosovës (AMK) është përgjegjëse për kontroll, ndërkohë që Inspektoriati Farmaceutik, nën Inspektoriatin Mjekësor, i kryen inspektimet.⁴⁵

AMK mbikëqyr procesin e licencimit të kërkuar për importimin e medikamenteve në Kosovë. Një komision rekomandon dhe këshillon AMK përpara se Autorizimi i Marketingut të

³⁸ Shih kriterin siç është përcaktuar në Ligjin për Plotësim dhe Ndryshim të Ligjit për Skemën e Ndhmës Sociale në Kosovë dhe Ligjin Nr. 2003/15 për Skemën e Ndhmës Sociale në Kosovë.

³⁹ Ligji për Sigurimet Shëndetësore, Neni 11, para. 3.

⁴⁰ Po aty, Neni 21.

⁴¹ KOSANA-Solidar Suisse, *Propozim për një Plan të Sigurimit Shëndetësor, Si na ndikon të gjithëve?*, Prishtinë, 2012.

⁴² M. Zhara dhe A. Cucovi, *Sigurimi Shëndetësor Publik – Rast Studimi: Situata Aktuale në Kosovë*, 2015.

⁴³ Po aty, Neni 15.

⁴⁴ Ligji Nr.04/L-190 për Produkte dhe Paisje Medicinale, në: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/2013-04-L-190-Ligji-p%C3%ABr-produkte-dhe-paisje-medicinale.pdf>.

⁴⁵ Po aty, Neni 5.

lëshohet.⁴⁶ Kur ky autorizim jepet, AMK vendos nëse medikamenti kërkon recetë të përshkruar (Medikament Vetëm me Recetë, MVR) ose jo (Mbi Banak, MB). Ligji e specifikon që produktet mjekësore që mund të dëmtojnë shëndetin publik ose mund të përdoren në mënyrë jokorrekte, kërkojnë të jenë të përshkruara me recetë. Kushte të tjera për MVR janë të përcaktuara prej një akti nënligjor, i cili i liston barnat MVR dhe MB.⁴⁷ Në teori, AMK duhet të nxjerrë një listë të re të produkteve të autorizuara mjekësore për çdo muaj. Një listë e të gjitha produkteve farmaceutike të autorizuara për marketing është e qasshme.⁴⁸ Shitja e barnave të paautorizuara, që nënkupton barna që s'janë në këtë listë, është e ndaluar nga Neni 9.2.

Për shitjen e produkteve farmaceutike, liçencimi është po ashtu i kërkuar dhe lëshohet nga AMK. Çdo farmaci duhet të jetë e liçencuar dhe të ketë një farmacist të liçencuar gjatë orarit të punës për shitjen e produkteve mjekësore. Më tej, Neni 14.6 tregon që një farmaci duhet të blejë produkte dhe paisje mjekësore vetëm prej subjekteve që kanë liçencë farmaceutike me shumicë.

Një tjetër ligj prej 2007 merret me substancat narkotike dhe psikotrope⁴⁹, që përfshin opiate të forta si Fentanyl, Morfinë, Metadon dhe qetësues si Diazepam ose Trazepam. Neni 14.1. i këtij ligji tregon qartë që në mënyrë që të blehen, posedohen apo të konsumohen barnat narkotike dhe substancat psikotropike kërkohej të përshkruhet receta mjekësore speciale nga një mjek i kualifikuar, në përputhje me Ligjin mbi Produktet Mjekësore dhe Paisjet Mjekësore.

Të dy ligjet përmendin dënime për shkelje të këtyre ligjeve dhe akteve nënligjore, duke filluar prej gjobave deri të ndalimi i aktivitetit të tregtarit apo farmacistit.

Abortimi

Sipas Nenit 5 të Ligjit për Ndërprerjen e Shtatzënisë, secila shtatzëne mbi moshën 18 vjeqare mund të kërkojë ndërprerje të shtatzënisë së saj. Kjo formë e abortit mund të performohet deri në javën e dhjetë të shtatzënisë. Ligji gjithashtu u lejon grave të cilat janë të "pjekura në moshën 16 vjeqare [sic]"⁵⁰ të kërkojnë ndërprerje të shtatzënisë me lejen e prindërve apo kujdestarit të saj. Kuptimi i saktë i fjalës 'pjekur' në këtë rast nuk është definuar. Poashtu edhe të drejtat e vajzave të reja nën moshën 16 vjeqare në lidhje me abortimin nuk janë definuar qartë.

Mjeku familjar apo gjinekologu është i obliguar të informojë dhe këshillojë gruan që kërkon abort përzgjedhës së paku tre ditë para procedurës. Nëse gruaja ende shpreh dëshirën e saj për ta bërë abortimin nga ajo kërkohej që të ofrojë leje me shkrim. Në aspektin procedural, aborti mund të përfshijë metodologji kirurgjike apo me medikamente, edhe pse momentalisht nuk ka ndonjë medikament të licencuar.⁵¹ Asnjë mjek ose gjinekolog nuk është i obliguar të kryej ndërprerjen përzgjedhëse të shtatzënisë kundër vullnetit të saj, që i referohet si "kundërshtim i

⁴⁶ Ligji Nr.04/L-190 për Produkte dhe Paisje Medicinale, Neni 7.

⁴⁷ Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr 01/2010, Recetat në Sistemin Shëndetësor në Republikën e Kosovës, at: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Udhezim-Administrativ-Nr.-01-2010.pdf>.

⁴⁸ Agjencia Kosovare e Mjekësisë, Versioni 3-të i Regjistrimit të Barnave, 2014, në: <https://akppm.com/en/category/publikimet/regjistri-i-barnave/>.

⁴⁹ Ligji Nr. 02/L-128 për Barnat Narkotike, Substancat Psikotrope dhe Prekursorë, në: http://www.auv-ks.net/repository/docs/L_02_L-128_al.pdf.

⁵⁰ Ligji Nr. 03/L-110 për Ndërprerjen e shtatzënisë, 2009, Neni 5, para. 2.

⁵¹ Përveç mifepristone që është në Regjistrin e vitit 2014 (Agjencia Kosovare e Produkteve Medicinale, Regjistri i Medikamenteve, Verzioni 3, 2014) dhe misoprostol që është në listen e Barnave Esenciale për 2013 (MSh, Listes Esenciale per Vitin 2013, 2013), MSh konfirmoi në dhjetor 2016 se asnjë nga këto barëra nuk është i regjistruar në Kosovë.

vetëdëshëm”.⁵² Sidoqoftë, insitucioni shëndetësor është i obliguar të gjejë zgjidhje për gruan që ta kryej abortin në institucionin e njejtë shëndetësor. Mjeku është gjithashtu i obliguar që t'i ofrojë gruas informata për metodat e planifikimit familjar.⁵³ Deri në javën e 22-të të shtatzanisë, ndërprerja e shtatzanisë lejohet nën rrethanat e veçanta. Këtu përfshihen arsytet shëndetësore, siç është kërcënimi i jetës së nënës nga ajo shtatzani ose formësimi i keq që ndikon në jetën e fetusit; ose shtatëzani e shkaktuar si rezultat i dhunimit, incestit apo eksploatimit seksual. Neni 21 i këtij ligji kërkon që çdo institucion të raportojë të dhëna statistikore në lidhje me përfundimin e shtatzanisë.⁵⁴

Kodi penal që ndërlidhet me kujdesin shëndetësor

Kodi Penal i Kosovës (KPK) denon veprimet e ndryshme që shkaktohen nga ofruesit e kujdesit shëndetësor. Mjekët apo punëtorët shëndetësor të cilët aplikojnë metoda të pasakta të trajtimit ose dështojnë të zbatojnë masat higjienike, gjë që shpien në përkeqësimin e gjendjes shëndetësore të pacientit. Denohet me burgim që zgjat deri në tre vjet.⁵⁵ Shkeljet që rezultojnë me dëmtim serioz të shëndetit të personit apo vdekjen përfshin edhe denime më të rënda. Dështimi për të ofruar ndihmë shëndetësore për personin në nevojë, derisa mjeku apo punëtori shëndetësor do të duhej të ishin të vetëdëshëm që kjo mund të shpiej në dëmtim serioz trupor apo vdekje, dënohet me tre vjet burgim.⁵⁶ Një mjek i cili shpalos informatat konfidente do të denohet me denim me të holla apo burgim deri në një vjet.⁵⁷

⁵² Ligji Nr. 03/L-110 për Ndërprerjen e shtatzanisë, Neni 13.

⁵³ Po aty, Neni 18.

⁵⁴ Ligji Nr. 03/L-110 për Përfundimin e Shtatzanisë, 2009, Neni 21.

⁵⁵ KPK, Neni 260, para. 1.

⁵⁶ KPK, Neni 261, para. 3.

⁵⁷ KPK, Neni 203, para. 1.

Sistemi Shëndetësor i Kosovës

Sistemi Shëndetësor i Kosovës është në tranzicion. Kosova ka trashëguar strukturën e ashtuquajtur 'Semashko' të shëndetësisë nga ish Jugosllavia, me shtetin i cili është edhe blerës edhe ofrues i shërbimeve shëndetësore. Ky sistem ka stimuluar specializime, duke krijuar mosefikasitet dhe shkurtime. Pacientët kanë pasur një numër të vogël të agjensive për të kërkuar kujdes shëndetësor.

Kur statusi i autonomisë së Kosovës është revokuar nga Beogradi në Mars të vitit 1989, sektori i shëndetësisë është kthyer gjithashtu në një fushëbetejë në mes të popullatës shqiptare dhe qeverisë serbe. Qeveria e Serbisë ka marrë nën kontroll sistemin shëndetësor të Kosovës ndërsa Fakulteti i Mjekësisë i Universitetit të Prishtinës është mbyllur, duke ndërprerë trajnimin e shumë studentëve të mjekësisë. Më shumë se 60% e punëtorëve shëndetësor shqiptarë (rreth 2.400 njerëz) u larguan nga puna sepse iu është kërkuar të zgjedhin diskriminimin apo të largohen.⁵⁸ Shumë shqiptarë tjerë e humbën punën gjatë kësaj periudhe dhe rrjedhimisht e humbën edhe mbulimin e sigurimit. Gjatë të 90-tave më shumë se gjysmës së popullatës shqiptare i ka munguar qasja në sistemin shëndetësor publik.

Punëtorët shqiptarë shëndetësor themeluan sistemin paralel të shëndetit primar të njohur si Shoqata "Nëna Terezë". Ky sistem paralel operoi me 96 klinika në tërë Kosovën, shumë prej tyre në zona të largëta. Punëtorët shëndetësor kanë shërbyer vullnetarisht. Sistemi paralel i taksave i ka furnizuar me material dhe barëra. Punëtorët shëndetësor shqiptarë gjithashtu kanë themeluar institucionet e tyre private si klinika dhe laboratore. Gjatë kësaj kohe studentët e mjekësisë dhe punëtorët shëndetësor kanë marrë vetëm trajnim të kufizuar në sistemin paralel të edukimit pa trajnim praktik. Si rezultat i kësaj, një gjeneratë e punëtorëve shëndetësor shqiptarë kanë mbetur me zbrazëtira të mëdha në diturinë e tyre për shëndetësi dhe me kredenciale të ndryshme.

Përkundër përpjekjes për një sistem paralel shëndetësor, shëndeti i popullatës së Kosovës pësoi rënie gjatë viteve 90-të. Nivelet e imunizimit ranë; mbulimi me vaksinim i fëmijëve kundër sëmundjeve si paralizës së fëmijëve ra. Incidence e sëmundjeve ngjitëse u ngrit dhe paraliza e fëmijëve si pasojë u paraqit përsëri.

Sistemi shëndetësor i Kosovës është dobësuar seriozisht edhe nga një dekadë pa investime gjatë viteve 90-të. Sistemi shëndetësor më tej është dëmtuar pas konfliktit të armatosur që shpërtheu në vitin 1998. Përafërsisht 90% e spitaleve dhe klinikave janë dëmtuar, dhe gati të gjitha klinikat private që udhëhiqeshin nga mjekët shqiptarë janë shkatërruar.

Që nga lufta, disa projekte të financuara nga ndërkombëtar kanë investuar në zhvillimin e infrastrukturës së kujdesit shëndetësor, duke u fokusuar në kujdesin primar (KSHP) dhe rehabilitim të infrastrukturës shëndetësore. Rindërtimi ka qenë shumë i ndikuar nga prioritetet e donatorëve ndërkombëtar, të cilët në mënyrë të fuqishme përkrahnin modelin e kujdesit primar shëndetësor.⁵⁹ Derisa reformohej sistemi shëndetësor nga ajo e centralizuar në atë të decentralizuar, shumë programe u përpoqën të vendosin kujdesin maternal dhe antenatal në nivelin e kujdesit primar.⁶⁰ Modeli KSHP mendohej të theksonte mjekësinë familjare në nivel

⁵⁸ Percival, V. dhe Sondorp, E., *Një rast studimor i reformës së sektorit të shëndetit në Kosovë*, Ottawa, 2010. Paragrafët në vazhdim janë për periudhën e para-luftës të marra prej të njëjtit burim.

⁵⁹ Buwa, D. dhe Vuori, H., *Rindërtimi i sistemit të kujdesit shëndetësor: Lufta, rindërtimi dhe reformat e kujdesit shëndetësor në Kosovë*, 2007.

⁶⁰ Homan et al., *Tranzicioni pas konfliktit dhe qëndrueshmëria në Kosovë: krijimi i kujdesit shëndetësor primar-bazuar në kujdes antenatal*, Dartmouth, 2009; Kollisch et.al, *Përmirësimi i mjekësisë familjare në Kosovë me*

primar dhe të vepronte si roje për kujdesin e specializuar, duke marrë parasysh që ajo do të jepej në nivelin sekondar dhe terciar. Në vitet 2000, kujdesi primar është decentralizuar, duke e bërë qeverinë lokale përgjegjëse për menaxhimin e saj, derisa niveli sekondar dhe terciar janë kontrolluar nga Ministria e Shëndetësisë. Kjo rezultoi me mbikqyrjen e copëtuar të institucioneve publike nga qeveritë lokale dhe Ministria e Shëndetësisë.⁶¹ Ashtu që, derisa bëhej përparim, sfida të shumëllojshme dhe probleme të brendshme vazhdimisht kanë kufizuar funksionimin e sistemit të ri shëndetësor.⁶²

Secila nga 38 komunat e Kosovës ka Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF) ku qytetarët mund të çasen në kujdes primar shëndetësor. Këto QKMF-të duhet të kenë së paku një mjek dhe dy infermier/e për 2000 njerëz në zonën e asaj qendre. Kujdesi primar adreson nevojat themelore të shoqërisë duke përfshirë promovimin e shëndetit dhe qështjet që ndërlidhen me shëndetin publik, siç është mbledhja e të dhënave, diagnostifikimi dhe trajtimi përfshirë edhe intervenimet e vogla kirurgjike, shërbimet emergjente, shëndetin reprodaktiv dhe atë mendor. Numri i institucioneve të shëndetit mendor është rritur nga shtatë në vitin 2000 në 28 në vitin 2010.⁶³ Në vitin 2010, Kosova ka pasur nëntë qendra të shëndetit mendor të vendosur në komunitet për të rritur, gjashtë reparte jo-hospitalizues në spitale të përgjithshme për të rritur, tetë qendra rezidente për të rritur, qendrën e shëndetit mendor të vendosur në komunitet për fëmijë dhe adoleshentë dhe dy institucione rezidente për ata.

Rrëshqitja kah QKMF-të është mendur për ta forcuar kujdesin shëndetësor primar dhe për të zvogluar besueshmërinë tek specialistët sa i përket rutinës së kujdesit shëndetësor. Shumë përpjekje gjithashtu kanë shkuar tek trajtimi i mjekëve familjarë.⁶⁴ Sidoqoftë, në vitin 2007 Buwa dhe Vuori raportuan se kjo reformë ka dështuar në masë të madhe për shkak të mungesës së ndryshmit të sjelljes dhe qëndrimit të pacientëve. Modeli i sistemit primar të shëndetësisë ende nuk është pranuar dhe ende vazhdon të luftojë.⁶⁵ Edhe pse në përgjithsi është arritur një sukses siç është zvoglimi i shkallës së vdekshmërisë së foshnjëve dhe të nënave dhe një pritshmëri më e lartë jetësore nga 68 vjet në vitin 2000 në atë prej 71 në vitin 2014,⁶⁶ shfrytëzimi i kujdesit primar mbetet i ulët dhe njerëzit më tepër kërkojnë kujdes specialistik (sekondar) gjë që tregojnë gjetjet e këtij studimi, detajet do t'i shihni më vonë.

Kujdesi sekondar është i çashtë në secilin nga shtatë spitalet rajonale. Rajonet e Ferizajt, Gjakovës, Gjilanit, Pejës dhe Prizrenit kanë një spital rajonal. Rajoni i Mitrovicës ka dy: një në Mitrovicën e Veriut dhe një në Vushtrri. Rajoni i Mitrovicës përfshinë të gjitha komunat e veriut të Kosovës, ku jeton shumica e qytetarëve pakicë serbe. Sipas Organizatës për Siguri dhe Bashkëpunim në Evropë (OSBE), serbët që jetojnë në Kosovë gjithashtu përdorin spitalin në Mitrovicën Veriore për kujdes terciar shëndetësor.⁶⁷ Në nivel sekondar, shërbimet shëndetësore mendore ofrohen në Departamentet e Njësisë të Psikiatrisë brenda Spitaleve të Përgjithshme, Qendrat e Shëndetit Mendor “shtëpitë integruese” dhe qendrat për integrim, rehabilitim, socializim të të sëmurëve kronik psikiatrik në Shtime.” ShSKUK-ja në Prishtinë ofron kujdesin sekondar për Prishtinë dhe atë terciar për tërë Kosovën. Kujdesi terciar është i

mikrosisteme, Dartmouth, 2011; dhe Tahiri et al, *Vlerësimi i pacientëve për shërbimet e kujdesit shëndetësor primar në regjionin e Gjilanit*, Kosovë, Gjilan, 2014.

⁶¹ Buwa dhe Vuori, 2007.

⁶² Po aty; dhe Percival dhe Sondorp, 2010.

⁶³ Epping-Jordan et al, *Përtej krizës: rindërtimi i kujdesit më të mirë mendor në 10 zona emergjente të ndikuara duke përdorur perspektivën afatgjatë*, 2015.

⁶⁴ Kollisch et.al, 2011.

⁶⁵ Homan et al, 2009.

⁶⁶ Banka Botërore, *Të dhënat e vendit Kosovë*, 2016 anë: <http://data.worldbank.org/country/kosovo>.

⁶⁷ OSBE, *Profili Komunal i Mitrovicës së Veriut*, 2015, <http://www.OSBE.org/kosovo/122119?download=true>.

mundur *vetëm* në QKUK. Tre institucione shpesh janë të lidhur me QKUK-në: Shkolla e mjekësisë, Qendra Klinike Universitare dhe Njësia e Shërbimeve Klinike. Sistemit publik i mungojnë qendrat e rehabilitimit, ose më specifikisht, parandalim terciar në mënyrë që të rikthehet shëndeti pas ndonjë sëmundjeje të rëndë apo aksidenti.

Krahas institucioneve publike shëndetësore, nëpër tërë Kosovën ekzistojnë klinika dhe spitale private të panumërta, që ofrojnë kujdes të përgjithshëm dhe të specializuar. Siç diskutohet më tutje në këtë hulumtim, institucionet private ofrojnë një lloj të plotësimit të të ardhurave për personelin shëndetësor nga sektori publik. Pacientët mund të kenë qasje në kujdes privat dhe mund të shkojnë drejtpërdrejtë tek kujdesi i specializuar.⁶⁸ Motivimi për shfrytëzim të kujdesit publik apo privat do të diskutohet më vonë në kapitullin e shfrytëzimit.

Menaxhimi i të dhënave shëndetësore

Në vitin 2010 Plani Informativ dhe Strategjik Shëndetësor shpallti hapat e zhvillimit dhe implementimit të mëtutjeshëm të Sistemit Informativ Shëndetësor (SISH) për të përmirësuar vendimmarrjen e bazuar në dëshmi. Duhet gjithashtu të shërbejë si bazë për regjistrin gjithpërfshirës të kancerit dhe programeve të skriningut. Sipas afatit të caktuar kohor, do të duhej të funksiononte në tërë Kosovën nga viti 2020. Edhe pse SISH ende nuk është plotësisht funksional.

Për më tepër informata për menaxhimin momental të të dhënave shëndetësore, ky raport nxjerrë intervista me punëtorë shëndetësor. Shumica ka deklaruar që të dhënat mbledhen dhe menaxhohen nga infermierët/et në institucionet e tyre ose stafi administrativ. Të dhënat zakonisht regjistrohen me shkrim dhe në kompjuterë. Sidoqoftë, disa punëtorë shëndetësorë kanë thënë se iu mungojnë kompjuterat ose softueri adekuat për të bërë analizën e të dhënave. Disa mjekë kanë raportuar gjithashtu se janë duke përdorur pajisje private për të ruajtur informatat.

Financimi i kujdesit shëndetësor

Momentalisht, sistemi publik shëndetësor financohet nga Buxheti i Kosovës, që përbën përafërsisht 6.4% të totalit të shpenzimeve të qeverisë për vitin 2016.⁶⁹ Kjo përfshin përafërsisht 3.1% të të gjitha shpenzimeve për kujdes shëndetësor në komuna dhe 3.3% për nivelin qendror. Shpenzimet e planifikuara për kujdes shëndetësor arrinë rreth €108 milion. Kjo shumë mbulon përafërsisht 60% të të gjitha shpenzimeve të kujdesit shëndetësor publik. Prandaj, 40% apo diq si kjo, të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor duhet të mbulohet nga bashkë-pagesat dhe shpenzimet nga xhepat e pacientëve.⁷⁰ Sigurimi shëndetësor publik është e drejtë e të gjithë qytetarëve, por Fondi për Sigurime Shëndetësore nuk është themeluar ende (shih Kapitulin e Kornizës Ligjore). Disa kompani ofrojnë sigurime shëndetësore private. Sidoqoftë, siç është elaboruar më vonë gjetjet e hulumtimit tregojnë, vetëm gjashtë për qind të Kosovarëve duket se kanë sigurime shëndetësore private.

⁶⁸ Buwa dhe Vuori, 2007.

⁶⁹ Kuvendi i Republikës së Kosovës, Ligji Nr. 05/L-071 për Buxhetin e Republikës së Kosovës për vitin 2016, në: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/05-L-071%20sh.pdf>.

⁷⁰ Banka Botërore, *Grupi i Bankës Botërore Në Kosovë – Foto çasti e shtetit*, 2015, në: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Kosovo-Snapshot.pdf>.

Përfundim

Shumë probleme strukturale mbeten që të arrihet një sistem plotësisht i integruar shëndetësor. Tranzicioni në vazhdim prej modelit socialist të centralizuar, një sistem i dobët i menaxhimit të të dhënave shëndetësore dhe fondi inekzistent i Sigurimeve Shëndetësore të gjitha këto paraqesin sfida. Qeverisja dhe qështjet e llogaridhënjes të kombinuara me financim të kufizuar dhe korrupsion pengojnë funksionimin dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor.⁷¹

⁷¹ Bloom et al., *Ndarja etnike e sistemit të kujdesit shëndetësor në Kosovën e pas-luftës*, Zagreb, 2007; dhe Lëvizja Fol, *Skanimi i Korrupsionit në Shëndetësi*, Prishtinë, 2016.

Të dhënat Demografike

Ky seksion përmbledhë informatat e përgjithshme demografike për Kosovën dhe banorët e saj, duke mundësuar krahasim me të dhënat nga mostra e studimit. Në vitin 2011, përafërsisht 63% e popullatës kanë jetuar në zona rurale.⁷² Që nga viti 2015, jetëgjatësia për një qytetar nga lindja ka qenë përafërsisht 71 vite, 73 më ulët se në vitin 2014 mesatarja në BE është gati 81 vite.⁷⁴ Kosova është shtet i ri, me moshën mesatare 28.7 që nga viti 2016 (28.3 për burra dhe 29 për gra).⁷⁵ Raporti gjinor në lindje është më i lartë se mesatarja botërore, sipas raporteve 110 djem për 100 vajza të lindura, që tregon se nëse dëshmohej gjatë shtatëzani se foshnja është vajzë në shumë raste gratë abortojnë, pra mund të ekzistojë aborti përzgjedhës.⁷⁶

Kosova ka shoqëri multi-etnike me shumicën e konsiderueshme shqiptare që llogaritet diku në 92%. Një parashikim prej katër përqind e popullatës janë serbë dhe katër përqind pakicat tjera kombëtare: rom, ashkali, egjiptas, boshnjak, turq dhe goran. Sidoqoftë, banorët në veri të Kosovës, kryesisht të kombësisë serbe, nuk kanë marrë pjesë në Regjistrimin e Popullatës së Kosovës në vitin 2011. Disa serbë dhe popullata tjetër pakicë të vendosur në pjesën jugore të Kosovës kanë bojkotuar regjistrimin. Kjo përjashton arritjen në një vlerësim të saktë të popullatës sipas kombësive.

Popullata rome, ashkali dhe egjiptase shpesh grupohen së bashku dhe për ata diskutohet kolektivisht, edhe pse ata nuk preferojnë të homogjenizohen. Atyre mund t'iu mungojë qasja në benefite siç janë mirëqenia sociale, punësimi dhe shkolimi.⁷⁷ Hulumtimi ka zbuluar se romët diskriminohen në shtetet Evropiane në lidhje me qështjet sociale e në veçanti ato shëndetësore.⁷⁸ Romët, ashkallitë dhe egjiptasit në Kosovë paraqesin më shumë morbiditet veçanërisht kur kemi të bëjmë me sëmundjet kronike.⁷⁹

Në regjistrimin e vitit 2011, përafërsisht 95.6% e popullatës është identifikuar si myslimanë. Religjionet tjera më të zakonshme janë katolikë, romak (2.2%), ortodoks (1.5%), të tjerët (0.7%) dhe ateistë (0.7%).⁸⁰

Sipas Hulumtimit të Fuqisë Punëtore të vitit 2015, raportet e papunësisë parashihen deri në 33%, me shifrat e larta të papunësisë së të rinjëve; përafërsisht 58% e rinisë së moshës 15-24 janë të papunë. Papunësia është edhe më e lartë te vajzat (67%) sesa djemtë (54%).⁸¹ Në vitin 2013, 40% e qytetarëve ka jetuar në varfëri, duke përfshirë 10.2% në varfëri të skajshme.⁸²

⁷² ASK, *SDSSHARK, Nëntor 2009*, Prishtinë: ASK, 2011.

⁷³ Banka Botërore, *Të dhënat e vendit Kosovë*, 2016, në: <http://data.worldbank.org/country/kosovo>; 2011 të dhënat e regjistrimit civil kanë dhënë shifrën e jetëgjatësisë prej 76.6 vite.

⁷⁴ "Statistikat e mortalitetit dhe jetëgjatësisë," Statistikat e Eurostatit, kanë spjeguar qasjen 28 Nën. 2016, në: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics.

⁷⁵ Agjensioni Qendror i Inteligjencës të Shteteve të Baskuara të Amerikës "Libri i fakteve Botërore," Fusha ku tregohet mosha mesatare e kosovarëve, parashifet të jetë e vitit 2016 estimate, e çasur më 28 Nov. 2016, në: <https://www.cia.gov/Library/publications/the-world-factbook/fields/2177.html>.

⁷⁶ Christophe Z. Guilmoto dhe UNFPA, *Paragjykimet gjinore në Kosovë*, Prishtinë: UNFPA, 2016.

⁷⁷ ASK dhe UNICEF, *Komunitetet Rome, Ashkali dhe Egjiptas në Kosovë, Pjesa e Hulumtimit të Treguesit të shumfishtë, (MICS)*, Prishtinë: 2014.

⁷⁸ N. Parekh dhe T. Rose, *Pabarazitë shëndetësore të Romëve në Europë: Shqyrtim i Literaturës*, Londër: 2011.

⁷⁹ ASK dhe UNICEF, *MICS*, 2014; Djurovic et al., 2014; KOSANA-Solidar Zvicër, *Qasja e Romëve, Ashkallivë dhe Egjiptasve në përdorimin e Shërbimeve Shëndetësore*, Prishtinë: 2015; KOSANA-Solidar Zvicër, *Prevalenca e Sëmundjeve tek Komunitetet Rom, Ashkali dhe Egjiptas*, Prishtinë: 2014.

⁸⁰ ASK, *Regjistrimi civil 2011, 2012*.

⁸¹ ASK, *Hulumtimi, Fuqia Punëtore 2015*, Prishtinë: 2016.

⁸² UNDP, *Vlera e vërtetë e Ndihmës Sociale*, Prishtinë: UNDP, 2014.

Nga fundi i luftës, Kosova ka bërë përparim të dukshëm në disa tregues shëndetësor. Nuk ka pasur paraqitje të sëmundjeve ngjitëse që mund të parandalohen me vaksinim, siç është fruthi. Në vitin 2000, raporti i mortalitetit perinatal ka qenë 29 vdekje për 1000 lindje dhe që nga viti 2015 ka rënë në 12 për 1000.⁸³ Sipas kësaj, mortaliteti neonatal ka rënë në shtatë për 1000 në vitin 2015.⁸⁴ Edhe me këtë, shtetet evropiane kanë shkallë më të ulët (p.sh., duke variuar nga 1.2 në Islandë deri në 5.5 në Rumani në vitin 2009).⁸⁵ Në vitin 2013, 2014 dhe 2015, nuk ka pasur vdekje maternale të raportuar nga shërbimet publike shëndetësore në Ministrinë e Shëndetësisë.⁸⁶ Sidoqoftë, kjo mund të jetë edhe rezultat i mos-raportimit.⁸⁷

Mostër e të dhënave demografike

Tabela I paraqet të dhënat demografike nga një mostër e hulumtimit të popullatës, duke i ndarë respondentët sipas gjinisë, vendbanimit, kombësisë, dhe gjendjes martesore. Siç është sqaruar në metodologji, RrGGK ka rritur mostren për grupet minoritare në mënyrë që të mundësohet analiza e të dhënave sipas etnisë. Të dhënat janë peshuar më pas në bazë të vlerësimeve demografike për analizën e të dhënave.

Tabela I. Shembull nga statistikat e papeshuara

Strata	Gra	Burra	Totali #	Totali %
Vendbanimi				
Urban	280	272	552	42.2%
Rural	396	361	757	57.8%
Rajonet				
Ferizaj	65	63	128	9.8%
Gjakova	63	64	127	9.7%
Gjilan	64	71	135	10.3%
Mitrovica	114	105	219	16.7%
Peja	52	54	106	8.1%
Prishtina	184	152	336	25.7%
Prizren	134	124	258	19.7%
Kombësia				
Shqiptarë	470	434	904	69.1%
Serb	92	103	195	14.9%
Rom, Ashkali, Egjiptas	48	40	88	6.7%
Boshnjak	28	27	55	4.2%
Goran	14	14	28	2.1%
Turk	22	14	36	2.8%
Të tjerë	2	1	3	0.2%
Grupmosha				
16-24	148	146	294	22.5%
25-34	152	112	264	20.2%
35-44	130	102	232	17.7%
45-54	121	109	230	17.6%
55-64	84	94	178	13.6%
65+	41	70	111	8.5%

⁸³ MESH, *Raporti për Situatën Perinatale në Kosovë*, Prishtinë: MESH, 2016. Periudha perinatale definohet në mënyrë të ndryshme. Në Kosovë përfshihen lindjet e vdekura dhe vdekjet në javën e parë të jetës. Varësisht nga definicioni në shtetet tjera, fillon në javën e 20 deri në javën e 28 të gjestacionit dhe mbaron një apo katër javë pas lindjes. Kjo shkakton vështirësi në krahasimin e raporteve.

⁸⁴ Vdekje në ditën 0 - 28 pas lindjes.

⁸⁵ Grupi Raportues i Shëndetit Perinatal Evropian, *Raporti i Shëndetit Perinatal Evropian – Shëndeti dhe Kujdesi ndaj grave shtatzëna dhe foshneve në Evropë në vitet 2010, 2013*.

⁸⁶ MESH, *Raporti për Situatën Perinatale në Kosovë*, 2016.

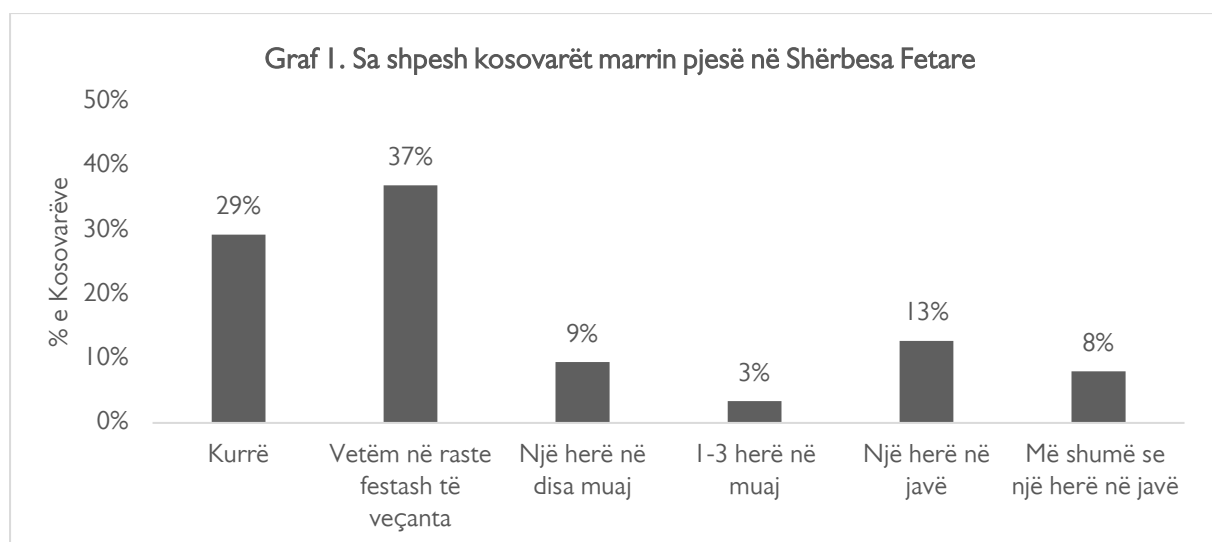
⁸⁷ ASK, *SDSSHRK*, 2011.

Religjioziteti, në shkallën se sa janë religjioz njerëzit, mund të matet pjesërisht se sa shpesh njerëzit marrin pjesë në shërbesa fetare. Përafërsisht 24% e kosovarëve kanë thënë që marrin pjesë në shërbesa fetare së paku një herë në muaj (Graf I). Mesatarisht, burrat kanë praktikuar fenë e tyre më shumë se gratë me 34% të burrave pjesëmarrës në shërbesa fetare së paku krahasuar për javë me 8.6% të grave (P<0.0001).⁸⁸

Në lidhje me seksualitetin, më pak se një përqind e respondentëve kanë thënë që kanë pasur ndonjëherë lidhje seksuale me person të gjinisë së njejtë. Më specifikisht, 0.7% e grave kanë thënë që do të preferonin të kenë lidhje seksuale me një grua; më pak se një përqind e burrave kanë thënë që do të preferonin burra; dhe vetëm 0.2% e grave kanë thënë që do të preferonin gra dhe burra. Duke marrë parasysh normat kulturore mund të ndodhë që janë dhënë përgjigje të rrejshme në këto pyetje.⁸⁹ Një nën-shembull i vogël i respondentëve homoseksual apo biseksual e ka pamundësuar ekzaminimin e asaj se si seksualiteti ndikon në qasjen në kujdes shëndetësor.

Tabela I. Shembull nga statistikat e papeshuara (vazhdim)

Strata	Gra	Burra	Totali #	Totali %
Religjioni				
Islam	566	513	1079	82.4%
Katolik	13	9	22	1.7%
Ortodoks	89	104	193	14.7%
Ateist/pa fe	2	4	6	0.5%
Agnostik/i/e pasigurtë	3	2	5	0.4%
Preferuan të mos përgjigjen	3	1	4	0.3%
Gjendja martesore				
Beqar/eshë	168	188	356	27.2%
Martuar, me certifikatë	398	373	771	58.9%
Martuar, pa certifikatë	55	44	99	7.6%
Bashkëjetesë	1	0	1	0.1%
Të fejuar	24	15	39	3.0%
Të shkurorëzuar	4	4	8	0.6%
Të ve	26	9	35	2.7%
Nivelet e Arsimimit				
0-7 vite	113	32	145	11.1%
8-11 vite	223	122	345	26.4%
12-14 vite	215	352	567	43.3%
15+ vite	125	126	251	19.2%
Nuk e dinë	0	1	1	0.1%



⁸⁸ Nuk ka pasur dallim të dukshëm në mes të banorëve të zonave rurale dhe atyre urbane apo nivelit të arsimimit.

⁸⁹ K.B. Coffman, L.C. Coffman dhe K.M. Marzilli Ericson, *Masa e popullatës LGBT DHE Magnituda e Ndjënjes Anti-Gay janë Nënvlërësuar Substancialisht*, 2016.

Statuasi Shëndetësor i Vetë-Vlerësuar

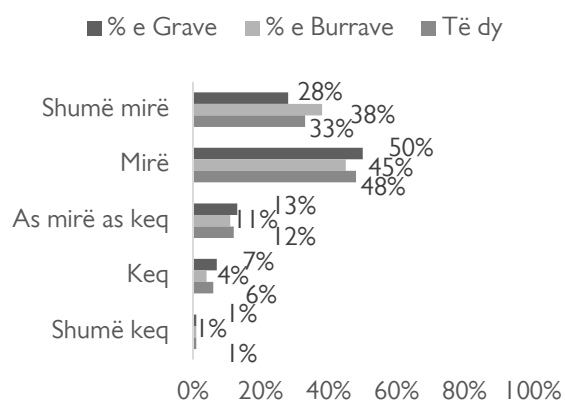
Derisa ky hulumtim nuk e ka ekzaminuar statusin momental shëndetësor të grave dhe burrave në Kosovë, ky kapitull shkurtimisht shpjegon se si Kosovarët vlerësojnë vet shëndetin e tyre. Eurostat regullisht mbledhë dhe raporton informatat që përfshinë shëndetin e vetë-vlerësuar, dhe këto të dhëna nga pjesa e Indeksit të Barazisë Gjinore të BE. Pyetjet e Eurostatit janë përdorur në këtë studim, duke mundësuar krahasim, që është bërë në këtë kapitull. Më tutje, duhet kuptuar statusi shëndetësor i vetëvlerësuar mund të shërbejë në kontekst për pjesën e mbetur të këtij raporti.

Në përgjithësi, 81% e kosovarëve ka vlerësuar vetë statusin e vet shëndetësor si të “mire” ose “shumë të mire”, që është shumë më lartë se në EU-28 një mesatare prej 67% dhe është në shkallë të njejtë si në Suedi për shembull.⁹⁰ Mirëpo nuk duhet harruar se struktura e moshës në Kosovë është shumë më ndryshe se në Suedi, ku mosha mesatare është 41.2 vjet.⁹¹ Popullata në Kosovë është shumë më e re, ashtu që sëmundjet kronike nuk do të duhej të kenë edhe aq ndikim në shëndet.⁹² Situata mund të ndyshojë me plakjen e popullatës.

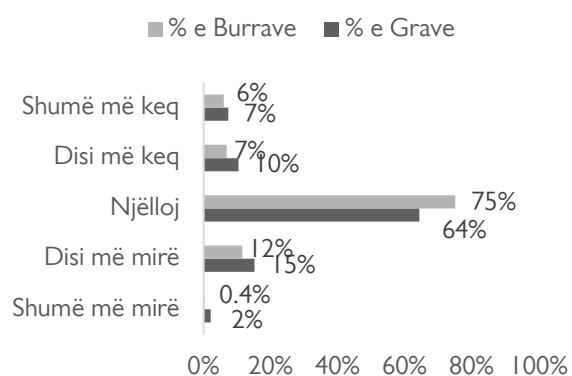
Në mesatare, gratë janë të prirura të vlerësojnë statusin e shëndetit të tyre pak më keq se burrat (grafika 2, $p=0.01$).⁹³ Dallimi në mes të burrave dhe grave në Kosovë është i ngjashëm me zbrazëtirën mesatare të gjinisë në BE, pesë përqind e pikëve. Personat e moshuar janë më të prirur të vlerësojnë statusin e tyre shëndetësor pasi që janë më të varfër sesa të rinjtë ($p=0.001$).

Shumica e kosovarëve (70%) besojnë se situata e tyre shëndetësore ka mbetur e njejtë në krahasim me atë para 12 muajve. Sidoqoftë, përafërsisht 15% besojnë se është përkeqësuar dhe 15% mendojnë se është përmirësuar. Në krahasim me burrat, gratë janë më të prirura që për statusin e tyre shëndetësor të thonë se është përkeqësuar ose përmirësuar ($p=0.006$). të rinjtë janë më të

Graf 2. Gjendja Shëndetësore e Perceptuar sipas Gjinisë



Graf 3. Perceptimet e të Anketuarve mbi ndryshimet e Statusit Shëndetësor tani krahasuar me atë të para 12 Muajsh



⁹⁰ Vetëm shtatë përqind e ka konsideruar shëndetin si të ‘dobët’ ose ‘shumë të dobët’, më pak se në BE mesatarja 10%.

⁹¹ Agjensia Qendrore e Inteligjencës së Shteteve të Bashkuara të Amerikës, “Libri Botëror i Fakteve,” fusha ku tregohet mosha mesatare, Suedi, 2016 e çasur përafërsisht më 28 Nën. 2016.

⁹² “Statistikat e shëndetit të vetë-perceptuar”, Eurostat, e çasur më 28 Nën. 2016. Krahasimi që pason gjithashtu është marrë nga burim.

⁹³ Nuka ka dallim të dukshëm sipas Komunave ose vendeve Rurale/Urbane.

prirur të mendojnë se statusi i tyre shëndetësor është përkeqësuar, me ç'rast të moshuarit janë më të prirur të thonë se është përmirësuar ($p < 0.001$).

Përafërsisht, 18% e kosovarëve raportojnë të kenë sëmundje afatgjate ose problem shëndetësor që ka zgjatur, ose pritjet të zgjasë, për gjashtë apo më shumë muaj. Gratë (21% e tyre) janë dukshëm më të prirura të raportojnë se kanë problem afatgjate sesa burrat me (15%) ($p = 0.04$). Të moshuarit gjithashtu janë më të prirur se të rinjtë, të raportojnë se kanë sëmundje afatgjate ($p < 0.001$). Për shembull, 52% e personave me moshë mbi 65 dhe 30% e personave në mes 55-64 kanë raportuar se kanë sëmundje kronike, krahasuar me përafërsisht katër përqind të personave në mes të moshave 16-24 dhe gjashtëpërqind e personave prej 25-34.⁹⁴

Në vlerësimin e shëndetit të tyre, llojet e sëmundjeve afatgjate ose qështjet shëndetësore që më tepër kosovarë kanë raportuar janë: tensioni i lartë i gjakut (18% e respondentëve), reumatizëm (8%), dhimbje kronike të shpinës (6%), dhimbje në këmbë (6%), problem me zemër (6%) dhe dhimbje apo problem me organet gjenitale (5%) (shihni grafikën 4). Nuk ka pasur dallim të dukshëm në bazë gjinore.

Në përgjigje ndaj pyetjes së ndarë 10% e respondentëve kanë thënë se mjeku i ka diagnostifikuar me sëmundje kronike ose paaftësi që ka zgjatur më tepër se tre muaj. Kur është krahasuar vetë-raportimi i lartëpërmendur i sëmundjeve, kjo tregon se përafërsisht tetë përqind e kosovarëve mund të mos kenë kërkuar fare ndihmë mjekësore, të janë diagnostifikuar për sëmundjen e tyre ose të kenë kuptuar se çfarë diagnose iu është dhënë.

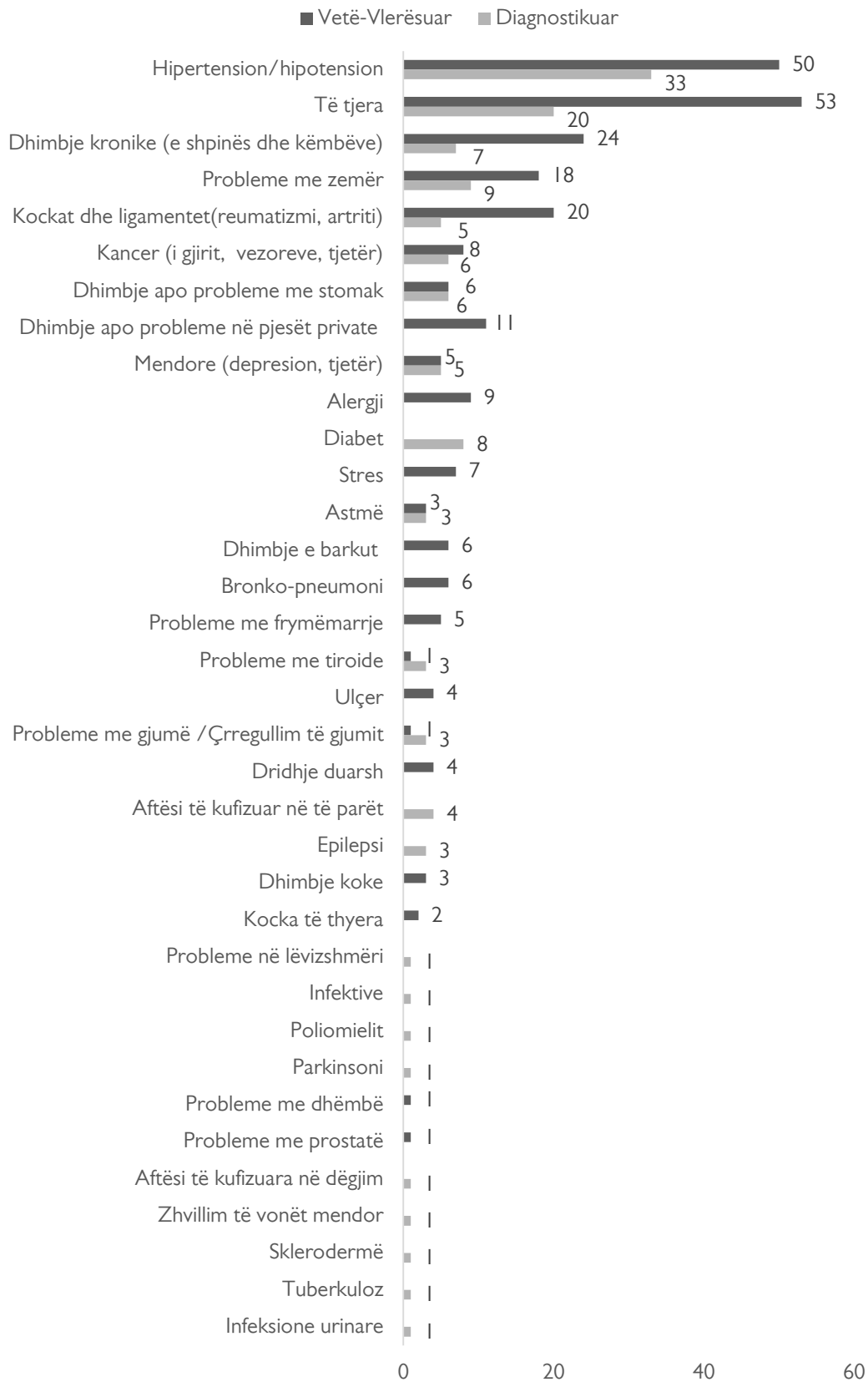
Grafika 4 gjithashtu ilustron në shifra reale llojet e sëmundjeve që raportohen të janë diagnostifikuar. Hipertensioni (shtypja e lartë e gjakut) ose hipotensioni (shtypja e ulët e gjakut) sipas raporteve i ka prekur shumicën e respondentëve. Fatëkeqësisht, studimi ka neglizhuar ndarjen e këtyre kategorive kur janë kërkuar sëmundjet e diagnostifikuara si kronike. Sidoqoftë, nga sëmundjet e vetëvlerësuara të lartëpërmendura, 18% e respondentëve kanë thënë se kanë tension shumë të lartë, derisa vetëm dy përqind kanë thënë se kanë tension të ulët, gjë që tregon se tensioni i lartë është diagnostifikuar më shpesh se ai i ulët. Kjo gjithashtu do të reflektonte prevalencën e shpërndarjes në tërë botën.⁹⁵ Kosovarët gjithashtu kanë raportuar se janë diagnostifikuar me diabet (7% e respondentëve), dhimbje kronike (5%), sëmundje mendore (4%) dhe kancer (4%).

Grafi 4 tregon se problemet e vetë-vlerësuara shëndetësore në organet gjenitale mund të mos diagnostifikohen nga mjekët. Ndoshta arsyeja është ndjenja e turpit në bisedën për qështjet seksuale, siç është përmendur në kapitujt e kaluar.

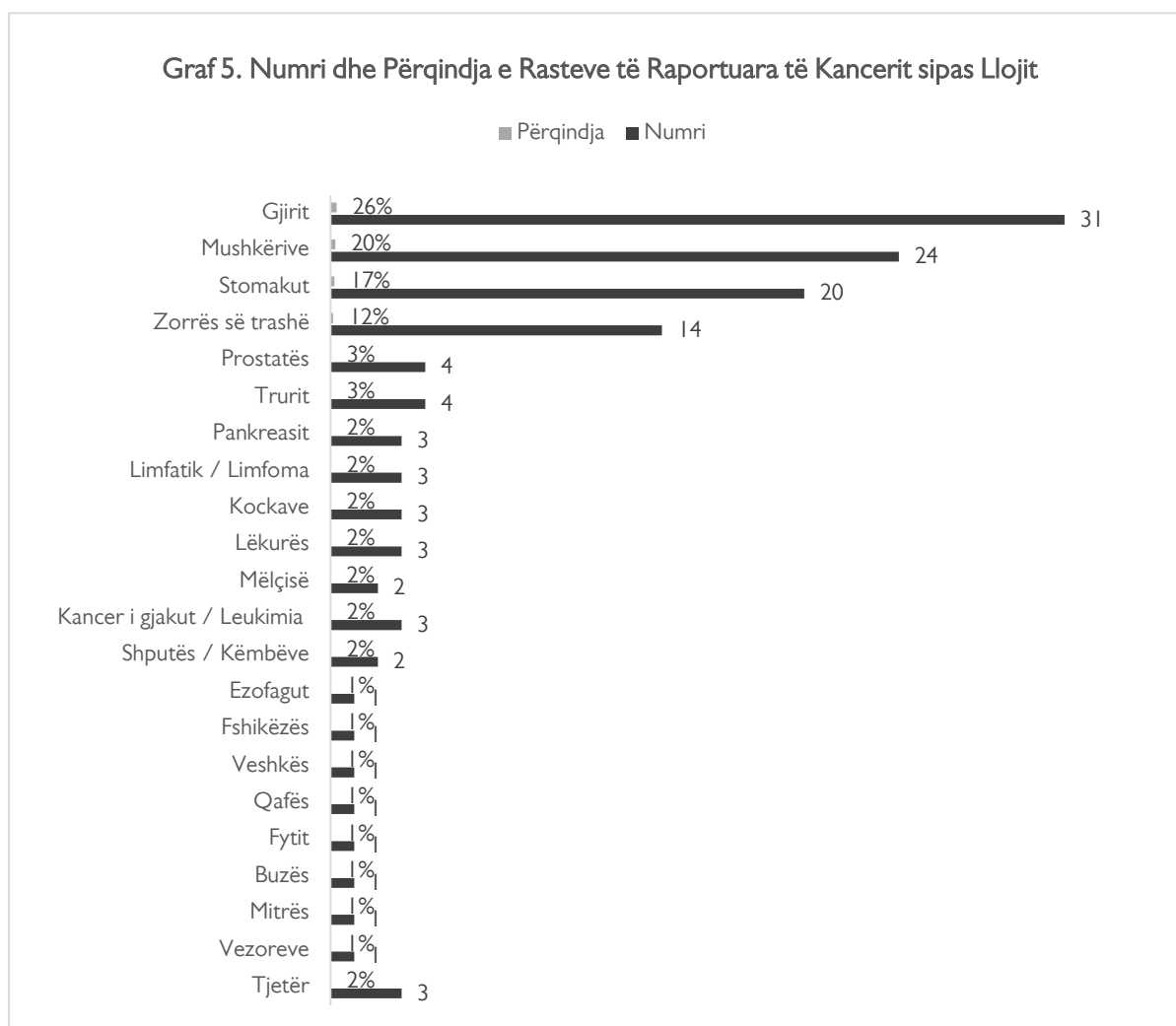
⁹⁴ Numri i vogël i rasteve të raportuara e bën të vështirë qasjen në trende në lloje të sëmundjeve që personat me dallim të moshave kanë, edhe pse kanë qenë shumë të ndryshëm ($p = 0.0001$). Nuka ka pasur dallim sipas vendbanimeve rurale/urbane.

⁹⁵ OBSH, Observatori Global i Shëndetit (OGSH) të dhënat, 2008, e çasur më 5 Dhjetor 2016, në: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/.

Graf 4. Sëmundjet Afatgjate apo Aftësitë e Kufizuara të Diagnostifikuara dhe Vetë-Vlerësuar



Në tentim për të kuptuar më mirë qështjen e kancerit në Kosovë, studimi ka përmbajtur pyetje në lidhje me anëtarët e të njejtës amvisëri që ka qenë i diagnostifikuar me kancer. Amvisëria është definuar si 'jeta nën kulm të njejtë'. Shtatë përqind e amvisërive ka raportuar të ketë së paku një rast të kancerit të diagnostifikuar në amvisërinë e tyre që nga viti 2000. Nga 121 rastet e ndryshme të kancerit të raportuar dhe diagnostifikuar, kanceri i gjirit duket të jetë rasti me formën më të shpeshtë të diagnostifikuar, e përcjellur nga kanceri i mushkërive, barkut dhe atij të zorrës së trashë apo rektal (shih grafikën 5).⁹⁶ Derisa në total numri i rasteve është i vogël, gratë janë të prirura të jenë të diagnostikuara me kancer të gjirit, të barkut dhe të zorrës së trashë. Është interesante, se ky hulumtim nuk ka indentifikuar një rast të vetëm të diagnostifikuar me kancer të qafës së mitrës, edhe pse kjo nuk do të thotë se nuk ekziston. Burrat janë të prirur të diagnostifikohen me kancer të mushkërive, të zorrës së trashë, barkut dhe të trurit.



Duke u bazuar në të gjeturat e hulumtimit, numri i rasteve të diagnostikuara çdo vit duket se është në rritje të ngadalshme, me shumicën e rasteve të diagnostikuara më 2015 (916). Gjithashtu bazuar në këtë hulumtim, më shumë raste duken të jenë diagnostifikuar në Komunitetet e Pejës, Prizrenit dhe Prishtinës. Moshat mesatare në të cilën janë diagnostifikuar me kancer ka qenë 55. Mirëpo, duke marrë parasysh përmasat e vogla të mostrës nuk është e mundur të

⁹⁶ Nuk duket se ka dallim të dukshëm në mes të zonave apo rajoneve rurale/urbane.

përcaktohet se cilët Kosovarë në cilën zone janë më të prekur nga kanceri, kërkohet hulumtim i mëtutjeshëm. Bordi Kombëtar për Kontrollin e Kancerit ka publikuar një “Program Kombëtar për Kontrollin e Kancerit 2014-2010”, që në mesin e aktiviteteve tjera kërkonte të ri-vendos regjistrin e kancerit me Institutin Kombëtar të Shëndetit Publik; sidoqoftë, nuk është ende funksional, kryesisht për shkak të mos financimit të duhur.⁹⁷

Gati gjashtë përqind e kosovarëve kanë thënë se problemi shëndetësor i ka ‘kufizuar dukshëm’ ata dhe 17% kanë thënë se janë ‘kufizuar’ nga aktivitetet që njerëzit merren zakonisht për së paku gjashtë muaj. Ashtu që, përafërsisht 23% e popullatës duket se ka një lloj të kufizimit të mundësive. Personat e moshuar janë të prirur të kenë më shumë aftësi të kufizuara se ata të rinjtë ($p < 0.001$). Në vitin 2013, Eurostat ka raportuar se gati 27% e të rriturve kanë kufizime nga ato të moderuara deri tek të rënda për shkak të problemeve shëndetësore në BE-28.⁹⁸

Përfundim

Në përgjithësi, statusi shëndetësor i respondentëve të studimit duket të jetë mjaftë i mirë, sipas vetë-vlerësimit. Kur krahasohet me shtetet e BE, shtrihet në shkallën e shteteve me statusin më të mirë të vetë-vlerësuar shëndetësor. Sidoqoftë, struktura e moshës në Kosovë dallon nga shtetet ku është bërë vlerësim i ngjashëm, siç është Suedia. Pasi që Kosova ka popullatë shumë më të re, nuk mund të pritët që sëmundjet kronike të ndikojnë në shëndet në këtë moment.

Ekzistojnë shumë mos përputhje në mes të sëmundjeve të vetë-raportuara dhe atyre të raportuara pas diagnostifikimit, arsye e të cilës janë të paqarta. Në bazë të raporteve të respondentëve, kanceri i gjirit, barkut dhe zorrës së trashë duket të jetë forma më e përhapur në mesin e grave, derisa ajo e mushkërive, zorrës së trashë dhe barkut duket të jenë të përfshirë burrat. Rastet duket se tregojnë në një ngritje gjatë viteve të fundit. Fatëkeqësisht, gjetjet në lidhje me kancerin nuk mund të krahasohen me gjetjet tjera shkencore në Kosovë, pasi që regjistri i kancerit nuk është ende plotësisht funksional e as i qasshëm në internet. Krahasimi i gjetjeve të studimit të ndërlidhura me vetë-vlerësimin e shëndetit momental me ato të statistikave momentale të shëndetit në Kosovë kanë qenë jashtë fushës së këtij hulumtimi.

Statusi i perceptuar dhe i raportuar i shëndetit ofron kontekst për kapitujt që do të pasojnë, të cilat ekzaminon se si kosovarët i shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe me cilat pengesa mund të ballafaqohen në qasjen në kujdes shëndetësor.

⁹⁷ Një mbivështrim gjithëpërfshirës për kancerin, regjistrin e kancerit dhe skringun në Kosovë është financuar nga UNFPA në vitin 2015: P. Davies, et al., *Vlerësimi për të Karakterizuar Situatën, Kapacitetet momentale për Parandalimin dhe Kontrollin e Kancerit të Gjirit, Qafës së Mitrës dhe të Prostatës në Kosovë*, Prishtinë: 2015.

⁹⁸ “Statistikat sqaruan: Statistikat e aktiviteteve funksionale dhe të kufizuara,” Eurostat, e çasur më 28 Nën. 2016, në: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics.

Shfrytëzimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

Ky kapitull ofron një pasqyrë për tërë raportin duke diskutuar se si gratë dhe burrat i shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor. Shfrytëzimi definohet ashtu se si qytetarët i përdorin shërbimet brenda sistemit të kujdesit shëndetësor, duke adresuar se cilat shërbime i kërkojnë qytetarët dhe ku i kërkojnë. Shfrytëzimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor poashtu përfshin kontekstin e kulturës së kujdesit në Kosovë duke diskutuar për llojet e ndryshme të institucioneve dhe pse pacientët vendosin të shfrytëzojnë ato që i shfrytëzojnë.

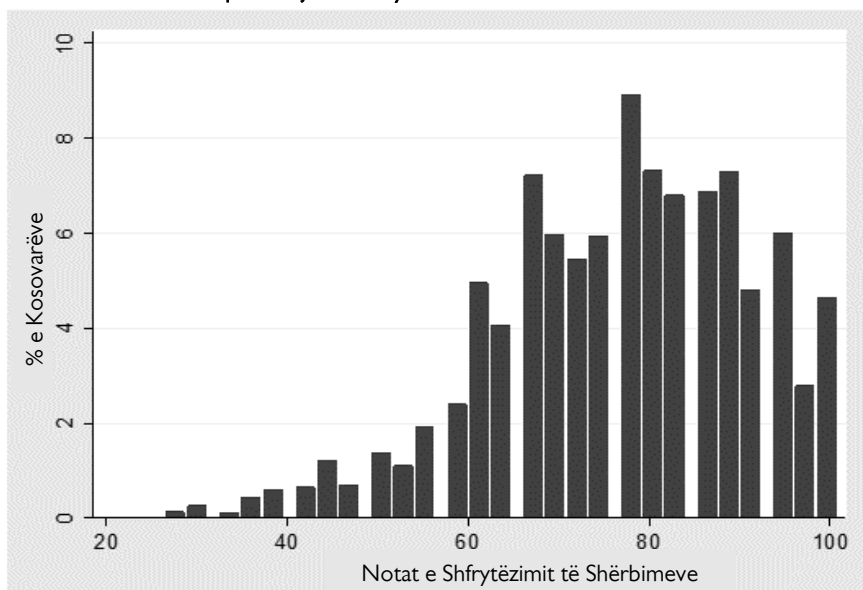
Është krijuar një indeks duke përdorur të gjitha pyetjet në lidhje me shfrytëzimin e shërbimeve, siç janë: “a keni bërë ndonjëherë kontrollim” dhe “a jeni trajtuar ndonjëherë për ndonjë sëmundje të papritur”.⁹⁹ Shumica e pyetjeve kanë përfshirë indeksin e përqëndruar në kujdesin parandalues dhe primar. Specialitetet e vetme kanë qenë gjinekologjia dhe urologjia. Sidoqoftë, edhe këto mund të ofrojnë kujdes parandalues, si nëpërmes skriningut për kancer, rektal, të prostatës, të qafës së mitrës ose të gjirit. Ky indeks është përdorur për të kalkuluar rezultatet për kohortët e ndryshëm, të shtresuar sipas gjinisë, vendbanimit, përkatësisë etnike, arsimimit dhe rajonit. Siç është edhe standard, në raport sa më e lartë nota, aq më e keqe është situata. Në këtë kapitull, notat më të larta paraqesin më pak shfrytëzim ose shërbime të kujdesit shëndetësor. Notat e mundshme dallojnë nga zero, shfrytëzim i plotë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor të adresuara me këto pyetje të indeksit, deri në njëqind, nuk ka shfrytëzim të asnjë shërbimi të kujdesit shëndetësor të adresuar nga këto pyetje të indeksit.

Ky kapitull së pari raporton për indeksin e shfrytëzimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe ndërlidhjen e tij me vendbanim, përkatësi etnike dhe moshë. E dyta, ekzaminon shfrytëzimin e shërbimeve specifike individuale. E treta, diskuton trendet në shfrytëzimin e shërbimeve, duke u përqëndruar tek pacientët përdorimin e kujdesit parandalues primar, dhe institucionet shëndetësore publike ndaj atyre private, gjegjësisht.

Gjetjet e indeksit të shfrytëzimit të shërbimeve

Gjetjet demonstrojnë shfrytëzim të ulët të shërbimeve shëndetësore. Nota kryesore për Indeksin e Shfrytëzimit të Shërbimeve 76.6. Notat luhaten nga 22.2 (më tepër shfrytëzim) deri në 100 (nuk ka shfrytëzim). Siç ilustron Grafi 6 një proporcion i vogël i popullatës ka pasur nota të ulëta (më tepër shfrytëzim). Edhe pse shumica e popullatës është e

Graf 6. Rezultatet e shpërndarjes së shfrytëzimit të Shërbimeve në Kosovë



⁹⁹ Për të gjitha pyetjet e përfshira në indeks shih Shtojcën I.

shpërndarë në mes të notave të larta, që tregon më pak shfrytëzim të kujdesit shëndetësor. Gjinia ndërlidhet dukshëm me shfrytëzimin e shërbimeve. Gratë me notën kryesore prej 74.0, kanë shfrytëzuar pak më tepër shërbimet e kujdesit shëndetësor sesa burrat me (79.7). Këto gjetje janë konfirmuar gjatë intervistave me profesionistët shëndetësor të cilët kanë vërejtur se gratë i shfrytëzojnë shërbimet shëndetësore më shumë se burrat. Punëtorët shëndetësor gjithashtu kanë vërejtur se gratë i sjellin fëmijët e tyre për të kërkuar shërbime të kujdesit shëndetësor më shpesh sesa burrat. Vendbanimi, përkatësia etnike dhe mosha kanë qenë gjithashtu ndërlidhjet e rëndësishme, siç diskutohet në seksionet e mëposhtme. Nuk janë paraqitur trende të dukshme kur është analizuar shfrytëzimi i shërbimeve në bazë të shkallës së arsimimit.

Shfrytëzimi i shërbimeve në bazë të vendbanimit rural ose urban

Kosovarët që jetojnë në zona rurale i shfrytëzojnë më pak shërbimet shëndetësore sesa kosovarët në zona urbane ($p < 0.001$). Popullata rurale e kanë notën kryesore prej 78.6 derisa qytetarët urban notën kryesore e kanë 74.0 në indeks. Ky trend vlen edhe për gra edhe për burra, me burrat urban që përdorin më pak shërbime sesa gratë urbane, dhe burrat rural që përdorin më pak shërbime se gratë rurale ($p = 0.000$ për të gjithë). Burrat rural, me notën 80.9, janë grupi me më pak gjasa të përdorimit të shërbimeve shëndetësore. Praktikuesit e shërbimeve shëndetësore të intervistuar në këtë hulumtim kanë thënë se kanë vërejtur një sjellje të ngjashme.

Shfrytëzimi i shërbimeve sipas përkatësisë etnike

Përkatësia etnike gjithashtu ndërlidhet dukshëm me shfrytëzimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Duke reflektuar popullatën shumica e respondentëve kanë qenë shqiptarë. Prandaj, ekipi i hulumtimit ka zgjedhur të krahasojë statusin e të gjitha grupeve tjera etnike me atë të shqiptarëve. Qasja e njejtë është përdorur në këtë raport.

Shqiptarët e kanë notën kryesore prej 77.2 në Indeksin e Shfrytëzimit të Shërbimeve. Grupi i vetëm që është statistikisht ndryshe janë serbët, të cilët e kanë notën kryesore rreth 10 pika më të ulët në 67.9 ($p = 0.000$). Derisa serbët nuk janë

Tabela 2. Nota Kryesore e Shfrytëzimit të Shërbimeve sipas Shtresimit të Përkatësisë Etnike dhe Gjinisë (Gabimi Standard në Kllapa)

P. Etnike	Gra	Burra	Të dy Gjinitë
Shqiptarë	74.4 (0.739)	80.3 (0.620)	77.2 (0.496)
Serbë	66.0 (1.446)	69.9 (1.444)	67.9 (1.033)
Rom, Ashkali, Egjiptas	73.5 (1.315)	72.9 (2.245)	73.2 (1.225)
Boshnjak	75.7 (2.403)	79.4 (1.874)	77.6 (1.539)
Goran	72.4 (2.763)	62.0 (8.044)	69.2 (3.354)
Turq	67.3 (2.622)	78.3 (3.481)	71.3 (2.308)

statistikisht të ndryshëm nga grupet tjera etnike, ata vazhdimisht kanë notën më të ulët. Prandaj, duket se serbët shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor më tepër se grupet tjera etnike në Kosovë. Shqiptarët dhe boshnjakët kanë notat 77.3 gjegjësisht 77.6.

Brenda grupeve specifike etnike edhe gratë shqiptare edhe ato turke i përdorin më tepër shërbimet e kujdesit shëndetësor se burrat e grupeve të njejtë etnike. Gratë shqiptare kanë notën 74.4 në krahasim me 80.3 për burra ($p = 0.000$). Gratë turke kanë notën 67.3 në krahasim me 78.3 për burra ($p = 0.021$).

Shfrytëzimi i shërbimeve sipas moshës

Në përgjithësi, me rritjen e moshës, rritet edhe prevalenca e sëmundjeve kronike, siç e vërteton edhe ky hulumtim në Kosovë.¹⁰⁰ Prandaj, edhe gratë edhe burrat kanë më shumë gjasa të shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor kur të plaken. Me të vërtetë, Indeksi i Shfrytëzimit të Shërbimeve ka zbuluar dallime të rëndësishme mes grupeve më të vjetra (mosha 55-64 dhe 65+) dhe më të reja (16-24) ($p=0.000$).

Shfrytëzimi i shërbimeve specifike shëndetësore

Ky seksion ekzaminon se në çfarë mase kosovarët duket se përdorin shërbime specifike shëndetësore, duke u bazuar në analizat e sondazhit të pyetjeve individuale.

Ekzaminimet e përgjithshme të shëndetit

Edhe pse Kosova nuk ka ndonjë program të themeluar të skringut, ky hulumtim është përpjekur të ekzaminojë se në çfarë mase individët kërkojnë kujdes shëndetësor parandalues. Ekzaminimet e përgjithshme të shëndetit dhe skringu janë pjesë e kujdesit parandalues. Ato përdoren për të detektuar sëmundjet e zakonshme ose faktorët e rrezikut mjaftë herët për të mundësuar trajtimin, ashtu që të shmanget rrezikshmëria. Për shembull, ekzaminimet e përgjithshme përfshijnë testin e gjakut, matjen e tensionit, ekzaminimi fizik dhe mostrën e urinës që përdoren për detektim të hershëm të sëmundjeve kardiovaskulare dhe faktorëve të saj të rrezikut si hipertensioni dhe diabeti. Natyrisht, dikush më i ri se mosha e cila rekomandohet për skringing duhet të vizitojë insitucionin shëndetësor kur i paraqiten simptomat, dhe potencialisht i bëhen testet e njejta. Kjo atëherë do të quhej diagnostifikim, në vend se ekzaminim i përgjithshëm.

Sondazhi i ka pyetur respondentët se a kanë pasur ndonjëherë ekzaminim të përgjithshëm shëndetësor ("kontrollim"). Më tepër se gjysma e respondentëve kurrë nuk kanë pasur (53.9%). Një përqindje e vogël më e lartë e burrave (48.7%) sesa e grave (43.8%) kanë pasur një ekzaminim të tillë. Kosovarët urban (49.0%) kanë pasur më tepër gjasa që të bëjnë një ekzaminim të përgjithshëm sesa kosovarët rural (44.3%). Me rritjen e moshës, njerëzit më tepër raportojnë se kanë pasur një ekzaminim; 66.2% e personave prej 65 e më lartë kanë pasur ekzaminim të përgjithshëm. Grupet e ndryshme etnike sillen shumë ndryshe kur bëhet fjalë për ekzaminim të përgjithshëm. Serbët janë me gjasa më të larta të kenë kërkuar një ekzaminim të tillë, me 79.0% që raportojnë që kanë pasur një ekzaminim. Goranët janë me më pak gjasa të kenë pasur një ekzaminim 32.1%.

Prej atyre që kanë raportuar që kanë pasur një ekzaminim të përgjithshëm shëndetësor dhe të cilëve iu kujtohet kur e kanë bërë një të tillë, shumica e ka bërë kohëve të fundit. Mbi 90% kanë pasur ekzaminim para pesë viteve (90.8%). Shumica ka raportuar 35.1%, të kenë pasur një ekzaminim të tillë në gjashtë muajt e kaluar, derisa 29.0% kanë pasur ekzaminim brenda vitit të kaluar, dhe 26.8% kanë raportuar për ekzaminim para dy dhe pesë viteve.

Kur janë pyetur se a janë ekzaminimet e përgjithshme hudoje e të hollave, vetëm 4.3% të respondentëve janë pajtuar fuqishëm me këtë deklaram. Posaqërisht kur një ekzaminim i tillë në institucionet shëndetësore publike kushton një euro.

¹⁰⁰ Për kontekstin global, shih Qendrën për Studime të Fuqisë Punëtore Shëndetësore, *Përmbledhjen e Gjetjeve Kyçe: Ndikimi i Plakjes së Popullatës në Fuqinë Punëtore Shëndetësore në Shtetet e Bashkuara.*, Albani: 2006. Për Kosovë, shih kapitullin paraprak për Statusin e Vetë-Vlerësuar Shëndetësor.

Skriningu i kancerit

Programet e skriningut mund të parandalojnë vdekshmërinë duke detektuar lezionet (para) kanceroze mjaftë herët për trajtim.¹⁰¹ Sondazhi i zhvilluar për këtë hulumtim përmbante disa pyetje në lidhje me skriningun e kancerit të zorrës së trashë, gjirit dhe të qafës së mitrës. Për dy të fundit janë pyetur vetëm gratë.

Përafërsisht 97.4% e respondentëve kurrë nuk ka bërë skrining për kancer të zorrës së trashë, dhe 95.3% kurrë nuk kanë bërë kolonoscopi. Pasi që OBSH nuk ofron rekomandime të detajizuara në lidhje me skriningjet në stadin fillestar, secili vend merr vendimet e veta. Për shembull, Qendra për Kontroll dhe Parandalim të Sëmundjeve në SH.B. (QKS) rekomandon fillimin e skriningut në moshën 50 vjeqare.¹⁰² Dhe Komiteti Kombëtar i Bashkuar Gjerman për Shëndetësi rekomandon fillimin në moshën 50 vjeqare me teste për gjakun okult në fekalje dhe në moshën 55 vjeqare me kolonoskopi.¹⁰³ Efikasiteti është i lartë: deri në 50% reduktim të mortalitetit kur adenomat (prekursorët e kancerit) detektohen dhe largohen.

Në mesin e grave respondente, 91.1% siç është raportuar se nuk kanë bërë skrining të kancerit të gjirit në pesë vitet e fundit. OBSH rekomandon që gratë e moshave 50-69 duhet të bëjnë ekzaminimin e gjirit çdo tre deri në pesë vjet, dhe në mesin e grave në këtë grupmoshë, vetëm 14% kanë bërë një kontrollim në pesë vitet e fundit. Gratë gjithashtu janë pyetur nëse ndonjëherë kanë degjuar për mamogram. Nëse janë përgjigjur pozitivisht, janë pyetur se a kanë bërë ndonjëherë mamografi. Rreth 44.2% e grave nuk ka dëgjuar asnjëherë për mamogram. Prej 55.8% që kanë bërë mamografi, vetëm 18.1% kanë bërë mamografi në tre vitet e fundit. Një trup i dëshmisë syjeron që skriningu mund të parandalojë dhe detektojë kancerin e gjirit, duke kontribuar në reduktimin e mortalitetit, veçanërisht në rrethin me të ardhura të larta dhe sistem të fortë shëndetësor.¹⁰⁴ Të tjerët nga bota shëndetësore debatojnë efektivitetin e mamografisë dhe dëmin që mund ta shkaktojnë nëpërmes mbi-diagnozimit dhe radiacionit.¹⁰⁵ Gjithashtu, programet e skriningut me mamogram mund të mos jenë efektiv sa i përket shpenzimeve në rreth të caktuar.¹⁰⁶ Kalkulimet e OBSH për skriningun e kancerit të gjirit kanë zbuluar që nuk është efektiv sa i përket shpenzimeve në vendet me të ardhura mesatarisht të ulëta siç është edhe Kosova.¹⁰⁷ OBSH rekomanon disa hapa para implementimit të një programi të tillë të skriningut.

Në mesin e grave, 92.4% kanë raportuar se asnjëherë nuk kanë bërë kontrollim për kancer të qafës së mitrës. Rreth 60% e grave kanë dëgjuar për PAP Testin. Nga ato, 37.5% kanë

¹⁰¹ Një mbivështrim gjithëpërfshirës për kancerin, regjistrin e kancerit dhe skriningun në Kosovë është themeluar nga UNFPA në vitin 2015 (P. Davies, et al., *Vlerësimi për të Karakterizuar Situatën Momentale dhe Kapacitetet për Parandalimin dhe Kontrollin e Kancerit të Gjirit, Qafës së Mitrës dhe Prostatës në Kosovë*, Prishtinë: 2015).

¹⁰² QKPS, *Kanceri Kolorektal*, 2016, në:

http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/index.htm.

¹⁰³ *Leitlinienprogramm Onkologie* (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.0, AWMF Registernummer: 021 –0070L, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>.

¹⁰⁴ Euroscreen, *Përmbledhja e dëshmimeve të shërbimeve për rezultatet e skriningut të kancerit të gjirit në Europë dhe parashikimi i parë i listës së fletë balancit të përfitimeve dhe dëmeve*, 2012. Sidoqoftë, studimet që janë futur në këtë raport kanë qenë më të vjetra se 20 vjet dhe ka pasiguri në lidhje me shkallën se çfarë dëmi është shkaktuar. Disa shtete si Zvicra e kanë ndaluar skriningun për shkak të shpenzimeve jofavorizuese dhe kushtueshmërisë jo efektive dhe shkallës më të lartë të mbijetueshmërisë nëpërmes trajtimit më të mirë.

¹⁰⁵ B. Lauby Secretan, et al., *BSkriningu i Kancerit të Gjirit — Këndvështrimi i IARC Grupit Punues*, 2015; Gøtzsche and Jørgensen, *Skriningu për Kancer të Gjirit me mamografi*, Kopenhagë: 2013; OBSH, *OBSH Letra pozicionuese në Skriningun me Mamografi*, Gjeneva: 2014.

¹⁰⁶ Bordi Mjekësor Zvicran, *Systematisches Mammographie-Screening*, 2013.

¹⁰⁷ OBSH, *OBSH Letra pozicionuese në Skriningun me Mamografi*.

bërë këtë skring në tre vitet e fundit. Më tutje, 22.8% e grave kanë bërë PAP test, dhe kështu janë kontrolluar për kancer të qafës së mitrës. Diskrepanca në mes të përqindjes së grave të cilat kanë raportuar të jenë kontrolluar për kancer të qafës së mitrës (9.6%) dhe përqindja që kanë raportuar për PAP test (22.8%) tregon mungesën e mos informimit në lidhje me qëllimin e PAP testit.

Shkalla e ulët e skringut nuk janë shkak i vetëm i mungesës së dijes në mesin e pacientëve. Kosova ka mundësi të kufizuara për këto shërbime. Siç raportohet gjashtë makina mamografike kanë ekzistuar në Kosovë në vitin 2015,¹⁰⁸ si dhe automjeti i cili ka ofruar shërbim falas në zona të ndryshme.

Skringu për kancer të qafës së mitrës ballafaqohet me qështje tjetër të disponueshmrisë. Momentalisht, edhe pse në QKMF ka gjinekologë të cilët mund të kryejnë PAP Testin, nuk kanë patologë të cilët do t'i lexonin rezultatet. I vetmi institucion publik që ka kapacitet për analizën e PAP testit është Instituti Patologjik i Kosovës në Prishtinë. Mostrat e PAP testit duhet të transportohen në QKUK për analizë dhe rezultatet të kthehen prapa në qendrat rajonale, duke krijuar një process të ngadalshëm dhe joefikas.

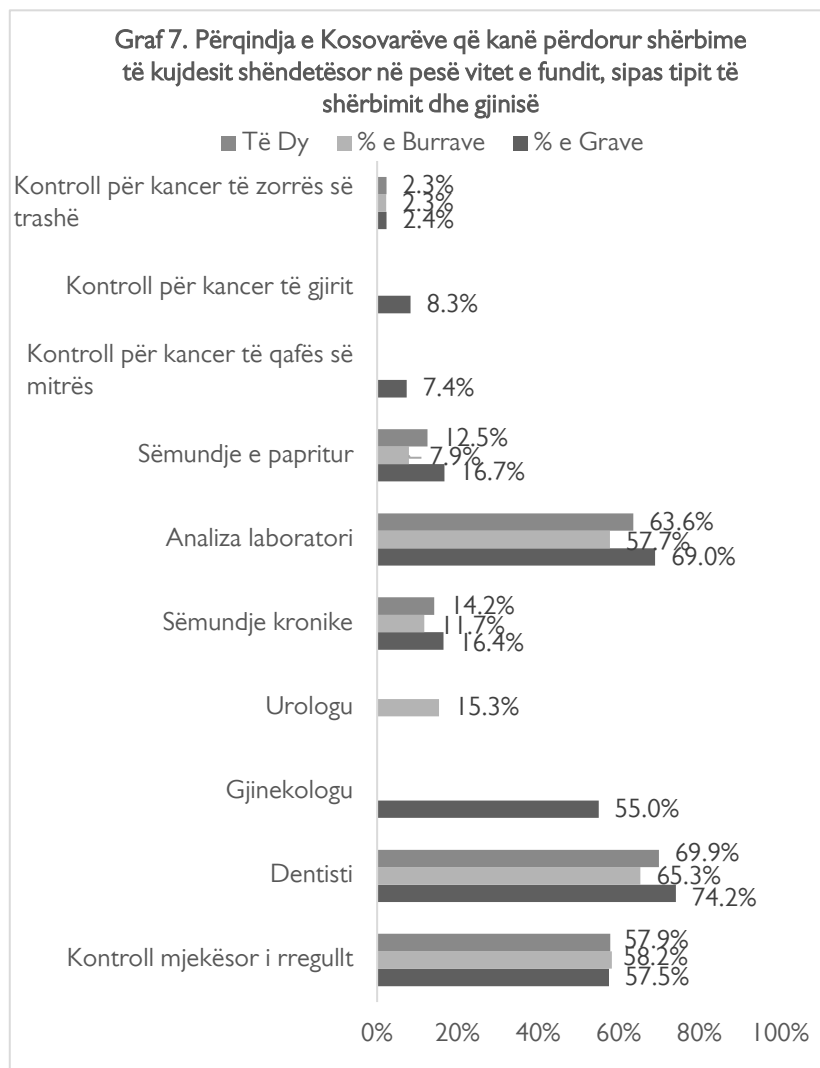
Shërbimet tjera të kujdesit shëndetësor

Grafikoni 7 përmbledh llojet e ndryshme të shërbimeve të kujdesit shëndetësor që respondentët kanë raportuar t'i kenë përdorur së paku një here në pesë vite. Me përjashtim të asaj që tanimë e diskutuam për ekzaminimet e rregullta shëndetësore dhe skringjet e ndryshme të kancerit, më tepër se 55% të grave kanë vizituar gjinekologun në pesë vitet e fundit (shih Grafikonin 7). Në mesin e burrave, 15.3% e kanë vizituar urologun gjatë kësaj periudhe kohore.

Gati 64% e kosovarëve raportojnë të kenë bërë analizat laboratorike në pesë vitet e fundit, duke përfshirë 69% të grave dhe 58% të burrave.

Në lidhje me shfrytëzimin e kujdesit primar në rastet akute,

vetëm 12.5% e kosovarëve kanë raportuar të kenë marrë trajtim për sëmundje të papritur. Më



¹⁰⁸ P. Davies, et al., 2015.

tepër gra kanë raportuar për marrjen e shërbimeve të tilla (16.7%) se burrat (7.9%) ($P=0.0002$). Duke marrë parasysh se 18% e Kosovareve raportojnë të kenë sëmundje kronike, është interesant se vetëm 16.4% e grave dhe 11.7% e burrave raportojnë të kenë marrë trajtim për sëmundje kronike në pesë vitet e fundit. 4.5% nga këto gra dhe 0.6% burra raportojnë se kanë marrë shërbime të tilla më tepër se një here në vit. Kjo tregon se Kosovaret të cilët vuajnë nga sëmundjet kronike mund të mos marrin trajtimin që iu nevojitet.

Në lidhje me vizitën tek dentist, 69.9% e respondentëve kanë vizituar dentistin në pesë vitet e fundit (74.2% e grave dhe 65.3% e burrave). Personat në zona rurale kanë shfrytëzuar shërbimet e tilla më pak; 32% të personave që jetojnë në zona rurale nuk e kanë vizituar dentistin në krahasim me 25% të personave në zonat urbane ($P=0.003$). Shqiptarët ($P=0.001$) dhe personat me arsimim të lartë ($P<0.0001$) janë me më shumë gjasa të kenë vizituar dentistin. Në 12 muajt e kaluar, 18% kanë thënë se ka pasur periudha kur me të vërtetë iu është nevojitur ekzaminimi dental mirëpo nuk e kanë marrë atë.¹⁰⁹ Arsytet më të shpeshta të përmendura kanë qenë mungesa e të hollave (36%), e kanë lënë të shërohet vetvetiu (16%), frika (15%) dhe që nuk kanë mundur të marrin pushim me apo pa pagesë (9%). Në BE-28, 7.6% nuk e kanë vizituar dentistin përkundër nevojës, kryesisht për shkak të çmimit, udhëtimit dhe listës së pritjes.¹¹⁰

Abortimi

Pasi që nuk ka shifra të sakta në dispozicion, të dhënat për abortin në Kosovë mbështeten kryesisht në sondazhe dhe për atë janë potencialisht të pasakta. Në këtë studim, përafërsisht, 11% e grave kanë thënë se kanë pasur një abortim gjatë jetës, përfshirë edhe 8% të vajzave dhe grave të moshave 16-49. Në vitin 2009, SDSShRK ka raportuar ngjashëm se 9% e vajzave dhe grave kosovare të moshave 15-49 kanë pasur një abortim dhe në vitin 2013 SGTSh ka raportuar për 7.5%. Është vështirë të bëhet krahasim ndërkombëtar me këto shifra pasi që ato më së shpeshti raportohen në mënyrë të përvjetshme. Për shembull, shkalla globale vjetore për shtetet në zhvillim është 3.7% për vajzat dhe gratë e moshave 15-44 vjeçare.¹¹¹

Nga gratë të cilat kanë pasur abortim, 49% kanë pasur më tepër se një, disa gra kanë pasur deri në gjashtë abortime. Gjashtë përqind e të gjitha grave të intervistuar kanë pasur abortim për shkaqe të tjera nga ato shëndetësore të nënës apo të foshnjës, duke përbërë 60% të të gjitha abortimeve.¹¹² Në përjashtim të qeshtjeve shëndetësore, arsyeja tjetër për të cilën gratë kanë thënë që kanë pasur abortim janë: fëmijë të padëshiruar, shpenzimet të cilat ndërlihen duke pasur parasysh që janë shumë të reja. Një grua ka thënë që fryti ka qenë vajzë, dhe se ata kishin dashur djalë. Ky hulumtim ka ofruar më tej dëshmi se në Kosovë vazhdon abortimi për përzgjedhje gjinore. Me të vërtetë kosovarët në mesatare ende vazhdojnë të kërkojnë më tepër djem (1.8) sesa vajza (1.5); burrat janë dukshëm të prirur për të kërkuar djem sesa gratë. Në mesatare, gratë kanë dashur 1.6 djem dhe burrat kanë dashur 2.0 djem ($p<0.0001$).

Shumica e grave (44%) e kanë bërë abortimin në klinika publike, edhe pse 21% kanë raportuar të kenë pasur abortim në klinika private. Çuditërisht 27% thanë se kanë “vetënxitur abortin në mënyrë fizike”, gjë që mund t’i atribuohet moskuptimit të pyetjes nga ana e

¹⁰⁹ Gjinia, mosha dhe vendbanimi rural/urban duket se nuk kanë ndonjë ndërlidhje me qasjen në shërbimin dentar.

¹¹⁰ “Statistikat e paplotësuara të nevojave të shërbimit shëndetësor”, Eurostat, e çasur më 29 Nën. 2016, në: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.

¹¹¹ Sedgh et al., *Incidenca e abortimit në mes të viteve 1990 dhe 2014: Nivelet dhe trendet globale, rajonale dhe nën-rajonale*, 2016.

¹¹² Këto shifra nuk përfshijnë dështimet.

respondentit; ndoshta kanë besuar se bëhet fjalë për dështim.¹¹³ Vetëm katër përqind e respondentëve thanë se kanë pasur abort duke marrë tableta. Misoprostol dhe Mifepristone janë substanca që përdoren për abortim dhe që të dyjat janë në dispozicion në Kosovë, edhe pse legaliteti i secilës nuk mund të qartësohet nga ana e hulumtuesve.¹¹⁴ Mjekët dhe farmacistët kanë konfirmuar se që të dyja përdorën gjërisht.

Në përgjithësi, këto gjetje zbulojnë një nevojë të papërbushur për shërbimet e çashme të planifikimit familjar, metoda kontraceptive të besueshme (të diskutuara më vonë në kapitullin, njohuria për të drejtën në kujdes shëndetësor në shtojcën 6).

Shërbimet shëndetësore mendore

Derisa hulumtimet sasiore në këtë sondazh nuk kanë ekzaminuar shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore mendore në mënyrë të dretëpërdrejtë, hulumtimi cilësor e ka bërë. Ky seksion shpalos gjetjet nga studimet e mëhershme për ta kontekstualizuar këtë hulumtim.

Si një shoqëri post konfliktuoze, Kosova ballafaqohet me peshën e rëndë të sëmundjeve mendore. Një studim me 1,161 pjesëmarrës në vitin 2005 tregoi nivel të lartë të Çrregullimit Stresi Post Traumatik (ÇSPT), depresionit dhe ndërlihdjes me ideimin vetëvrasës (41.7% i respondentëve ka plotësuar kriterin e moderuar në simptomatologji të rëndë depressive, 41.6% kishin ankth në nivel të rëndë klinik 43.1% thane të jenë nën çrregullim serioz emocional).¹¹⁵ Një studim i vitit 2012 tregoi se njerëzit me ÇSPT mëtojnë të përdorin shërbime shëndetësore më tepër, duke përfshirë edhe trajtimin e sëmundjeve fizike¹¹⁶. Kjo tregon nevojën e qëndrueshme për shërbime të shëndetit mendor, mirëpo edhe barrën shtesë për sistemin shëndetësor kur nuk preken qështjet e traumave të pasluftës.

Përafërsisht 18% e kosovarëve (20% të grave dhe 16% të burrave) e kanë parë të arsyeshme të bisedojnë për gjendjen e tyre mendore ose psikologjike me mjekun e tyre, një problematikë,¹¹⁷ që tregon se disa kosovarë mund të mos jenë të vullnetit që të shfrytëzojnë shërbime shëndetësore mendore. Një temë që po ripërsëritet në mesin e punëtorëve shëndetësor, veçanërisht psikiatërve, ka qenë që ndjenja e turpit nga shoqëria i parandalon edhe gratë edhe burrat për të shfrytëzuar shërbimet e shëndetit mendor. Në vend të asaj mund të përdorin shërbime shëndetësore për të trajtuar sëmundjet e rëndomta me gjasë që janë rezultat i sëmundjes mendore, si ÇSPT, e jo ato mendore. Duke u bazuar në eksperiencën e tij dhe të pacientëve, një psikiatër e ka vërejtur që gratë i shfrytëzojnë më pak shërbimet shëndetësore mendore sesa burrat.

Kjo sëmundje nuk zgjedhë njëri në bazë të gjinisë. Ndoshta gratë janë më të prirura për depression, mirëpo në përgjithësi kam më pak paciente. Është për shkak të familjeve.

¹¹³ Shifrat e abortimit janë kontrolluar me kujdes nga ana e hulumtuesve për t'i larguar dështimet. Sidoqoftë, kjo ka qenë e vështirë me këto pyetje dhe përgjigje. Pasi që kjo pjesë është vetëplotësuar nga respondentët, regjistruerit nuk kanë mundur të përkujdesen që respondentët ta kuptojnë pyetjen si duhet. Gjuha që e sqaron një term të tillë ndoshta duhet të qartësohet në hulumtimet e ardhshme.

¹¹⁴ M. Pacarada, et al., *Abortimet si rezultat i përdorimit të Misoprostolit në Kosovë*, 2011; Agjensioni për Produkte Medicinale e Kosovës, *Verzioni i 3-të i Regjistrimit të Barnave* 2014, në: <https://akppm.com/en/category/publikimet/regjistri-i-barnave/>; MoH, *Listes Esenciale per Vitin 2013*, 2013. at: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Lista-Esenciale-sipas-VEN-dhe-ABC-Indikatoreve.pdf>.

¹¹⁵ T. Wenzel, et al., *Ideimi vetëvrasës, Stresi Post Traumatik dhe Statistikat e Vetëvrasjeve në Kosovë*, 2009.

¹¹⁶ A. Eytan and M. Gex-Fabry, *Përdorimi i shërbimeve shëndetësore 8 vite pas luftës në Kosovë: Roli i çrregullimit të stresit post traumatik dhe depresionit*, Gjenevë: 2012.

¹¹⁷ Ka pasur një ndërlihdje të dobët statistike në mes të gjinisë dhe marrjes parasysh të bisedohet për qështje shëndetësore mendore me mjekun (P=0.05). Nuk ka pasur ndërlihdje të rëndësishme me moshën ose ruralen ndaj urbanes.

Ne jemi ballafaquar me rastet kur kanë qenë të sëmurë për një periudhë prej 10 vitesh mirëpo e kanë fshehur atë. Veçanërisht [g]ratë e [fshehin] për shkak të ndjenjës së turpfit. Edhe këtu, një e treta e pacientëve të mi çdo ditë janë gra derisa pjesa tjetër janë burra.

Një trend tjetër që po ripërsëritet në mesin e psikiatërve ka qenë një vëzhgim që pacientët preferojnë të kërkojnë shërbime shëndetësore mendore nëpër klinika private. Një psikiatër që punonte edhe në Qendrën e Shëndetit Mendor publik edhe në klinikën e vet private ka komentuar, 'Klientët vijnë në klinikën private sepse nuk duan që njerëzit ta dinë se kanë probleme psikologjike'. Në një mënyrë, psikiatri me dashje apo pa dashje është duke përfutur nga ky 'turp' nëpërmes klinikës së tij private dhe mund të ketë mungesë të interesit për ta adresuar. Një psikolog që punon në qendrën publike është pajtuar, 'Ne kryesisht kemi vizita nga burra të papunë të cilët marrin ndihmë sociale. Burrat të cilët janë të punësuar shkojnë në klinika private sepse nuk duan që dikush t'i shoh ata duke e vizituar psikologun.' Ashtu siç ka bërë ky hulumtim duke mos ekzaminuar në mënyrë specifike se a kërkojnë njerëzit kujdes shëndetësor publik apo privat për qështje specifike, siç është shërbimi shëndetësor mendor, kjo mund të jetë një fushë për hulumtime të mëtejshme.

Sëmundjet e patrajuara mendore mund të jenë faktor kontribues për sëmundjet tjera. Ndjenja e turpfit shoqëror ndaj kërimit të trajtimit mund të shpiej në vetë-trajtimin e pacientëve, potencialisht duke përfshirë keqpërdorimin e barnave, që diskutohet në seksionin e ardhshëm.

Përdorimi i medikamenteve

Pas shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore, terapia e propozuar mund të përfshin edhe medikamente. Prandaj, medikamentet mund të konsiderohen si pjesë e shërbimeve shëndetësore. Aq më tepër kur, vizitohen apo nuk vizitohen paraprakisht, medikamentet mund të blehen në barnatore, të cilat janë pjesë e sistemit shëndetësor. Studimi ka bërë pyetje në lidhje me blerjen e medikamenteve edhe me recetë edhe pa recetë. Shumica e qytetarëve kanë blerë medikamentet me recetë (79.7%) dhe pa recetë (63.6%) në pesë vitet e fundit. Blerja pa recetë nuk është raportuar në mënyrë të barabartë sa i përket gjinisë, vendbanimit dhe përkatësisë etnike. Burrat (65.5%) janë më të prirur që të blejnë apo të pranojnë se kanë blerë barna pa recetë së paku një herë, pastaj gratë janë me (61.8%) ($P=0.0001$). Sa i përket përdorimit të regullt, 16.6% e grave thonë që përdorin medikamente pa recetë shumë herë në vit, krahasuar me 11.9% të burrave. Banorët urban janë më të prirur me (72.3%) sesa ata rural (63.2%) për të blerë barna pa recetë.

Grupet tjera etnike dallojnë në masë të madhe në shkallën me të cilën blejnë barna pa recetë. Shqiptarët janë më pak të prirur për të vepruar ashtu, me 65.2% të shqiptarëve që ndonjëherë kanë blerë barna pa recetë. Romët, ashkalitë, egjptasit me (89.6%), turqit me (88.2%) dhe serbët me (87.1%) respondentët janë me gjasë të prirur të kenë blerë barna pa recetë.

Nivelet më të larta të arsimit korrespondojnë me gjasa më të mëdha të blerjes së barnave pa recetë. Qytetarët të cilët kanë 0-7 vite të arsimit raportojnë shkallën prej 54.8% të blerjes së barnave pa recetë. Ky numër rritet deri në 61.7% për ata të cilët kanë 8-11 vite të arsimit, 70.1% për ata me 12-14 vite të arsimit dhe e arrinë majën me 74.0% në mesin e njerëzve me 15+ vite arsimit.

'[E kam pasur një] vizitë nga një grua e cila u ankua nga kokëdhembjet, mirëpo gjatë bisedës mësova se ajo ishte e mbijetuar e dhunës seksuale gjatë luftës.'

- Psikiatër

Kufizim i studimit ka qenë fakti që nuk është pyetur se cilat barna janë blerë pa recetë. Njerëzit kanë mundur të blejnë vitamina, qetësues të dozës së ulët apo diçka kundër flames, të cilat nuk kanë nevojë për recetë. Ashtu që është vështirë të dihet se cilat barna njerëzit janë duke i blerë pa recetë dhe çka i motivon ata për këtë sjellje. Kur janë pyetur për llojet e barnave, të cilat pacientët duket se i keqpërdorin pa recetë, farmacistët kanë thënë se janë Citotec (Misoprostol, tabletë për abortim), kontraceptivë, antibiotikë, antidepresantë, qetësues dhe Trodon (Tramadol, një opiat i fuqisë së ulët deri në të mesme). Asnjëra nga këto nuk duhet të shitet pa recetë.¹¹⁸ Misoprostoli nuk duhet të shitet fare sepse nuk është i licencuar në Kosovë. Sidoqoftë, mjekët dhe farmacistët e kanë konfirmuar se është në përdorim të gjërë, pasi që ka qenë në Listën Esenciale të Barnave të vitit 2013.¹¹⁹ Më tutje, një studim i QKUK-së për rezultatet e abortimeve me Misoprostol tregojnë më pak komplikime të rënda sesa me metoda kirurgjike që janë dëshmuar në Kosovë që nga viti 2006.¹²⁰

Siç e ka cekur një farmacist, sedative kërkohen më së shumti nga “njerëzit e moshuar” mirëpo gjithashtu nga gratë të cilat kanë ose nuk kanë fëmijë të cilat, dëshirojnë të relaksohen’. Me të vërtetë, përafërsisht 27% e kosovarëve të studiuar pajtohen fuqishëm që “ marrja e qetësuesve është mënyra më normale e të qetësuarit’ kur dikush është shumë i shqetësuar; 24% janë të pasigurtë. Kjo tregon pranueshmërinë kulturore të përdorimit të medikamenteve për t’i adresuar çrregullimet psikologjike. Gratë paraqiten të jenë më të prirura për të pranuar përdorimin e qetësuesve sesa burrat (P=0.0004).¹²¹

Prandaj, arsyeja potenciale se pse njerëzit blejnë barna pa recetë mund të jetë se nuk dëshirojnë që dikush të dijë për qështjet me të cilat ballafaqohen ose pse iu nevojiten medikamentet. Ky sqarim do të ishte në vijë me diskutimin e mëparshëm për turpin ndaj kërkimit të shërbimeve shëndetësore mendore; njerëzit më parë do të mundohen ta trajtojnë veten sesa të lejojnë që dikush të mësojë për qështjet e tyre të shëndetit mendor. Një sqarim tjetër i ngjashëm dhe i mundshëm është që njerëzit mund të kërkojnë vetë-trajtim pasi që nuk mund t’i qasen mjekut apo nuk mund t’ia mundësojnë vetes konsultimin me mjekun në aspektin financiar.

Shitja e barnave pa recetë ose licencë duket e përhapur. Barnatoret shpesh e pranojnë haptas një sjellje të tillë. P.sh. në Prizren, hulumtuesit e kanë vëzhguar një rast në të cilin pacienti e ka zgjedhur se cilin antibiotik e dëshiron pa u vizituar te mjeku. Disa respondentë thanë që punëdhënësit e tyre i “shtyejnë” që të shesin barna pa recetë, edhe pse ata nuk pajtohen me këtë praktikë. Siç e tha një farmacist:

‘Dëshiroj të tregoj se pse marr qetësues. Kam një periudhë të vështirë tani. Brenda tre muajve e kam humbur burrin dhe djalin’

- Respondente e studimit

‘Barnatoret shpesh nuk shesin çfarë përshkruajmë ne, duke thënë se nuk e kanë atë produkt dhe në vend të asaj shesin diçka tjetër. Është një biznes’.

- Gjinekolog, Prizren

Ka mungesë të profesionalizmit nga të gjitha anët: pacientët dhe mjekët. Unë nuk dëshiroj t’ia jap pacientit medikamentin pa recetë, mirëpo vijnë pacientë të cilët kërkojnë ashtu. Pastaj unë iu them se nuk mund t’iu japim barna pa recetë atëherë ata thonë se do të shkojnë të blejnë diku tjetër dhe shefi thotë, ‘Shitja.’

Kjo tregon se përfitimi ngadhënjën mbi profesionalizmin në ndonjë barnatore.

¹¹⁸ Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr. 01/2010.

¹¹⁹ Ligji Nr. 04/L-125 mbi Shëndetësin, 2013, Neni 41.

¹²⁰ Po aty, Neni 26.

¹²¹ Një dallim shumë i vogël ka ekzistuar kur janë krahasuar opinionet e personave që jetojnë në vende rurale dhe atyre urbane (p=0.04).

Më tutje, gati të gjithë punëtorët e intervistuar të barnatoreve kanë vërejtur ndërhyrje në mes të mjekëve dhe kompanive farmaceutike, e cila është e ndaluar me ligj në Kosovë.¹²² Për shembull, në një barnatore, gati secili pacient që blente barna e kishte përshkrimin e saktë që farmacisti ia thoshte.

'Ja si është problem me doktorë: ata duhet ta shkruajnë substance në recetë e jo kompanin. Ka raste kur kompanitë bëjnë marrëveshje me doktorët deri në pikën që i dërgojnë edhe në pushime'.

- Farmacist, Vushtrri

RrGGK gjithashtu ka vëzhguar se vetëm teknikët farmaceutik duket se punojnë në disa barnatore. Pa prezencën e farmacistit, shpërndarja e barnave është ilegale.¹²³ Haptazi, farmacistët punojnë me orar të kufizuar por lejojnë që diplomat e tyre të përdoren nga drejtorët e barnatoreve në mënyrë që të kompletohet dokumentacioni për licencim.

Në përgjithësi, në ekzaminimin e shfrytëzimit të medikamenteve dhe përdorimit të shërbimeve farmaceutike, RrGGK ka vëzhguar një trend brengosës me ç'rast teknikët thjeshtë shesin produkte. Vendosja e përfitimit para pacientit mund të zhvleftësojë cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar, duke ndikuar negativisht në shëndetin publik më gjërësisht. Kur kombinohet me njerëz të cilët kërkojnë barna pa recetë, kjo mund të nënkuptojë se nuk ka asnjë lloj kontrole për llojet e barnave që merren, duke rrezikuar efekte të rënda anësore, deri edhe në vdekje nga një shok alergjik. Gjithashtu, barnat e fuqishëm si qetësuesit e lartpërmendur dhe ato kundër dhimbjeve, mund të shpiejnë në vartësi, e cila ka një ndikim negativ social dhe shëndetësor. Antibiotikët e marrë pa nevojë dhe në sasi dhe kohëzgjatje të pasakta mund të shkaktojnë rezistencë mikrobike ndaj antibiotikëve ekzistues dhe shtrirje më të gjata në spital, trajtim më të gjatë të sëmundjes shpenzime më të mëdha dhe eventualisht, edhe vdekje.¹²⁴ OBSH ka bërë thirrje për secilin vend që të ndërmerr masa.¹²⁵

Diskutimi për shfrytëzimin e shërbimeve

Kur diskutohet shfrytëzimi i shërbimeve në përgjithësi, një trend i cili ka rezultuar në analizën e të dhënave të studimit është zbrazëtia në mes të respondentëve që kanë deklaruar besimet e tyre dhe veprimet apo praktikat e tyre pasuese. Për shembull, 85.7% e respondentëve kanë deklaruar se po qe se do të ishin të sëmurë do të shkonin te mjeku, edhe pse gratë me (84%) kanë qenë më pak të prirura të shkojnë sesa burrat me (87%) ($P < 0.001$). përsëri, nga 5.9% e respondentëve, ka pasur së paku një instancë në vitin e kaluar kur kanë pasur nevojë për konsultim me mjekun por nuk kanë shkuar (krahasuar me 6.7% në BE-28).¹²⁶ Derisa atje nuk ka dallim në gjini, duket se ka ndikuar tek të moshuarit (52% për moshat 55-64-vjeqare) më tepër se tek të rinjtë (20% për moshat 16-30 vjeqare) ($P = 0.0318$). Arsyetimet më të shpeshta për mos konsultim me mjekun kanë qenë 'kam pritur se mos problemi po rregullohet vetvetiu' (34%) ose nuk kanë mundur t'ia ofrojnë vetes për shkaqe financiare (27%). Arsytet tjera për mos shfrytëzim të shërbimeve të kujdesit shëndetësor ka përfshirë se nuk kanë mundur të marrin ditë të lirë nga puna ose janë kujdesur për dike tjetër (11%); dhe frika nga mjekët, spitali, ekzaminimet ose trajtimet (5%), në mesin e arsyeve tjera.

Një arsyetim potencial për disa respondentë që nuk i shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor mund të jetë se nuk janë në dijeni se shërbimi është në dispozicion afër vendbanimit

¹²² Ligji Nr. 04/L-125 mbi Shëndetësinë, 2013, Neni 41.

¹²³ Po aty, Neni 26.

¹²⁴ OBSH, *Rezistenca Antimikrobike – Fleta me fakte*, 2016, në: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>.

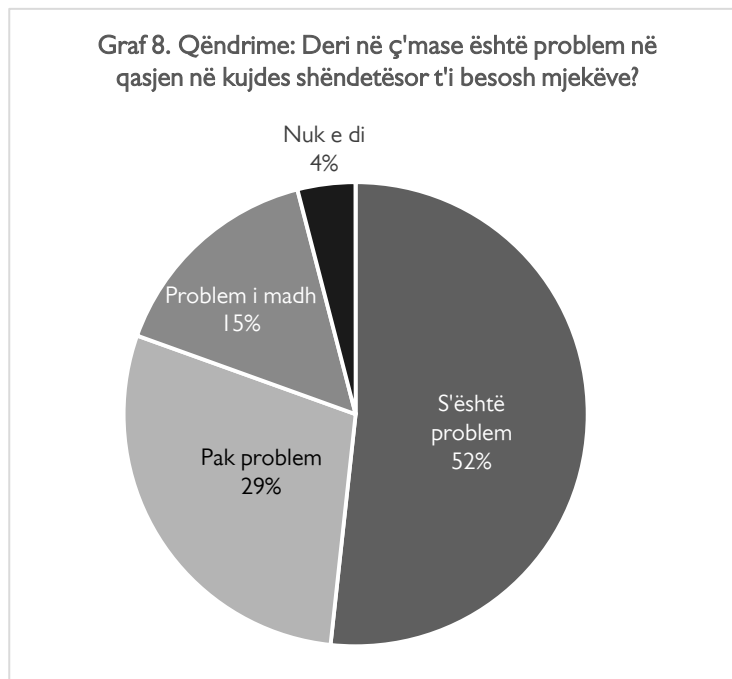
¹²⁵ Po aty.

¹²⁶ "Statistika e nevojave të papërbushura në kujdesin shëndetësor", Eurostat, e qasur më 29 nëntor 2016, në: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.

të tyre dhe është i përballueshëm financiarisht. 'Njerëzit e duan specialistin', ka qenë një temë që përsëritej në mesin e profesionistëve shëndetësor. Një respondent ka vërejtur:

Janë më të orientuar kah kujdesi i specialistit, [...] kah specialisti: obstetrik për gratë dhe pediatri për kujdesin e fëmijës. Për shembull, nëse një grua është shtatzanë apo ka ndonjë problem me shëndetin riproduktiv, ajo do të thoshte, 'Nuk kam qasje sepse më duhet të shkoj te gjinekologu. Unë kam nevojë për mendimin e specialistit'.

Profesionistët tjerë shëndetësor në mënyrë të ngjashme kanë theksuar se njerëzit janë të prirur të kërkojnë kujdesin e specialistit, së pari për gjinekolog dhe shërbime maternale, si dhe për pediatër. Një shërbim i tillë mund të kushtojë me shtrenjtë sesa shërbimet që ofrohen në QKMF që gjindet afër. Kjo tendencë për të kërkuar shërbime të specialistit nga ofruesit e shërbimeve sekondare mund të rrjedhë nga pjesa e eksperiencës me sistemin e mëparshëm shëndetësor, si dhe mungesa e njohurisë se këto shërbime janë në dispozicion nga ofruesit e kujdesit primar. Përkujdesja që gratë dhe burrat të jenë të vetëdijshëm për shërbimet e mundshme në kujdesin primar publik do të mund të kontribuonte në shfrytëzimin e shërbimeve të kujdesit primar.



Për dallim, disa punëtorë shëndetësor nuk janë pajtuar, duke theksuar se kujdesi primar është duke u përdorur sipas sistemit të parashikuar referues. Në fakt, në disa raste, ata thane se është edhe i 'tejhshfrytëzuar': Ka pacientë të cilët brenda ditës së njejtë vizitojnë tre mjekë të ndryshëm. Kjo mund të ndërlidhet me mungesën e besimit në sistemin shëndetësor, në mes tjerash, dhe është në interes sigurimi i një mendimi të dytë apo të tretë para se të vazhdohet me trajtim. Me të vërtetë 15% e kosovarëve konsiderojnë 'kanë besim se mjekët janë të sinqertë dhe profesionistë' një 'problem i madh' dhe 29% e konsiderojnë qasjen në kujdes shëndetësor si problem të vogël për ata.

Mungesa e 'kulturës së masave parandaluese' mund të jetë një faktor tjetër që duhet marrë parasysh, në lidhje me disa njerëz që nuk shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor. 'kur vjen puna tek parandalimi, nuk është zakon në shoqërinë tonë' tha një profesionist shëndetësor. 'Ne jemi të prirur ta vizitojmë mjekun kur duhet ta vizitojmë. Nuk kemi rrugë tjetër. Por, vizita të rregullta tek mjeku, vetëm për konsultim ose bërja e kontrollit të përgjithshëm, këto nuk janë të zakonshme.' Më tutje, kultura rreth skringut dhe kujdesit parandalues, veçanërisht për gra, mund të ndikohet nga pikëpamjet shoqërore të sjelljeve të pranueshme. Kur bëhet fjalë për shëndetin riproduktiv, respondentit i njejtë sqaroi:

Vizita [e] gjinekologjike dhe obstetrike vetëm për [një] kontrollim të rregullt ende është ... lloj i tabusë për shumë gra, veçanërisht për vajza të reja. [N]e mund t'i shohim gratë të cilat vijnë në qendrat tona, gratë me të cilat punojmë ose rrjeti im personal i shoqërisë,

të cilët mendojnë se nëse nuk je seksualisht aktive nuk është e domosdoshme, ose nëse nuk je e martuar ose nuk ke ende partner.

Ajo ka theksuar se shfrytëzimi i ulët i shërbimeve është zakonisht shkak i një mentaliteti që nuk është e domosdoshme . . . në vend se [mungesë e] mundësive për të shfrytëzuar shërbime. Pengesat kulturore që ndikojnë tek shfrytëzimi i shërbimeve nga gratë do të diskutohet edhe më tutje në kapitullin e ardhshëm.

Shfrytëzimi i kujdesit shëndetësor publik kundrejtë atij privat

Kur pyeten se cilin lloj të institucionit shëndetësor do ta preferonit, 59.2% e respondentëve të studimit kanë thënë se do të preferonin institucionet publike shëndetësore, derisa 32.3% preferuan institucionet private. Një pjesë prej 8.5% nuk kishin preferenca.

Arsyet e preferimit të njërit apo llojit tjetër të institucionit dallojnë substancialish, për personat të cilët e kanë zgjedhur institucionin publik dhe atyre të cilët e kanë zgjedhur ate private (shih Tabelën 3). Për respondentët të cilët preferojnë institucionet publike, shpenzimet janë faktori më i rëndësishëm, 69.6% preferojnë institucionet publike sepse janë më pak të shtrenjta.

Tabela 3. Arsyet e Preferencës Publike apo Private

Përgjigjet	Publike	Private
Është më pak e shtrenjtë	69.6%	0.7%
Ka cilësi më të mirë në kujdes	12.6%	79.0%
Është më afër meje	7.7%	0.8%
I njoh njerëzit aty	3.1%	2.9%
Ka llojin specific të kujdesit që më nevojitet	4.1%	13.0%
Të tjera	2.9%	4.1%

Në lidhje me shpenzimet mesatare për shëndetësi, nga 42% e të anketuarve të cilët u përgjigjën në këtë pyetje, gratë raportuan të kenë shpenzuar rreth 151€ në kujdes shëndetësor për veten e tyre ndërsa burrat kanë raportuar të shpenzojnë 123€ gjatë 12 muajve të fundit, pa ndonjë dallim të dukshëm në mes të burrave dhe grave ($p=0.39$). Personat që u deklaruan se preferojnë të vizitojnë klinikat private kanë paguar mesatarisht 217€, përderisa personat që preferojnë klinikat publike paguan 82€ ($p=0.001$). Veçanërisht, kjo është bazuar në preferencat e deklaruara, pasi që përmes kësaj ankete, të anktuarit nuk janë pyetur se ku në fakt ata shkojnë. Tutje, mesatarisht në vitin e fundit, gratë thanë se ato kanë shpenzuar 48€ dhe burrat 42€ në analiza të ndryshme si ato të gjakut apo në rentgen. Personat që kanë preferuar kujdesin në institucione private, janë të prirur të shpenzojnë 65€, ndërsa ata që preferojnë kujdesin në institucione publike kanë shpenzuar 28€ ($p<0.01$). Sa i përket produkteve farmaceutike për veten e tyre, gratë kanë raportuar të shpenzojnë 110€ ndërsa burrat 138€ në vitin e fundit ($p=0.51$). Këto gjetje ilustronë ndryshime të rëndësishme të shpenzimeve në kujdes shëndetësor në institucione private dhe publike. Përgjigjja tjetër më e shpeshtë ishte se institucionet publike ofrojnë kujdes me cilësi më të mirë. Për ata të cilët preferojnë institucione private, ata në masë të madhe citojnë cilësi më të mirë si shkak i preferencës së tyre. Përgjigjja tjetër më e shpeshtë është se ata kanë llojin specific të shërbimit që atyre iu nevojitet.

Popullata rurale me (62.1%) janë më të prirur që të këshillohen në institucione shëndetsore publike sesa qytetarët urban me (54.7%). Preferencat e qytetarëve me përkatësi etnike dallojnë ndonjëherë. Shumica e shqiptarëve preferojnë institucionet publike (59.6%) ndaj atyre private (31.8%). E njejtja gjë vlen edhe për romët, ashkalitë, egjiptasit, boshnjakët dhe goranët. Derisa shumica e serbëve, preferojnë insitucionet private (53.3%).

Niveli i arsimimit ndërlidhet me preferencat për institucione private shëndetësore, nivelet e arsimit preferojnë insitucionet private shëndetësore. Kjo reflekton trendin se sa më të arsimuar, dhe të pasur, janë më pak të prirur që të kërkojnë ndihmë nga institucionet publike.

Respondentët janë pyetur se sa shpesh i kanë vizituar institucionet shëndetësore publike apo private në 12 muajt e kaluar. Fatëkeqësisht, kjo pyetje është administruar me logjikën kalo: nëse respondentit është përgjigjur që anjëherë nuk ka bërë kontrollim të përgjithshëm, nuk janë

pyetur se sa herë e kanë vizituar institucionin shëndetësor në 12 muajt e kaluar. Kështu që, shifrat që vijnë nuk përfshijnë persona të cilët nuk kanë pasur kontrollim të përgjithshëm, por të cilët kanë kërkuar kujdes shëndetësor për qëllime tjera. Nga 586 persona të pyetur (45% të respondentëve), shifra mesatare e vizitave në institucione publike shëndetësore është dy në vitin e kaluar. Shifra mesatare e vizitave në institucione private shëndetësore është një. Kjo tregon se në praktikë respondentët janë të prirur që të kërkojnë ndihmë në institucionet publike shëndetësore më tepër sesa ato private.

Derisa disa punëtorë shëndetësor të intervistuar thane se kushtet në ato private dhe publike janë të njëjta, zakonisht pikëpamjet e punëtorëve shëndetësor sa i përket sektorit privat dhe atij publik dallojnë substancialisht, zakonisht varet nga vendi i tyre i punës. Punëtorët shëndetësor që punojnë në institucione

‘Njerëzve iu shesin procedura të panevojshme në institucione private.’

- Mjek, Prishtina

‘Na mungojnë dorëzat kirurgjike, maskat dhe kapelat, do të thotë gjanat themelore. Gjithashtu na mungojnë barnat, instrumentet dhe çarshafët. Kur na nevojitet dicka që na mungon gratë i kanë telefonat me vetë dhe i therrasin burrat e tyre; ne iu shkruajmë se cka na mungon; dhe ai shkon dhe i blen.’

- Gjinekolog, Spitali Rajonal Mitrovice

private janë të prirur të favorizojnë ato private dhe anasjelltas. Disa punëtorë shëndetësor kanë thënë që në institucionet private ka kushte më të mira, duke përfshirë paisjet, materialet, shërbimet, stafi më i kualifikuar, më pak pacientë, kohë më të shkurtër të pritjes dhe më tepër privatësi. Ndërsa, disa punëtorë në institucione publike kanë vërejtur mungesë të furnizimeve (shih katrorin).

Në anën tjetër, punëtorët tjerë shëndetësor kanë thënë që shërbimi i kujdesit publik ka staf të trajnuar mirë, më tepër materiale dhe kushte më të mira në përgjithësi. Ata gjithashtu janë shprehur për preferencat e tyre për të punuar në sistemin publik, sepse u ofron atyre siguri, më pak punë administrative dhe orar më të mirë të punës. Disa punëtorë shëndetësor të institucioneve publike gjithashtu theksuan brengën e tyre se kujdesi privat është i bazuar në përfitime materiale gjë që mund të krijojë nxitje për keqpërdorime nga ana e punëtorëve shëndetësor për përfitime personale. Një brengë tjetër e përmendur ka qenë se disa institucione nga sektori privat mund të jenë të paregjistruar, duke krijuar problem në lidhje me llogaridhënien. ‘Shteti ka dështuar që t’i kontrollojë këto klinika private pasi që i inspektojnë ato të cilat janë të regjistruara dhe kjo ndodhë vetëm për shkak se ata paguajnë taksa’, tha një mjek. ‘Askush nuk i inspekton klinikat e paregjistruara se si punojnë ato’. Një respondent gjithashtu ka theksuar se ‘edhe pse klinika private dhe të regjistruara megjithatë nuk kanë mbikqyrje të mjaftueshme’.

Diskutimi për sektorët publik dhe privat

Në Kosovë, sistemet publike dhe private janë menduar të punojnë ndaras dhe të funksionojnë të pavarur. Sipas ligjit, mjekët e kanë të ndaluar të referojnë pacientë nga sektori publik në atë privat. Mirëpo, në praktikë referime të tilla si duket ndodhin rregullisht. Ky sistem ilegal është vërejtur nga Lëvizja FOL në një raport të tyre të fundit për korrupsionin në sistemin shëndetësor.¹²⁷

Është e zakonshme, dhe ligjore, që mjekët të punojnë në dy sektorë në të njëjtën kohë. Të ardhurat nga klinikat private i plotësojnë ato nga sektori publik. Prevalenca e kësaj praktike e kësaj teme po ripërsëritet në mesin e respondentëve, disa përmendën që ata janë duke u bazuar në të ardhurat nga të dy sektorët. Një mjek ka theksuar se ‘është e rëndë që ndonjëherë dikush është Drejtor i një klinike dhe gjithashtu [Drejtor] i një klinike tjetër private’ Puna në dy vende

¹²⁷ Lëvizja FOL, 2016.

të punës njëkohësisht mund të ndikojë në cilësinë e shërbimit të ofruar, ka theksuar një mjek që është i punësuar në të dy sektorët. Pasi që orari i punës nuk mund thjeshtë të dyfishohet, disa mjekë lëshojnë vendin e punës në institucion publik më herët në mënyrë që të arrijnë të punojnë në klinikën private, ka spjeguar një mjek. Kjo mund të kontribuojë në mungesën e mjekëve në institucione publike që është përmendur vazhdimisht gjatë intervistave. Punësimi në të dy sektorët gjithashtu mund të krijojë konflikt të interesit dhe të stimulojë çrregullime, duke përkeqësuar kujdesin që pacientët e marrin në sektorin publik, siç edhe shpjegojnë shembujt e ardhshëm.

Konflikt interesi për mjekët të punësuar në dy sektore mund të ndikojë në paisjet në dispozicion, thanë punëtorët shëndetësor. Mjekët kanë stimulans për të referuar pacientët në klinikën e tyre private, ku shpenzimet e trajtimit duket se janë më të larta për pacientin. Kështu që, ata kanë një nxitje që të jenë indiferent me statusin e institucionit publik. Një respondent theksoi se kur dëmtohen pajisjet publike, mjeku do ta referojë pacientin në klinikën

‘Për shkaqe ekonomike punoj në tëdyja punoj këtu dhe në Spital, por gjithashtu edhe në klinikën time private. Mendoj se do të ishte shumë më mirë që të punohet më shumë dhe të kushtohet mund më i madh në vetë në sektorin publik. Mendoj se organizimi i [i sektorit shëndetësor] do të ishte më i mirë. [...] Nuk është e lehtë për mjekun të punojë në dy ndërrime çdo ditë. Mendoj se do të ishte mirë po qe se do të kishte zgjidhje për të qenë i përfshirë ose në publike ose në private [sektor]. Sidoqoftë, kjo nuk varet prej nesh, por nga institucionet më të larta.’

- Gjnekolog, Gjilan

private zakonisht klinikën e tij/saj, një i intervistuar tjetër dha një shembull të ngjashëm, diskutimi i rasteve kur pajisjet e spitalit publik janë dëmtuar me qëllim që praktika private të përfitojë sa më shumë klientë. Një respondent tjetër i kujtoi instancat kur punëtorët shëndetësor publik rrejtshëm kanë deklaruar se pajisja është e dëmtuar, duke i referuar pacientët në klinikën e tyre private; vetëm nëpërmes presionit politik janë hapur dyert, duke zbuluar se prapa tyre është e fshehur paisja e cila funksionon në mënyrë të përsosur. Ngjashëm, Lëvizja FOL ka gjetur se përafërsisht 73% e qytetarëve ‘shpesh’ apo ‘gjithmonë’ kanë përjetuar situata ku institucionet publike nuk u kanë ofruar shërbime të veçanta shëndetësore dhe për këtë arsye atyre u është dashur të kërkojnë ndihmë tek ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor privat.¹²⁸

Përfundim

Oraret e shfrytëzimit të kujdesit shëndetësor në Kosovë, ndihmojnë që të definohet dhe kontekstualizohet qasja në kujdes shëndetësor dhe shprehive të kujdesit shëndetësor në mesin e qytetarëve. Në përgjithësi, shfrytëzimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor mbeten të pakta dhe të ulëta në Kosovë, veçanërisht për kujdesin parandalues. Popullata rurale e shfrytëzojnë kujdesin shëndetësor shumë më pak. Me kalimin e moshës, personat duket si shfrytëzojnë shërbimet shëndetësore sa duhet. Pa program krahasues të skringjeve në vend, për sëmundje kardiovaskulare apo ato malinje, shfrytëzimi i skringjeve nga kosovarët është shumë i ulët.

Në lidhje me kujdesin primar, kosovarët janë të prirur që të mos shkojnë të vizitohen te mjeku apo dentisti, edhe pse kanë nevojë. Përqindja e personave që nuk kërkojnë kujdes kur kanë nevojë ka qenë shumë më e lartë në Kosovë sesa në BE. Arsyet e përmendura përfshijnë shpenzimet, strategjinë ‘prit ta shohim’, frikën dhe kufizimet me kohën. Këto dhe pengesa të tjera do të diskutohen më tutje në kapitujt që pasojnë.

Në përgjithësi, në mënyrë që të përmirësohet shfrytëzimi i kujdesit parandalues dhe primar, disponueshmëria e këtyre shërbimeve duhet të komunikohet më mirë dhe qëndrimet

¹²⁸ Po aty.

ndaj shfrytëzimit të ndryshohen. Më specifikisht prevalenca e madhe e abortimit gjatë ciklit jetësor tregon nevojën për një planifikim më të mirë familjar këshillim dhe shpërndarje të kontraktivëve në kujdesin primar.¹²⁹

Me siguri ka një mos-përdorim të shërbimeve të kujdesit të shëndetit mendor, veçanërisht kur merret parasysh prevalenca e madhe e sëmundjeve mendore pas luftës dhe ndjenja e 'turp' e shoqëruar me sëmundjet mendore që shihet se i parandalon qytetarët nga nevoja e kërkimit të kujdesit. Kur sëmundjet mendore kthehen në ato psikosomatike dhe nuk diagnostifikohen si të tilla, kjo mund të shpiej pastaj në shfrytëzim të tepërt të shërbimeve tjera shëndetësore.

Medikamentet shihet se përdoren në mënyrë shumë të përhapur, mirëpo fatëkeqësisht ky studim nuk e ka bërë dallimin në mes të medikamenteve të blera me ose pa recetë. Sidoqoftë, intervistat dhe vëzhgimet tregojnë fuqishëm se barnat janë duke u keqpërdorur dhe blerë pa recetë, veçanërisht qetësuesit dhe barnat e forta kundër dhimbjeve. Hulumtimi i mëtejshëm mund të sqarojë më mirë përdorimin e medikamenteve pa recetë dhe se a janë duke u abuzuar apo përdorur për qëllime legjitime shëndetësore.

Derisa sistemet publike dhe private të vazhdojnë të bashkë-ekzistojnë, duhet të ketë një rregullore dhe zbatim më të mirë. Momentalisht ka të mira dhe këqija në të dy sistemet. Sidoqoftë, pacientët në fund vuajnë nga cilësia e ulët e kujdesit dhe konfliktet e interesit në mes të ofruesve. Derisa mjekët të kenë nxitje financiare për të punuar në të dy sektorët dhe për të pasur më tepër pacientë, është e pamundur që sjellja e të punësuarve në të dy sektorët të ndryshojë.

Tre kapitujt e ardhshëm adresojnë në mënyrë më specifike se çka mund ti parandalojnë qytetarët që të çasen në kujdes shëndetësor më cilësor në Kosovë.

¹²⁹ Ju lutem shifni Shtojcën 6 për më tepër informata rreth planifikimit familjar.

Gjinia dhe Qasja në Kujdes Shëndetësor

Ky kapitull shqyrton shkallën sipas të cilës kujdesi shëndetësor mund të dallojë në bazë të gjinisë. Më specifikisht, e ekzaminon se kush merr vendime në lidhje me qasjen në kujdes shëndetësor, prioritizimin e anëtarëve specifik të familjes dhe pengesat tjera socio-kulturore që mund të ndikojnë në qasjen e grave apo burrave në kujdes shëndetësor.

Duke marrë parasysh se njëra nga pyetjet kryesore të këtij hulumtimi ka qenë hulumtimi i dallimeve të qasjes në kujdes shëndetësor mes grave dhe burrave, njëra ndër suprizat më të mëdha që ka rezultuar nga analiza ka qenë mungesa e dukshme e pabarazisë në mes të notave të grave dhe burrave në tregues. Shumë nga treguesit ka treguar një dallim të lehtë apo asnjë dallim në qasjen e grave dhe burrave në kujdes shëndetësor. Sidoqoftë, disa pyetje individuale të sondazhit kanë zbuluar dallime, të cilat do t'i shqyrtojmë në këtë kapitull.

Kush vendos për kujdes shëndetësor?

Kur janë pyetur se kush e thotë fjalën e fundit kur merret një vendim i rëndësishëm, shumica e grave gjatë hulumtimit kanë thënë se burri ose vjehri marrin vendime për to. 'Bashkëshorti' është zgjedhur në 46.9% të rasteve të grave respondente derisa 'vjehri' është zgjedhur në 12.4% të rasteve. Vetëm 7.3% e grave raportuan se ato e kanë fjalën e fundit kur marrin vendim për ndonjë gjë të rëndësishme. Në të kundërtën, shumica e burrave janë përgjigjur se në (33.6%) të rasteve ata marrin vendim derisa (25.6%) kanë thënë se babai i tyre merr vendimin përfundimtar.

'Bashkëshorti dhe vjehra ndonjëherë e vështirësojnë punën [...] për gra që të kenë qasje të mirë në kujdes shëndetësor.'

- Mjek, Vushtrri

Në lidhje me kujdesin shëndetësor, shumica e burrave (77.2%) dhe grave (62.7%) kanë thënë se ata vendosin se a duhet të shkojnë te mjeku apo jo. Sidoqoftë, për gra, vendim-marrësi më i zakonshëm është partneri i tyre mashkull; 22.8% e grave kanë thënë se burri vendos nëse ajo mund të shkojë te mjeku. Për burra, përgjigjja më e zakonshme është partneri i tyre (femër), mirëpo vetëm 6.5% e meshkujve e kanë dhënë këtë përgjigje.

Një pyetje tjetër se kush vendos se a duhet të dërgohen fëmijët te mjeku apo jo. Në shembullin e studimit, 25.9% e respondentëve nuk kanë pasur fëmijë. Të gjitha përgjigjet pasuese janë nga ata të cilët kanë fëmijë. Gati gjysma e respondenteve (46.3%) raportuan se bashkëshorti i tyre ose partneri mashkull vendos nëse fëmija duhet të dërgohet te mjeku. Për burra, 31.5% janë përgjigjur se vendimi është i atyre dhe 31.5% janë përgjigjur se partneri i tyre femër vendos për kujdesin shëndetësor të fëmijës.

Përfundimisht, respondentët janë pyetur se a ka qenë vendimi për përdorimin e kontraktivëve vendim i përbashkët, i tyre apo i partnerit të tyre. Shumica dërmuese e grave (79.8%) dhe e burrave (70.7%) janë përgjigjur se ka qenë vendim i përbashkët. Sidoqoftë, në situata ku nuk është vendim i përbashkët, burrat janë të prirur të marrin kontrollin. Një përqindje mjaft e lartë e burrave 20.0% janë përgjigjur se vendimi për përdorimin e kontraktivëve është i tyre. Vetëm 7.0% e grave kanë thënë se është vendim i tyre. Poashtu, një përqindje e lartë e grave 13.2% kanë thënë se është zgjedhje e partnerit të tyre derisa vetëm 9.2% e burrave janë përgjigjur ngjashëm.

Ngjashëm, mund të vazhdoj të ketë raste ku gratë nuk e kanë fuqinë e vendimmarrjes nëse ato duhet të kenë një abort; tre përqind e grave kanë deklaruar se kanë qenë të shtyra të bëjnë abort dhe 3.9% kanë qenë të shtyra që të mos bëjnë abort. Derisa është e zakonshme, kjo tregon se jo të gjitha gratë marrin vendim të plotë në lidhje me shëndetin e tyre.

Prioritizimi i anëtarëve të familjes për qasje në kujdes shëndetësor

Kur janë pyetur se kush në familje do të prioritizohet që të dërgohet të bëjë një ekzaminim të përgjithshëm shëndetësor, respondentët me shumicë thanë 'asnjëri, ne të gjithë jemi të njëjtë' (72.2%). Sidoqoftë, nga respondentët të cilët prioritizojnë kujdesin shëndetësor

'Kur përshkrimi i barnave është për fëmijën, ata [klientët] nuk e shikojnë çmimin e barit. Vetëm e marrin. Kur është për gruan, ajo e lë anash ose thjesht nuk e merr. Zakonisht tërhiqen dhe thonë "M'kalon e përballoj une".'

- Teknik, Barnatore, Peja

për një anëtar të caktuar të familjes, ata gati çdo here prioritizojnë burrat, fëmijët mashkull dhe pleqtë. Burrat veçanërisht janë të prirur që të rendisin mashkujt në rend të parë për kujdes shëndetësor. Mjekët e kujdesit shëndetësor gjatë intervistave kanë vërejtur se qasja e grave në kujdes shëndetësor varet nga stabiliteti ekonomik i familjes; nëse familja nuk mund t'ia mundësojë kujdesin shëndetësor secilit, gruaja mund të jetë e fundit për ta marrë atë. Gruaja mund të zgjedhë të lë veten anash sa i përket kujdesit shëndetësor për shkak të situatës ekonomike të familjes (shih katrorin).

Pengesat gjinore dhe socio-kulturore për qasjen në kujdes shëndetësor

Si shtesë për dimensionet e lartpërmendura të vendosjes dhe prioritizimit që janë përfshirë në Indeksin e Pengesave Kulturore¹³⁰, dhe masat tjera individuale të pengesave potenciale sociale dhe kulturore garantojnë diskutim. Këtu këto definohen si 'pengesa sociokulturore.' Socialja ndërlidhet me shoqërinë dhe si është e organizuar ajo, duke përfshirë normat, zakonet dhe ideologjitë që një shoqëri e caktuar e ka specifike në kohë dhe vend. 'Kultura' i referohet besimeve, qëndrimeve, vlerave, religjionit dhe roleve. Atëherë SocioKulturorja i referohet asaj se si Socialja dhe Kulturorja mund të ndërlidhen, në këtë rast potencialisht duke ndikuar në qasjen e grave dhe burrave në kujdes shëndetësor. Më specifiku, ky hulumtim është përqëndruar në normat dhe marrëdhëniet gjinore, duke përfshirë edhe mënyrat e normave, dhe se si rolet dhe vlerat për gratë dhe burrat në Kosovë mund të ndikojnë aftësinë e tyre për qasje në kujdes shëndetësor. RrGGK ka identifikuar disa trende disa më prevalente se tjetra, në lidhje me pengesat sociokulturore që mund të ballafaqohen gratë apo burrat për shkak të gjinisë së tyre.

Së pari, për shkak të normave sociale që tentojnë të caktojnë që kujdesi dhe puna t'i takojnë gruas, kufizimet kohore mund të ndikojnë në qasjen e gruas në kujdes shëndetësor më tepër se të burrit. Gjetjet e studimit të RrGGK tregojnë se, në mesatare, koha e udhëtimit deri dhe nga institucioni shëndetësor zgjat 40 minuta. Përfshirë edhe kohën e pritjes, diagnostifikimit, trajtimit marrjen e përshkrimit dhe pagesën, një vizitë në institucionin shëndetësor mund të merr shumë kohë. Siç ka vërejtur mjeku, 'Gratë janë të zëna me gjëra tjera dhe e lënë [veten] të fundit'. Fakti se shoqërisht paramendohet se gruaja do ta bartë barren kryesore të kujdesit dhe punët shtëpiake pa pagesë, si pjesë e rolit¹³¹ tradicional reprodutiv mund të nënkuptojë se ato nuk kanë kohë të mjaftueshme për ta vizituar mjekun nga përgjegjësitë tjera. Në mesin e grave të cilat vitin e kaluar nuk e kanë konsultuar mjekun kur kanë pasur nevojë, 11.9% kanë thënë se arsyeja kryesore ka qenë që 'nuk iu ka mjaftuar koha për shkak të punëve, kujdesit ndaj fëmijëve dhe të tjerëve'. Gruaja e cila kryen punët papaguar në shtëpi mund të ballafaqohet me

¹³⁰ Për informata shtesë për këtë indeks, ju lutem shihni metodologjinë në shtojcën I.

¹³¹ Për më shumë informata për rolin e papaguar të kujdesit të gruas shihë Nicole Farnsworth, et al. për RrGGK *Kush kujdeset? Kërkesa, furnizimi, dhe Opcionet për Zgjerimin e Mundësisë së Kujdesit ndaj Fëmijës në Kosovë*, Prishtinë: RrGGK, 2016.

vështirësi për të lënë personin për të cilin kujdeset në mënyrë që të kërkojë kujdes shëndetësor për veten e saj. Gratë e punësuar kanë “barren e dyfishtë” të punës shtëpiake të papaguar dhe të asaj të paguar jashtë shtëpisë.¹³² Kjo në vete shoqërohet edhe me status më të ulët shëndetësor,¹³³ dhe mund të kontribuojë në mungesë të kohës për kujdes personal. Derisa shumica e burrave janë të prirur të mos kenë “barrë të dyfishtë”, 12% e atyre të cilën nuk e kanë vizituar mjekun kur kanë besuar se iu duhet në mënyrë të njëjtë këtë ia atribuojnë mungesës së kohës.

E dyta dhe e ndërlidhur, pengesa sociale mund të ndërveprojë me pengesat financiare, duke i parandaluar gratë nga qasja në kujdes shëndetësor. Duke konsideruar shkallën e ulët të punësimit të gruas (18.1% në vitin 2015),¹³⁴ që ndërlidhet me rolin reprodutiv në shtëpi,¹³⁵ gratë mund të mos kenë gjithmonë të ardhurat e veta për të paguar kujdesin shëndetësor. Gratë mund të mos jenë gjithmonë “të pavarura në menaxhimin e financave të tyre”, ka vërejtur një respondent gjatë intervistës. Në përafërsisht një të tretat e familjeve në Kosovë, burrat mbesin kryesisht si vendim marrës në lidhje me financat e familjes.¹³⁶ Derisa gratë mund të marrin shërbime të caktuara shëndetësore falas në institucione publike, disa gra preferojnë të marrin shërbime në institucione private, me ç’rast ‘financat shndërrohen në pengesë për shume gra,’ tha respondent i njëjtë.

E treta, besimet kulturore në lidhje me gratë dhe burrat mund të ndikojnë në qasjen e dikujt në kujdes shëndetësor, përafërsisht katër përqind e Kosovarëve besojnë se “Gratë duhet të jenë të forta dhe nuk kanë nevojë për t’u vizituar nga mjeku”. Ato që janë të moshës 45+ janë më të prirura për të thënë ‘nuk e di’ dhe ato të moshave 16-44 kanë qenë më të prirura për t’u mos u pajtuar ($p=0.02$).¹³⁷ Në kontrast, gati pesë përqind e Kosovarëve mendojnë se burrat duhet të jenë të forte dhe të mos kenë nevojë për t’u vizituar nga mjeku.’ Edhe pse nuk ka ndonjë dallim të rëndësishëm në besimet në bazë të vendbanimit, të rinjtë janë më të prirur për t’u pajtuar me deklaratën sesa të vjetrit ($p=0.010$). Nga ata të cilët thanë që gruaja duhet të jetë e forte, 52% gjithashtu thanë që burrat duhet të jenë të fortë.

E katërta, duke marrë parasysh disa vlera që mbahen nga disa gra, ato mund të mos duan të kontrollohen nga burrat të cilët nuk janë bashkëshortët e tyre, edhe pse janë mjekë, kanë vërejtur profesionistët shëndetësor gjatë intervistës. Gratë dukshëm janë më të prirura sesa burrat që të marrin parasysh si problem që të kenë një ofruer të kujdesit shëndetësor të gjinisë së kundërt ($p=0.006$); 23.8% e grave e konsideruan këtë si problem që ia kufizon qasjen në kujdes shëndetësor, krahasuar me 18.4% të burrave.

‘Është pak vështirë për paciente të cilat janë më religjioze ose vijnë nga zona rurale shpesh ngurojnë të zhvishen vetëm para meje, ose kur unë duhet t’ia bëjë ekzaminimin e gjirit. Ato çdo herë kërkojnë prezencën e një motre ose që ato ta bëjnë ekzaminimin.’

- Gjinekolog, Prishtinë

¹³² Gratë të cilat ballafaqohen me ‘Barrën e dyfishtë janë caktuar gjërësisht për diku tjetër (shih Pollert, *Gratë, Puna dhe Mundësitë e Barabarta në Tranzicionin Post Komunist* Grinviç, 2003; Pascall dhe Manning, *Politika Gjimore dhe Sociale: Krahasimi i Shteteve të Europës Qendrore, Lindore dhe atyre të ish Bashkimit Sovietik*, Notingham: 2000).

¹³³ Väänänen et al., *Barra e dyfishtë dhe Shpërndarja Negative në mes të Punës së Papaguar dhe asaj të paguar dhe Puna Shtëpiake: Shoqërimi me Shëndetin në mes të Burrave dhe Grave*, Helsinki: 2004.

¹³⁴ ASK, *Rezultatet e Kosovës 2015 Studimi i Fuqisë Punëtore*, Prishtinë: 2016, f. 10.

¹³⁵ Farnsworth et al. për RrGGK, *Kush kujdeset?*

¹³⁶ Farnsworth et al. for RrGGK, *Nuk ka më arsytimit: Një analize e qëndrimeve, Incidencës, dhe Përgjigjjes Institucionale ndaj Dhunës Shtëpiake në Kosovë*, Prishtinë: RrGGK, 2015, f. 29.

¹³⁷ Në mesin e personave të cilët e mbajnë këtë besim, nuk ka pasur ndonjë dallim të rëndësishëm në mes të grave dhe burrave.

Këto pikëpamje janë më të përhapura në zonat rurale ku 25.3% e kosovarëve e konsiderojnë këtë si problem në krahasim me 15.0% në zonat urbane ($p=0.001$)

E pesta, dhe ndoshta e ndërlidhur, religjioni mund të jetë faktor i parandalimit të qasjes. Ndërlidhja në mes të pjesëmarrjes në shërbesa fetare dhe dëshira për të pasur një mjek të gjinisë së njejtë ka pasur rëndësi për një grua ($p=0.03$), por jo për burrat ($p=0.1$). Sidoqoftë, të dhënat e studimit nuk tregojnë se njerëzit të cilët marrin pjesë në shërbesa fetare domosdoshmërisht janë më të prirur për të parë si problem kërkimin e mjekut të gjinisë së njejtë. Edhpesë, 16% e personave që marrin pjesë në shërbesa fetare disa here në muaj dhe 9% e atyre të cilët marrin pjesë më tepër se një herë në javë kanë thënë se mjeku i gjinisë së kundërt është 'problem i madh'. Më tutje, 25% e grave që marrin pjesë në shërbesa fetare një deri në tre herë brenda muajit 30% që marrin pjesë një herë në javë dhe 20% e atyre që marrin pjesë më tepër se një herë në javë e konsideruan këtë si 'problem të vogël'. Derisa mardhënja duket disi si e paqëndrueshme, brenga rreth gjinisë së mjekut mund të paraqes pengesë për disa gra në qasjen e tyre në kujdes shëndetësor për shkaqe religjioze.¹³⁸ Punëtorët shëndetësor kanë vërejtur se gratë konzervative mysli mane më tepër kanë kërkuar trajtim nga mjeket. Kjo mund të paraqes pengesë për qasje kur nuk ka punëtore shëndetësore.

E gjashta, në lidhje me qasjen në shëndetin reprodiktiv, sipas traditës, disa Kosovarë mendohet të kenë besuar se gratë e pamartuara apo të veja nuk kanë nevojë për ekzaminime gjinekologjike. Prandaj, hulumtimi ka kërkuar të ekzaminoj prevalencën e këtij besimi. Vetëm katër përqind e Kosovarëve fuqishëm është pajtuar se 'gratë e pamartuara duke përfshirë edhe të vejat, nuk kanë arsye për kontrollime gjinekologjike'. Dhe katër përqind shtesë nuk janë pajtuar apo nuk kanë ditur.¹³⁹ Ngjashëm, vetëm 3.7% janë pajtuar që 'gruaja që ka përfunduar me lindje nuk ka më nevojë për kontrollime gjinekologjike'. Përafërsisht 5% kanë qenë të pasigurtë.¹⁴⁰ Banorët rural kanë qenë më të prirur të pajtohen me këtë mendim sesa banorët urban ($p=0.001$). edhe pse vetëm 4.7% e banorëve rural dhe 23% e atyre urban kanë menduar se gratë të cilat kanë mbaruar me lindje më nuk kanë nevojë për kujdes gjinekologjik. Ky hulumtim tregon se edhe pse këto pikëpamje nuk kanë qenë të përhapura më pare apo janë zvogluar me kohën. Edhpesë, kur janë pyetur pse nuk kanë qasje adekuate në kujdes shëndetësor seksual dhe reprodiktiv nëse kanë nevojë për ato, 11% e grave ka thënë se është e papranueshme për ato që të kenë shërbime të tilla sepse janë të pamartuara apo të veja. Kjo tregon për një zbrazëtim mes asaj se çfarë dijnë respondentët dhe si disa mund të sillen në praktikë.

E shtata, paragjykim apo diskriminim në emër të profesionistëve shëndetësor gjithashtu mund të ndikojë në qasjen në kujdes shëndetësor për gra apo për burra. Një temë që ripërsëritet në mes të punëtorëve shëndetësor ka qenë që gratë janë më të ndjeshme dhe të përgjegjshme, kryesisht se janë nëna. Në kundërshtim me te, disa punëtorë shëndetësor i kanë konsideruar burrat si 'arrogant' dhe të paiteruesar. Thellësisht, paramendimi në mes të disa punëtorëve shëndetësor se burrat nuk kanë nevojë të dinë në lidhje me kontraktivët mund të ndikojë në qasjen e burrave në informata për kontraktivët. E drejta për informim është e mishëruar në ligjet e Kosovës, kjo mund të paraqes një shkelje të të drejtave. Veçanërisht,

¹³⁸ Më tutje, nga gratë të cilat marrin pjesë në shërbesa fetare vetëm gjatë festave, 11% thanë se mjeku i gjinisë së kundërt është 'problem i madh'. Nga gratë të cilat kurrë nuk marrin pjesë në shërbesa fetare, 5% ende konsiderojnë këtë si problem të madh. Nga ato që marrin pjesë një herë në javë, asnjëra nuk ka menduar se është problem. Gratë tjera të cilat e kanë konsideruar mjekun e gjinisë së kundërt problem të vogël përfshinë: 11% të grave të cilat kurrë nuk marrin pjesë në shërbesa, 16% nga ato që marrin pjesë vetëm për festa dhe 21% të atyre që marrin pjesë një here në disa muaj.

¹³⁹ Nuk ka marrdhënie të dukshme në mes të pajtimit dhe moshës ose jetës në zona rurale apo gjegjësisht urbane

¹⁴⁰ Nuk ka dallim të dukshëm në mendim të gjinive, moshës apo vendbanimit rural/urban.

intervistat cilësore tregojnë se një paramendim i tillë duket se ekziston vetëm në mes të disa punëtorëve shëndetësor; të tjerët e kanë theksuar rëndësinë e trajtimit të grave dhe burrave në mënyrë të barabartë.

Përfundim

Edhe pse treguesit e qasjes nuk kanë shpalosur shumë dallime të rëndësishme në mes të burrave dhe grave, disa pyetje individuale të studimit e kanë bërë atë. Sidomos dallimet ekzistojnë në lidhje me vendimmarrjen dhe pengesat sociokulturore. Në Kosovë, vendimet e rëndësishme në amvisëri duke përfshirë edhe atë se kur gratë dhe fëmijët duhet të shkojnë te mjeku mbetet kryesisht tek burrat, gjë që mund të pengojë në qasjen e grave në kujdes shëndetësor. Kjo ka të vërtetë sa i përket vendimit të planifikimit familjar, kur nuk bëhen bashkërisht. Gjithashtu, nëse burimet e familjes janë të pakta, anëtarët mashkuj të familjes mund të kenë prioritet për kujdes shëndetësor.

Më gjërësisht, faktorët e ndërlidhur socioekonomik si niveli i ulët i grave të punësuar që kufizon qasjen e tyre në financa, kufizimet kohore dhe roli i kujdestares së papaguar të gjitha këto mund të pengojnë ë qasjen e gruas në kujdes shëndetësor. Besimet kulturore që gratë ose burrat duhet të jenë 'të fortë' dhe të mos kërkojnë kujdes shëndetësor, ose se gratë e pamartuara apo të veja apo të vjetra nuk kanë nevojë më për kujdes shëndetësor reproduktiv ekzistojnë në Kosovë, edhe pse nuk janë veçanërisht prevalent. Vlerat kulturore në lidhje me gjininë e punëtorit shëndetësor, veçanërisht e gjinekologut, mund të nënvleftësojnë qasjen e gruas në kujdes shëndetësor. Pasi që përzgjedhja e lirë e ofruesit të kujdesit është e drejtë ligjore në Kosovë.¹⁴¹ Kjo tregon se nëse shkelet kjo e drejtë ajo bëhet për shkak të mungesës së stafit femror. Në disa instanca, besimet e punëtorëve shëndetësor për gratë dhe burrat gjithashtu mund të ndikojnë në qasjen e pacientëve në informim dhe kujdes. Adresimi i pengesave sociokulturore në lidhje me gjinitë për çajsen e burrave dhe grave në kujdes shëndetësor do të kërkojë vetëdijësim kah normat sociale, besimet dhe vlerat ashtu që çdo kush të ketë qasje në kujdes shëndetësor.

¹⁴¹ Kuvendi i Kosovës, Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, Neni 5.

Banimi dhe Qasja në Kujdes Shëndetësor

Kosova ka parë ndryshim në dallimin rural-urban në dekadat e fundit.¹⁴² Në ndërkohë, kryeqyteti, Prishtina ka ngritje të numrit të popullatës për dhjetë herë në gjashtë vitet e fundit. Edhe pse, shumica e popullatës (62%) jeton në zonat rurale. Sipas Agjencionit të Statistikave të Kosovës (ASK), popullata rurale konsumon më pak se ajo urbane, dhe ata shpenzojnë ndryshe. Një amvisëri mesatare urbane shpenzon përafërsisht 8.000 € në vit, rreth 700 € më shumë se një amvisëri rurale. Në zona rurale, njerëzit janë të prirur të shpenzojnë më tepër në ushqim dhe transport, por pak më pak në kujdes shëndetësor dhe edukim.¹⁴³ Kjo ka reflektuar në pabarazi në mes të popullatës urbane dhe rurale në qasje në kujdes shëndetësor, të identifikuar nëpërmes këtij hulumtimi dhe që diskutohet në këtë kapitull. Në lidhje me banimin urban dhe rural, kapitulli ekzaminon gjashtë tregues duke përfshirë pengesat e mundshme financiare, gjeografike, kulturore dhe të vetëdijes, gjithashtu edhe të marrëdhënjëve ofrues-pacient dhe perceptimit të cilësisë së personelit.

Pengesat financiare në bazë të vendbanimit

Indeksi i Pengesave Financiare përbëhet nga pyetjet të cilat përfshijnë qasjen në të holla për kujdes shëndetësor ose medikamente, arsyet e mos konsultimit të mjekut, statusi i sigurimit shëndetësor dhe të hollat si një factor që nënvlerëson qasjen në kujdes shëndetësor reprodutiv. Në këtë Indeks, Kosovarët nga rajone rurale ballafaqohen lehtësisht me pengesa më të larta kur kemi të bëjmë me qasjen në kujdes shëndetësor sesa që kanë Kosovarët urban ($p=0.0001$). Kjo pabarazi udhëhiqet nga gratë në zona rurale të cilat ballafaqohen dukshëm me më shumë pengesa financiare sesa ato në zona urbane ($p=0.002$). Në kontrast, burrat rural dhe urban nuk dallohen dukshëm ($p=0.12$).

Kur pyeten se a paraqet problem gjetja e të hollave për kujdes shëndetësor dhe shërbime, 45.3% e grave rurale raportuan që paraqet, derisa vetëm 30.4% e grave urbane kanë thënë të njëjtën. Në mes të burrave rural (39.7%) dhe burrave urban (36.2%), ekziston vetëm tre përqind dallim. Ndoshta pabarazia mund t'i atribuohet pjesërisht përgjigjes së paragjykimeve shoqërore pasi që burrave mund t'iu duket vështirë të deklarojnë se nuk kanë të holla të mjaftueshme për kujdes shëndetësor.

Dy të tretat e personave me sigurim shëndetësor privat janë burra, dhe një e treta janë gra. Gjysma e të siguruarve janë banorë rural dhe gjysma urban. Sidoqoftë, dallimi gjinor është shumë i ndryshëm në vende rurale dhe urbane. Në zona rurale, rreth 80% e të siguruarve janë burra dhe 20% janë gra, derisa në vende urbane gjysma janë gra.¹⁴⁴ Pa sigurim shëndetësor publik ose privat, shumë Kosovarë paguajnë shpenzimet shëndetësore nga xhepi.

'Kushtet janë shumë të dobëta. Pacientët janë në pozitë të vështirë ekonomike. Shumica e tyre janë nga fshatrat dhe varen nga ndihma sociale.'

- Mjek, Vushtrri

¹⁴² Besim Gollopeni, *Migrimi Rural- Urban në Kosovë*, Prishtinë, 2015; Fjalitë që vijojnë janë marrë nga burimi i njejtë.

¹⁴³ ASK, *Rezultatet e Studimit të Buxhetit të Amvisërive 2015, 2016*.

¹⁴⁴ Ndoshta pa u habitur, ka një marrëdhënie të rëndësishme në mes të statusit të punësimit dhe të pasurit të sigurimit shëndetësor; personat të cilët punojnë në pozita të paguara jashtë shtëpisë janë më të prirur që të kenë sigurim sesa personat që bëjnë punë që nuk paguhen në shtëpi, janë të papunësuar apo të pensionuar ($P<0.01$). Personat që punojnë në sektorët e shëndetësisë, arsimit, marketingut, transportit dhe drejtësisë janë më të prirur për të pasur sigurim sesa personat që punojnë në sektorë tjerë. Asnjë nga respondentët të cilët punojnë në bujqësi, prodhim të ushqimit, qeveri ose sektor të financave kanë raportuar se kanë sigurim shëndetësor privat.

Fakti që kushtet ekonomike paraqesin pengesë për njerëzit që të kenë qasje në kujdes shëndetësor, veçanërisht ata nga zonat rurale, ka qenë temë e rëndësishme në mesin e punëtorëve shëndetësor të intervistuar. 'Kjo do të thotë se shumë njerëz për shkak se nuk janë në gjendje të paguajnë, mbesin pa qasje në kujdes' tha një mjek.

'Shikoni fëmijët, shikoni nënat e tyre, prindërit dhe në përgjithësi. Ju duhet të mundoheni t'iu jepni terapinë adekuate dhe terapinë për statusin ekonomik të tyre.'

- Mjek, QKMF, Gjilan

Në disa instanca, situatë ekonomike gjithashtu ka mundur të ndikojë në llojet e trajtimit që ata kanë marrë, siç përshkruan citimi i mjekut në katror. Kjo tregon se në disa raste pacientët mund të mos e marrin kujdesin që iu nevojitet, por vetëm trajtimin të cilin mund t'ia ofrojnë vetes në bazë të përshkrimit të mjekut. Një perceptim i tillë mund të nënvlerësojë qasjen e tyre në kujdes cilësor.

Sa i përket sëmundjeve specifike, pengesat financiare dhe gjeografike mund të ndërliqhen, duke e minuar qasjen në kujdes shëndetësor. Për shembull, nga 23 raste që nuk kanë mundur të marrin trajtim për kancer, arsyet më të shpeshta kanë qenë se nuk ka trajtim në dispozicion në Kosovë ose është i papërballueshëm financiarisht.¹⁴⁵ Disa trajtime mund të janë në dispozicion në klinika private, mirëpo nuk janë të përballueshme. Duke ekzaminuar llojet e sëmundjeve për të cilat nuk ka trajtim në dispozicion në Kosovë janë lënë anash në këtë hulumtim, mirëpo mund të jetë fushë për hulumtime të ardhshme.

Pengesat gjeografike sipas vendbanimit

Indeksi i Pengesave Gjeografike ka marrë parasysht kohën e udhëtimit, mënyrën dhe distancën për në institucionin shëndetësor, si dhe ka perceptuar mos-qasjen në shëndet reprodutiv. Në përgjithësi, qytetarët urban ballafaqohen me më pak pengesa gjeografike sesa homologët e tyre urban. Për shembull 36% e kosovarëve rural (krahasuar me 22% të kosovarëve urban) konsiderojnë distancën për në institucion shëndetësor si problem për qasje në kujdes shëndetësor ($p < 0.01$). Kosova ka klinika primare në të gjitha 38 komunat, spitale të kujdesit sekondar në secilën nga shtatë rajone dhe spitalin terciar vetëm në Prishtinë. Duke marrë parasysht organizimin e decentralizuar, vetëm Kosovarët e izoluar në aspektin gjeografik ballafaqohen me pengesa në qasjen në kujdes primar. Sidoqoftë, ata nuk mund të thuhet se janë për një kujdes më të specializuar. Në lidhje me këtë, niveli i sistemit të kujdesit shëndetësor në të cilin qytetarët duan të kenë qasje mund të jetë i rëndësishëm, edhe pse studimi nuk e ka hulumtuar këtë.

Ky dallim në qasjen gjeografike është reflektuar në mënyra të ndryshme të transportimit të përdorura nga ana e respondentëve për të arritur në institucionin shëndetësor. Shumica e qytetarëve urban (47.6%) dhe rural (64.1%) i përdorin automjetet e tyre personale. Mirëpo, mundësia e dytë më e popullarizuar ka ndryshuar dukshëm. Zgjedhja e dytë më e zakonshme për respondentët urban është ecja deri në institucion shëndetësor, përzgjedhur nga 37.1% e respondentëve. Vetëm 8.3% e respondentëve rural ka thënë se kanë ecur. Më shumë, 19% e respondentëve rural thane se kanë marrë autobus apo minibus.¹⁴⁶ Respondentët e intervistës nga Peja kanë theksuar se mungesa e transportit publik në disa zona rurale mund të krijojë pengesa për banorët rural që kërkojnë kujdes shëndetësor. Mundësia e pamjaftueshme e transportit publik gjithashtu mund të rrisë shpenzimet e qasjes në kujdes shëndetësor, pasi që automjeti apo taksi mund të jenë shumë të shtrenjtë.

¹⁴⁵ Nuk ka pasur dallim të dukshëm sipas vendbanimit, përkatësisë etnike ose gjinisë.

¹⁴⁶ Nuk ka pasur dallim të dukshëm në mes të grave dhe burrave.

Pengesat kulturore sipas vendbanimit

Pengesat e mudshme kulturore të ekzaminuara me Indeks të Pengesave Kulturore kanë përfshirë edhe fuqinë e vendosjes për të kërkuar kujdes shëndetësor, nevojën për të siguruar leje, aftësinë për të udhëtuar vetëm dhe besimin se marrja e kujdesit është e papranueshme. Kosovarët rural, me notën kryesore prej 14.8 ballafaqohen pak më shumë me pengesa kulturore sesa kosovarët urban të cilët e kanë notën kryesore 11.2% ($p < 0.001$). Në kontekstin urban, gratë dhe burrat nuk janë statistikisht të ndryshëm nga njëri tjetri. Mirëpo, burrat rural dhe gratë dallojnë, pasi që gratë rurale ballafaqohen me më shumë pengesa.

Vetëdija në bazë të vendbanimit

Indeksi i Vetëdijes ka përfshirë pyetje për respondentët për të perceptuar dijenin e tyre rreth të drejtave ligjore për shërbime të kujdesit shëndetësor, sigurimit shëndetësor dhe parashtrimin të ankesave nëse nuk janë të kënaqur me cilësinë e kujdesit shëndetësor të pranuar. Kosovarët urban notohen me 34.8 në Indeks të Vetëdijes, janë shumë më të vetëdijshëm për të drejtat e tyre sesa kosovarët rural, me notën prej 42.5 ($p < 0.001$). Kur shtresohen banorët rural dhe urban, ka një marrëdhënie të dukshme në mes të arsimimit dhe të drejtave për të dytë edhe banorët urban ($p < 0.001$) edhe ata rural ($p < 0.001$). Qasja e pamjaftueshme në arsimim në zona rurale mund të ndërlidhet me banorët rural që në mënyrë të krahasueshme janë më pak të vetëdijshëm për të drejtat e tyre.

Marrëdhënia ofrues-pacient sipas vendbanimit

Indeksi i Marrëdhënies Ofrues-Pacient (MOP) ka ekzaminuar eksperiencat dhe kënaqësinë e qytetarëve me punëtorët shëndetësor. Pyetjet janë marrë me atë se a ndihen rehat qytetarët derisa ekzaminohen, a i kuptojnë sqarimet që iu jepen, a iu adreson pyetjet që i parashtrojnë dhe nëse punëtori shëndetësor shpenzon kohë të mjaftueshme me pacientin. Pyetjet që kanë të bëjnë me planifikimin familjar duke përfshirë edhe atë se a iu është transmetuar informata për kontroll të lindjes, duke përfshirë mundësitë e shumëfishta dhe efektet anësore, dhe nëse pacienti ndihet rehat për diskutimin rreth sëmundjeve seksualisht të transmetueshme.

Si edhe me treguesit e tjerë të mëparshëm, kosovarët rural dhe urban notohen ndryshe ($p = 0.03$). Cilësia e MOP është pak më e keqe për kosovarët rural (53.8) sesa ata urban (51.4). Nëpër të dy rajonet, rurale dhe urbane, gratë mbajnë marrëdhënie më të mira me ofruesit e tyre të kujdesit shëndetësor sesa që bejnë burrat. Burrat urban, me notën kryesore prej 56.7, shënojnë cilësinë më të keqe të MOP sesa gratë urbane, me notën kryesore prej 46.9 ($p < 0.001$). Ngjashëm, burrat rural me mesataren e notës së MOP prej 55.8 kanë marrëdhënie të këqia me ofruesit e tyre të kujdesit shëndetësor sesa gratë rurale, me notën prej 51.9 ($p = 0.007$). Gratë rurale kanë marrëdhënie të këqia me ofruesit e kujdesit shëndetësor në krahasim me gratë urbane. Sidoqoftë, nuk ka dallim të dukshëm në mes të notave të burrave rural dhe urban.

Cilësia e perceptuar e personelit sipas vendbanimit

Indeksi i Perceptimit të Cilësisë së Personelit (PCP) ka ekzaminuar kënaqësinë e pacientëve me kujdesin e pranuar, konfidencialitetin dhe privatësinë. Gjithashtu ka marrë parasysh trajtimin nga ana e mjekut, kompetencën e tyre, kompletësinë dhe saktësinë, duke perceptuar keqdiagnostifikimin ose kujdesin e papërshtatshëm. Nuk ka dallim të dukshëm në atë se si respondentët rural dhe urban perceptojnë cilësinë e ofruesve të tyre të kujdesit shëndetësor. Të dy grupet shënuan rreth 23 pikë në Indeks të PCP.

Mirëpo, kur analizohen sipas dy gjinive dhe vendbanimeve, ekzistojnë dallime të dukshme në mes të grupeve. Krahasuar me gratë urbane, burrat urban janë përgjigjur se ofruesit e kujdesit të tyre shëndetësor janë relativisht të cilësisë së ulët. Dallimi i njejtë në perceptim nuk ekziston tek burrat rural dhe gratë rurale, të cilët kanë perceptim të ngjashëm. Krahasuar me burrat rural, burrat urban gjithashtu gjithashtu perceptojnë se ofruesit e kujdesit shëndetësor të tyre janë pak të cilësisë së ulët. Sidoqoftë, e njejta nuk është e vërtetë tek homologet e tyre femërore.

Përfundim

Banorët e zonave rurale kanë më shumë kufizime në qasjen në kujdes shëndetësor sesa homologët urban. Financimi i kujdesit shëndetësor është veçanërisht i vështirë për gratë rurale. Distanca për në institucionin shëndetësor konsiderohet problem më tepër nga qytetarët rural sesa nga ata urban, veçanërisht kur nuk kanë automjete personale. Gratë rurale, substancialisht më tepër se se gratë urbane, janë të prirura për të kërkuar leje para se ta vizitojnë mjekun. Ndoshta në lidhje me mesataren e nivelit të arsimimit, banorët rural kanë më pak vetëdije për të drejtat e tyre ligjore për kujdes shëndetësor sesa homologët e tyre urban. Qytetarët rural gjithashtu vlerësojnë marrëdhëniet e tyre me ofruesit e kujdesit shëndetësor si të këqija, derisa burrat urban i rangojnë ato si të cilësisë më të ulët. Kështu që vendbanimi është factor i rëndësishëm kur vendoset nëse një Kosovar do të ketë qasje në kujdes shëndetësor përkundër vendndodhjes strategjike të qendrave të kujdesit primar, e cila ka kërkuar të minimizojë pengesat gjeografike.

Përkatësia Etnike dhe Qasja në Kujdes Shëndetësor

Popullata e Kosovës përmban me shumicë të madhe të Shqiptarëve dhe disa grupe të pakicave etnike, duke përfshirë boshnjakët, serbët, turqit, ashkalitë, egjiptasit, goranët dhe romët. Shtatë tregues¹⁴⁷ janë analizuar sipas përkatësisë etnike në seksionet vijuese. Sa më e lartë nota në secilin indeks, aq më e madhe pengesa në qasjen në shërbime të kujdesit shëndetësor. Notat e mundshme luhaten nga zero, nuk ka pengesa fare për kujdes shëndetësor deri në njëqind, pengesa të mëdha.

Pengesat financiare sipas përkatësisë etnike

Përkatësia etnike është shumë e ndërlidhur me qasjen financiare. Në mesatare, shqiptarët kanë Indeks të Pengesave Financiare me notën 15.7. Përsëri, pasi që shumica e respondentëve të studimit kanë qenë shqiptarë, statusi i të gjitha grupeve tjera etnike është krahasuar me atë të shqiptarëve.

Tabela 4. Gjetjet mesatare të Pengesave Financiare të Ndara sipas Përkatësisë Etnike dhe Gjinisë (Gabimet Standarde në Kllapa)

P. Etnike	Gra	Burra	Të dy gjinitë
Shqiptarë	16.2 (1.018)	15.2 (1.009)	15.7 (0.717)
Serbë	9.2 (1.789)	9.8 (1.774)	9.5 (1.261)
Rom, Ashkali, Egjiptas	40.1 (3.745)	50.5 (4.006)	44.8 (2.806)
Boshnjak	48.6 (4.918)	24.1 (2.925)	36.3 (3.312)
Goran	54.8 (5.699)	53.6 (6.117)	54.2 (4.194)
Turq	21.6 (4.490)	6.7 (2.924)	16.1 (3.258)

Serbët kanë notën mesatare prej 9.52 dhe kështu ballafaqohen me pengesa më të ulëta financiare sesa Shqiptarët ($p=0.004$). Sidoqoftë, jo të gjithë serbët janë më mirë se shqiptarët. Serbët të cilët jetojnë në Mitrovicë janë dukshëm më mirë se serbët të cilët jetojnë diku tjetër në Kosovë. Serbët të cilët jetojnë në Mitrovicë kanë në mesatare pengesa skajshëm më të ulëta me notën 0.9. Për serbët që jetojnë diku tjetër, pengesa mesatare financiare është 22.5, që do të thotë se ballafaqohen me më shumë pengesa sesa shqiptarët.

Boshnjakët, romët, ashkalitë, egjiptasit dhe goranët të gjithë ballafaqohen me pengesa më të larta sesa shqiptarët ($p<0.001$ për të gjithë). Indeksi i Pengesave Financiare të pakicave jo-serbe, jo-turke është së paku dy herë sa i shqiptarëve. Kur shikohet brenda grupeve etnike, gratë turke dhe boshnjake ballafaqohen me pengesa dukshëm më të mëdha financiare sesa burrat e përkatësisë së njejtë etnike. Gratë boshnjake ballafaqohen me pengesa dukshëm më të larta me notën kryesore prej 48.6, krahasuar me burrat Boshnjak 24.1 ($p<0.001$). Poashtu, gratë turke shënojnë 21.6 në krahasim me burrat turq 6.73 ($p=0.03$).

Dallimi në notim në mes të gjinive të përkatësisë së njejtë etnike ilustron një renditje tjetër të pengesave financiare në mes të burrave dhe grave. Burrat boshnjak me notën kryesore prej 24.1, janë shumë më afër në notim me burrat shqiptarë 15.2 dhe jo statistikisht ndryshe ($p=0.38$). Vetëm burrat rom, ashkali dhe egjiptas me notën prej 50.5, dhe burrat goran me notën 53.6 janë dukshëm më të ndryshëm sesa burrat shqiptarë ($p<0.001$ për të dytë).

Pengesat Gjeografike sipas Përkatësisë Etnike

Respondentët shqiptarë kanë shënuar notën kryesore prej 38.3 në Indeksin e Pengesave Gjeografike. Në përgjithësi, serbët (30.6) ballafaqohen me pengesën gjeografike më të ulët ($p<0.001$). Derisa statistikisht ndryshe nga serbët, shqiptarët nuk janë shumë më keq. Boshnjakët dhe turqit shënojnë ngjashëm me shqiptarët, romët, ashkalitë, dhe egjiptasit në

¹⁴⁷ Shih shtojcën I.

ballafaqim me pengesat gjeografike sesa shqiptarët me notën 48.8 ($p=0.002$). Sidoqoftë, goranët janë dukshëm më keq se të gjitha grupet tjera me notën 83.3 ($p<0.001$). Në mesin e grupeve etnike, goranët jetojnë në zonat rurale më të izoluara të Kosovës, larg nga institucionet shëndetësore, gjë që shpjegon se pse ata shënojnë notat më të ulëta sa i përket qasjes gjeografike.

Gratë serbe (36.6) ballafaqohen me pengesa dukshëm më të larta sesa burrat Serbë (25.2) ($p=0.001$). Derisa gratë Serbe ende kanë notën më të ulët në mesin e të gjitha grave, që nënkupton se ballafaqohen me

Tabela 5. Matjet e mesatares së pengesave gjeografike sipas etnisë dhe gjinisë (Gabimet Standarde në Kllapa)

P. Etnike	Gra	Burra	Të dy gjinitë
Shqiptarë	39.1 (1.006)	38.3 (1.099)	38.8 (0.765)
Serbë	36.6 (2.764)	25.2 (1.802)	30.6 (1.668)
Rom, Ashkali, Egjiptas	49.4 (4.151)	48.0 (4.740)	48.8 (3.123)
Boshnjak	40.5 (5.356)	32.1 (4.362)	36.4 (3.512)
Goran	84.6 (6.182)	82.1 (7.362)	83.3 (4.783)
Turq	37.1 (4.665)	36.9 (5.880)	37.0 (3.653)

më së paku pengesa, zbrazëtia në mes të grave shqiptare dhe atyre serbe është domethënëse. Mënyra e transportimit mund të ndikojë në pabarazitë në qasjen gjeografike në mes të përkatësive etnike. Oraret e transportimit në qasjen në kujdes shëndetësor dallon dukshëm në mes të grupeve etnike në Kosovë. Shumica e romëve, ashkalive, egjiptasve (50.8%) dhe boshnjakëve (68.25) kanë ecur herën e fundit kur kanë vizituar mjekun. Më pak se 15% kanë përdorur automobilin personal. Në kontrast, mbi 60% e respondentëve Shqiptarë kanë përdorur automjetin personal për të udhëtuar te mjeku, dhe më pak se 20% kanë ecur. Në mesin e goranëve, grupit me më së shumti disavantazh, askush nuk ka raportuar se e ka përdorur automjetin personal. Dy të tretat kanë thënë se kanë marrë taksë dhe 22% kanë ecur.

Pengesat kulturore sipas përkatësisë etnike

Bazuar në Indeksin e Pengesave Kulturore, pengesat kulturore me të cilat ballafaqohen qytetarët janë shumë të ndërlidhura me përkatësinë etnike ($p<0.001$). Në përgjithësi popullata Serbe ka më së paku pengesa kulturore, me notën kryesore më të ulët 8.4 ($p=0.002$). Shqiptarët grupi kryesor, shënojnë notën e dytë më të ulët kryesore prej 13.1. Romët, ashkalitë dhe egjiptasit shënojnë notën kryesore prej 13.7, derisa boshnjakët shënojnë 20.4 dhe turqit 21.0. Goranët shënojnë 47.4 që do të thotë se ata ballafaqohen me më së shumti bariere kulturore. Boshnjakët, turqit dhe goranët të gjithë ballafaqohen dukshëm më shumë me bariere kulturore sesa Shqiptarët.¹⁴⁸

Tabela 6. Matjet e mesatares së pengesave kulturore sipas etnisë dhe gjinisë

P. Etnike	Gra	Burra	Të dy gjinitë
Shqiptarë	14.1 (0.755)	11.9 (0.676)	13.1 (0.511)
Serbë	10.3 (1.498)	6.6 (1.05)	8.4 (0.912)
Rom, Ashkali, Egjiptas	11.6 (1.727)	16.2 (2.712)	13.7 (1.567)
Boshnjak	28.4 (4.838)	11.7 (3.220)	20.4 (3.177)
Goran	55.8 (8.856)	32.8 (6.231)	47.4 (6.514)
Turq	22.3 (5.012)	18.8 (4.954)	21.0 (3.640)

Brenda grupeve etnike, gjinia vazhdon të luaj rol në pengesat kulturore me të cilat ballafaqohen. Gratë shqiptare sipas statistikave ballafaqohen me më shumë pengesa sesa që ballafaqohen burrat Shqiptarë ($p=0.03$). Gratë serbe gjithashtu ballafaqohen me më shumë pengesa sesa burrat Serbë ($p=0.04$). Burrat dhe gratë boshnjakë kanë dallimin më të dukshëm me gratë boshnjake që shënojnë 28.4 në krahasim me burrat boshnjakë 11.7 ($p=0.008$). Në mesin e goranëve, turqëve, romëve, ashkalive dhe egjiptasve nuk ka ndonjë dallim statistikor të dukshëm në mes të grave dhe burrave.

¹⁴⁸ Më specifikisht, $p=0.016$, $p=0.048$, gjegjësisht $p<0.001$.

Marrëdhënia pacient - ofrues sipas përkatësisë etnike

Kur të dhënat shtresohen sipas përkatësisë etnike, janë dy grupe kryesore rreth notave 50 gjegjësisht 65. Respondentët në grupin më të ulët, të cilët raportojnë për marrëdhënie më të mira mes pacientit dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë shqiptarët (52.3), turqit (51.8), romët, ashkallitë dhe egjiptasit (47.0). Asnjë nga këto grupe etnike nuk dallojnë statistikisht nga shqiptarët. Respondentët në grupin më të lartë, të cilët raportojnë për marrëdhënie të këqija në mes të pacientit dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë serbët (59.4), boshnjakët (69.4) dhe goranët (64.3). Të gjithë janë statistikisht ndryshe nga shqiptarët.¹⁴⁹

Gratë dhe burrat e secilit grup etnik kanë prirje të raportojnë marrëdhënie të ndryshme me ofruesit e tyre të kujdesit shëndetësor. Për gratë shqiptare, rome, ashkali dhe egjiptase, trendi i përgjithshëm është që gratë raportojnë marrëdhënie më të mira me ofruesit e kujdesit shëndetësor sesa homologët e tyre mashkullor. Burrat shqiptarë shënojnë 55.9 në krahasim me gratë shqiptare të cilat shënojnë 49.1 ($p < 0.001$). Burrat rom, ashkali dhe egjiptas shënojnë 62.1 derisa gratë shënojnë 43.2. Ky dallim prej 18.9 pikëve në mes të burrave dhe grave rome, ashkali dhe egjiptas është zbrazëtira më e madhe në mes të cilit do shtresim etnik ($p < 0.001$).

Për serbët dhe goranët, ky trend është i kthyer mbrapshtë. Burrat serbë 956.5) raportojnë marrëdhënie më të mira me ofruesit e tyre të kujdesit shëndetësor sesa gratë serbe (62.3; $p = 0.046$). Burrat goran ngjashëm raportojnë marrëdhënie më të mira (55.8) sesa gratë Gorane (70.2) ($p = 0.03$). gjetjet e studimit nuk kanë treguar ndonjë dallim të dukshëm në mes të burrave dhe grave boshnjake.

Cilësia e perceptuar e personelit shëndetësor sipas përkatësisë etnike

Serbët, boshnjakët dhe goranët e perceptojnë cilësinë e personelit shëndetësor më ndryshe se që bëjnë shqiptarët. Shqiptarët kanë prirje të besojnë se personeli është i cilësisë më të lartë sesa që besojnë grupet tjera etnike; shqiptarët shënojnë 22.6 në krahasim me 31.7 për serbët, 32.0 për boshnjakët dhe 34.7 për goranët, romët ashkallitë, egjiptasit dhe turqit nuk dallohen statistikisht nga shqiptarët.

Kur krahasohen sipas gjinisë dhe përkatësisë etnike, gratë serbe raportojnë cilësi dukshëm më të dobët të personelit (37.3) sesa burrat serbë (27.2) ($p < 0.001$). Gratë rome, ashkali dhe egjiptase (17.4) i rangojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor më mire sesa homologët e tyre mashkullor (25.8) ($p = 0.001$).

Tabela 7. Matjet mesatare të marrëdhënies Pacient-Ofrues sipas etnisë dhe gjinisë (Gabimet Standarde në Kllapa)

P. Etnike	Gra	Burra	Të dy gjinitë
Shqiptarë	49.1 (0.953)	55.9 (0.840)	52.3 (0.650)
Serbë	62.3 (2.243)	56.6 (1.793)	59.4 (1.448)
Rom, Ashkali, Egjiptas	43.2 (2.406)	62.1 (2.427)	51.8 (2.012)
Boshnjak	71.0 (2.403)	67.8 (4.016)	69.4 (2.328)
Goran	70.2 (3.410)	55.8 (5.193)	64.2 (3.276)
Turq	43.7 (4.796)	52.6 (3.914)	47.0 (3.423)

Tabela 8. Matjet mesatare të cilësisë së perceptuar mbi Personelin Shëndetësor sipas Etnisë dhe Gjinisë (Gabimet Standarde në Kllapa)

P. Etnike	Gra	Burra	Të dy gjinitë
Shqiptarë	22.3 (0.710)	22.9 (0.662)	22.6 (0.486)
Serbë	37.3 (1.823)	27.2 (1.295)	31.7 (1.149)
Rom, Ashkali, Egjiptas	17.4 (1.166)	25.9 (2.238)	21.2 (1.269)
Boshnjak	32.5 (3.264)	31.6 (1.752)	32.0 (1.833)
Goran	36.2 (2.041)	32.0 (4.812)	34.7 (2.219)
Turq	25.2 (2.915)	14.3 (1.707)	21.2 (2.155)

¹⁴⁹ Më specifiku, $p < 0.0001$, $p < 0.0001$, gjegjësisht $p = 0.036$.

Disponueshmëria e shërbimeve të kujdesit shëndetësor sipas përkatësisë etnike

Indeksi i Disponueshmërisë ka përfshirë pyetje që merren me disponueshmërinë e paisjeve shëndetësore, kujdesit shëndetësor në emergjencë dhe kohës së pritjes në qasjen në kujdes shëndetësor. Shumica e grupeve etnike mbledhen rreth notës së disponueshmërisë përafërsisht 30. Nuk ka dallim statistikor mes shqiptarëve dhe shumicës së grupeve etnike. Goranët janë të vetmit që dallohen. Ata shënojnë dukshëm më keq se cilido grup tjetër etnik, me notën kryesore 56.3.¹⁵⁰

Brenda Indeksit kjo pabarazi pjesërisht udhëhiqet nga brenga e popullatës gorane në lidhje me mungesën e kujdesit emergjent në afërsinë e tyre. Rreth 32% e goranëve nuk ka menduar se ata do të mund të kishin qasje më të lehtë nëse do të kishin emergjencë. Në krahasim, vetëm shtatë përqind e shqiptarëve, 10% e serbëve, një përqind e romëve, ashkalive dhe egjiptasve, 12% e boshnjakëve dhe 3% e turqve e kanë ndarë këtë brengë.

Goranët gjithashtu kanë shprehur brengë se paisjet që iu nevoiten mund të mos jenë në dispozicion. Rreth 80% e goranëve kanë raportuar këtë brengë. Derisa më shumë goranë ishin të brengosur për disponueshmërinë e paisjeve, këtë brengë e kanë ndarë edhe e tërë popullata. Rreth 50% e shqiptarëve, 40% e serbëve, 40% e romëve, ashkalive dhe egjiptasve, 60% e boshnjakëve, dhe 45% e turqëve kanë shprehur brengën e njejtë.

Në përgjithësi respondentët janë pajtuar se koha e pritjes kur e vizitojnë mjekun është e gjatë. Shumica e respondentëve, 45.3% ose janë pajtuar ose janë pajtuar fuqishëm se ata 'zakonisht presin kohë të gjatë' kur shkojnë te mjeku. 28.1% as nuk janë pajtuar as e kundërta, derisa vetëm 24.7% nuk janë pajtuar ose nuk janë pajtuar fuqishëm.

Vetëdija për të drejtat e pacientit sipas përkatësisë etnike

Sipas Indeksit të Vetëdijes, vetëdija e shumicës së grupeve etnike është në vijë të njejtë me nivelin e vetëdijes si shqiptarët. Shqiptarët shënojnë një mesatare prej 38.6 për vetëdijësim. serbët (45.3), turqit (45.6), romët, ashkalitë dhe egjiptasit (33.6) dallojnë pak nga shqiptarët, por jo dukshëm. Në të kundërtën, boshnjakët dhe goranët dukshëm janë më pak të vetëdijshëm për të drejtat e tyre ($p < 0.001$ për të dytë). Boshnjakët shënojnë një mesatare prej 62.0. goranët ishin me së paku të vetëdijshëm për të drejtat e tyre me notën prej 73.2 ($p < 0.001$).

Brenda grupeve etnike ekzistojnë dallime gjinore. Në mesin e serbëve, gratë janë shumë më pak të vetëdijshme për të drejtat e tyre (59.8), se sa burrat (32.4) ($p < 0.001$). Për boshnjakët, e vërteta është e kundërt. Gratë boshnjake (52.4) janë shumë më të vetëdijshura në lidhje me të drejtat e tyre se sa burrat boshnjakë (71.9) ($p = 0.01$). Kur konsiderohen këto mospërputhje gjinore, gratë renditet ndryshe nga popullsia e përgjithshme kur ndahen sipas përkatësisë etnike. Gratë serbe dhe gorane janë grupet e vetme dukshëm më ndryshme nga gratë shqiptare (respektivisht $p < 0.001$, $p = 0.04$).

Përfundim

Shumica e grupeve etnike pakicë ballafaqohen me më shumë vështirësi në qasje në kujdes shëndetësor sesa popullata shumicë e shqiptarëve. Pengesat ekonomike janë më të lartat për boshnjakët, romët, ashkalitë, egjiptasit dhe goranët, derisa serbët qëndrojnë më mire. Për shkak të vendbanimit të tyre të largët, goranët ballafaqohen me më shumë pengesa gjeografike

¹⁵⁰ Më specifikisht, goranët janë dukshëm më të ndryshëm se shqiptarët ($p = 0.005$), serbët ($p = 0.036$), romët, ashkalitë, egjiptasit ($p < 0.001$), boshnjakët ($p = 0.024$) dhe goranët ($p = 0.002$).

për kujdes shëndetësor, duke përfshirë edhe mos ekzistimin e shërbimeve emergjente. Askush nuk ka raportuar se përdor automjete, edhe pse kjo ka qenë njëra nga mënyrat më të zakonshme të udhëtimit për shqiptarët për të arritur te mjeku. Në lidhje me pengesat kulturore, përsëri serbët kanë shënuar situatë më të mirë sesa të gjitha grupet etnike, dhe goranët janë ballafaquar me më së shumti pengesa. Boshnjakët dhe goranët kanë ditur më së paku për të drejtat e tyre në kujdesin shëndetësor. Një sqarim potencial për notat më të mira të serbëve mund të jetë sistemi i tyre paralel shëndetësor që ekziston në Mitrovicë, ku banon një pjesë e madhe e popullatës.

Njohuria për të Drejtat në Kujdesin Shëndetësor

Të drejtat e pacientëve kishin qëllim të sigurojnë trajtim të barabartë për të gjithë pacientët duke i koduar se çka i takon pacientit dhe i garantohet me ligj.¹⁵¹ Marrëdhënia në mes të mjekut dhe pacientit mbështetet në besimin e pacientit se mjeku ka njohuri dhe ekspertizë në shëndetësi. Kjo marrëdhënie ka një element të natyrshëm të hierarkisë që e vendos pacientin në një pozitë të cenueshme. Prandaj, të kuptuarit se sa janë të njohtuar pacientët me të drejtat e tyre, se sa mirë e kuptojnë respondentët sistemin shëndetësor dhe se a janë pacientët e aftë të ushtrojnë të drejtat e tyre janë të gjitha të rëndësishme për të kuptuar se si jepet shërbimi shëndetësor në praktikë.

Pengesat e njohurisë

Informatat e pamjaftueshme mund të jenë pengesë për marrjen e kujdesit shëndetësor. Nëse njerëzit nuk dine si t'i qasen kujdesit shëndetësor ose cilat janë të drejtat e tyre për kujdesin shëndetësor, mund të jetë vështirë për ata të marrin kujdes shëndetësor apo të kërkojnë që të drejtat e tyre të respektohen.

Të dhënat e studimit ofrojnë dëshmi të fuqishme se njohuria joadekuate për sistemin e kujdesit shëndetësor dhe shërbimet në dispozicion krijojnë pengesa në qasjen në kujdes shëndetësor. Më specifikisht, kur kërkohet njohuri e tyre për të drejtat e tyre për kujdes shëndetësor, vetëm 11.1% e kosovarëve janë deklaruar se kanë ditur 'shumë' për të drejtat e tyre. Gratë kanë qenë dukshëm më të prirura sesa burrat të besojnë se i dine të drejtat e tyre ($p=0.003$); 14% e grave krahasuar me 7.9% të burrave të cilët thonin se dijnë 'shumë' për të drejtat e tyre. Përafërsisht 62% e respondentëve e kanë ditur se kanë të drejtë ligjore për sigurim shëndetësor.

Derisa disa punëtorë shëndetësor të intervistuar kanë besuar se kosovarët janë të informuar për të drejtat e tyre dhe njohuria e tyre është përmirësuar, të tjerët kanë menduar se ende mungon vetëdijësimi. Një përfaqësues i një spitali ka vërejtur se, 'Nuk ka pasur punëtëmjaftueshme në drejtim të njoftimit të qytetarëve për t'i kuptuar të drejtat e tyre kur bëhet fjalë për të drejtat e pacientëve ose të drejtat për të marrë kujdes shëndetësor apo konfidencialiteti.

Njohuria për shërbimet e shëndetit seksual dhe reprodaktiv

Shumica e respondentëve të studimit 61.6% kanë treguar se nuk ndihen se kanë qasje adekuate ndaj shërbimeve të shëndetit seksual dhe reprodaktiv. Arsyeja më e shpeshtë e cekur nga 65.5% e tyre, ka qenë se nuk kanë ditur se ku mund t'iu çasen këtyre shërbimeve. Respondentët e studimit gjithashtu kanë demonstruar konfuzitet në lidhje me ofruesit e kujdesit shëndetësor. QKMF ofron shërbime gjinekologjike dhe të shëndetit reprodaktiv, pasi që mjekët familjar mund të ofrojnë kontroll të lindjeve dhe shumicën e shërbimeve të shëndetit reprodaktiv. Më tutje, shumë QKMF kanë gjinekologun e vendosur aty. Mirëpo, kur pyeten se a ofron shërbime të tilla QKMF ose a janë këto shërbime të gjinekologut të mundshme vetëm në klinikën gjinekologjike, respondentët ishin gati të ndarë në mes të tre mundësive: 35.3% thanë që QKMF ofron shërbime gjinekologjike dhe të shëndetit reprodaktiv, 34% thanë që shërbimet e tilla mund të ofrohen vetëm nga gjinekologu dhe 30.7% nuk kanë ditur.¹⁵² Njohuria e

¹⁵¹ Kapitulli i Kornizës paraprake Ligjore për Kujdesin Shëndetësor thekson ligjet relevante në Kosovë.

¹⁵² Nuk ka ndonjë dallim në mes të zonave rurale dhe urbane në këtë pike.

pamjaftueshme se ku mund të merret shërbimi për shëndetin reproduktiv mund t'i pengojë njerëzit nga kërkimi i këtyre shërbimeve.

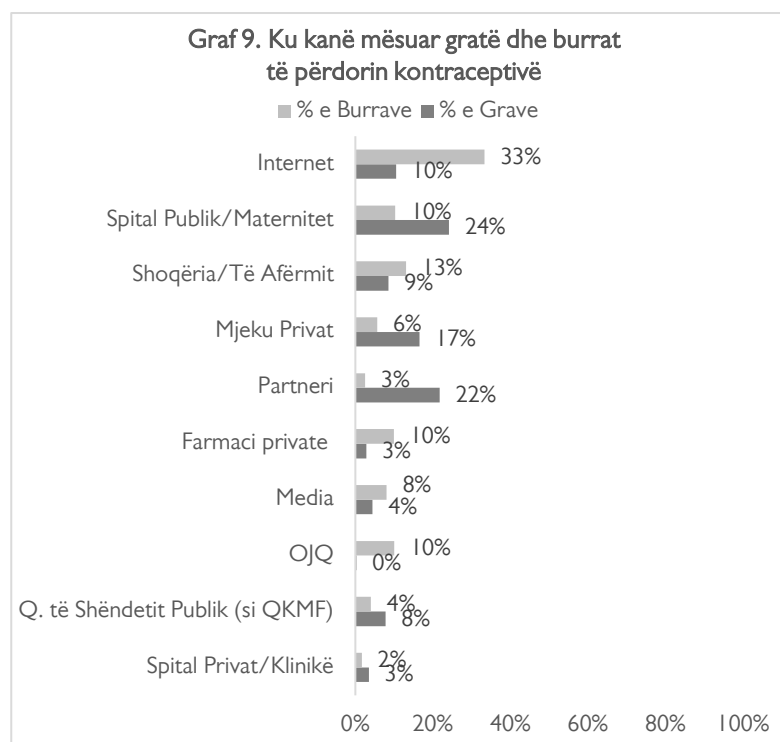
Një mungesë tjetër e njohurisë që ka dalë nga të dhënat ishte besimi se disa shërbime të caktuara janë të panevojshme. Për shembull, kur janë pyetur se pse nuk kanë kërkuar shërbime prenatale gjatë shtatzënisë, 23.8% e grave besojnë se ka qenë e panevojshme.

Edukimi për shëndetin reproduktiv dhe planifikim familjar duhet të jetë në dispozicion në nivelin primar të shëndetësisë, duke përfshirë shpërndarjen e kontraktivëve pa pagesë që janë në Listën Esenciale të Barnave. Respondentëve të studimit iu janë parashtruar disa pyetje në lidhje me planifikimin familjar duke përfshirë edhe pyetjen se prej nga e kanë marrë informatën për planifikim familjar. Pasi që përdorimi i kontraktivëve bashkëkohor mbetet i ulët në Kosovë,¹⁵³ njohuria e pamjaftueshme mund të jetë njëra nga arsyet se pse respondentët nuk përdorin kontraktivë.

Në përputhje me rezultatet e studimit të mëparshëm për qasjen në shërbime të shëndetit reproduktiv, 76.3% e respondentëve kanë treguar se nuk e kanë ditur se ku të marrin informata dhe shërbime në lidhje me planifikimin familjar. Pak më shumë gra e kanë ditur se ku të shkojnë (27.9%) se burrat (19.1). gati 82% të respondentëve mjeku ose infermier/ja asnjëherë nuk iu ka shpjeguar metodat e planifikimit familjar. Më tutje, përafërsisht 79% e grave thanë që punëtorët shëndetësor nuk iu kanë treguar asnjëherë për mundësitë e shumfishta për planifikimin familjar apo efektet e mundshme, efektet anësore ose për problemet që mund të ballafaqohen me metoda të ndryshme të planifikimit familjar. Përveq moshës së personave 16-24 të cilët mund t'i mos i kanë konsultuar punëtorët shëndetësor në lidhje me kontraktivët ende, njerëzit e moshave të reja ishin të prirur të raportojnë për marrjen e informatave nga punëtorët shëndetësor për mundësitë e ndryshme të planifikimit familjar (p<0.001) dhe efektet anësore të mundshme (p<0.001) më tepër se të moshuarit. Kjo tregon përmirësim gjatë kohës tek punëtorët shëndetësor në lidhje me informatat e tilla.

Kur përafërsisht 19% e personave që përdorin kontraktivë janë pyetur se ku e kanë marrë për herë të parë metodën e tyre kontraktive ose ku kanë mësuar se si të përdoret, shumica e respondentëve thanë se e kanë mësuar nga interneti (92%). Nuk është për t'u habitur, të rinjtë janë më të prirur të mësojnë për kontraktivët nga interneti sesa personat e moshave 35 e më lartë

(p<0.001). siç ilustron edhe grafika 9, spitali publik apo qendra e maternitetit kanë qenë burimet më të shpeshtë të informatave (15%) edhe pse më tepër për gra (24%) sesa burra (10%). Shokët

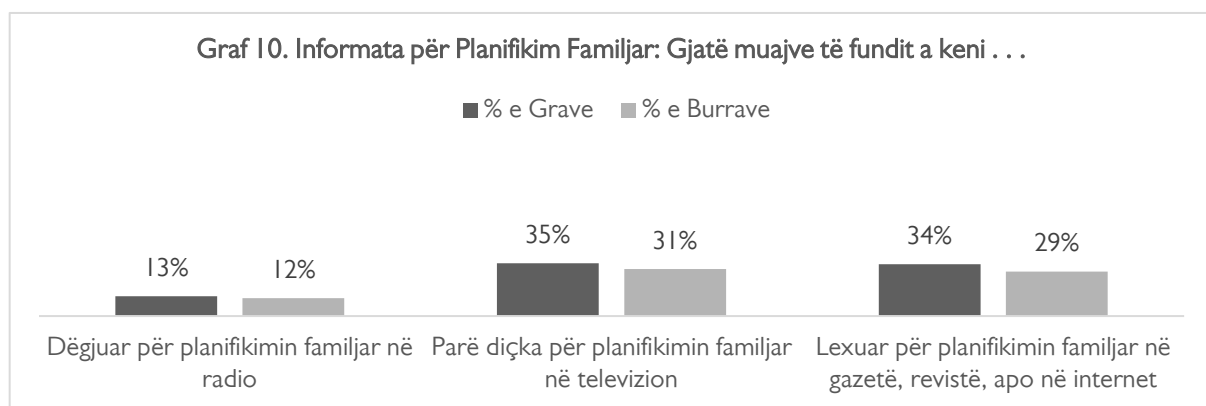


¹⁵³ Informatë për përdorimin e Kontraktivëve në Shtojcën 6.

apo të afërmit (12%), mjekët privat (9%), partnerët (9%) dhe barnatoret (8%) kanë qenë gjithashtu burime të infomatave për disa respondentë.

Burimet e infomatave në lidhje me kontraktivët dallon dukshëm për gra dhe për burra ($p < 0.001$). Gratë duket se i marrin informatat pikësisht nga spitalet publike ose qendrat e maternitetit (24%) dhe partnerët e tyre (22%). Në kontrast, më shumë burra janë të prirur të marrin informata nga interneti (33%). Është interesante që më shumë burra marrin informata për kontraktivë nga OJQ-të sesa gratë.

Respondentët gjithashtu janë pyetur se a kanë marrë informata në lidhje me planifikimin familjar nga burime të ndryshme në pesë muajt e fundit (shih grafikën 10). Të kuptuarit e asaj se si më së miri të arrihet tek grupet e caktuar me informata në lidhje me planifikimin familjar mund të jetë e dobishme për planifikimin e programeve të ngritjes së vetëdijes në të ardhmen. Televizioni duket të jetë metoda më e mirë për qasjen me informata për planifikim familjar tek njerëz e ndryshëm, nëpërmjet internetit duket të jetë më efektive në qasjen tek njerëzit nën moshën 35 vjeçare ($p < 0.001$).



Zbrazëtirat e njohurisë në mesin e ofruesve të kujdesit shëndetësor gjithashtu mund ta ngadalsojnë qasjen në kujdes cilësor. Për shembull, hulumtuesit kanë zbuluar se disa ofrues të kujdesit shëndetësor janë mbështetur në atë se çka kanë mësuar ata në universitet në lidhje me kontraktivët, pa vazhduar me edukim apo qëndruar në rrjedha të kontraktivëve bashkëkohor (shihë katrorin). Të tjerët kanë deklaruar se gjinekologët, veçanërisht, marrin trajnime të vazhdueshme dhe duhet të jenë të njohuar me informatat më të reja. Sidoqoftë, punëtorët shëndetësor mund t'i mos ofrojnë çdo herë pacientët me këto informata. Për shembull, një farmacist ka deklaruar se spjegimi i efekteve anësore pacientit është e pavlefshme sepse nuk e kuptojnë gjuhën shkencore. Në fakt, kjo është shkelje e ligjeve të Kosovës,¹⁵⁴ e cila kërkon nga punëtorët shëndetësor që të ofrojnë informata gjithpërfshirëse, duke spjeguar konceptet e vështira me fjalë të thjeshta ashtu që personat e të gjitha niveleve të edukimit e kuptojnë. Ndoshta disave nga punëtorët shëndetësor iu mungon arsimimi për të shpjeguar terminologjinë shëndetësore në mënyrë të kuptueshme.

‘Zakonisht, unë mendohem të këshilloj gratë të marrin, siç e kam mësuar në gjinekologji, *coitus interruptus* [tërheqje], si mbrojtje natyrale, pa barna.’

- Mjeko, Kujdesi Primar, Gjilan

Keqpërdorimi i të drejtave të pacientit

Si shtesë për njohurinë e të drejtave të tyre, respondentët janë pyetur gjithashtu për instancat specifike të shkeljes së të drejtave. Disa gra dhe burra raportuan instancë të asaj që e

¹⁵⁴ Kuvendi i Kosovës, Ligji për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Qytetarëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, 2004, Neni 9.

konsideronin diskriminim ose fyerje nga ana e punëtorëve shëndetësor. Në përgjithësi 1.9% e grave u pajtuan ose u pajtuan fuqishëm se janë ndier të diskriminuara nga ana e punëtorëve shëndetësor për shkak të gjinisë së tyre, derisa 6.8% as nuk, u pajtuan e as nuk u pajtuan. Përafërsisht një përqind e respondentëve (1.5% e grave dhe 0.4% e burrave) ndien se kanë qenë të prekur në mënyrë të papërshtatshme seksuale gjatë ekzaminimit. Sidoqoftë, kjo mund të jetë pjesërisht për shkak se pacienti nuk e din saktë se çka përmban një procedurë. Megjithatë, nëse njerëzit kanë njohuri të pamjaftueshme në lidhje me procedurat, kjo nënkupton se ofruesi i kujdesit ka dështuar në sqarimin e procedurës në mënyrë gjithëpërfshirëse. Disa kosovarë, 0.72%, raportuan se mjeku ia ka marrë gjakun për të bërë testin për HIV pa lejen e tyre.

Bazuar në përqindje, përafërsisht shtatë përqind e respondentëve të hulumtimit besojnë se punëtori shëndetësor i ka keq-diagnostifikuar ata. Në një rast, respondentit ka thënë se keq-diagnostifikimi e ka shpër atë në humbje të bineqve të palindur dhe mbetet sterile. Një përqind e respondentëve ka raportuar se mjeku i tyre i ka diagnostifikuar me kancer pa bërë asnjë test. Për shembull, një respondent ka raportuar se është diagnostifikuar me kancer të eshtrave, mirëpo konsultimi me mjekun e dytë e ka zbuluar se është spondiloza. Përafërsisht katër përqind e respondentëve besuan se mjeku i tyre iu ka rekomanduar intervenim të panevojshëm kirurgjik. Kjo ka ndodhur përafërsisht dy herë më shumë tek gratë sesa tek burrat. Një respondent tha që mjeku i ka propozuar intervenim kirurgjik të zorrës qorre, mirëpo respondentit më vonë e ka kuptuar se kjo është e panevojshme.

Derisa këto përqindje mund të duken të ulëta në krahasim me popullatën e përgjithshme, ata ofrojnë dëshmi se keqpërdorimet e të drejtave të pacientëve në Kosovë me gjasë po ndodhin. Fakti se cilido segment i popullatës po vuan nga këto keqpërdorime është i vlefshëm të përmendet. Më tutje, është shumë e mundur që këta respondentë janë të vetmit kosovarë të cilëve iu ka ndodhur një keqpërdorim i tillë. Dëshmitë si këto janë të përhapura, duke treguar se hulumtimi mund të ketë dështuar të kap shkallët më të zgjëruara të keqpërdorimit të të drejtave të pacientëve nga ana e ofruesve të kujdesit shëndetësor. Në minimum, dëshmia statistikore është e mjaftueshme për të ngitur brengat dhe për të motivuar hulumtim të mëtejshëm.

Intervistat me punëtorë shëndetësor kanë zbuluar keqpërdorime të të drejtave tjera që ndodhin në sistemin shëndetësor. Për shembull, qendrat e kujdesit shëndetësor duhet të kenë kushtet themelore për ofrimin e këtyre shërbimeve, duke përfshirë edhe ato të përcaktuara me ligj si pa pagesë. Sidoqoftë, kjo nuk është çdo herë kështu. Siç e kanë vërejtur mjekët, 'Lindja është e mbuluar nga sistemi shëndetësor në Kosovë, ose duhet të jetë në bazë të ligjit. [Mirëpo] kur shkoni atje, nuk ka pejë për prerje cezariene, nuk ka çarshafë ku të fleni, ose duhet një bar të cilin nuk e kanë'. Mungesa e materialeve, infrastrukturës (p.sh. hapësirave, ngrohjes, ujit dhe shtretërve), paisjet dhe kompjuterët të gjitha janë përmendur nga punëtorët shëndetësor si ndikues në cilësinë e kujdesit që ata e ofrojnë. Në kontrast, hulumtuesit kanë vërejtur kushte më të mira në përgjithësi dhe furnizim me medikamente në Qendrat e Shëndetit Mendor, në krahasim me institucionet shëndetësore publike apo private.

Një temë që ripërsëritet në mesin e punëtorëve shëndetësor ka qenë mungesa e burimeve njerëzore, në veçanti të infermiereve. Kjo, si thanë ata, do të zvoglonte kohën që iu nevoitet për ta kaluar veq e veq me pacientë, duke e penguar cilësinë e kujdesit. Disa respondentë të intervistuar cituan një numër të pamjaftueshëm të mjekëve të specializuar, ashtu që disa mjek kryejnë punë që janë jashtë fushës së tyre të specializuar. Këto kushte të pamjaftueshme në institucione publike shëndetësore janë keqpërdorim i të drejtave.

Në pajtim me Listën Esenciale, disa produkte farmaceutike duhet të jenë në dispozicion çdo here. Mirëpo, mos disponueshmëria e barnave, duke përfshirë ato në listë, ka qenë një temë që ripërsëritet në mesin e mjekëve të kujdesit shëndetësor. Në zonat rurale në veçanti shpesh

mungojnë barnat nga Lista Esenciale, duke përfshirë edhe kontraceptivët. Një infermiere tha 'Ndonjëherë neve na mungojnë p.sh. Deksazon, por kushton vetëm 20 cent, ashtu që është më pak se një kafe. Ndonjëherë pacientët nuk duhet ta qërasin veten me kafe në mënyrë që të blejnë për vete tre doza të Deksazonit'. Këtu infermierja e fajëson pacientin, duke u bazuar në paramendimin e pabazuar se një person i cili mund t'i ofrojë vetes në kafe duhet edhe t'i blejë barnat, edhe pse në fakt është detyrë e institucionit që t'i sigurojë ato barna.

Keqpërdorimi i të drejtave në sistemin shëndetësor, e dokumentuar në hulumtimin e mëparshëm, është korruptimi me të holla, të mira materiale ose marrëdhënie për të marrë kujdes më të mirë apo të shpejtë shëndetësor. Gjatë intervistave, disa ofrues të kujdesit shëndetësor kanë vërejtur se nepotizmi ndikon në cilësinë e kujdesit shëndetësor. Sidoqoftë, ky hulumtim nuk e ka ekzaminuar korrupsionin në detaje sepse është ekzaminuar në detaje nga ana e Lëvizjes Fol.¹⁵⁵ Në këtë raport, 25% e popullatës ka pranuar të ketë dhënë të holla ose të mira materiale punëtorëve shëndetësorë në vitin 2015, me burrat më të prirur që të japin të holla derisa gratë japin të mira tjera materiale. Të hollat janë dhënë kryesisht pas kërkesës nga ana e punëtorëve shëndetësor. Vetëm disa raste të korrupsionit janë lajmëruar dhe edhe më pak janë përfundur, ka cekur raporti.

Një e drejtë tjetër e keqpërdorur, që është vërejtur nga disa profesionistë shëndetësor ka qenë që disa mjekë marrin vendime pa iu ofruar pacientëve mundësi dhe se ai shërbim i ofruar mund të mos jetë i orientuar tek pacienti. Kjo gjithashtu është ilustruar me faktin se disa profesionistë shëndetësorë të caktuar i kanë lajmëruar së pari dhe ndonjëherë vetëm, familjes së pacientit për diagnozën në vend se ta informojë pacientin siç edhe diskutohet më tej në këtë seksion. Kjo shkel të drejtën e pacientit për t'u informuar.

'Ndonjëherë familja insiston se pacienti nuk duhet ta din diagnozën. Ne e respektojmë atë [dhe nuk i tregojmë pacientit].'

- Mjek, Prishtinë

Konfidencialiteti

E drejta e pacientit në konfidencialitet është e definuar si e drejtë e pacientit për mjek, infermier, farmacist ose staf tjetër shëndetësor për të mbajtur informata për pacientin ose shëndetin e pacientit konfidencial. Studimi dhe intervistat tregojnë se kjo e drejtë nuk dihet nga ana e të gjithë pacientëve, e as nuk rrespektohet nga ana e personelit shëndetësor.

Kur pyeten se a kanë të drejtë që mjeku duhet t'i mbajë informatat për ata dhe për shëndetin e tyre konfidencial, 21.5% respondentëve kanë thënë se nuk e kanë këtë të drejtë.¹⁵⁶ Të rinjtë janë më të prirur për të ditur të drejtën e tyre për konfidencialitet sesa personat e gjeneratave më të vjetra ($p=0.03$). Në 84.7% të rasteve, respondentët e moshave 16-24 e kanë ditur se kanë të drejtë derisa 71.6% e respondentëve prej 65 e më lartë nuk e kanë ditur.¹⁵⁷ Derisa nuk ekziston asnjë dallim në mes të njohurisë së grave rurale dhe urbane për të drejtën e tyre për konfidencialitet, burrat urban dhe rural dallojnë dukshëm ($p=0.03$) dhe burrat rural janë më së paku të njohtuar me të drejtën për konfidencialitet; 69.8% e burrave në zona rurale besojnë se kanë të drejtë për konfidencialitet në krahasim me 85% e burrave në zona urbane.

Kur shtresohen të dhënat sipas përkatësisë etnike, diskrepancat e larta për njohurinë e të drejtave për konfidencialitet janë evidente. Shqiptarët kanë pak më shumë njohuri sesa mesatarja kombëtare prej 78.5% me 80.1% të Shqiptarëve që pohojnë të drejtën e tyre për konfidencialitet. Secila pakicë, me përjashtim të Turqve, ka pasur më pak njohuri për këtë të

¹⁵⁵ Levizja Fol, 2016.

¹⁵⁶ Nuk ka dallim të dukshëm në mes të grave dhe burrave rural dhe urban.

¹⁵⁷ Nuk ka dallim të dukshëm në mes të gjinisë dhe moshës ($p=0.68$).

drejtë. Serbët dhe goranët në veçanti kanë pasur njohuri të pakta me vetëm 50.3% të respondentëve të cilat e kanë pohuar këtë të drejtë.

Arsimimi pozitivisht shoqërohet me njohurinë e të drejtës për konfidencialitet; 84.8% e personave me nivelin më të lartë të arsimimit e kanë ditur se e kanë këtë të drejtë, derisa nivelet më pak të arsimuara kanë pasur më shumë se 10 përqind të pikëve më pak prirje për të ditur këtë të drejtë.

Njohuria e pacientit është vetëm një anë e ekuacionit pasi që edhe ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet ta respektojnë të drejtën e konfidencialitetit. Kjo është testuar dy herë në studim dhe gjithashtu është diskutuar në intervista. Kur janë pyetur nëse mjeku mban informatat e tij konfidenciale dhe nuk i ndan me askend, 66.2% e pacientëve janë pajtuar ose fuqishëm janë pajtuar se informatat e tyre mbahen konfidenciale. Njëjtë, 34.8% e popullatës ose nuk është pajtuar ose nuk e ka ditur se a janë informatat e tyre konfidenciale apo jo. Diku, 3.2% kanë raportuar se punëtori shëndetësor ka folur për sëmundjen e tyre ose trajtimin një patienti tjetër.

Njëmbëdhjetë përqind e kosovarëve të studiuar kanë ndier se privatësia e tyre është shkelur derisa kanë qenë duke marrë kujdes shëndetësor. Respondentëve mund t’iu mungojë njohuria në lidhje me atë se çka nënkupton privatësia. Me disa përjashtime, të intervistave të zhvilluara në institucione publike apo private shëndetësore, kanë ilustruar mungesën e vazhdueshme të konfidencialitetit dhe privatësisë. Një faktor kontribues mund të jetë mungesa e hapsirave në institucionet shëndetësore, e cila mund të jetë sfiduese për të pasur bisedë private me pacientin i cili është në dhomë të njëjtë me një patient tjetër. Sidoqoftë, arsyet tjera janë rezultat i sjelljeve.

Intervistat dhe vërejtjet tregojnë se konfidencialiteti mjek-pacient as nuk është kuptuar gjërësisht e as e rrespektuar. Për shembull, gjatë intervistave, disa pacientëve u janë parashtruar pyetje në lidhje me statusin e tyre shëndetësor me hulumtuesit e RrGGK prezent. Shpesh dokumentet nuk janë të mbyllura me çelës ose janë shumë lehtë të çasshme për secilin. Mungesa e kompjuterëve dhe sistemit adekuat të Teknologjisë Informative i shtyen mjekët të deponojnë informatat konfidenciale në paisjet e tyre personale, siç është ilustruar ajo që është vërejtur. Kur mjekët nuk e ushtrojnë praktikën e konfidencialitetit, pacientët janë ose, të pavetëdëshëm ose mendojnë se është normale se ato informata duhet t’i jepen dikujt tjetër ose duhet të shpalosen’, tha një mjek.

‘Kur diagnoza është e keqe, ne së pari i tregojmë anëtarëve të familjes dhe jo drejtëpërdrejtë pacientit.’

- Mjek, Vushtrri

Qështja nuk është plotësisht e kontrolluar nga pacientët apo ofruesit e kujdesit, është roli i familjes (bashkëshortëve, prindëve apo familjes së gjërë) në procesin e kujdesit shëndetësor. Anëtarët e familjes shpesh marrin pjesë në terminet e shërbimit të pacientit, duke lejuar pacientëve pak privatësi, kanë vërejtur intervistuesit. Siç është përmendur, informimi i anëtarëve të familjes në lidhje me diagnozën dhe trajtimin e propozuar, është gjë e zakonshme edhe pa u informuar patienti. Siç e tha një infermier/e ‘Edhe pse varet nga patienti nëse dëshirojnë ta tregojnë sëmundjen e vet familjes, Unë më me dëshirë nuk do të doja që patienti ta din diagnozën, derisa familja duhet ta dijnë. Ata [familja] do të kujdesen më shumë për patientin’. Në intervista me punëtorët shëndetësorë ata ishin të prirur që anëtarët e familjes duhet ta dinë diagnozën, veçanërisht nëse është e rëndë. Kjo është pengesë sociokulturore ndaj konfidencialitetit, me ç’rast familja konsiderohet si mekanizëm mbrojtës dhe përkrahës për individin dhe kështu më mirë përshtatet për të ndihmuar individin dhe për t’ia adresuar qështjet shëndetësore sesa që do ta bënte vet.

Frika nga konfidencialiteti i zbuluar mund të jetë faktor i zbrapjes së individëve për të kërkuar kujdes, veçanërisht në vendet e përmasave të Kosovës, siç e tha një respondent:

Çdo kush e din dikend disi, në mënyrë të drejtëpërdrejtë apo jo. Ashtu që në një aspekt, është shumë vështirë të mbahet konfidencialiteti [...] Janë disa rezervime sa i përket [...] grave, veçanërisht vajzave të reja, që vijnë në Prishtinë nga qytetet tjera sepse e din që qyteti është shumë i vogël. Çdo kush iu njeh, ose nëse hyni në spital, çdo kush në një mënyrë do të kuptojë se keni shkuar te gjinekologu . . . Fatkeqësisht, shumë shpesh ofruesit e kujdesit shëndetësor flasin në mes vete me emra [të pacientëve] dhe ky është një problem i madh.

Gjatë intervistës, shumë mjekë të kujdesit shëndetësor, veçanërisht psikiatrit, kanë vërejtur se pacientët hezitojnë të kërkojnë kujdes nga frika e shkeljes së konfidencialitetit. Derisa konfidencialiteti të bëhet prioritet, kërkuar nga pacientët dhe priorizuar nga ofruesit, mungesa e saj mund t'i ndalojë njerëzit të qasen në kujdes shëndetësor dhe të ndikojë negativisht në cilësinë e kujdesit të ofruar.

Njohuria dhe shfrytëzimi i mekanizmave ankues

Në vitin 2013, me një urdhëresë administrative, Ministria e Shëndetësisë ka prezentuar një linjë telefonike për ankesa në lidhje me shërbimet shëndetësore.¹⁵⁸ Urdhëresa Administrative ka për qëllim 'ngritjen e cilësisë së shërbimeve dhe mbrojtjes për qytetarët nga keqpërdorimet në marrjen e kujdesit shëndetësor, si dhe identifikimin e profesionistëve shëndetësor dhe institucioneve që shkelin ligjin gjatë praktikimit të aktiviteteve të tyre'. Linja kujdestaruese (0800 17777) është pa pagesë dhe në dispozicion 24 orë. Njerëzit mund të parashtrorjnë ankesën e tyre në mënyrë të drejtëpërdrejtë në lidhje me shërbimin e ofruar shëndetësor nëpërmes kësaj linjeje telefonike. Disa qendra shëndetësore kanë 'kutitë e ankesave' ku njerëzit mund të adresojnë ankesat. Huluntuesit e RrGGK kanë vërejtur se të gjaita institucionet shëndetësore i kanë të vendosura Kartat e të Drejtave të Pacientëve në një vend ku shihen, siç kërkohet sipas ligjit.

Kur janë pyetur se a kanë njohuri se si të parashtrorjnë një ankesë po qe se nuk janë të kënaqur me cilësinë e kujdesit shëndetësor që e kanë pranuar, 67% e responentëve thane që janë të njohtuar se si të parashtrorjnë ankesë ($p=0.002$). Sa i përket plotësimit të ankesës, nga 90% e responentëve të cilët kanë raportuar pakënaqësi për shërbimet e pranuar, vetëm tetë përqind me të vërtetë kanë parashtruar ankesë. Kjo i përforcon gjetjet e Lëvizjes Fol në raportin e tyre të fundit: vetëm dy përqind e qytetarëve ndonjëherë kanë raportuar korrupsionin me të cilin supozohet se janë ballafaquar.¹⁵⁹ Në sqarimet për mos raportimin e korrupsionit përfshihet se zakonisht, nuk ja vlen, nuk din si të ankohen dhe frigohen nga pasojat. Në përgjithësi, duket se ka një besim të mirëfillt në organet qeverisëse për të adresuar ankesa. Më tutje hulumtimi mund të ekzaminojë se edhe pse njerëzit janë të prirur të mos raportojnë pakënaqësitë.

Krimi i Supozuar sipas Kodit Penal dhe Vitit	Viti	# i rasteve
203 Shpalosje të paautorizuara të informatave konfidenciale	Totali	5
	2013	1
	2014	0
	2015	3
	2016	1

¹⁵⁸ Urdhëresa Administrative (Shëndeti) Nr. 19/2013 Linja Telefonike për Ankesat e Qytetarëve në Shërbimin Shëndetësor.

¹⁵⁹ Lëvizja Fol, 2016.

Vetëm 1.4% e respondentëve të studimit kanë raportuar se e kanë dërguar ndonjë punëtor shëndetësor në gjykatë. Si ilustron tabela 9, shumë pak raste në lidhje me kujdesin shëndetësor i janë raportuar Policisë së Kosovës. Në mes të vitit 2013 dhe Nëntorit 2016 policia në total ka regjistruar vetëm pesë ankesa të 'shpalosjes së paautorizuar të informatave konfidenciale'; 115 raporte të trajtimit të papërgjegjshëm mjekësor; dhe 21 raporte të 'dështimit të dhënjes së ndihmës mjekësore'.¹⁶⁰ Nga viktimat e supozuar gjatë kësaj periudhe kohore, 51% kanë qenë gra dhe 49% burra.

260 Trajtime të papërgjegjshme shëndetësore	Totali	115
	2013	29
	2014	30
	2015	29
261 Dështime për të ofruar ndihmë mjekësore	Totali	21
	2013	6
	2014	5
	2015	5
	2016	5

Përfundim

Njohuria e pamjaftueshme për atë se ku dhe si të merret kujdesi shëndetësor duket se pengon shumë qytetarë nga kërkimi dhe qasja në kujdes shëndetësor, duke përfshirë informatat për planifikim familjar. Ofruesit të cilët nuk dine apo nuk duan të dine informata bashkëkohore, si kontraceptivët, pengon qasjen e qytetarëve në informata momentale shëndetësore. Kjo ka qenë veçanërisht e dukshme kur ka ardhur puna tek metodat e planifikimit familjar, si disa punëtorë shëndetësorë që ende rekomandojnë tërheqjen dhe demonizojnë kontraceptivët hormonal për shkak të efekteve të tyre të mundshme anësore.

Kur qytetarët qasen në sistemin shëndetësor, keqpërdorimi i të drejtave është raportuar se ndodhë. Edhe pse numri i keq-diagnostifikimeve dhe rasteve të diskriminimit mund të duket i vogël, ato demonstronjë se shkelja e të drejtave ekziston. Duket se e drejta e pacientëve për informim për gjendjen e tij/saj shëndetësore mund të mos respektohet çdo herë, veçanërisht nëse profesionistët shëndetësor mbajnë ato informata sipas kërkesës së të afërmëve të pacientëve apo në baza patriakale. Një në pesë respondentë nuk e konsiderojnë konfidencialitetin si të drejtë të tyre dhe se ndodhin shkelje të përhapura të konfidencialitetit. Kjo përfshin raportimin e diagnoses para të tjerëve drejtëpërdrejtë tek anëtarët e familjes, mos ruajtja e sigurtë e dokumenteve dhe biseda e mjekëve për pacientët të cilat i kanë parë. Shkelja e konfidencialitetit parandalon njerëzit nga qasja në kujdes, veçanërisht kur nuk dëshirojnë të tjerët të dinë se janë duke kërkuar kujdes shëndetësor.

Shumë pak njerëz raportojnë shkeljen e të drejtave të tyre. Kjo e bën të vështirë adresimin e shkeljeve të tilla dhe dekurajojnë përmirësimin e sjelljeve, dhe potencialisht parandalimin e shkeljeve të ardhshme të të drejtave.

¹⁶⁰ Informata e ofruar për RrGGK nga Policia e Kosovës nëpërmes postës elektronike më, 15 Nëntor 2016.

Rekomandimet

Rekomandimet janë të ndara sipas fushave për hulumtim të mëtutjeshëm, temat për ngritje të vetëdijes dhe rekomandimet për politika.

Fushat e hulumtimit të mëtutjeshëm

Ky raport ofron një këndvështrim të parë në të dhënat e pasura me potencial të madh. Për shkak të kohës dhe përqëndrimit, shumë aspekte të gjetjeve të studimit nuk janë analizuar këtu dhe mund të informojnë publikimet e ardhshme. Janë shumë fusha që ekipi mendon se meriton hulumtim të mëtutjeshëm:

- Të dhënat momentale nuk përshkruajnë në mes të secilit nivel të sistemit publik dhe privat shëndetësor, në lidhje me atë se ku mund t'iu qasen qytetarët shërbimeve shëndetësore. Është me rëndësi të kuptohet se sa shpesh njerëzit hyjnë në nivel sekondar dhe terciar të kujdesit shëndetësor dhe për çfarë shërbime, përkundër ligjeve aktuale kundër kësaj praktike.
- Kujdesi parandalues siç është ekzaminimi i përgjithshëm dhe skringu i kancerit duhet të vlerësohen me kujdes në kontekstin socioekonomik të Kosovës. OBSH ofron udhërrëfyese për shtetet me të ardhura të ulëta dhe të mesme nëpërmes programit të tyre të kontrollimit të kancerit, duke përfshirë se si të vendoset se cili program do të zbatohet.¹⁶¹ Më tutje hulumtimi mund të ekzaminonë metoda të ndryshme për skringing, si dhe cilat trajnime në lidhje me atë program do të ishin të përshtatshme për profesionistët e kujdesit shëndetësor në Kosovë. Nëse prezentohet, skringu do të duhej të monitorohej dhe vlerësohej shkencërisht.
- Hulumtimi i mëtutjeshëm i mos-përshkrimit dhe marrjes së barnave të përshkruara është vitale për të siguruar se çka duhet bërë për të adresuar atë. Për të kuptuar se cilat barna merren, me propozimin e kujt dhe pse është kritike.
- Duke marrë parasysh prevalencën e abortit, nevojiten më tepër të dhëna duke përfshirë edhe raportimin e rregullt nga institucionet publike dhe private. Hulumtimi nuk e ka hulumtuar kohën dhe arsyetimin (trashëgiminë) e abortimeve. Kërkohej gjithashtu edhe një kuptim më i mirë i marrëdhënies mes përdorimit të ulët të kontrceptivëve dhe abortimit. Një informatë e tillë do ta plotësonte programin edukativ për nxënës dhe qytetarë në lidhje me shëndetin reprodutiv në përgjithësi.
- Kërkohej hulumtim i mëtutjeshëm për ofruesit e shëndetit. Pak dihet si merren vendimet e përshkrimit dhe referimit, si ndikon hierarkia me arritjen e rezultateve shëndetësore, si influencon industria farmaceutike mjekët, vendimet ose kushtet e punës, duke përfshirë edhe pabarazinë gjinore në punë.¹⁶²
- Punësimi simultan i punëtorëve shëndetësor në institucionet shëndetësore qoftë publike qoftë private duhet të hulumtohet më tutje. Duhet të ekzaminohen orët e punës dhe rrogat, kah rekomanimi i politikave të bazuara në dëshmi që adresojnë konfliktin e interesit që mund

¹⁶¹ OBSH, *OBSH Letra Pozicionuese në Skringun e Mamografisë*, 2014; OBSH web faqja për kancer, e çasur më 5 Dhj. 2016, në: <http://who.int/cancer/en/>.

¹⁶² I vetmi publikim i gjetur i një studimi në lidhje me punëtorët shëndetësor dhe edukimin e tyre në Kosovë përfshirë: van der Veen et al., *Integrimi i mirëqenies së stafit në sistemin e shëndetit primar: një studim i rastit në Kosovën e pasluftës*, 2015; Goepf et al., *Sfidat dhe premtimet për zhvillimin e planprogramit për edukimin e infermiereve në Kosovë: Rezultatet e "etnografisë aksidentale"*, Rochester: 2008.

të dalë nga punësimi në të dy sektorët. Ndoshta hulumtimi i eksperiencave nga Maqedonia mund të ishte i dobishëm në konsiderimin e kufizimeve për vendet e punës në Kosovë.

- Ky hulumtim nuk e ka ekzaminuar qasjen në rehabilitim si pjesë e sistemit shëndetësor. Pak dihet për kujdesin rehabilitues spitalor dhe jashtë spitalor (p.sh. fizioterapia, terapia përkrahëse dhe psikosociale).
- Në këtë komplet të të dhënave, të dhënat socioekonomike interne nuk janë të qëndrueshme. Prandaj, gjetjet nuk mund të analizohen sipas statusit socioekonomik. Do të ishte interesante të ekzaminohet ndikimi i statusit socioekonomik në qasjen dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor.
- Një hulumtim shtesë do të mund të ekzaminonte se si të përmirësohet qasja në kujdes shëndetësor në mesin e pakicave kombëtare, pasi që përkatësia etnike vazhdimisht ndërlihet me dallime në shfrytëzim dhe qasje në kujdes shëndetësor. Një hetim i mëtutjeshëm do të duhej të përqëndrohej tek, boshnjakët, turqit dhe goranët, në veçanti tek gratë, të cilat janë të prirura të ballafaqohen me më tepër pengesa se grupet tjera etnike pakicë.

Temat e ngritjes së vetëdijes

- Një fushatë në tërë Kosovën që do të sqaronte sistemin shëndetësor dhe do të ofronte informata në lidhje me atë se ku mund të merret cili shërbim ku mund të jepet kontribut më i madh në shfrytëzimin e kujdesit primar shëndetësor. Kjo do të duhej të përfshinte informatën se ku mund të merren informatat për planifikim familjar. Mendime të ndryshme për skringing, duke përfshirë atë të kancerit, mund t'iu komunikohen më mirë popullatës duke iu përmirësuar kuptimin e saj. Ngritja e vetëdijes duhet të ketë cak banorët e zonave rurale, në veçanti gratë, me informata për shërbimet që i ofron QKMF. Kjo do të mund të kontribuonte në ngritjen e shfrytëzimit të kujdesit primar dhe rënjen e pengesave të tyre të paramenduara për të pasur qasje.
- Injoranca e përhapur për të drejtën për konfidencialitet dhe ajo që përfshihet aty do të mund të sfidohej në fushata vetëdijësuese, që kanë cak, ofruesit, pacientët dhe publikun.
- Mospajtimi i mjekëve me industrinë farmaceutike është e jashtëligjshme. Një fushatë edukative për qytetarët dhe ofruesit do të inkurajonte raportimin e këtij krimi.
- Arsimimi i popullatës në lidhje me kërkesat ligjore për rëndësinë e përshkrimit të recetave është i nevojshëm, komunikimi i vlerës që receta ka edhe për individin edhe për shëndetin publik dhe ngritjen e vetëdijes për ligjet ekzistuese.

Rekomandimet për politika

Derisa ka nevojë për hulumtime të mëtutjeshme për të bërë rekomandime për veprime specifike në shumë nga pikat e lartpërmendura, gjetjet e hulumtimit theksojnë disa fusha për intervenime me politika.

- Pasi që çmimi ka qenë pengesë e vazhdueshme për qasje në kujdes shëndetësor sepse vetëm disa njerëz kanë sigurim shëndetësor, Fondi i shumëpritur i Sigurimeve Shëndetësore duhet të operacionalizohet dhe duhet të identifikohet një mënyrë e qëndrueshme e financimit.
- Arsimimi i vazhdueshëm i punëtorëve shëndetësor në lidhje me planifikim familjar duhet të fuqizohet për t'i ofruar popullatës më tepër informata për mundësinë e llojeve të ndryshme të kontraktivëve, përparësitë e tyre dhe mangësitë e tyre, duke përfshirë strategjitë për

diskutimin e kontraktivëve me burra. Ndoshta infermieret mund të luajnë një rol të avancuar në ofrimin e informatave për planifikim familjar.

- Duhet të fuqizohet rregullorja ekzistuese e barnave. Praktika e shpeshtë e raportuar që barnatoret shesin medikamente pa përshkrim, dhe/ose pa prezencën e farmacistit të licencuar, duhet të ketë pasoja, siç ceket në ligj. Barnat të cilat nuk janë të regjistruar në Kosovë, por janë të përhapur (siç është Misoprostoli) duhet të vlerësohen dhe ose të licencohen ose të ndalohen me pasojat gjegjëse.
- Barnatoret kanë nevojë për një mbikqyrje më të mirë, nëpërmes inspektimeve të pa-paralajmëruara, të cilat mund të identifikojnë masat kundër barnatoreve që ofrojnë barna pa dhe kundër përshkrimit të mjekut.
- Inspektimet e rregullta duhet të përfshijnë vizita në klinika publike dhe private, duke përfshirë kërkesën e indentifikimit të klinikave private të cilat mund të operojnë pa autorizim të duhur. Vëmendja duhet të përqëndrohet tek shkeljet e dukshme të të drejtave të pacientëve për konfidencialitet.
- Megjithatë, zbatimi i SISH, brenda afatit kohor të parashikuar, mund të përmirësohet, veçanërisht në lidhje me konfidencialitetin. Duhet të sillen kompjuterët dhe të rifreskohet sistemi për të mundësuar menaxhim më bashkëkohor dhe të saktë të rasteve që mbron privatësinë e pacientëve. Stafit duhet të trajnohet si duhet dhe përdorimi i këtij sistemi të fuqizohet.
- Në lidhje me këtë, Ministria e Shëndetësisë duhet të kërkojë regjistrimin e shifrave të abortimeve, duke përfshirë edhe gjininë e fetusit të abortuar nga të gjitha institucionet, publike dhe private, që kanë kryer abortimin.
- Gjithashtu për sëmundjet jokomunikuese siç është kanceri dhe sëmundjet kardiovaskulare, regjistri i planifikuar i sëmundjeve duket se nuk është plotësisht funksional. Të dhënat për kancerin veçanërisht kërkohen për vlerësimin e ndryshimeve në prevalence dhe incidence, si dhe për të shërbyer si bazë për kalkulimin e shpenzimeve të prezentimit të programit të skriningut dhe masave shëndetësore.

Shtojcat

Shtojca 1. Metodologjia

Kjo shtojcë e detajizon edhe më tej metodologjinë e hulumtimit. Në mënyrë që t'iu përgjigjet pyetjeve të hulumtimit të cekura në hyrje, hulumtimi ka përfshirë metoda të ndryshme, të përshkruara mëposhtë.

Studimi: Të dhënat sasiore janë mbledhur nëpërmes studimit të amvisërive të 1.309 individëve, të zhvilluar në tërë Kosovën

Pyetësi: Instrumenti i studimit përmbante 195 pyetje kryesisht të mbyllura (shih shtojcën 2). Të kryera me intervistim sy më sy, shumica e sondazheve kanë zgjatur për afërsisht 40 minuta. Të dhënat janë mbledhur në tabletët Samsung ose telefona të mençur, duke përdorur softuerin Kobo Toolbox për mbledhje të të dhënave.

Pilotimi: Studimi është pilotuar para sondazhit aktual në zonat rurale dhe urbane rreth Prishtinës. Kjo i ka mundësuar ekipit të hulumtimit që të shohin se a është dizajnuar instrumenti si duhet dhe a e kanë kuptuar qytetarët atë. Janë bërë modifikime të vogla duke u bazuar në pilotim.

Regjistruerit: RrGGK ka përfshirë regjistruer nga grupet etnike të pakicave të cilët kanë ditur disa gjuhë për grupe të ndryshme të sondazhit. Regjistruerët kanë intervistuar gratë dhe burrat duke marrë parasysh ndjeshmërinë e disa temave. Lista e regjistruerëve është në pjesën e falenderimit.

Trajnimi i regjistruerëve: Është organizuar një trajnim i obliguar për të gjithë regjistruerët. Trajnimi ka siguruar që të njoftohen me mandatin e hulumtimit, etikën njerëzore të hulumtimit, instrumentin e hulumtimit, metodën e marrjes së mostrave, instrumentin Kobo procedurën kontrolluese dhe logjistikën. Studentët të cilët kanë qenë në kursin e Dr. Vjollca Krasniqit të cilët janë paraqitur vullnetarisht si regjistruer si pjesë e trajnimit të tyre kanë pasur trajnim shtesë në metodat e hulumtimit dhe aftësi intervistuese në javët para fillimit të studimit. Regjistruerët tjerë kanë pasur eksperiencë të mëhershme për mbajtjen e intervistave.

Mostra e hulumtimit: RrGGK ka bërë sondazh të 1.309 qytetarëve të të gjitha grupeve etnike, të moshës 16 vjeqare dhe më lartë. RrGGK ka zgjedhur në mënyrë të rëndomtë mostra nga popullata e Kosovës. Mostra është marrë nga zonat rurale dhe urbane, duke përfshirë pikat e mostrimit të rëndomtë në 132 vendbanime në 36 komuna. Mostra është përfaqësuese e të gjitha grupeve etnike në Kosovë pasi që përzgjedhja është bërë duke përdorur Metodën e Mostrimit të Rëndomtë Shumëshkallor. Shtresimi i respondentëve është bazuar në kombësi dhe rajon. Përjashtim përbëjnë spitalet, burgjet, institucionet ushtarake dhe të ngjashme.

Metoda e mostrimit: Për shqiptarët, secila pikë e mostrimit ka pasur tetë amvisëri. Në nën-grupin e serbëve, secila pikë e mostrimit ka pasur pesë amvisëri dhe në nën-grupin e minoriteteve jo-serbe, dhjetë amvisëri. Duke përdorur pikën fillestare të përzgjedhur në mënyrë të rëndomtë, hulumtuesit kanë përdorur metodën e rrugës së rëndomtë. Në amvisëri, respondentët janë përzgjedhur duke përdorur teknikën e “datëlindjes së ardhshme”. Pas tre tentimeve të pasuksesshme (një vizitë dhe dy thirrje), respondentit i amvisërisë është regjistruar si i pakontaktueshëm.

Përkatësia etnike: Mostra ka përfshirë shqiptarët, serbët e Kosovës dhe pakicat jo-serbe të Kosovës (turqit, boshnjakët, goranët, romët, ashkalitë dhe egjiptasit). Parimet e shtresimit kanë qenë të njëjta për tre grupimet etnike. Në mënyrë që të sigurojmë mjaftë anëtarë të një grupi të caktuar të nën-grupeve të popullatës për vlerësim të besueshëm të atij grupi, RrGGK i ka përmbledhur mostrat e serbëve të Kosovës dhe grupeve tjera të pakicave kombëtare. Të dhënat pastaj janë peshuar sipas kombësisë gjatë analizës së llogarisë për këtë përmbledhje.

Përfaqësimi gjeografik: Ekipi i hulumtimit ka bërë sondazhe në të gjitha rajonet dhe gati në të gjitha komunat e Republikës së Kosovës.

Mosha dhe gjinia: Respondentët nga secila amvisëri, të moshës 16 vjeqare apo më lartë, janë përzgjedhur në mënyrë të rëndomtë sipas teknikës së datëlindjes së ardhshme. Kjo natyrisht ka rezultuar me distribuim proporcional të grave dhe burrave e ngjashme me atë të popullatës.

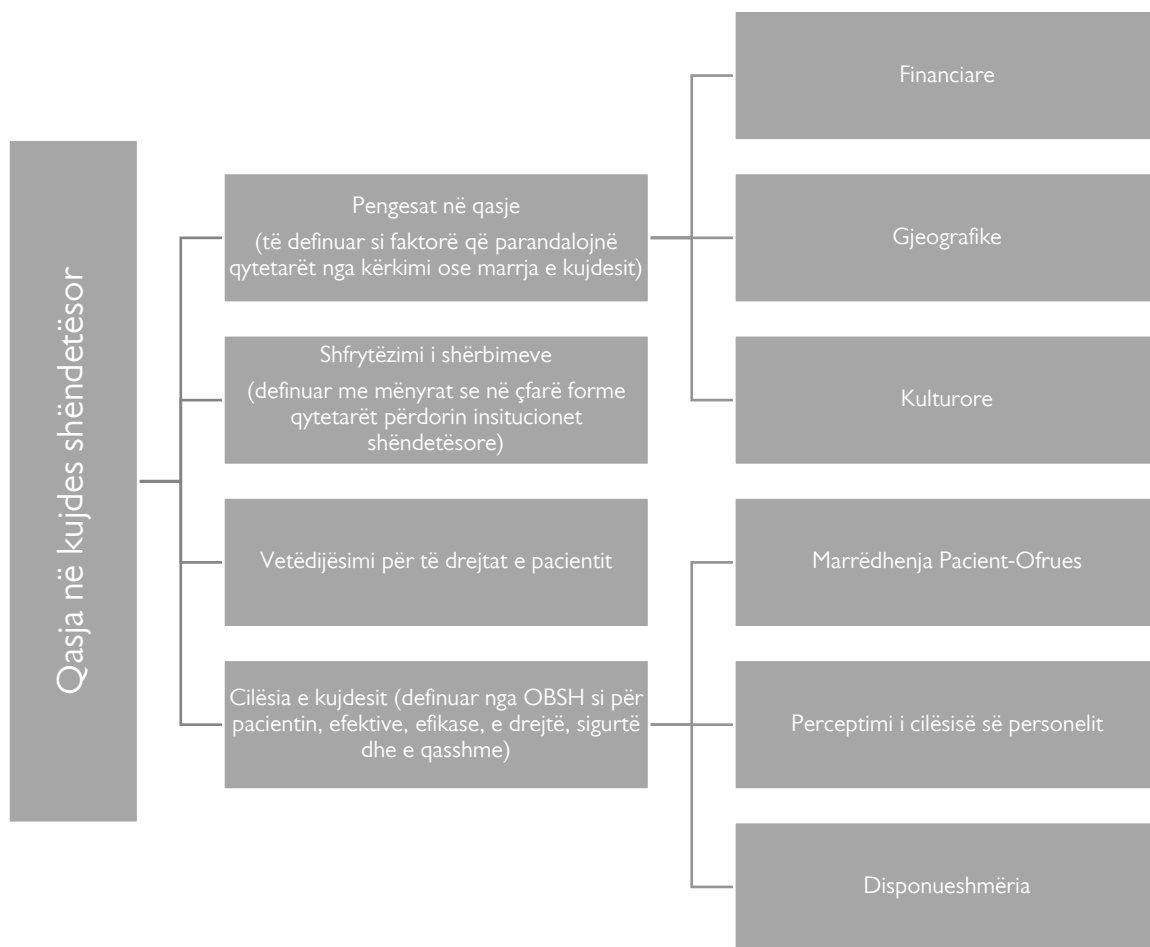
Kontrollimi: Dy persona të cilët nuk kanë qenë të përfshirë në sondazh kanë bërë kontrollimin e studiuësve. Kjo ka përfshirë vizita të rëndomta në terren për t'u siguruar se janë duke rrespektuar metodologjinë e mostrimit dhe kontrollimin e cilësisë së punës së studiuësve. Ata gjithashtu kanë bërë ri-kontrollime në mostrat e përzgjedhura në mënyrë të rëndomtë të 10% të sondazheve të përfunduara për t'u siguruar për saktësi. Procedura e ri-kontrollimit ka përfshirë intervistën e dytë të shkurtër me mostrën e përzgjedhur, të përbërë prej pesë pyetjeve nga intervista e parë dhe krahasimin e përgjigjes së parë dhe të dytë të respondentit.

Analiza e të dhënave: Ekipi i Kolegjit Darmouth ka analizuar të dhënat duke përdorur softuerin Stata. Të dhënat janë peshuar sipas përkatësisë etnike për të adresuar mbi-mostrimin e grupeve etnike pakicë (të nevojshme për të ardhur në përfundim ekzistues dhe statistikisht të rëndësishëm në bazë të përkatësisë etnike). Të dhënat janë peshuar në bazë të të dhënave kombëtare të regjistrimit civil të vitit 2011, duke shtuar edhe 40.000 serbë që besohet se jetojnë në veri të Kosovës dhe të cilët e bojkotuan regjistrimin civil të vitit 2011.

Analizat statistikore: Ky raport përbën 0.05 të nivelit të rëndësisë. Ndërlidhja në mes të shtresave (gjinia, vendbanimi, përkatësia etnike, rajoni, mosha dhe edukimi) dhe dimenzionet ose shumat e treguesve janë vlerësuar duke përdorur mënyrën një-kahëshe të Variacioneve të Analizës (testet ANOVA). Përveq për krahasim të rezultateve në mes të rajoneve, dallime të rëndësishme në mes të nën-grupeve të ndryshme në mostrën e studimit janë vlerësuar duke përdorur testin e krahasimit të shumfishtë Šidák. Për krahasimin e rezultateve në mes të rajoneve, indeks rezultati kryesor i një rajoni të caktuar është krahasuar me indeks rezultatin kryesor të kombinuar të gjashtë rajoneve tjera duke përdorur t-testet. Secila tabelë e indeksit përmban rezultatet kryesore për secilin nën-grup dhe gabueshmërinë në kllapa.

Notimi i indeksit: Hulumtuesit i kanë grupuar pyetjet nga sondazhi në tetë tregues që korrespondojnë me pyetjet kyçe të hulumtimit. Qëllimi i indeksit është që të zbulojë trendet nëpër pyetje duke notuar kohortët e ndryshëm në popullatën e intervistuar. Për shembull, një kohort i analizuar ka qenë një grua rurale. Krijimi i indeksit ka përfshirë përpilimin e të gjitha pyetjeve në lidhje me shërbimet e shfrytëzuara dhe vlerësimin se si një grua rurale iu është përgjigjur atyre pyetjeve. Varësisht prej asaj se si iu është përgjigjur atyre pyetjeve, ato janë notuar. Analiza e njejtë iu është bërë edhe burrave rural, grave dhe burrave urban e kështu me radhë për secilin kohort. Kjo mundëson krahasim në lidhje me atë se si iu është përgjigjur pyetjeve secili grup.

Ky raport përfshin tetë tregues (shih Figurën 2). Treguesit parësor janë pengesat në qasje, shfrytësim të shërbimeve, vetëdijësim për të drejtat e pacientit dhe cilësisë së kujdesit. Indeksi i pengesës së qasjes ka dalluar edhe më tej sipas llojit të pengesës: financiare, gjeografike dhe kulturore. Cilësia e kujdesit është vlerësuar edhe më tutje duke përdorur tre komponentë të cilat ndikojnë në cilësi të kujdesit: marrëdhënja ofrues-pacient (se a është i përqëndruar komunikimi në mes të ofruesit të shërbimit dhe pacientit tek pacienti dhe a është i drejtë), perceptimi i cilësisë së personelit (se a marrin pacientët shërbim efektiv dhe të sigurtë) dhe disponueshmëria (se a kanë institucionet, dhe a i përdorin në mënyrë efektive, paisjet dhe materialin).



Brenda secilit indeks, pyetjet duhet të ndërlidhen me njëra tjetrën për të siguruar se a janë duke matur konceptin e njëjtë. Për të vlerësuar këtë, hulumtuesit, kanë konstruktuar matricën e ndërlidhjeve. Pyetjet të cilat nuk janë ndërlidhur me të tjerat janë përjashtuar nga indeksi, mirëpo për ato është diskutuar në përmbajtjen e tekstit. Një listë me pyetje përdoret për ta konstruktuar secilin indeks të ardhshëm. Pyetjet me yll (*) janë marrë parasysh në konstruktimin e indeksit, mirëpo nuk janë përfshirë përfundimisht për shkak të mungesës së përshtatjes statistikore (p.sh. mungesa e variacioneve të përgjigjeve, shumë mungesa të përgjigjeve për shkak se një segment i popullatës nuk iu është parashtruar ajo pyetje apo nuk kanë dashur të përgjigjen, etj.). Sidoqoftë, disa nga këto pyetje janë analizuar në mënyrë individuale në raport.

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimenzionin e indeksit të shfrytëzimit të shërbimeve

- A e keni vizituar ndonjëherë mjekun për kontrollim të përgjithshëm shëndetësor?
- A i keni bërë analizat laboratorike ndonjëherë?
- Përafërsisht në cilin vit për herë të fundit e keni vizituar mjekun për kontrollim të përgjithshëm shëndetësor?*
- A jeni trajtuar ndonjëherë për ndonjë sëmundje të papritur?
- A keni pasur ndonjëherë kontroll të përgjithshëm shëndetësor të rregullt?
- A e keni bërë skringun e kancerit të qafës së mitrës ndonjëherë?*
- A e keni vizituar dentistin ndonjëherë?

- A e keni bërë skringun e kancerit të gjirit ndonjëherë?*
- A keni marrë ndonjëherë barna nga barnatorja PA recetë?
- A e keni bërë ndonjëherë skringun e kancerit të zorrës së trashë?
- A keni marrë ndonjëherë barna nga barnatorja ME recetë?
- A e keni bërë mamografinë në 3 vitet e fundit?*
- A e keni vizituar ndonjëherë gjinekologun/urologun?
- A e keni bërë PAP testin në tre vitet e fundit?*
- A jeni trajtuar ndonjëherë për ndonjë sëmundje kronike?*
- A e keni bërë ndonjëherë kolonoskopinë?

Në këtë indeks, gjatë marrjes së barnave me recetë është koduar me përgjigje positive, marrja e barnave nga barnatorja pa recetë nuk është përfshirë në këtë indeks pasi që është më vështirë të kategorizohet.

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimensionin e indeksit të pengesave financiare

- Cila ka qenë arsyeja kryesore për mos konsultim me mjekun?
- A është gjetja e të hollave për të blerë barna problem i madh, i vogël apo fare?
- A është gjetja e të hollave për kujdes dhe shërbime shëndetësore problem i madh, i vogël apo fare?
- Cilat janë arsyet që ju nuk ndjeni se keni qasje në kujdes shëndetësor reprodutiv? [“Regjistruar si zgjedhje për përgjigje “Është shumë shtrenjtë”]
- A keni sigurim privat shëndetësor?*

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimensionin e indeksit të pengesave gjeografike

- Përafërsisht sa kohë iu nevojitet juve për të arritur në institucion shëndetësor (derë më derë)?
- Cilat janë arsyet që ju nuk ndjeni se keni qasje në kujdes shëndetësor reprodutiv? [Është shumë largë]*
- A është distanca e madhe deri në institucion problem, i madh, i vogël apo fare?
- Herën e fundit kur keni shkuar në institucion shëndetësor, si keni shkuar deri atje?*
- A është transporti problem, i madh, i vogël apo fare?

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimensionin e indeksit të pengesave kulturore

- A është lejimi për të shkuar për këshillim shëndetësor ose trajtim problem, i madh, i vogël apo fare?
- Kush vendos për ju se a do të shkoni te mjeku?
- Kur nuk dëshironi të shkoni vetëm a është problem, i madh, i vogël apo fare?
- Cilat janë arsyet që ju nuk ndjeni se keni qasje në kujdes shëndetësor reprodutiv? [Familja nuk do të lejojë; e papranueshme për mua që të kem këto lloje të shërbimeve]
- Herën e fundit kur keni shkuar në një institucion shëndetësor a keni pasur nevojë që të kërkonte leje nga të afërmit për të shkuar?*
- Kush vendos se a duhet të dërgohen fëmijët te mjeku?*

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimensionin e indeksit pacient-ofrues

- Ndihem shumë rehat kur kontrollohem nga mjeku im [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]

- A ju ka shpejguar mjeku apo infermieri/ja ndonjëherë se si funksionojnë format e ndryshme të kontrollit të lindjes?
- Në vizitën time të fundit, mjeku m'i ka shpjeguar gjërat qartë me fjalë që unë mund t'i kuptojë. [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- A ju ka treguar punëtori shëndetësor për mundësitë e shumta të planifikimit familjar?
- Në vizitën time të fundit, ndjej se mjeku ka shpenzuar kohë adekuate gjatë adresimit të brengave të mia [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- A ju ka treguar punëtori shëndetësor për efektet potenciale, efektet anësore ose problemet me të cilat mund të ballafaqoheni me metodat e ndryshme të planifikimit familjar?
- Gjatë vizitës mjekësore më lejohet të them çdo gjë që mendoj se është e rëndësishme dhe të parashtoj pyetje. [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- A ndiheni rehat për të biseduar me mjekun tuaj për sëmundjet seksualisht të transmetueshme, si HIV/AIDS?

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimenzionin e indeksit të perceptimit të cilësisë së personelit

- Jam shumë i/e kënaqur me shërbimin shëndetësor [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Ndjej se mjekët me respektojnë dhe trajtojnë mirë [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Mjekët i mbajnë informatat e mia personale konfidenciale dhe nuk i ndajnë me askend [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Mjekët janë shumë kompetentë dhe të trajnuar mirë [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Mjekët më ofrojnë informata të plota dhe të sakta për trajtimin dhe barnat [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Kur kam kërkuar kujdes shëndetësor, kam pasur privatësi të plotë (askush nuk ka hyrë dhe dalur nga dhoma përveq mjekut dhe infermierëve/eve) [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Punëtori shëndetësor ka bërë gabim me diagnozën tuaj [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Mjeku ose infermieri/ja kanë dhënë koment të papërshtatshëm kur ju kërkonit ose merrnit kujdes.

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimenzionin e indeksit të disponueshmërisë

- A është brengë e madhe, e vogël apo fare nuk është që medikamenti që iu nevojitet mund të mos gjindet?
- A është brengë e madhe, e vogël apo fare nuk është që pajisja që iu nevojitet mund të mos gjindet?
- Po qe se do të kisha rast urgjent, do të ishte më lehtë për mua që të marr kujdes shëndetësor [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]
- Zakonist pres kohë të gjatë kur e vizitoj mjekun [pajtohem fuqishëm, pajtohem, asnjëra, nuk pajtohem apo nuk pajtohem fuqishëm]

Pyetjet që janë përdorur për të konstruktuar dimenzionin e indeksit të vetëdijes

- Sa mendoni se jeni në dijeni për të drejtat e juaja ligjore për të drejtën në kujdes shëndetësor?
- A keni të drejtë ligjore për sigurim shëndetësor?
- A dini se si të parashtroni një ankesë nëse nuk jeni të kënaqur me cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar?
- A keni të drejtë që mjeku të mbajë informatat e juaja dhe të shëndetit tuaj në konfidencë?*

Çdo pyetje në indeks është e koduar me shkallën prej 0 deri në 1, me ç'rast 0 korrespondon me përgjigjet të cilat nuk reflektojnë pengesë në qasjen në kujdes cilësor shëndetësor dhe i korrespondon me përgjigjet të cilat reflektojnë pengesat më të mëdha në qasjen në kujdes cilësor shëndetësor. Çdo indeks përfaqëson shumën e të gjitha pyetjeve brenda saj. Secili indeks pastaj shkallëzohet prej shkallës 0 deri në 100. Rezultati më i lartë gjithmonë paraqet më tepër pengesa në qasjen dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor. Prandaj, dikush me rezultatin 0 nuk ballafaqohet me pengesa, derisa dikush me rezultatin 100 ballafaqohet me më së shumti pengesa për secilin tregues që adreson ai indeks.

Intervistat: Duke përdorur mostrimin e ndryshueshëm, në shtatë rajone, ekipi hulumtues ka zhvilluar 11 dhe 20 intervista gjysëm të strukturuar sipas rajoneve (Ferizaj 12, Gjakovë 12, Gjilan 14, Mitrovicë 11, Pejë 13, Prishtinë 20, Prizren 12, Vushtrri 11. Pesë intervista shitesë janë realizuar me akterë kyç nga OJQ-të, organizatat ndërkombëtare dhe institucionet tjera me bazë në Prishtinë. Të gjitha intervistat me barnatore janë bërë në qytete. Nga 88 intervistat me mjekët dhe infermierët, 16 janë realizuar në zona rurale dhe 72 në ato urbane me punëtorë shëndetësor në institucione private (20) dhe institucionet publike shëndetësore (68). Kjo ka përfshirë kërkimin e intervistimit të respondentëve në klinika të vogla dhe të mëdha private në secilin rajon. Tabela 10 përmbledhë kategoritë e respondentëve të intervistuar.

Brenda secilit institucion respondentët janë përzgjedhur në bazë të pozitës dhe pastaj disponueshmërisë. Një letër inkurajuese për pjesëmarrje është përgatitur nga Ministria e

Tabela 10. Respondentët e intervistuar në Institucion Shëndetësor

	Psikologu/ja	Mjeku	Infermieri/ja	Farmacisti	Teknik/e Farmacie	Të tjerë	Totali
Primar							39
I Përgjithshëm		16	16				
Shëndeti Mendor	2	5					
Dytësor							29
Obstetëria & Gjinekologjia		8	8				
Specializime ne Mjekësi (Kardiologjia, Onkologjia)		6	7				
Sistemi privat							20
I Përgjithshëm		2	3				
Obstetëria & Gjinekologjia		8	3				
Specializime ne Mjekësi (Kardiologjia, Onkologjia)		3	1				
Farmacit							17
Private				13	3		
Publike				1	0		
OJQ-të dhe Organizatat Ndërkombëtare							5
Të Anketuarit		4				1	
Totalit	2	52	38	14	3	1	110

Shëndetësisë gjë që e ka lehtësuar procesin. Udhëzime të veçanta janë përgatitur për kategoritë

e ndryshme të respondentëve (shih Shtojcën 3). Gjatë intervistave, hulumtuesit gjithashtu kanë vëzhguar gjendjen fizike brenda insitucionit shëndetësor, gjithashtu edhe ndërveprimin në mes të pacientëve dhe personelit, kur ka qenë publike, kanë marrë shënime.

Analiza e të dhënave cilësore: të gjitha të dhënat cilësore janë përshkruar, ose në raste kur respondentit ka refuzuar të inqizohet, janë marrë shënime të cilat më vonë janë shkruar. Të dhënat pastaj janë koduar ndaras nga së paku një, e aty ku ka pasur mundësi edhe deri në tre hulumtues të ndryshëm, deri në trekëndëzim. Intervistat janë koduar për çdo pyetje të hulumtimit, duke identifikuar trendet ri-përsëritëse si dhe ndryshimin në ato trende. Dallimet në mes të vendeve të punës publike dhe private dhe gjithashtu janë analizuar edhe gjinitë e respondentëve.

Shkrimi i raportit dhe kontrolli i cilësisë: Një ekip i llojlojshëm në fusha të ndryshme të ekspertizës ka kontribuar për hulumtimin dhe shkrimin e këtij raporti, duke përfshirë të atillë me trajnim në psikologji, sociologji, antropologji, mjekësi (mjekë, një infermiere, dhe një farmacist), jurist, menaxhment ndërkombëtarë të shëndetit dhe të kujdesit shëndetësor. Ata e kanë rishqyrtuar draftin për hir të saktësisë.

Shqyrtimi nga homologët: Drafti përfundimtar është dërguar tek anëtarët e Grupit Këshillues, si dhe disa hulumtuesve dhe respondentëve kyq për rishqyrtim dhe kontroll të cilësisë. Janë bërë rishikimet në bazë të informatave të tyre para se të publikohet.

Shtojca 2. Pyetjet e sondazhit

1. Komuna
2. Qyteti/Qyteza:
3. Lloji i shtëpisë:
Apartament Shtëpi me një familje Shtëpi/ Kompleks për familje të mëdha
4. Gjinia Grua Burrë
5. Në cilin vit jeni lindur? ____

Etnia

6. Me cilin grup etnik identifikoheni?
Shqiptare Serbe Rome Ashkali Egjiptiane Boshnjak
Gorane Turke Tjetër – cila tjetër? _____ Preferon të mos përgjigjet

Arsimi

7. A dini të lexoni dhe të shkruani? Po Jo
8. Sa vite shkollë i keni kryer? ____

Demografia shtëpiake

9. Cili është statusi juaj martesor TANI?
Beqar/e I/e martuar me kurorë I/e martuar pa kurorë Bashkëjetesë I/e fejuar
I/e ndarë I/e ve
10. Sa vjeçe keni qenë kur u martuat për herë të parë? ____
11. Me kë jetoni tani në shtëpi?
Me familjen bërthamë të afërt (prindërit, vëllezërit dhe motrat) Me familjen e afërt të martuar (burrë/grua, dhe/ose fëmijë) Me familjen e gjerë të partnerit/es (vjehrra, vjehrri, kunati, kunata, etj.)
Me familjen time të gjerë (prindërit, vëllezërit, motrat dhe të afërm të tjerë) Shokë/shoqe
Partner (të pamartuar) Vetëm Tjetër? _____
12. Së bashku, sa njerëz jetojnë në shtëpinë tuaj tani? ____

Punësimi/të ardhurat

13. Cila e PËRSHKRUAN më së miri statusin tuaj të punësimit tani?
Punoj në një pozitë të paguar jashtë shtëpisë Punoj pa pagesë jashtë shtëpie (fermë, kujdesem për kafshët, p.sh., lopë/pula, etj.) Punoj pa pagesë në shtëpi (kujdesem për fëmijët, kujdesem për të moshuarit, për kopsht, mirëmbajtje të shtëpisë, etj.)
Punoj me pagesë herë pas here (konsulente/punëtore sezonale)
I/E papunë, por duke kërkuar për një punë E papunë, nuk kërkoj punë Kam dalë në pension

-- bazuar në këtë vetëm 14 dhe 15 plotësohen, jo të dyjat

14. Cilat nga alternativat e mëposhtme e përshkruajnë më së miri llojin e punësimit që ju keni tani?
Bujqësi Përpunim ushqimi Burime natyrore (minierë)
Ndërtim, dhe punë të tjera krahu Arte, teknologji e audios/videos dhe komunikime
Menaxhment dhe administrim biznesi Edukim dhe trajnim Financa Administratë qeveritare dhe publike
Shkenca të shëndetit Hoteleri dhe turizëm Shërbime në burime njerëzore Teknologji e Informacionit
Drejtësi, siguri publike, korrektim, dhe siguri fizike Marketing, shitje dhe shërbime
Shkencë, teknologji, inxhinieri dhe matematikë Transport, distribuim dhe logjistikë Tjetër

15. Cilat janë shkaqet KRYESORE për të cilat ju nuk punoni me pagesë?
Punët e kujdesit për shtëpinë (për fëmijët, të moshuarit, personat me aftësi të kufizuara)
Punët e mirëmbajtjes së shtëpisë në shtëpi (pastrim, etj.)
Duhet të punoj jashtë shtëpie (fermë, kujdesem për kafshët, p.sh., lopë/pula, etj.)
Nuk kam mundur të gjejë punë Nuk kam nevojë të punoj; familja ka të ardhura të mjaftueshme
Familja nuk më lejon të punoj Ende jam studente
Nuk ia vlen (për pagë të vogël) E/I paaftë për punë Tjetër – cila? _____
Nuk e di / s'kam përgjigje

16. Sa është paga juaj MUJORE aktualisht: _____

17. A është partneri/ja juaj i/e punësuar me pagë? Po Jo

18. A mund të jepni një shifër për të ardhurat e shtëpisë suaj NGA MUAJI I FUNDIT (maj) nga të gjithë njerëzit dhe burimet? ____

19. A merr familja juaj asistencë sociale? Po Jo Refuzoj të përgjigjem Nuk e di

Feja

20. Me cilën fe identifikoheni?

Myslimane Katolike Ortodokse Protestante Ateiste/ Pa besim Agnostike / I/E
pasigurtë Tjetër- cila? _____ Prefer not to respond

21. Sa shpesh merr pjesë në shërbesa fetare?

Asnjëherë Vetëm në festa të veçanta Një herë në disa muaj 1-3 herë në muaj
Një herë në javë Më shumë se një herë çdo javë Preferoj të mos përgjigjem

Përfshirja politike

22. Sa aktive do të thoshit se jeni në ndonjë parti politike?

Aspak aktiv/e Jo dhe aq aktiv/e Deri diku aktiv/e Aktiv/e Shumë aktiv/e Refuzoj

Tani do të doja të dija pak më shumë rreth jush dhe familjes suaj.

Në situatat e mëposhtme, cili mendoni se merr SHUMICËN e vendimeve lidhur me... (Përzgjidhni të gjitha alternativat e aplikueshme)

Vendimmarrja

23. Blerjet e mëdha si makina e re apo mobiljet?

Unë Burri/ Partner mashkull Gruaja ime / Partner femër Babai
Nëna Vjehri Vjehrra Vëllau
Kunati Gjyshja Gjyshi Tjetër-kush? _____ Nuk e di

24. Nëse fëmijët duhet të shkojnë te doktori?

Nuk kam fëmijë Unë Burri/ Partner mashkull Gruaja ime / Partner femër
Babai Nëna Vjehri Vjehrra Vëllau
Kunati Gjyshja Gjyshi Tjetër-kush? _____ Nuk e di

25. Nëse ju duhet të shkoni te doktori?

Unë Burri/ Partner mashkull Gruaja ime / Partner femër Babai
Nëna Vjehri Vjehrra Vëllau
Kunati Gjyshja Gjyshi Tjetër-kush? _____ Nuk e di

26. Kush e thotë fjalën e fundit në familjen tuaj kur duhet të merret ndonjë vendim i rëndësishëm?

Unë Burri/ Partner mashkull Gruaja ime / Partner femër Babai
Nëna Vjehri Vjehrra Vëllau
Kunati Gjyshja Gjyshi Tjetër-kush? _____ Nuk e di

Tani, kam disa pyetje lidhur me rrethanat tuaja dhe vendin ku jetoni. Ju lutem vlerësoni gjendjen e ambientit në vendin ku ju jetoni.

27. Ju lutem të vlerësoni mjedisin ku jetoni:

Shumë keq Keq As mirë as keq Mirë Shumë mirë

27.1. Si është cilësia e ajrit në vendin ku ju jetoni?

Shumë keq Keq As mirë as keq Mirë Shumë mirë

27.2. Si është cilësia e ujit në vendin ku ju jetoni?

Shumë keq Keq As mirë as keq Mirë Shumë mirë

27.3. Si është cilësia e dheut të tokës ku ju jetoni?

Shumë keq Keq As mirë as keq Mirë Shumë mirë

27.4. Si është gjendja me mbetjet e ngurta siç janë bërllago i shtëpive, industrive apo spitaleve.

Shumë keq Keq As mirë as keq Mirë Shumë mirë

27.5. Deri në çfarë mase ushqimi i helmuar është problem për ju dhe familjen tuaj?

Problem i madh Deri diku problem Aspak problem Nuk e di

29. Sipas mendimit tuaj, a ka ndonjë gjë në mjedisin e përditshëm që cenon shëndetin tuaj apo atë të familjes suaj?
Po Jo Çka? _____
30. Sipas mendimit tuaj, në çfarë niveli ndikon mjedisi ku ju punoni në shëndetin tuaj?
Shumë Deri diku Shumë pak Aspak Nuk e di
31. Sipas mendimit tuaj, sa i pastër është ajri që ju e thithni çdo ditë?
Shumë mirë Mirë As mirë as keq Keq Shumë keq
31. Sipas mendimit tuaj, sa i pastër është ajri që ju e thithni çdo ditë?
- 32.1. Emetimet nga veturat dhe kamionët
- | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----|-----------|-------|
| Nuk ka ndikim ne ndotje të ajrit | Shumë pak | Pak | Deri diku | Shumë |
| Ekstremisht shumë / Tepër shumë | Nuk e di | | | |
- 32.3. Fabrikat
- | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----|-----------|-------|
| Nuk ka ndikim ne ndotje të ajrit | Shumë pak | Pak | Deri diku | Shumë |
| Ekstremisht shumë / Tepër shumë | Nuk e di | | | |
- 32.4. Gazërat që lirohen nga djegja e vajrave, gazeve, qymyrit apo nga druri që përdoret për ngrohje dhe përgatitje të ushqimit
- | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----|-----------|-------|
| Nuk ka ndikim ne ndotje të ajrit | Shumë pak | Pak | Deri diku | Shumë |
| Ekstremisht shumë / Tepër shumë | Nuk e di | | | |
- 32.5. Tymi nga duhani
- | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----|-----------|-------|
| Nuk ka ndikim ne ndotje të ajrit | Shumë pak | Pak | Deri diku | Shumë |
| Ekstremisht shumë / Tepër shumë | Nuk e di | | | |
33. Cili është burimi kryesor i ngrohjes në shtëpinë tuaj gjatë dimrit?
Dru Qymyr Rrymë Pelet Gaz Ngrohje qendrore Tjetër – cili? _____

Njohja e të drejtave

34. Sa mendoni se dini për të drejtat tuaja për shërbimet shëndetësore? Nuk kam njohuri për këtë temë Dij shumë pak për këtë Kam njohuri mesatare për këtë temë Kam shumë njohuri për këtë temë
35. A keni të drejtë ligjore për sigurim shëndetësor? Po Jo Nuk e di
36. A e keni të drejtën që doktorët t'i mbajnë konfidenciale informatat rreth jush dhe shëndetit tuaj? Po Jo
37. A e dini se si mund të paraqitni një ankesë, nëse ju jeni e pakënaqur me cilësinë e kujdesit mjekësor që ju është ofruar? Po Jo
38. A munden qendrat e mjekësisë familjare të ofrojnë shërbime gjinekologjike dhe shërbime të shëndetit riprodhues apo këto shërbime janë në dispozicion vetëm nga gjinekologët?
Qendrat e mjekësisë familjare mund të ofrojnë këto shërbime Vetëm gjinekologët mund të ofrojnë këto shërbime Nuk e di

Qëndrimet/Opinionet:

Tani, kam disa pyetje lidhur me mendimin tuaj për disa çështje të ndryshme. Për pyetjet e mëposhtme, ju lutem të na thoni nivelin në të cilin ju pajtoheni apo nuk pajtoheni me pohimet që do t'ju lexoj. Për shembull, a pajtoheni plotësisht, pajtoheni, as pajtoheni e as nuk pajtoheni (neutral), nuk pajtoheni, apo nuk pajtoheni aspak?

39. Gratë duhet të jenë të forta dhe nuk duhet të shkojnë për vizitë tek doktori
- | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------|
| Plotësisht nuk pajtohem | Nuk Pajtohem | As nuk pajtohem as pajtohem | Pajtohem | Pajtohem |
| Plotësisht | Nuk e di | | | |
40. Gratë beqare (përfshirë edhe të vejat) nuk kanë arsye pse të bëjnë vizita mjekësore te gjinekologu
- | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------|
| Plotësisht nuk pajtohem | Nuk Pajtohem | As nuk pajtohem as pajtohem | Pajtohem | Pajtohem |
| Plotësisht | Nuk e di | | | |
41. Kontrollat e rregullta shëndetësore janë humbje e kotë e parave
- | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------|------------|----------|
| Plotësisht nuk pajtohem | Nuk Pajtohem | As nuk pajtohem as pajtohem | Pajtohem | Pajtohem | Plotësisht | Nuk e di |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------|------------|----------|
42. Po të isha sëmurë, do të shkoja tek doktori
- | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------|
| Plotësisht nuk pajtohem | Nuk Pajtohem | As nuk pajtohem as pajtohem | Pajtohem | Pajtohem |
| Plotësisht | Nuk e di | | | |
43. Kur dikush është shumë i shqetësuar, marrja e një qetësuesi është mënyra normale për t'u qetësuar
- | | | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|----------|----------|
| Plotësisht nuk pajtohem | Nuk Pajtohem | As nuk pajtohem as pajtohem | Pajtohem | Pajtohem |
| Plotësisht | Nuk e di | | | |

44. Gratë që e kanë përfunduar me lindjen e fëmijëve nuk kanë më nevojë për kontrolla gjinekologjike. Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem Plotësisht Nuk e di

45. Burrat duhet të jenë të fortë dhe nuk duhet të shkojnë për vizitë tek doktori Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem Plotësisht Nuk e di

Tani, do t'ju bëj disa pyetje të përgjithshme lidhur me shëndetin tuaj...

Gjendja e shëndetit

46. Si është shëndeti juaj në përgjithësi? Është: (lexo përgjigjet)

Shumë mirë Mirë Mjaftueshëm Keq Shumë keq Nuk e di

47. Krahasuar me 12 muaj më parë, si mendoni se e keni shëndetin tani? (Lexo Përgjigjet)

Shumë më mirë Disi më të mirë Njëlloj është Disi më keq Shumë më keq Nuk e di

48. A keni sëmundje apo problem shëndetësor afatgjatë? Me "afatgjatë" duam të themi ndonjë sëmundje apo problem shëndetësor që ka zgjatur ose pritjet të zgjasë për 6 muaj ose më shumë. Po Jo

49. Çfarë sëmundjesh apo problemesh shëndetësore afatgjata keni aktualisht? Përzgjidhni të gjitha që janë të zbatueshme.

Dhimbje kronike të shpinës Dhimbje kronike të këmbëve Thyerje kocke (kockash)
 Dhimbje koke Dhimbje barku Dhimbje ose probleme në pjesët private të trupit Kollë kronike
 Probleme me frymëmarrjen Probleme me dhëmbët Dhimbje stomaku Depresion
 Probleme me gjumin Stres Nervoza kronike Tension të ulët të gjakut Tension të lartë të gjakut
 Probleme me zemrën Probleme me tiroidet Reumatizëm Vështirësi për të mbajtur mend
 Alergji Probleme me Prostatën Kancer të gjirit Kancer të mitrës Kancer të vezoreve Ndonjë lloj tjetër kanceri
 Asmë Dridhje duarsh Ulçer Tjetër: _____ Asnjë (Nuk kam probleme shëndetsore)

50. Për të paktën 6 muajt e kaluar, në çfarë niveli jeni kufizuar për shkak të ndonjë problemi shëndetësor, në aktivitetet që njerëzit bëjnë zakonisht? A mendoni se keni qenë ... [lexoni përgjigjet] tepër e kufizuar e kufizuar, por jo shumë aspak e kufizuar

Mundësitë e konsultimit me mjekun / qasja

51. A ka ndodhur ndonjëherë gjatë 12 muajve të fundit kur ju keni pasur nevojë të këshilloheni me ndonjë mjek, por NUK jeni këshilluar?

Po, ka pasur të paktën një rast. Jo, nuk ka pasur asnjë rast.

52. Arsyet për të mos u konsultuar me mjekun

Cili ka qenë shkaku kryesor që ju NUK jeni këshilluar me doktorin?

Nuk mund ta përballoja ekonomikisht (këshillimi është shumë i shtrenjtë ose nuk mbulohet nga sigurimi)

Jam ende në listën e pritjes ose lista e pritjes ka qenë shumë e gjatë

Nuk kam pasur kohë për shkak të punës, kujdesit për fëmijët apo për të tjerët

Është shumë larg për të udhëtuar / nuk ka mjete transporti

Kam frikë nga doktori / spitalet/ ekzaminimet/ trajtimi

Doja të prisja e të shihja nëse problemi do të rregullohej vetë Nuk kam njohur asnjë doktor të mirë

Shkaqe të tjera (cilat janë ato): _____ Nuk e di Refuzon të përgjigjet

53. A ka ndodhur ndonjëherë gjatë 12 muajve të fundit kur ju personalisht keni pasur nevojë të kryeni një kontrollë dentare apo trajtim, por nuk e keni kryer? Po, ka pasur të paktën një rast. Jo, nuk ka pasur asnjë rast

54. Arsyet për të mos u konsultuar me dentistin. Cila ka qenë arsyeja kryesore që ju nuk jeni këshilluar me dentistin?

Nuk mund ta përballoja ekonomikisht (këshillimi është shumë i shtrenjtë ose nuk mbulohet nga sigurimi)

Jam ende në listën e pritjes ose lista e pritjes ka qenë shumë e gjatë

Nuk kam pasur kohë për shkak të punës, kujdesit për fëmijët apo për të tjerët

Është shumë larg për të udhëtuar / nuk ka mjete transporti

Kam frikë nga doktori / spitalet/ ekzaminimet/ trajtimi

Doja të prisja e të shihja nëse problemi do të rregullohej vetë Nuk kam njohur asnjë doktor të mirë

Shkaqe të tjera (cilat janë ato): _____ Nuk e di Refuzon të përgjigjet

Diagnostifikimi

55. A ju ka diagnostikuar ndonjë doktor me ndonjë sëmundje kronike apo me aftësi të kufizuar që ka zgjatur më shumë sesa 3 muaj (duke përfshirë depresionin serioz)? Po Jo Nuk e di

56. Diagnostifikimi i sëmundjeve apo paaftësisë? A keni dëshirë ta ndani këtë informatë me mua, çfarë sëmundje apo aftësie të kufizuar keni?

Azmë	Bronko-pneumoni	Tuberkuloz	Çrregullim autonomik
Deformime në lindje	Kancer	Lodhje kronike	Sëmundje zemre
Sëmundje infektive	Sëmundje të gjakut (hemofili, talasemi, leuçemi, etj.)		Diabet
Hipertension/hipotension	Probleme me tiroidet	Meningjit	Sklerozë të shumëfishtë
Sëmundje të Parkinsonit	Poliomielit	Artrit	Sklerodermë
Probleme me stomakun (ulcerë, gastrit, etj.)	Infeksione urinare		Epilepsi
Aftësi të kufizuara në të parët	Aftësi të kufizuara në dëgjim		Çrregullim të gjumit
Probleme në lëvizshmëri	Aftësi të kufizuara në përdorimin e duarve		Sëmundje të kockave dhe të ligamenteve
Sëmundje mendore	Dhimbje kronike	TJETËR: _____	Probleme në të folur
			Zhvillim të vonët mendor

57. A keni qenë ndonjëherë tek doktori për të kryer kontroll të përgjithshëm shëndetësor? Po Jo

Qasja në shëndetësi

58. Përafërsisht, në cilin vit ka qenë hera e fundit kur ju keni qenë tek doktori për kontroll të përgjithshëm? _____

59. Gjatë 12 muajve të fundit, sa herë keni vizituar ndonjë institucion PUBLIK të kujdesit shëndetësor? _____

60. Gjatë 12 muajve të fundit, sa herë keni vizituar ndonjë institucion PRIVAT të kujdesit shëndetësor? _____

Leja:

61. Herën fundit që ju vizituat një qendër shëndetësore a ju është dashur të merrni lejen e të afërmve tuaj për të shkuar? Po Jo

Transporti për në kujdes shëndetësor:

62. Herën e fundit që ju shkuat në një institucion shëndetësor si keni shkuar deri tek ai institucion ?

Në këmbë Me autobus/minibus Me taksi Me automjetin personal Me kafshë/karrocë

Tjetër: _____ Nuk më kujtohet / Nuk e di

63. Përafërsisht, sa kohë iu desh për të shkuar në institucion (nga dera në derë)? Minutat: _____

64. Në total, përafërsisht, sa kanë qenë shpenzimet e udhëtimit për të shkuar deri atje dhe për tu kthyer? _____

Shpenzimet:

65. Në 12 muajt e fundit, afërsisht sa para keni shpenzuar në total në shërbimet shëndetësore të lidhura për vetëm me veten tuaj, të tilla si vizitat te mjeku dhe dentisti? _____

66. Në 12 muajt e fundit, afërsisht sa para keni shpenzuar në total për testet/analizat e lidhura me shëndetin tuaj si: analizat e gjakut, rentgen ose ultrazë? _____

67. Në 12 muajt e fundit, afërsisht sa para keni shpenzuar në total për produkte farmaceutike për veten?

68. A mund të merrni ndonjë produkt farmaceutik pa pagesë? Po Jo Nuk e di

Sa shpesh keni marrë llojet në vijim të shërbimeve shëndetësore gjatë 5 viteve të fundit?

69. Kontroll të rregullt mjekësor

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di Nuk përshtatet (grua)

70. Visit to dentist

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di

71. Barëra nga farmacia PA recetë

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di NA

72. Barëra nga farmacia ME recetë

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di NA

73. Vizitë te gjinekologu / urologu

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di NA

74. Trajtim për sëmundje kronike

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di NA

75. Analiza laboratorike

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di NA

76. Trajtim për sëmundje të papritura

Asnjëherë Një herë 2-4 herë Çdo vit > 1 në vit Nuk e di NA

77. Skanim për kancer në mitër

Asnjëherë	Një herë 2-4 herë	Çdo vit > I në vit	Nuk e di	NA
78. Skanim për kancer të gjirit				
Asnjëherë	Një herë 2-4 herë	Çdo vit > I në vit	Nuk e di	NA
78.2 Skanim për kancer të zorrëve				
Asnjëherë	Një herë 2-4 herë	Çdo vit > I në vit	Nuk e di	NA

Personat që kanë prioritet për kujdes shëndetësor

79. Në familjen tuaj, nëse vetëm NJË person do të dërgohej për kontroll të rregullt mjekësor, cili mendoni se do të ishte personi që familja kishte më shumë gjasë të dërgonte?

Askush, të gjithë jemi njëjtë Grua Burrë Plaku Plaka Vajza Djali
Foshnja (djali) Foshnja (vajza)

80. Cila është arsyeja KRYESORE për të cilën do të dërgohej ky person?

Personi që është sëmurë Personi që ka më shumë gjasë të jetë sëmurë
Personi që është më i rëndësishëm për familjen Personi që është vendimmarrësi Tjetër _____

Problemet e mundshme për tu qasur në kujdesin shëndetësor

Shumë faktorë të ndryshëm mund t'i pengojnë njerëzit që të marrin këshillim mjekësor apo trajtim për veten e vet. Kur ju sëmurëni dhe keni nevojë për këshillim apo trajtim mjekësor, a përbëjnë çështjet e mëposhtme problem të madh, problem të vogël, apo aspak problem për ju?

81. Marrja e lejes për konsulta dhe trajtim mjekësorë

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

82. Largësia deri te institucioni shëndetësor

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

83. Transporti

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

84. Mospasja e dëshirës për të shkuar vetëm

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

85. Marrja e parave që nevojiten për shërbime dhe kujdes shëndetësor

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

86. Marrja e parave që nevojiten për medikamente

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

87. Shqetësimi se nuk do të ketë ndonjë ofruese të shërbimit shëndetësor që ka të njëjtën gjini si unë

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

88. Shqetësimi se mjekimet që më duhen mund të mos jenë të disponueshme

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

89. Shqetësimi se pajisjet që më duhen nuk do të jenë të disponueshme

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

90. Besimi te doktorët se do të jenë të sinqertë dhe profesionistë

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

91. Të flisni me mjekun për shëndetin tuaj mental apo psikologjik.

Problem i madh Problem i vogël Nuk është problem Nuk e di

92. A keni sigurim privat të shëndetit?

Po Jo

Preferencat për private apo publike

93. A preferoni të shkoni në institucione shëndetësore publike apo private? Publike Private Nuk kam preferenca

94. Cila është arsyeja KRYESORE që ju e keni këtë preferencë? Kushton më pak Ka cilësi më të mirë

E kam më afër Njoh njerëz që punojnë atje Ofron llojin specifik të shërbimit që më nevojitet

Arsye tjetër (ju lutemi ta shkruani _____)

Qasja në kujdesin shëndetësor riprodhues

95. A mendoni se keni qasje adekuate në shërbimet e kujdesit të shëndetit seksual dhe riprodhues në qoftë se ju keni nevojë për to, duke përfshirë edhe planifikimin familjar? Po Jo

96. Cilat janë arsyet që ju bëjnë të ndiheni se ju NUK keni qasje?

Familja nuk do të më lejojë Është e papranueshme për mua që të pranoj këto lloje të shërbimeve (p.sh., për shkak se e pamartuar, e vejë, etj) Është shumë shtrenjtë Është shumë larg Unë nuk e di ku të shkoj Arsye tjera _____

Tani kam disa pyetje në lidhje me përvojat tuaja me qasjen në shërbime shëndetësore. Sa jeni dakord me secilin prej pohimeve të mëposhtme:

97. Nëse do të kisha ndonjë rast emergjent, unë do e kisha të lehtë të marr kujdesin mjekësor

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

98. Unë ndihem shumë rehat të kontrollohem nga mjekja/u.

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

99. Jam shumë e kënaqur me kujdesin mjekësor që marr.

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

100. Shpesh më lënë të pres për një kohë të gjatë, kur shkoj për vizitë te doktori

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

101. Mendoj se doktorët më respektojnë dhe më trajtojnë mirë

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

102. Vizitën e fundit, doktori më shpjegoi gjëra, në mënyrë të qartë, duke përdorur fjalët që unë i kuptoja

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

103. Vizitën e fundit, mendoj se doktori shpenzoi kohën e duhur për të zgjidhur shqetësimet e mia

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

104. Doktorët e mi i mbajnë të dhënat e mia konfidenciale; ata nuk i ndajnë ato me askënd

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

105. Doktorët janë shumë të aftë dhe të mirë-trajnuar

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

106. Gjatë vizitave mjekësore, gjithmonë më lënë të them çdo gjë që mendoj se është e rëndësishme dhe të bëj Pyetje

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

107. Doktori im më jep informata të plota dhe të sakta në lidhje me trajtimin dhe medikamentet.

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

108. Kur kam marrë trajtimin, kam pasur privatësi të plotë (askush nuk hyri apo doli nga dhoma përveç doktorit/infermieres)

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

Diskriminimi

109. Gjatë gjithë jetës sime, mendoj se jam diskriminuar nga ndonjë punonjës i shërbimit shëndetësor për shkak të gjinisë sime

Plotësisht nuk pajtohem Nuk Pajtohem As nuk pajtohem as pajtohem Pajtohem Pajtohem
Plotësisht Nuk e di

110. Ju lutem, a mund të më tregoni se çfarë ka ndodhur? _____

111. Nëse keni qenë e pakënaqur me shërbimet, a jeni ankuar? Po Jo Nuk përshtatet

Përvoja gjatë përdorimit të shërbimeve shëndetësore

A ju ka ndodhur ndonjëherë ndonjë prej situatave të mëposhtme?

- I 12. Doktorët ju kanë marrë gjak për të bërë një test për HIV/AIDS pa miratimin tuaj. Po Jo
- I 13. Një punonjës i kujdesit shëndetësor ka folur për sëmundjen time përpara pacientëve të tjerë apo me pacientë të tjerë. Po Jo
- I 14. A Një punonjës i kujdesit shëndetësor bëri një gabim me diagnozën tuaj. Po Jo
- I 15. Ju e keni paditur në gjykatë një punonjës të kujdesit shëndetësor sepse ai/ajo ishte joprofesionale. Po Jo
- I 16. Mjeku / Gjinekologu ju ka diagnostikuar me kancer pa bërë asnjë test.. Po Jo
- I 17. Doktorin ju tha se ishte me shumë rëndësi që të operoheni, ndërsa më vonë e zbuluat nga doktorë të tjerë që nuk keni pasur nevojë për operim.. Po Jo
- I 18. Doktorin apo infermierja ju kanë bërë ndonjë koment të papërshtatshëm apo fyes, kur po kërkonit apo merrnit kujdes shëndetësor. Po Jo
- I 19. Doktorin ose infermierja ju ka prekur në një mënyrë seksuale të papërshtatshme, gjë e cila nuk dukej se ishte pjesë e procedurës së cilës po i nënshtroheshit Po Jo
- I 20. Nëse përgjigjeni me "po" në cilëndo prej këtyre pohimeve, ju lutem të më thoni me shumë se çfarë ndodhi, nëse keni _____

Aktiviteti seksual:

- I 23. A keni qenë ndonjëherë seksualisht aktive? Po Jo
- I 24. A jeni seksualisht aktive tani? Po Jo
- I 25. Preferoni të keni marrëdhënie seksualisht me:: Burra Gra Burra dhe gra Asnjërin
- I 26. A jeni angazhuar ndonjëherë seksualisht me një person të së njëjtës gjini me tuajën? Po Jo

Kontraceptivët

- I 27. Tani, a jeni duke përdorur ndonjë metodë kontrceptive ? Metodë kontrceptive është një metode që e parandalon shtatzëninë e padëshiruar. Po Jo
- I 28. Cilat metoda përdorni aktualisht për të parandaluar shtatzëninë?
Asnjë metodë Sterilizimi i femrave Sterilizimi i meshkujve Hapat IUD Injeksione / Injektivim i hormoneve Impiante Prezervativ Prezervativ për gra Diafragmë Shkumë/xhel
Metodën e ritmit (të mos qenurit aktiv gjatë periudhës së ovulacionit, që do të thotë në kohën kur ka më shumë të gjasa të mbeten shtatzënë) Tërheqjen Tjetër _____
- I 29. Cila është arsyeja KRYESORE që ju NUK përdorni ndonjë metodë kontrceptive?
Nuk jam e martuar Dua të mbetem shtatzënë Seks jo I shpeshtë/ Nuk jam në marrëdhënie seksuale Menopauza / Histerektomia / Mastektomi Fizikisht e pamundur të kem fëmijë Jam kundër përdorimit të kontrceptivëve Burri/gruaja/partneri/ja është kundër përdorimit të kontrceptivëve Familja ime është Kundër Besimi im ma ndalon Nuk e di se si të përdori këtë metodë Nuk edi
ASNJË metodë Nuk edi për burime ku të gjej kontrceptivët Kontraceptivët nuk kanë funksion tek unë
Kam frikë se si do të ndikojnë në shëndetimin tim si dhe frika e efekteve anësore
Une kam mungesë në qasje/ janë shumë larg për ti siguruar Kushtojnë shumë
Nuk janë të përshtatshme për përdorim Kontraceptivët ndërhyjnë në proceset normale të trupit
Posa kam lindur/ jam në gjidhënie TJETËR Nuk e di
- I 30. Ku e keni mësuar për herë të parë metodën AKTUALE?
Spital publik/maternitet Qendër e shëndetit publike Spital/klinikë private Barnatrore private
Doktor privat OJQ Dyqan Kishë, xhami, institucion fetar Nga një shoqe/ e afërme
Nga bashkëshorti/ partneri Media Internet
- I 31. A e di bashkëshorti/partneri që ju jeni duke përdorur një metodë të planifikimit familjar? Po Jo
- I 32. A do të thoni se përdorimi i kontrceptivëve është kryesisht vendimi juaj, kryesisht vendimi i burrit tënd / gruas / partnerit, apo të dy vendosni së bashku?
Kryesisht vendimi im Kryesisht vendimi i bashkëshortit/partnerit tim Vendim i përbashkët
- I 33. A dini ndonjë vend ku mund të mësoni ndonjë metodë të planifikimit familjar? Po Jo
- I 34. A ju ka shpjeguar ndonjëherë ndonjë doktor apo infermiere se si funksionojnë format e ndryshme të kontrollit të lindjes? Po Jo
- I 35. A ju ka njoftuar punonjësi i shërbimit shëndetësor në lidhje me opsionet e shumëllojshme për planifikimin familjar? Po Jo

136. A ju ka folur ndonjëherë ndonjë punonjës i shërbimit shëndetësor lidhur me efektet anësore apo problemet që mund të keni me metodat e ndryshme të planifikimit familjar? Po Jo

Njohuritë për planifikimi familjar

137. Keni dëgjuar për planifikimin familjar në radio? Po Jo

138. Keni parë ndonjë gjë lidhur me planifikimin familjar në televizor? Po Jo

139. Keni lexuar për planifikimin familjar në ndonjë gazetë, revistë apo në internet? Po Jo

Shtatëzania/Fëmijët

140. Në qoftë se ju mund të shkoni prapa në kohën kur ju nuk kishit ndonjë fëmijë (ose në qoftë se ju nuk keni ndonjë fëmijë tani), dhe ju mund të zgjidhni saktësisht se sa fëmijë të keni në tërë jetën tuaj, sa fëmijë do të donit të keni? _____

141.1 Sa prej këtyre fëmijëve do të donit të ishin djem? _____

141.2 Sa prej këtyre fëmijëve do të donit të ishin vajze Po Jo

142.1 Sa femije ju i keni lindur? _____

143. Nëse po, sa vjeç ishit kur ju lindi fëmija i parë? _____

144. Në kohën kur ju dhe gruaja/partnerja juaj ngelët shtatzënë, a dëshironit ju (që gruaja juaj) të mbeteshit shtatzënë, apo dëshironit të prisnit më vonë, apo nuk donit të kishit më (shumë) fëmijë?

144.2. Ku e keni kryer procesin e lindjes? Në shtëpi Në spital publik Në klinik private

145. Kur ishit shtatzënë me fëmijën tuaj të fundit, a keni marrë përkujdesje para lindjes (prenatale)? Po Jo

146. (Nëse jo) Cilat ishin arsyet KRYESORE që ju nuk keni marrë përkujdesje para lindjes (prenatale)?

Nuk mendoj që është e nevojshme Nuk me ka lejuar partneri/burri Nuk me la lejuar familja

Shumë shtrenjtë Shumë larg nga vendbanimi im

Nuk mund të merrja kohë të lirë nga puna Nuk e dija rëndësinë e tyre Arsye tjera: _____

147. Ku u vizituat? ... ndonjë tjetër? Personeli mjekësor Doktor i familjes Obstetri/gjinekologu
Infermierja/mamia Tjetër: _____

Prerjet Cezariane

148. Nga të gjitha lindjet që ju i keni pasur, sa prej tyre i keni bërë me prerje cezariane? _____

149. Sa lindje i keni bërë në mënyrë natyrale, pa prerje cezariane? _____

150. Gjatë ndonjërit prej operacioneve cezariane, a jeni ndier sikur jeni nën presion të ndonjë doktori, edhe pse ju vet nuk e keni ndier nevojën për një lindje të tillë? Po, jam ndier nën presion Jo, nuk më kanë lejuar

151. Gjatë lindjes, a ju është lejuar të keni të pranishëm në dhomën e lindjes ndonjë prej anëtarëve të afërt të familjes? Po Jo

152. A e keni patur ndonjërin prej këtyre problemeve gjatë shtatzanisë tuaj? (Rretho të gjitha që përshtaten)
Dështim/ Abort Spontan Abort Lindje e parakohshme Asnjërën

153. Pasi që ju e patët një dështim apo abort spontan, a ka intervenuar ndonjë prej doktorëve në tubat falopian pa miratimin tuaj? Po Jo

Aborti

Tani, kam disa pyetje të cilave mund t'iu përgjigjeni vetë, duke përdorur aparatën. E përsëris që përgjigjet tuaja do të jenë plotësisht anonime. Askush nuk do t'i dijë përgjigjet që ju keni dhënë. [Anketuesi i jep aparatën respondentës]

154. A jeni ndier ndonjëherë presion për të BËRË një abort? Po Jo

155. A keni ndier ndonjëherë presion për të MOS BËRË abort? Po Jo

156. A jeni ndier ndonjëherë e detyruar të keni fëmijë të tjerë kur ju nuk dëshironit? Po Jo

157. A jeni ndier rehat kur keni folur për SST-të dhe HIV-in me doktorin tuaj? Po Jo

158. A ndiheni rehat kur diskutoni për planifikimin familjar me mjekun tuaj? Po Jo

159. Nëse ju mendoni se ndoshta ju keni ndonjë sëmundje të transmetueshme seksualisht, a do të vizitonit doktorin? Po Jo

160. A keni abortuar ndonjëherë? Po Jo

161. Sa aborte? _____

162. Si është kryer ky abort? I vetë-nxitur përmes hapeve/pilulave I vetë-nxitur fizikisht
 Në një klinikë private Në një klinikë publike Nga familja Nga personat të njohur për familjes

162.1. Çfarë menyre tjetër? _____

163. A ju ka rekomanduar doktori që ju të përdorni hapa? Po Jo

164. Për çfarë arsyes vendosët të abortoni? Shumë shtrenjt të bësh fëmijë

Shkolla Fëmijë i padëshiruar Fëmija ishte vajzë unë/ne donim djalë
 Fëmija ishte djalë unë/ne donim vajzë Më bënte presion familja E pamartuar

Shumë e re për të patur fëmijë

164.1. Cila arsye tjetër? _____

165. Pasi që ju e patët abortin, a ju ka informuar personeli shëndetësor në lidhje me planifikimin familjar dhe metodat kontraceptive që janë dispozicion në Kosovë? Po Jo

Kontrollat

166. Mamografitë përdorin rrezet X dhe krijojnë një grafikë të gjirit për të zbuluar kancerin. A keni dëgjuar ndonjëherë për mamografinë apo skanimin e gjirit për kancer? Po Jo

167. A keni kryer ndonjë mamografi gjatë 3 viteve të fundit? Po Jo

168. Një procedurë tjetër diagnostikues është "PAP TEST", një procedurë ku doktori ose infermierja merr qeliza nga ana e brendshme e vaginës për ekzamimin në mikroskop. Kjo procedurë përdoret për të zbuluar kancer dhe ndryshimet që mund të çojnë në kancer. A keni dëgjuar ndonjëherë për "pap testi"? Po Jo

169. A keni kryer ndonjë "PAP-TEST" gjatë tri viteve të fundit? Po Jo

168.1. Kolonoskopia është një test që i mundëson doktorit tuaj të shikoj në zorret tuaja (rektumin dhe zorrën e trashë). Ai/ajo përdor një gyp të hollë dhe fleksibil. Përmes kolonoskopisë ndihmon zbulimin e ulçerave, polipeve në zorrë, tumoret, etj. A keni bërë ju ndonjëherë kolonokopi? Po Jo

168.1 A keni kryer ndonjë Kolonoskopi gjatë pesë viteve të fundit? Po Jo

Kanceri

170. Nëse më lejoni t'ju pyes, a është diagnostikuar ndonjë person në familjen tuaj, domethënë që jeton në të njëjtën çati, me kancer që nga viti 2000? Po Jo

171. Në total, sa anëtarë të familjes tuaj janë diagnostifikuar me kancer që nga viti 2000? _____

171.1.1 Cila është gjinia e personit? Grua Burrë

171.1.2 Sa vjeç ishte personi kur u diagnostikua? _____

171.1.3. Në cilin vit u diagnostifikua personi? _____

171.1.4 Çfarë lloji kanceri ka pasur personi? Gji Zorë Stomak Vezore Tru
 Lëkurë Mushkëri 171.1.4.1 Cilin tjetër?

171.1.5 A ka pasur mundësi personi të marrë trajtim? Po Jo

171.1.6. Për çfarë shkaqesh nuk ka mundur personi të marrë trajtim?

Nuk kishte trajtim të tillë në Kosovë Ishte i papërbullueshëm ekonomikisht Personi nuk donte të trajtohej Familja nuk e mbështeti Tjetër: _____

Lehtësues dhimbjesh/Varësia nga barërat

172. Sa shpesh merrni lehtësues dhimbjesh, si aspirina, acetaminofeni, paracetamoli, andoli, naprokseni, diklofenaku apo brufeni?

Nuk i kam marrë kurrë Disa herë në vit Një herë në disa muaj Çdo muaj

Disa herë në muaj Çdo javë Një herë në disa ditë Çdo ditë

173. Sa shpesh merrni lehtësues dhimbjesh si morfina, opiatet, eksikondon, metadon, trodon, dhe fentanil?

Nuk i kam marrë kurrë Disa herë në vit Një herë në disa muaj Çdo muaj

Disa herë në muaj Çdo javë Një herë në disa ditë Çdo ditë

174. Sa shpesh merrni hape/pilula që ju ndihmojnë të flini, si për shembull benzedin apo diazepam?

Nuk i kam marrë kurrë Disa herë në vit Një herë në disa muaj Çdo muaj

Disa herë në muaj Çdo javë Një herë në disa ditë Çdo ditë

175. Çfarë ju bëri të vendosnit të merrnit këto hape/pilula?

Zgjedhja ime Ma rekomandoi doktori Ma sugjeroi një shoqe/shok Ma sugjeroi familja

176. Cili anëtar nga familja?

Bashkëshorti / Gruaja Nëna Babai Motra Vëllai Halla/tezja Xhaxhai/daja

Gjyshja Gjyshi Kushëri Tjetër 176.1 Kush? _____

177. Kur shqetësoheni [bëheni nervoz], a merrni qetësues ndonjëherë për t'u qetësuar, për shembull ksanaks, valium, diazepam, leksilium apo bensedin? Po Jo

178. Sipas jush, sa shpesh merrni qetësues?

Nuk i kam marrë kurrë Disa herë në vit Një herë në disa muaj Çdo muaj
Disa herë në muaj Çdo javë Një herë në disa ditë Çdo ditë

179. Çfarë ju bëri të vendosnit të merrnit këto hape/pilula?

Zgjedhja ime Ma rekomandoi doktori Ma sugjeroi një shoqe/shok Ma sugjeroi familja Tjetër: _____

Pirja e duhanit dhe shëndeti

180. Aktualisht a e konsumoni duhanin? Po Jo

181. Gjatë 24 orëve të fundit, sa cigare keni pirë? _____

182. Në çfarë moshe filluat të pini rregullisht duhanin ?? _____

183. A keni tentuar ta lini duhanin gjatë 12 muajve të fundit? Po Jo

183. Në çfarë mënyre ju besoni se pirja e duhanit mund të shkaktojë probleme shëndetësore?

Kancer në mushkri Kancer në fyt apo laring Probleme në kordat zanore apo laring

Bronkit kronik Azmë Sëmundje zemre Sulm në tru

Impotencë tek burrat Komplikime gjatë shtatzënisë Tjetër: _____ Nuk e di

Alkooli

185. Gjatë 12 muajve të fundit, sa shpesh keni konsumuar të paktën një pije alkoolike si p.sh. birra, verë, raki apo tjetër?

Më pak sesa një herë në muaj 1-3 ditë në muaj Çdo javë 1-4 ditë në javë

5 ose më shumë në javë Çdo ditë

186. Kur pini alkool, mesatarisht, sa shishe pije konsumoni çdo ditë? (përafërsisht)

Diskriminimi

187. A keni menduar ndonjëherë se u janë cenuar të drejtat për të marrë shërbime shëndetësore sepse jeni grua? Po Jo

188. Nëse keni mundësi, ju lutem më thoni se çfarë ndodhi dhe nëse e keni raportuar rastin?

189. A ka ndonjë gjë tjetër që keni dëshirë ta diskutoni me mua apo të ma thoni? _____

190. A mundet kolegja/u ime të ju kontaktoj në të ardhmen në rast se na nevoiten më shumë informata në lidhje me përgjigjet tuaja? Identiteti juaj do të mbetet anonim. Po Jo

Shtojca 3. Udhëzuesi i intervistimit cilësor

Qëllimi i Intervistës:

- Për të kuptuar më mirë marrëdhëniet në mes të pacientit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore nga pikëpamja e mjekëve.
- Për të kuptuar faktorët që mund të parandalojnë dhënien e kujdesit të plotë/cilësorë, duke përfshirë çështjet strukturore/sistemike dhe mentalitetin e ofruesit të shërbimit shëndetësor.

I. Fillo me prezantim

Data	Emri	Pozita
Institucioni	Numri i telefonit	E-mail

2. Pyetjet

- Do të doja ta fillojmë bisedën, duke kuptuar më shumë për ju. Në fillim, a mund të prezantoheni me pak fjalë: Pse zgjodhët për të ndjekur mjekësinë?
- Përafërsisht, në cilin vit keni filluar të punoni në fushën e kujdesit shëndetësor?
- Cilat janë sfidat më të mëdha me të cilat ju përballeni në punën tuaj si një ofrues i shërbimeve të kujdesit shëndetësor?
 - A ekzistojnë rregulla administrative për të adresuar këto probleme?
 - Pse mendoni se ato (rregulloret administrative, politikat, udhëzuesit administrativ etj.) nuk janë duke funksionuar?
- Cilat mendoni se janë sfidat më të mëdha ekzistuese për qasjen e grave në kujdesin shëndetësor në Kosovë?
 - Çfarë hapash konkret mendoni se mund të ndërmerren për të adresuar këto çështje?
- A është ky i vetmi institucion shëndetësor ku ju jeni duke punuar? [Pyeteni më gjerësisht: a punoni në ndonjë vend tjetër, si në klinikë private ose në një klinikë tjetër?]
 - A keni punuar gjithmonë në këtë sektor (varësisht nga përgjigja: privat ose publik)?
 - Cila është arsyeja juaj kryesore se pse punoni në të dy klinikat - publike dhe private?
 - Cila ishte arsyeja juaj kryesore për të kaluar nga sektori publik në privat (ose e kundërta nëse është relevante)?
- Si një ofrues i shërbimeve të kujdesit shëndetësor, cilat janë dallimet që ju i shihni në mes të institucioneve private dhe publike?
 - A është në njërin sektor më mirë ose më keq se në tjetrin?
 - Pse?

Roli i mjekut në sistemin shëndetësor

- Ju lutem, përshkruani çfarë kushte të punës janë në vendin ku ju punoni.
- A kanë ndryshuar kushtet prej që keni filluar punën, dhe nëse po, a janë përmirësuar apo përkeqësuar ato?
- A ka pasur ndryshime të rëndësishme në rregulloret e politika, të cilat kanë përmirësuar ose e kanë bërë punën tuaj më të vështirë?
- Si është një ditë e zakonshme në zyrë për ju?
 - Sa pacientë kontrolloni ju gjatë një dite?
 - Sa prej tyre janë femra?
 - Zakonisht a kontrolloni pacientë të së njëjtës gjini si ju?
 - A është ndërje ndonjëherë ndonjë pacient jorehatshëm për shkak të gjinisë tuaj?
- Cilat janë tre arsyet më të zakonshme që njerëzit vijnë për tu kontrolluar tek ju?
- Deri në çfarë mase mendoni që respektohet besueshmëria në institucionin tuaj?
 - (Nëse jo) Për çfarë arsye?

- Në përvojën tuaj, kontrollimi dhe diagnostifikimi i pacientëve a ndodh zakonisht në një dhomë vetëm me pacientin apo edhe në praninë e pacientëve të tjerë?
- Nëse pacienti vjen me familjen e tij, a qëndrojnë familjarët në dhomë ndërsa ju e kontrolloni pacientin?
- A duhet të dinë anëtarët e familjes diagnozën e pacientit?
- Kur diagnostifikoni një pacient, zakonisht sa diskutoni ose si ia shpjegoni diagnozën pacientit?
 - Pse po? (Ose pse jo)?

Sfidat

- Cilat janë disa nga problemet kryesore që keni vërejtur tek pacientët?
 - Kur një pacient ka nevojë për kujdes, por nuk mund të paguajë, çfarë ndodhë?
- Rreth gjysma e të anketuarve identifikuan si një shqetësim të madh faktin se ilaçet apo pajisjet për të cilat ata kanë nevojë nuk mund të jenë në dispozicion. Pse mendoni se mund të ndodhë kjo?
- A keni qenë në një situatë ku paisjet që ju duhen për të kryer punën tuaj ishin thyer/dëmtuar?

Nëse po:

- A ishin paisje diagnostike apo kirurgjikale?
- Çfarë pajisje?
- A është ky ndonjë problem që përsëritet?
- Çfarë ndodh me pacientët në qoftë se ju nuk i keni pajisjet për të cilat ata kanë nevojë?
- A janë furnizimet farmaceutike që ju duhen gjithmonë në dispozicion?

Nëse jo:

- A ka ndonjë mungesë afatgjatë?
- Nëse keni nevojë për diçka që nuk është në dispozicion, çfarë bëni?

Situata brenda ekosistemit më të madh të kujdesit shëndetësor

- Sa jeni të kënaqur me infrastrukturën e institucionit ku ju ushtroni punën tuaj?
- Sa jeni të kënaqur me trajnimet që janë ofruar nga qeveria?

PYETJE SPECIFIKE SHITESË PËR SECILIN GRUP

Pyetjet e mëposhtme u janë pyetur të anketuarve specifikë bazuar në profesionin e tyre.

TË GJITHË MJEKËVE, PËRFSHIRË EDHE MJEKËVE NË SHËNDETIN MENDOR

Deri në çfarë mase mendoni që respektohet besueshmëria në institucionin tuaj

- Për çfarë arsye?
 - Në përvojën tuaj, kontrollimi dhe diagnostifikimi i pacientëve a ndodh zakonisht në një dhomë vetëm me pacientin apo edhe në praninë e pacientëve të tjerë?
 - Nëse pacienti vjen me familjen e tij, a qëndrojnë familjarët në dhomë ndërsa ju e kontrolloni pacientin?
 - A duhet të dinë anëtarët e familjes diagnozën e pacientit?
- Kur diagnostifikoni një pacient, zakonisht sa diskutoni ose si ia shpjegoni diagnozën pacientit?
 - Pse po? (Ose pse jo)?
- Në përvojën tuaj, a shkojnë njerëzit në Kosovë për tu kontrolluar tek një mjek i përgjithshëm, edhe kur nuk kanë asnjë problem shëndetësor? Pse po, ose pse jo?
- Kush është përgjegjës për mbledhjen e të dhënave në lidhje me pacientët?
 - Si janë të ruajtura: në mënyrë elektronike, në letër, ose të dyja?
 - Për çfarë përdoren këto të dhëna?
- Nëse dikush do të paraqesë një ankesë kundër jush, si është procesi për ndjekjen e ankesës?
- Në përgjithësi, si mendoni se stafi juaj mund të përmirësojë ofrimin e kujdesit shëndetësor?

PYETJE PËR KUJDESIN PARËSOR DHE GJINEKOLOG

Kontraceptivët/ planifikimi familjar

- Zakonisht kush i fillon diskutimet e planifikimit familjar: pacienti apo ju?

- Kur jeni duke dhënë trajtime mjekësore a i diskutoni planifikimin familjar/kontraceptivët me pacientët?
 - Me gratë, burrat apo të dyja?
 - Me gratë mbi cilën moshë?
- Zakonisht a ju shpjegoni disa metoda të mundshme, ose vetëm rekomandoni një metodë që ju mendoni se do të jetë mirë për pacientin?
 - Si e zgjidhni se cila metodë i rekomandohet një pacienti?
 - A ju shpjegoni efektet anësore të metodave të ndryshme, ose se si ato funksionojnë?
- Kush duhet të vendos nëse një grua mund të filloj përdorimin e një metode kontraceptive?
 - Çfarë ndodh nëse një grua dëshiron të përdorë ose të ndryshojë kontraceptivin e saj kundër dëshirës së partnerit?
- Nëse një grua don të ketë qasje në planifikimin familjar, a mundet ajo ta bëjë këtë pa problem?
 - A krijojnë pengesa familjet, institucionet fetare, apo faktorët e tjerë për gratë që të marrin pjesë në planifikimin familjar?
- A duken pacientët të paretshëm ose në siklet kur diskutohet planifikimi familjar?
- Sa paguajnë gratë për konsultimet lidhur me planifikimin familjar dhe kontraceptivët?

KËTO PYETJE VLEJNË VETËM PËR KUJDESIN PARËSOR:

- A ofron kjo qendër kujdes për banorët të cilët nuk mund të vijnë në qendër, për shembull vizita në shtëpi?
 - Sa shpesh bëni vizita në shtëpi?
 - Cila është arsyeja më e shpeshtë për vizita në shtëpi?
- Cilat janë problemet më të zakonshme për të cilat pacientët tuaj iu referohen specialistëve: (tre arsyet më të shpeshta)
 - Kur t'iu referohen atyre, a janë pacientët në gjendje që të marrin kujdesin që ata kanë nevojë? (Për shembull a është lista e pritjes e gjatë, shërbimet e shtrenjëta, a ndodhen ata shumë larg, etj. deri sa pacientët të vijnë përsëri tek ju për kontrollë?)
- Zakonisht, a i referoni pacientët tek një specialist i veçantë që ju e njihni ose tek një listë e specialistëve të mundshëm?
 - Si vendosni se tek cili specialist t'i udhëzoni pacientët?
 - A i tregoni personit pse po i referoni tek një specialistë/se cilët janë hapat e mëtuqjeshëm për të?
 - A referojnë specialistët ndonjëherë pacientë tek ju në rastet kur pacientët kanë kërkuar kujdes shëndetësor në nivel të gabuar?

KËTO PYETJE VLEJNË VETËM NËSE MJEKU ËSHTË GJINEKOLOG

Aborti:

- Cili është procesi, nëse një grua dëshiron të abortojë?
 - Zakonisht me kënd vijnë gratë për të diskutuar ose për të bërë abortin e tyre?
 - A e diskutoni vendimin e gruas për të abortuar me anëtarët e familjes së saj?
 - Si vendosni nëse do të jetë një abort kirurgjikal ose nëse do t'i përshkruani pilula të abortit?
 - Pasi një grua ka zgjedhur të bëjë një abort, a diskutoni me të metoda të planifikimit të familjes për të ardhmen?

Kujdesi para shtatzënisë

- A ofrohet rregullisht kujdesi para lindjes?
- A i inkurajoni nënat e ardhshme për të marrë kujdesin para shtatzënisë dhe nëse po, si?
- Çfarë shihni si arsye kryesore për të cilat gratë nuk e marrin kujdesin e duhur para lindjes?

Lindja / Metoda e lindjes

- A i preferoni/rekomandoni prerjet cezariane apo lindjet natyrale?
- Për çfarë arsye?

PYETJE VETËM PËR PSIKOLOG APO PSIKIATËR

Sfidat

- Ju lutem, a mund të na tregoni, çfarë i pengon apo i parandalon pacientët që të kërkojnë ndihmën tuaj, nëse ka?
- Në përvojën tuaj, si ndikon statusi social si ,të ardhurat, strehimi apo arsimimi,ne llojin e sëmundjeve me të cilat përballen pacientët tuaj, në qoftë se në të gjitha?
 - A ka dallime në mes të femrave dhe meshkujve?
- Cilat mendoni se janë sfidat më të mëdha që ekzistojnë për qasjen e grave në kujdesin shëndetësor në Kosovë?
- Çfarë hapash konkret mendoni se mund të merren për të adresuar këto çështje?
- A ka ndikime të tjera specifike të problemeve të shëndetit mendor që keni vënë re, etnia, çështjet familjare, puna, etj?..?
 - A ka dallime në mes të femrave dhe meshkujve?

Historia

- Deri në çfarë mase mendoni se mostrajtimi i traumave nga lufta, po prek problemet e shëndetit mendor në Kosovë??
- Sa mendoni qe është e përhapur trauma nga lufta në Kosovë?
- Deri në çfarë mase mendoni se ndikon trauma në shëndetin fizik, në qoftë se në të gjitha?
- Çfarë lloje të ndikimeve ka trauma në shëndetin fizik e mental?
 - A ka dallime në mes të femrave dhe meshkujve?
- Deri në çfarë mase përdhunimi dhe / ose dhuna seksuale gjatë luftës ,ju kanë tërhequr vëmendjen nga pacientët?
 - A ka dallime në mes të femrave dhe meshkujve?

Terapia/ Recetat

Përshkrimet/terapia:

- Cilat janë terapitë e mundshme që keni në dispozicion?
- Sa shpesh përshkruani barna?
 - Cilat barna kanë tendencë të përshkruhen më shpesh? (Antidepresivët? Qetësuesit? Tjetër?
 - A ka dallime në mes të burrave dhe grave në llojet e barnave që ata kanë tendencë të kenë nevojë më shumë?
 - A i shpjegoni efektet anësore te barnave të ndryshme dhe se si ata ndikojne,kur përshkruani ato?
- A është e mundshme që këto barna të merren pa recetë në Kosovë?
- A kryeni psikoterapi?
 - Nëse po, sa shpesh trajtoni me anë të psikoterapisë?
 - Nëse po, sa zgjatë një terapi,në përgjithësi (sa herë vjen pacienti?)
 - Cilat janë temat kryesore që diskutohen? - (Të jetë i përgjithshëm, si trauma, depresioni, ankthi, varësia etj)
 - A shihni ndonjë dallim në mes të meshkujve dhe femrave?
- Rreth 30% e femrave dhe 20% e të anketuarve meshkuj besojnë se është normale për të marrë qetësues, kur janë të mërziur,dhe 15% në total kanë raportuar marrjen e tyre. Çfarë mendoni në lidhje me këtë konstatim? Pse mund të jetë kjo?

PYETJE PËR INFERMIERET

- Si ndahen zakonisht përgjegjësitë në mes jush dhe një mjeku?

- Cilat janë përgjegjësitë tuaja kryesore?
- Sa kohë kaloni me pacientët dhe në çfarë situata?
 - A është mjeku zakonisht i pranishëm kur je duke punuar me pacientë?
 - A punoni me pacientët para apo pas diagnostifikimit të tyre?
- Në përvojën tuaj, kontrollimi dhe diagnostifikimi i pacientëve a ndodhin zakonisht në një dhomë vetëm me pacientin apo edhe në praninë e pacientëve të tjerë në atë dhomë?
 - Nëse pacienti vjen me familjen e tij, a qëndrojnë familjarët në dhomë ndërsa ju e kontrolloni pacientin?
- A duhet të dinë anëtarët e familjes diagnozën e pacientit ?
- Pasi mjeku e diagnostifikon një pacient, si ia shpjegon ai/ajo diagnozën pacientit?
- A ia shpjegoni ju ose a e diskutoni ju diagnozën me pacientin? Për çfarë arsye?

PYETJE PËR KUJDESIN PARËSOR DHE GJINEKOLOGËT

Kontraceptivët/planifikimi familjar

- A i diskutoni planifikimin familjar/kontraceptivët me pacientët?
 - Me gratë, burrat apo të dyja?
 - Me gratë mbi cilën moshë?
- Nëse një grua do të ketë qasje në planifikimin familjar, a mundet ajo ta bëjë këtë pa problem?
 - A krijojnë pengesa familjet, institucionet fetare, apo faktorët e tjerë për gratë që të marrin pjesë në planifikimin familjar?
- Zakonisht kush i fillon diskutimet e planifikimit familjar: pacienti apo ju?
- Zakonisht a ju shpjegoni disa metoda të mundshme kontraceptive, ose vetëm rekomandoni një metodë që ju mendoni se do të jetë mirë për pacientin?
 - Si e zgjidhni se cila metodë i rekomandohet një pacienti?
- Çfarë diskutimi apo shpjegimi ndodh zakonisht pas rekomandimit të një metode kontraceptive për një pacient?
- Kush e ka përgjegjësinë kryesore për edukimin e dikujt mbi planifikimin familjar? (d.m.th. burri, nëna, shkolla, qeveria, etj)

KËTO PYETJE VLEJNË VETËM PËR KUJDESIN PARËSOR:

Kultura e kujdesit parësor

- Cilat janë tre arsyet më të zakonshme për të cilat keni vërejtur se njerëzit kërkojnë kujdes parësor?
- Në përvojën tuaj, a shkojnë njerëzit në Kosovë për tu kontrolluar tek një mjek i përgjithshëm, edhe kur nuk kanë asnjë problem shëndetësor? Pse po, ose pse jo? A ofron kjo QKMF kujdes për banorët të cilët nuk mund të vijnë në qendër, si për shembull vizita në shtëpi?
 - Sa shpesh bëni vizita në shtëpi?
 - Cila është arsyeja më e shpeshtë për vizita në shtëpi?
 - Kush prej stafit shkon në vizita në shtëpi?
- Cili është roli juaj në procesin e referimit nga shkalla parësore në kujdesin dytësor?

PYETJE PËR INFERMIERET NË GJINEKOLOGJI

Aborti

- Cili është procesi, nëse një grua dëshiron të abortojë?
 - Zakonisht me kënd vijnë gratë për të diskutuar ose për të kryer abortin?
 - A e diskutoni vendimin e gruas për të abortuar me anëtarët e familjes së saj?
 - Pasi një grua ka zgjedhur të bëjë një abort, a diskutoni me të metoda të planifikimit të familjes për të ardhmen?

Kujdesi para shtatzënisë

- A ofrohet rregullisht kujdesi para lindjes?
- A i inkurajoni nënat e ardhshme për të marrë kujdesin para shtatzënisë dhe nëse po, si?
- Çfarë shihni si arsye kryesore për të cilat gratë nuk e marrin kujdesin e duhur para lindjes?

PYETJET PËR FARMACISTËT

- Do të doja ta fillojmë bisedën, duke kuptuar më shumë për ju. Në fillim, a mund të prezantoheni me pak fjalë: Pse zgjodhët të bëheni farmacist/e?
 - Çfarë kualifikimi arsimor keni? {Niveli}
 - Cilat mendoni se janë sfidat më të mëdha ekzistuese për qasjen e grave në kujdesin shëndetësor?
 - Çfarë hapash konkret mendoni se mund të ndërmerren për t'i adresuar ato?
- Në këtë barnatore, a kanë të gjithë personat që shërbejnë barna diplomë në fushën e farmacisë apo janë persona të cilët nuk janë farmacistë?
- Në çfarë viti përafërsisht keni filluar punën në këtë barnatore?
- E në këtë industri?
- A kanë ndryshuar kushtet që kur keni filluar punën, dhe nëse po, a janë përmirësuar apo përkeqësuar ato?
- A ka pasur ndryshime të rëndësishme në rregulloret/politikat e qeverisë që kanë përmirësuar ose kanë vështirësuar punën tuaj?
- Bazuar në përvojën tuaj, për çfarë lloje të problemeve kërkojnë mjekim më së shpeshti femrat?
- Sa shpesh keni raste ku dyshoni se gratë mund të keqpërdorin medikamente të caktuara, ndoshta për shkak të varësisë apo ndonjë çrregullimi psikologjik?
- Çfarë lloje të barnave kanë më shumë tendencë të keqpërdoren nga ato?
- A kanë prirje të jenë të përshkruara nga mjekët apo të jepen pa recetë?

Farmacistët në sistemin e kujdesit shëndetësor: Konsultime

- Çka përfshinë puna juaj?
- A ofroni këshillim për klientët {gratë?} mbi çështjet e shëndetit?
- A ofroni këshillim pasi ata kanë vizituar një mjek?
- Sa shpesh vijnë gratë tek ju pa e vizituar ndonjë mjek?
 - A tregojnë pacienteët pse ndodh kjo?
- Në cilat raste përshkruani ose shpërndani ilaçe që nuk janë rekomanduar ose përshkruar nga mjeku?
- A keni shitur më shumë ilaçe për pacientët pa rekomandimin e mjekut apo me rekomandimin e mjekut?
- Çfarë lloje të barnave mund të jepni pa recetë të mjekut?
- Çfarë lloje të barnave ofrojnë farmacistët e tjerë, pa recetën e mjekut?
- Si vendosni se cilët individë mund të marrin ilaçe pa recetë?
- A ju rekomandoni klientëve tuaj që të marrin diagnozën dhe recetën e mjekut, para se ne dorë të kenë ilaçet që nuk janë përshkruar nga mjeku?
- A ndiqni gjithmonë udhëzimet në recetën e dhënë?
 - Pse po/Pse jo?
 - A keni pyetur ndonjëherë se pse receta nuk përputhet me diagnozën?
 - Para se t'i jepni ilaçe një personi, a e pyesni se çfarë medikamente të tjera janë duke marrë aktualisht për t'u siguruar që nuk ka rrezik për efekte negative?

Furnizimi dhe rregullimi

- Si mund të mbani një furnizim të qëndrueshëm me barna që nevojiten për të përmbushur udhëzimet e recetës?
- A ka barna që janë më të vështira për tu mbajtur në depo?
- A ka ndonjë bar që nuk mund ta siguroni?
- Nga janë të importuara shumica e barnave në barnatoren tuaj?

- A ka barrna të caktuara që ju preferoni t'i rekomandoni? (Pse po?/Pse jo?)

Sfidat financiare

- A vijnë ndonjëherë pacientët për të blerë ilaçe me ndonjë udhëzim, por që nuk janë në gjendje t'i përballojnë ose t'i paguajnë ato?
- Çfarë bëni në këto raste? (a ju ofroni një alternativë më të lirë, etj)

Shëndeti riprodhues i grave

- Cilat ilaçe zakonisht mund t'i kërkojnë gratë që janë në moshën e aftë për riprodhim?
- Sa shpesh ju jepni kontraktivë hormonal (pilula kontraktive, emergjente)?
- A i shpjegoni efektet anësore të ilaçeve (p.sh. të pilulës së kontrollit të lindjes) në qoftë se ju i jepni ato?
- Çfarë medikamente ju jepni më së shpeshti grave shtatzëna?
 - Sa shpesh kërkohet nga gratë gjate shtatzënisë së tyre që të marrin medikamente shtesë (suplemente të kujdesit para-lindjes)?
 - A i rekomandoni ato grave shtatzëna, të cilat vijnë me një recetë tjetër të gatshme?

PYETJE PËR INFORMATORËT KYÇ

- Si keni filluar të punoni në ____?
 - Çka përfshinë puna juaj?
 - Cila janë sfidat kryesore të lidhura me kujdesin shëndetësor në Kosovë, për të cilën angazhohet organizata juaj?
 - Çfarë jeni duke punuar tani, apo planifikoni të punoni në lidhje me qasjen e grave në shëndet në veçanti?
- Si kanë ndryshuar kushtet në sektorin e kujdesit shëndetësor që nga koha kur ju keni filluar të punoni?
 - Si janë përmirësuar, përkeqësuar, apo kombinim i të dyjave?
- Që nga paslufta në Kosovë, a ka pasur ndonjë ndryshim në politika të cilat e kanë ndikuar punën tuaj në mënyrë pozitive apo negative? Ju lutem përshkruajeni.
- Cilat mendoni se janë sfidat më të mëdha ekzistuese për qasjen e grave në kujdesin shëndetësor në Kosovë?
 - Çfarë hapash konkret mendoni se mund të ndërmerren për të adresuar këto çështje?

Ligji për Sigurimin Shëndetësor

- Cili është afati i ri në lidhje me këtë?
- Cila janë sfidat kryesore në implementimin e ligjit për sigurime shëndetësore?
- Çfarë është duke u vendosur, cilat shërbime do të mbulohen me këtë sigurim?
- Si do të krahasohen shërbimet "pa pagesë" për dallim me ato të cilat aktualisht ekzistojnë?

Komentim i gjetjeve të anketimit

- Anketimi ynë ka gjetur se gratë kanë pengesa më të mëdha kulturore se sa burrat, në qasjen e tyre në kujdes shëndetësorë (për shembull, ato duhet të kërkojnë më shumë leje, në të njëjtën shtëpi burrat janë më të priorizuar, etj.). Cili është mendimi juaj në lidhje me këto gjetje?
- Përveç në rastet kur ballafaqohen me të lartëpërmendurat, statistikisht gratë nuk përjetojnë ndonjë mungesë të rëndësishme në qasjen e tyre në shëndetësi. Cili është mendimi juaj?
 - Pavarësisht nga gjetjet tona statistikore, sipas fjalëve, shumë gra raportojnë probleme brenda sistemeve shëndetësore. Sipas përvojës suaj, çfarë mendoni se ky pyetësor ka dështuar të gjejë, nëse mendoni se ka ndonjë mangësi?
- Kur po analizoni të dhënat, ne kemi gjetur shumë mospërputhje në atë se si grupe të ndryshme i qasen kujdesit shëndetësor, nga shtresat e ndryshme si: përkatësia etnike, rajoni, vendbanimi, edukimi. Për shembull, popullësia që jeton në fshatra shpesh ka më pak qasje në shëndetësi sesa popullësia që jeton në qytet.
 - Pajtoheni apo nuk pajtoheni?
 - A mund të ketë ndonjë sqarim se pse ka ndodhur kjo?

Cilësia (p.sh Komunikimi, Stafi, Infrastruktura)

- Sipas mendimit tuaj, a i respektojnë institucionet shëndetësore të drejtat e qytetarëve?
- Rreth 350 qytetarë mendojnë se ata nuk kanë të drejtë në ruajtjen e të dhënave. Një e treta e tyre mendojnë se ata i njohin të drejtat e tyre në lidhje me kujdesin shëndetësor.
 - Sipas përvojës suaj, si e shpjegoni këtë zbrastëti?
 - *[nëse hyn në ekspertizën e tyre]* Si duhet të funksionoj besueshmëria?
- Kush ka tendencë më së shumti për të informuar qytetarët në lidhje me të drejtat e tyre në kujdesin shëndetësor në Kosovë?

Përdorimi i shërbimeve

- Pothuajse 90% mendojnë se kontrollat e përgjithshme NUK janë shpenzim i parasë, por gjysma e popullsisë asnjëherë nuk e ka patur ndonjë kontrollë të tillë. Çfarë e sqaron këtë gjetje?
- A mund të flisni në mënyrë më të përgjithshme për kontrollat e përgjithshme dhe kujdesin parandalues në Kosovë?
 - Çfarë është bërë nga shteti/organizata juaj për të shtuar kujdesin parandalues?
 - Çfarë duhet bërë?
- Pothuajse 10% e qytetarëve mendojnë se kujdesi për shëndetin riprodhues nuk është i rëndësishëm. 60% thonë se nuk kanë njohuri se ku mund të i marrin këto shërbime. Megjithatë, shumica e të anketuarave gra, përfshirë këtu edhe nënat vet-ushqyese, gratë që nuk planifikojnë të bëjnë më fëmijë si dhe gratë e veja duhet të bëjnë kontrolle gjinekologjike. Cili është mendimi juaj për këtë gjetje?
- A mund të na flisni në përgjithësi në lidhje me shëndetin riprodhues dhe kontrollat/kujdesin parandalues brenda sistemit shëndetësor riprodhues në Kosovë?
 - Çfarë është bërë nga shteti/organizata juaj për të shtuar kujdesin parandalues?
 - Çfarë duhet bërë?
- Më shumë persona e kanë pranuar të përdorin medikamente pa përshkrim sesa me përshkrim. Cili është mendimi juaj për këtë gjetje?
 - Në përvojën tuaj, a pajtoheni apo nuk pajtoheni?
 - Cila mund të jetë arsyeja pse të dhënat na tregojnë këtë?

Pengesat (p.sh. Financiare, gjeografike, kulturore)

- Gratë serbe kanë të ngjarë të thonë se ato më shumë vendosin për metodat kontraceptive, për blerje të mëdha, etj. në krahasim me shqiptaret apo gratë nga grupet tjera etnike. Për shembull, pothuajse të gjitha gratë serbe për dallim nga dy të tretat e grave shqiptare dhe tre të katërtat e grave të grupeve tjera etnike kanë vendosur për veten e tyre të vizitojnë doktorin. Cili është mendimi juaj për këtë gjetje?
 - A ka ndonjë arsye që ju e mendoni për të sqaruar këto gjetje?

MBYLLJA PËR TË GJITHË TË INTERVISTUARIT/AT

- A ka ndonjë gjë që unë kam harruar të ju pyes? Ndonjë mendim shtesë që doni ta ndani?

Shtojca 4. Detajet e literaturës së shqyrtuar

Hulumtimi i parë është zhvilluar për të gjetur se a ka pasur ndonjë hulumtim të ngjashëm më parë në Kosovë dhe Europën Jug-Lindore duke përdorur termet e mëposhtme në variacione të ndryshme për të gjitha shtetet në PubMed: “Gra OSE femra OSE Gjini OSE pakica DHE qasje në kujdes shëndetësor”, e cila ka rezultuar me 168 letra. Hulumtimi i dytë është zhvilluar për të nxjerrë të gjitha publikimet e studimeve për Kosovën me prapavijë shëndetësore duke përfshirë ato studime që merrën me burra, duke përdorur termet e mëposhtme në PubMed: “((kosovo [Titulli/Abstrakt]) OSE kosovo [termet MeSH]) DHE kujdes shëndetësor [Titulli/Abstrakt]”. Ky hulumtim kishte 230 rezultate.

Pastaj Shkollari i Google është kërkuar me terminologji shumë të gjërë “qasje në kujdes shëndetësor Ballkan” dhe ka nxjerrë rreth 16,900 rezultate nga të cilat vetëm 500 të parat ishin të skanuar me titull derisa ka pasur 50 rezultate me rend që nuk janë përputhur me pyetjen e hulumtimit. Kjo rezultoi me 11 letra.

Të gjitha kanë qenë të skanuara së pari me titull, dhe nëse nuk ka qenë e qartë, me abstrakt. Për letrat e pranueshme është marrë i tërë teksti dhe është lexuar nga MSc në Shëndetin Ndërkombëtar. Kjo ka rezultuar me 102 artikuj dhe raporte që kanë qenë relevante për këtë hulumtim dhe kanë hyrë në raport ose në mënyrë të drejtëpërdrejtë për të kontekstualizuar dhe ofruar dëshmi për deklaratat e bëra, ose në mënyrë indirekte duke informuar hulumtuesit.

Shtojca 5. Vështirësitë dhe Kufizimet

Kjo shtojcë përmbledhë disa nga kufizimet e hulumtimit dhe vështirësitë me të cilat është ballafaquar. Kufizimet që ndërlidhen me dizajnin e hulumtimit, teknologjinë e studimit, trajnimin e hulumtuesve, gabimet e respondentëve dhe disponueshmërinë e literaturës.

Së pari, dizajni i hulumtimit ka pasur disa kufizime. Në disa pyetje, respondentët mund të zgjedhnin një përgjigje derisa ishin aplikuar përgjigjet e shumfishta. Siç është vërejtur diku tjetër në këtë raport, disa pyetje mund të përpiloheshin më qartë ose specifikisht, në veçanti në lidhje me atë se ku dëshirojnë respondentët të çasen në kujdes shëndetësor për diagnostifikim dhe sëmundje. Pyetjet në lidhje me abortin kanë zbuluar prevalencën jetësore të abortit, mirëpo nuk ka pasur pyetje në lidhje me vitin e kaluar, ashtu që shkalla nuk mund të krahasohet me shkallët ndërkombëtare.

E dyta, teknologjia e përdorur për regjistrimin e përgjigjeve të amvisërive ka qenë KoBoToolbox, një instrument me burim të hapur dhe pa pagesë. Derisa ka qenë funksional, ka qenë në fazën Beta të testimit, e cila ka rezultuar me disa gabime, siç është matja e kohës dhe kodimi.

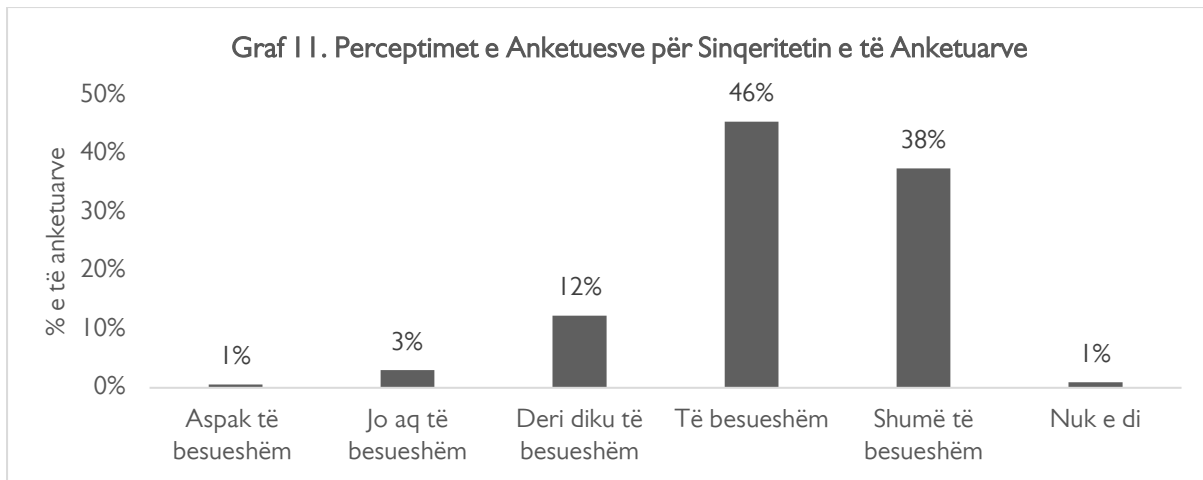
E treta, jo çdo hulumtues ka marrë trajnim të njejtë pasi që disa nga hulumtuesit i janë bashkuar ekipit pas trajnimit fillestar të detyruar duke krijuar potencial për mospërputhje.

E katërta, pamundësia e kontaktimit dhe mos-përgjigjes çdo herë ka potencial për të kontribuar në gabime veçanërisht tek grupet e njëzëzve të cilët ndoshta nuk janë në dispozicion apo nuk dëshirojnë të marrin pjesë në intervista, duke shpjer në paragjykime tek gjetjet. Në përgjithësi, procesi i studimit ka pasur 227 instanca të dokumentuara të pamundësisë së kontaktimit (shifni tabelën 11) dhe 357 refuzime. Arsyt kryesore për refuzim kanë përfshirë mungesën e interesit (158), nuk kanë pasur kohë (141) dhe personi ka qenë shumë i vjetër (13).

Arsyet	#
Ndërtesë e pabanuar	51
Pamundësia për të hyrë në ndërtesë	77
Nuk ka pasur personat të rritur në shtëpi	27
Nuk ka pasur askush në shtëpi pas 3 vizitave	20
Amvisëria nuk i ka takuar nën-mostrës	18
Të tjera	34
Nën-Totali	227

E pesta, çdo herë ekziston potenciali për gabime të respondentëve. Përkundër trajnimeve që e kanë theksuar rëndësinë e mbajtjes së intervistave vetëm me respondentin, disa intervista janë zhvilluar me prezencën e anëtarëve tjetër të familjes, e cila ka mundur të ndikojë në sinqeritetin e respondentit. Shumë pyetje janë mbështetur në perceptimin e respondentit, për mungesë të masave tjera të mundshme, dhe këto mund të mos reflektojnë saktë realitetin çdo herë. Shifrat e vetë-raportuara në veçanti në lidhje me të ardhurat kanë qenë të pasakta dhe është dashur të përjashtohen nga analiza. Në fund, disa pyetje mund të kenë negociuar paragjykim për përgjigje pozitive, kur njerëzit janë të prirur të pajtohen me një deklaratë pozitive vetvetiu vetëm në qoftë se nuk shtyhen të sqarojnë më tepër.

Nga anketuesit është kërkuar të vëzhgojnë respondentët në shumë aspekte, duke përfshirë sinqeritetin, të kuptuarit dhe rehatinë. Këto janë të rëndësishme kur vlerësohen gabimet dhe kuptohet shkalla e përgjigjeve të sinqerta të respondentëve ndaj temave të ndjeshme. Siç e ilustron grafika 11, në përgjithësi perceptimi i regjistruarve ka qenë se respondentët janë përgjigjur mjaft sinqertë.



Nga anketuesit është kërkuar të vlerësojnë se si ju duket se janë ndier gjatë intervistës. Në 63% të rasteve, regjistruarit kanë konsideruar se respondentët kanë qenë të lumtur apo shumë të lumtur; në 35% të rasteve indiferent; dhe jo aq të lumtur në 12% të rasteve. Banorët gjithashtu kanë pasur mundësi të komentojnë për cilësinë e intervistës në fund të intervistës si dhe në rastet që janë kontrolluar më vonë (shih shtojcën I). Në përgjithësi, respondentët kanë pasur komente pozitive për intervistën dhe eksperiencën dhe e kanë falenderuar RrGGK për ndërmarrjen e një hulumtimi për këtë temë të rëndësishme.

E gjashta, refuzimi i intervistës nga ana e respondentëve mund të nënkuptojë që perspektiva e disa punëtorëve shëndetësor nuk është përfaqësuar sa duhet në të gjetura. Shumë farmacistë, mjekë dhe infermierë/e (me përjashtim të punëtorëve shëndetësor të shëndetit mendor) kanë ngurruar të marrin pjesë në këtë hulumtim. Tregimet për praktika të këqija dhe korrupsion në sektorin shëndetësor, të publikuara në media kur është mbajtur hulumtimi, ka kontribuar dukshëm në ngurrimin e punëtorëve shëndetësor, edhe pse hulumtuesit iu kanë sqaruar se nuk janë pjesë e mediave dhe se janë duke e bërë hulumtimin në bashkëpunim të ngushtë me Ministrinë e Shëndetësisë. Kardiologët në veçanti kanë refuzuar kërkesat për intervista, për shkak të skandalit të mbuluar nga mediat në lidhje me implantimin e panevojshëm të stentave¹⁶³ e që është duke vazhduar. Ashtu që, laramania e këndvështrimeve dhe eksperiencave që kanë mbajtur punëtorët shëndetësorë ndoshta ka kufizuar diçka.

E shtata, intervista cilësore potencialisht ka përfshirë ndonjë kënaqësi të respondentëve, me ç'rast ata e kanë përcjellë informatën të cilën e kanë konsideruar të saktë për t'i kënaqur hulumtuesit, në vend se të përshkruajnë situatën aktuale. Për shembull, hulumtuesit kanë vërejtur se barnatoret japin barna pa përshkrim të recetës, edhe pse përfaqësuesit e barnatoreve të njehta kanë thënë gjatë intervistës se ata nuk bëjnë ashtu. Mjekët kanë folur për atë se si *do të duhej* të ndodhte në praktikë sipas ligjit, derisa pyetja e shmangur ka qenë se çka *aktualisht ndodhë* në praktikë. Pasi që të gjitha intervistat janë zhvilluar nga vullnetarët, në radhë të parë nga studentët, ndoshta një mentorim i tyre për shkathtësi më të avancuara të intervistimit do të mundësonte atyre që të kërkojnë informata më të sakta nga punëtorët shëndetësor. Gjithashtu të gjitha intervistueset kanë qenë vajza të reja, gjë që ka mundur të ndikojë në përgjigjet e respondentëve.

E teta, kufizimet kohore kanë paraqitur shumë sfida. Grupi i të dhënave ka përfshirë informata masive që nuk kanë mundur të procesohen brenda afatit kohor. Gjithashtu për shkak të kufizimeve kohore, trekëndëshimi i hulumtuesve nuk ka mundur të zbatohet në tërësi për

¹⁶³ Për shembull, shihe: Kanali i parë, *Ekskluzive: Aktakuzë për rastin 'Stenta', 60 të akuzuar*, e çasur më 6 Dhj. 2016, në: <http://www.first-channel.tv/2016/06/15/ekskluzive-aktakuze-per-rastin-stenta-60-te-akuzuar/>.

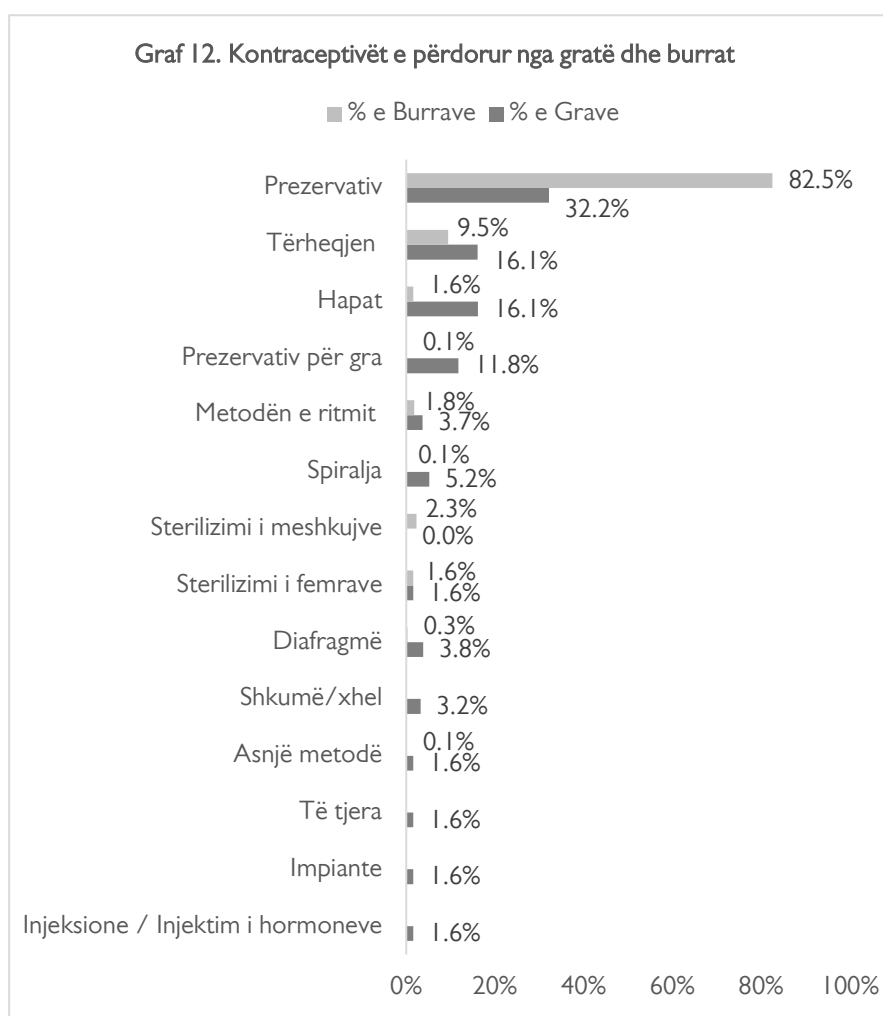
kodimin e të gjitha intervistave cilësore. Një kohë shtesë do të mund të lejonte interpretim të mëtutjeshëm të gjetjeve dhe kontekstualizimin në lidhje me hulumtimet tjera. Në lidhje me këtë, literatura kryesisht është hulumtuar dhe vlerësuar nga hulumtuesit e huaj, gjë që ka kufizuar rezultatet vetëm në dokumente që janë në gjuhën angleze. Pasi që të dhënat dhe literatura në përgjithësi për këtë temë dhe në lidhje me Kosovën janë të pakta dhe vështirë gjinden (p.sh. ueb faqet nuk janë duke funksionuar si duhet, raportet onlajn nuk janë në dispozicion), ndoshta nuk është gjetur e tërë literatura relevante.

Shtojca 6. Të gjeturat tjera të hulumtimit

Ky raport u fokusua në qasjen në kujdesin cilësor shëndetësor dhe pengesat në qasje për gratë dhe burrat e ndryshëm. Në këtë mënyrë, disa tema të adresuara përmes studimit kombëtar të amvisërive dhe gjatë intervistave nuk janë përfshirë në tekstin kryesor të raportit. Këtu janë përfshirë të gjeturat kyçe shtesë në mënyrë që palët e interesit të mund t'i përdorin ato për të ofruar informata të mëtejme për hulumtim dhe punë në këto fusha. Këto të gjetura janë ndarë sipas tematikës në nën-seksione si në vijim: përdorimi i metodave për planifikim familjar, farmaceutika, cigaret, alkooli, mjedisi dhe shëndeti si dhe arsytet për mungesë qasje në kujdes shëndetësor.

Përdorimi i metodave të planifikimit familjar

Hulumtimi ka zbuluar përdorimin mjaft të ulët të kontraktivëve bashkëkohor. Në mesin e respondentëve që janë në vitet e riprodhimit (të përcaktuara si moshë 16-55) të cilët seksualisht janë aktiv 64% kanë theksuar se nuk përdorin kontraktivë. Vetëm 20.5% e respondentëve dhe 10.9% e grave kanë theksuar se e përdorin metodën e kontraktivëve bashkëkohor.¹⁶⁴ Në mesin e grave të moshës 15-49, Anketa Demografike, Sociale dhe e Shëndetit Riprodhues në Kosovë (ADSSHRK) ka raportuar një përdorim



prej 17% të kontraktivëve bashkëkohor në vitin 2009,¹⁶⁵ dhe Anketa e Grupimit të Treguesve të Shumëfishtë (MICS) e vitit 2013 ka treguar 14% të përdorimit të kontraktivëve bashkëkohor.¹⁶⁶ Kjo paraqet një rënie gjatë viteve të fundit sa i përket përdorimit të metodave të besueshme nga ana e grave, edhe pse kjo anketë ka ekzaminuar një grup moshë paksa të

¹⁶⁴ Numrat kryesisht janë të njëjtë për personat që janë seksualisht aktiv dhe për ata që nuk janë. Për ata që përdorin kontraktivë, 28% ishin beqarë, 59% të martuar, 3% të fejuar, 0.4% të shkurorëzuar dhe 3% të vejë. Sido që të jetë, shumica theksuan se përdorin kontraktivë.

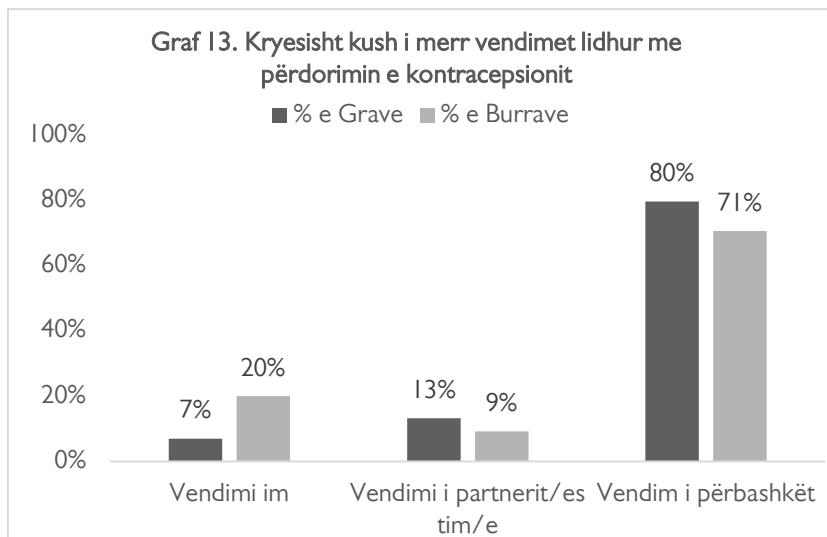
¹⁶⁵ ASK, ADSSHRK, 2011.

¹⁶⁶ ASK dhe UNICEF, MICS, 2014.

ndryshme. Kjo rënie mund të jetë pjesërisht për shkak të uljes së dhënieve të kontraktivëve krahasuar me kohën menjëherë pas luftës si dhe kontraktivëve që nuk janë dhënë falas, ashtu siç kanë deklaruar disa profesionistë të kujdesit shëndetësor. Nëse njerëzit duhet të blejnë kontraktivë, kjo mund ta shpjegojë pjesërisht se pse përdoren më shpesh metodat më të lira (p.sh. prezervativët dhe tërheqja).

Të gjithë personat nën moshën 55 vjeçare theksuan se përdorin kontraktivë, 85% kanë përdorur metodën moderne. Prezervativët ishin forma më e përdorur e kontraksionit si nga burrat (82.5%) ashtu edhe nga gratë (32.2%). Format tjera të 'kontraksionit' të përdorura shumë përfshinin tërheqjen (12%), tabletën (6%) dhe prezervativët femëror (4%). Lloji i kontraksionit të përdorur dallonte ndjeshëm sipas moshës ($p < 0.001$); personat e moshës 25-34 kishin tendencë të përdornin prezervativët dhe tabletën; personat e moshës 35-44 përdornin prezervativë mashkullor dhe femëror, në mesin e formave tjera moderne; dhe personat e moshës 45-54 përdornin prezervativët, tabletën dhe diafragmat, mirëpo ishin më të prirë për përdorim të metodës së tërheqjes se sa grupmoshat tjera. Sido që të jetë, kjo sugjeron se përdorimi i tërheqjes është në rënie e sipër.

Kur janë pyetur se kush vendos për përdorimin e kontraktivit, shumica e respondentëve kanë theksuar se është vendim i përbashkët me partnerin (75%). Megjithatë, gratë dhe burrat kishin përgjigje dukshëm të



ndryshme, që sugjeronin se burrat kanë tendencë që të marrin vendime përkitazi me kontraktivët në shumicën e lidhjeve se sa gratë ($p < 0.001$). Më pak të moshuarit duket se kanë pasur mundësinë se sa të rinjtë, mesatarisht; nëntë për qind e atyre me moshë 16-34 vjeçare kanë deklaruar se vendimi ishte i prindërve krahasuar me 13% të atyre 45-64 vjeçar ($p = 0.01$). Në mesin e grave që janë seksualisht aktive e që përdorin kontracepsion, tetë për qind kanë deklaruar se e kanë përdorur atë pa dijeninë e partnerëve të tyre.

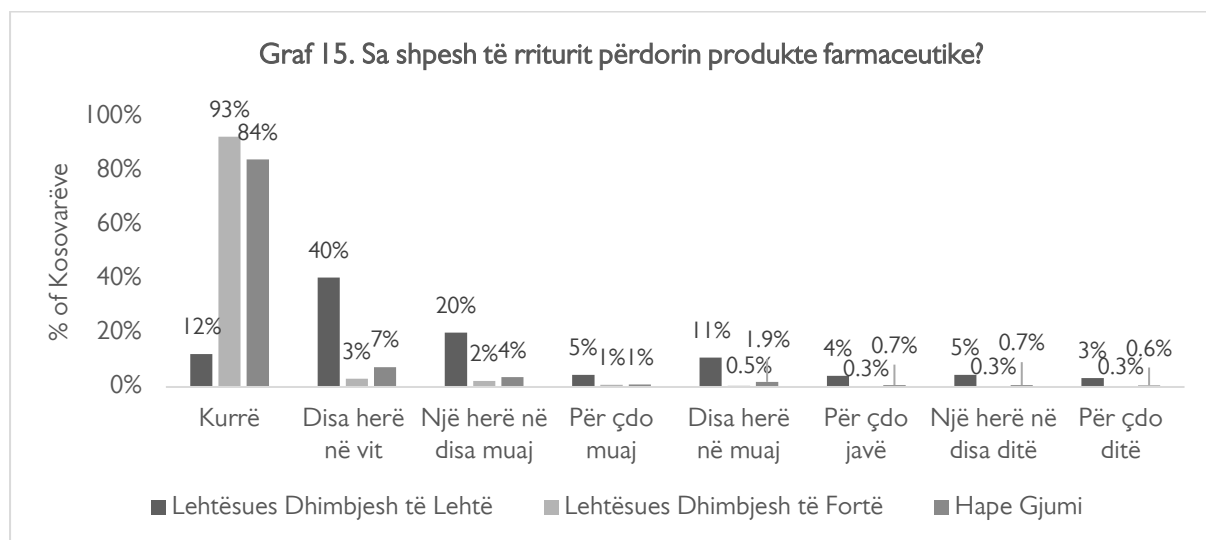
Kur personat të cilët janë seksualisht aktiv janë pyetur se pse nuk përdorin kontracepsionin, shumica kanë deklaruar se dëshirojnë të mbeten shtatzënë, se nuk kanë nevojë më për kontracepsion për shkak të histerektomisë ose menopauzës ose ishin kundër përdorimit të kontracepsionit (shih Grafikën 14).

Feja mund të ndikojë nëse disa njerëz përdorin kontracepsion ose jo, siç ka vrojtuar edhe një gjinekolog i intervistuar. Sido që të jetë, vetëm dy për qind e grave seksualisht aktive dhe katër për qind e burrave kanë deklaruar se kjo është arsyeja kryesore për mos përdorim të kontracepsionit.

Në përgjithësi, përdorimi i ulët i metodave të besueshme kontraceptive pjesërisht mund ta shpjegojë përhapjen e madhe të abortit në Kosovë. Përqindjes së madhe të popullatës që ka deklaruar të jetë kundër kontraktivëve u mungon dija, nuk e dinë se ku të blejnë kontraktivët ose përballen me barriera financiare për blerje të kontraktivëve gjë që zbulon një nevojë në dukje të paplotësuar për qasje të përmirësuar për kontracepsion në Kosovë. Kjo e gjetur i vërteton studimet e sipërpërmendura.

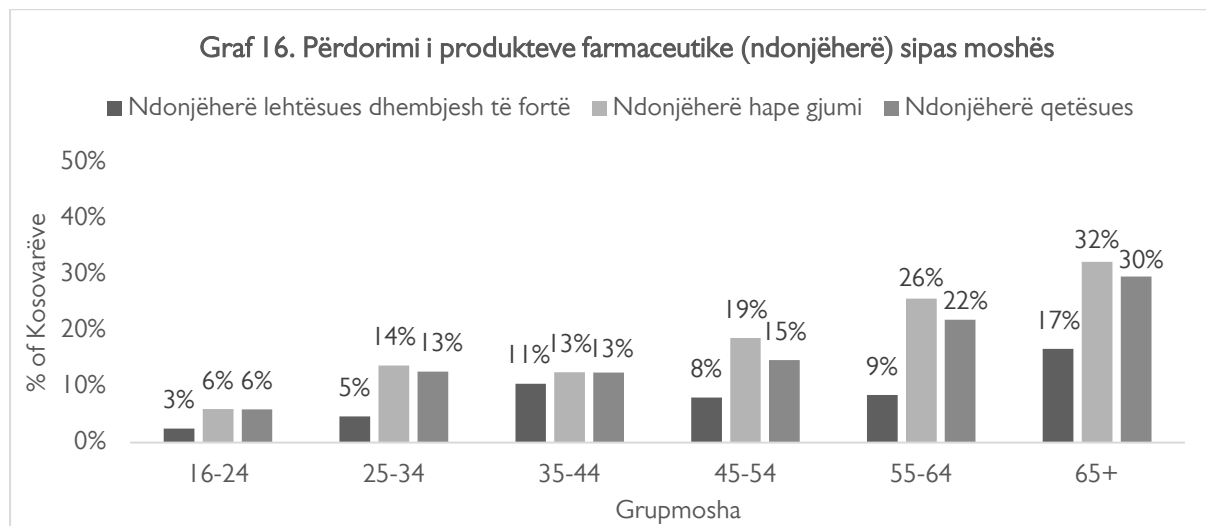
Përdormi i farmaceutikëve

Studimi i ka parashtruar disa pyetje lidhur me barëra të ndryshme të ligjshme. Grafika 15 me poshtë tregon se sa shpesh respondentët kanë theksuar se marrin qetësues të lehtë si acid acetilsalicilik (p.sh. Aspirin, Andol), paracetamol, ibuprofen, naproksen ose diklofenak; qetësues më të fortë si opiatet (morfinë, oksikodon, metadon, tramadol ose fentanil); dhe tableta të gjumit ose qetësues si benzodiazepine. Nuk ka pasur ndonjë dallim të ndjeshëm ndërmjet grave dhe burrave lidhur me mënyrën se si e kanë përdorur ndonjë prej këtyre kategorive të produkteve farmaceutike.



Ndoshta jo befasisht ekzistonte një dallim i konsiderueshëm sipas moshës; më të moshuarit, mesatarisht, kishin tendencë më të shpeshtë që të marrin qetësues më të lehtë ($p < 0.001$) dhe më të fortë ($p = 0.002$) se sa të rinjtë. Grafika 16 e ilustron përqindjen e secilit

grup që ka raportuar të ketë marrë ndonjëherë secilin lloj të produktit farmaceutik. Përveç personave që kanë marrë tableta gjumi disa herë në muaj (përqindje e ngjashme për të gjitha grup moshat), personat e moshës mbi 45 vjeçare ishin më të prirë që të merrnin tableta për gjumë se sa të rinjtë, si dhe që t'i marrin ato më shpesh ($p < 0.001$). Qetësuesit e lehtë potencialisht mund të kenë efekte serioze anësore, posaçërisht te individët të cilët veç se e kanë të kompromentuar gjendjen shëndetësore. Kështu që, fakti që 12% e respondentëve marrin qetësues njëherë në javë, ose më shpesh, ngritë shqetësime. Nevojitet edukimi si i pacientëve ashtu edhe i ofruesve lidhur me efektet anësore, posaçërisht për barërat që zakonisht blihen pa e konsultuar mjekun.

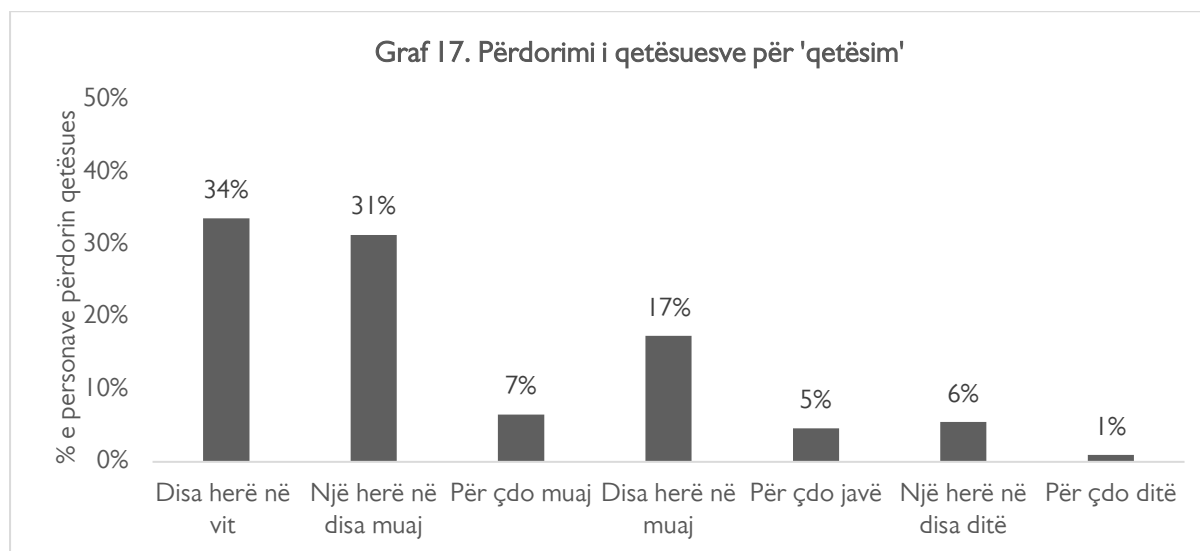


Prej përafërsisht 16% të respondentëve të cilët kanë marrë tableta për gjumë si bensedini dhe diazepam, gjysma kanë thënë se mjeku u rekomanduar që t'i marrin ato dhe 45% kanë deklaruar se zgjidhja ka qenë e tyre.¹⁶⁷ Tre për qind kanë theksuar se familja e tyre u ka sugjeruar që të marrin tableta gjumi dhe dy për qind e kanë deklaruar se të njëjtën gjë ua kanë deklaruar miqtë. Ekzistonte një dallim i konsiderueshëm lidhur me atë se çka i shtynte gratë dhe burrat që të vendosnin për të marrë këto tableta ($p = 0.0002$). Ku përafërsisht 60% e burrave kishin vendosur që të merrnin tableta gjumi vullnetarisht, ndërkohë që rreth 66% e grave kanë marrë tableta në bazë të rekomandimit të mjekut, apo e theksojnë një gjë të tillë. Gjithashtu ekzistonte një dallim i konsiderueshëm sipas moshës ($p < 0.001$). Personat e moshës nën 35 vjet ishin më të prirë që të merrnin tableta vullnetarisht, ndërsa prej moshës 35 e më lartë ishin më të prirë që të kenë rekomandim të mjekut. Personat e moshës 35-44 dhe mbi 65 vjeç dukej se ishin më të prirë që të ndikohen nga miqtë dhe familja për të marrë tableta gjumi. Disa të rinj të moshës 16-24, gjithashtu kanë theksuar se kanë qenë të ndikuar nga familja që të marrin tableta të tilla.

Përafërsisht 14% e kosovarëve raportohet të kenë marrë qetësues 'për qetësim', (shembujt në pyetësor ishin Xanax, Valium, Lexilium ose Bensedini, të gjitha i përkasin grupit të benzodiazepinës). Prej tyre, paksa më shumë se një e treta i marrin ato çdo disa muaj. Më shumë se 28% kanë raportuar të kenë marrë qetësues disa herë në muaj ose më shpesh (shiko Grafikën 17). Përdorimi i qetësuesve duket të jetë rritur bashkë me moshën ($p < 0.001$). Në 52% të rasteve, respondentët kanë deklaruar se qetësuesit u ishin rekomanduar nga mjekët. Megjithatë, 43% kanë deklaruar se vendimi ka qenë i tyre, tre për qind kanë deklaruar se u është sugjeruar

¹⁶⁷ Pyetësori nuk e bënte dallimin në mes të tabletave të thjeshta të gjumit si zolpidemi dhe qetësuesit si benzodiazepine pasi që kjo e fundit përdoret për të dyja, që mund të ishte mangësi e pyetësorit. Ai e ka përmendur bensedinën si një shembull që ndërlihet si me tabletat e gjumit ashtu edhe me qetësuesit.

nga miqtë ndërsa dy për qind ishin inkurajuar nga anëtarët e familjes që të merrnin qetësues. Përsëri, gratë në masë të konsiderueshme ishin më të prira (30% e grave) se sa burrat (22%) që mjeku u kishte përshkruar qetësuesit ($p=0.003$), ndërkohë që burrat ishin më të prirë që të vendosnin për marrjen e qetësuesve vullnetarisht (27% e burrave). Personat e moshës mbi 35 vjet ishin më të prirë që të merrnin qetësues pas përshkrimit të mjekut, ndërsa të rinjtë ishin më të prirë që ta bënin atë vullnetarisht ($p<0.001$).¹⁶⁸ Pasi që siç u përmend këtu benzodiazepine ka potencial të lartë të varësisë, fakti që 1.7% e popullatës i merr ato së paku një herë në javë, pa marrë parasysh a blihen me përshkrim apo pa të, mund të përkthehet në 1.7% e të qenit të rrezikut të lartë për varësi.



Përdorimi i cigareve dhe ndotja e perceptuar e ajrit nga duhani

Përafërsisht 28% e respondentëve kanë raportuar se e pinë cigaren. Mesatarisht ata pinë afërsisht 19 cigare në ditë. Sido që të jetë, mesatarisht, burrat kanë theksuar se pinë cigare pothuajse dy herë më shumë (23) në ditë se sa gratë (13) ($p<0.001$). Nuk ka pasur ndonjë lidhje të ndjeshme statistikore në mes të pirjes së duhanit dhe përkatësisë etnike ose vendbanimit. Mesatarisht njerëzit fillojnë të pinë duhan në moshën 19 vjeçare. Mosha më e re e pirjes së duhanit, siç është raportuar nga respondentët, ishte mosha shtatë vjeçare. Përafërsisht 30% e duhanpirësve janë munduar ta lënë atë.¹⁶⁹ Shkalla e mostrës së personave me sëmundje të zembrës, kancerit të mushkërive dhe sëmundjeve tjera që njihen se kanë lidhje pirjen e duhanit ishte tepër e vogël për ta ekzaminuar me saktësi ndërlidhjen në mes të këtyre sëmundjeve dhe personave që pinë duhan në Kosovë.¹⁷⁰

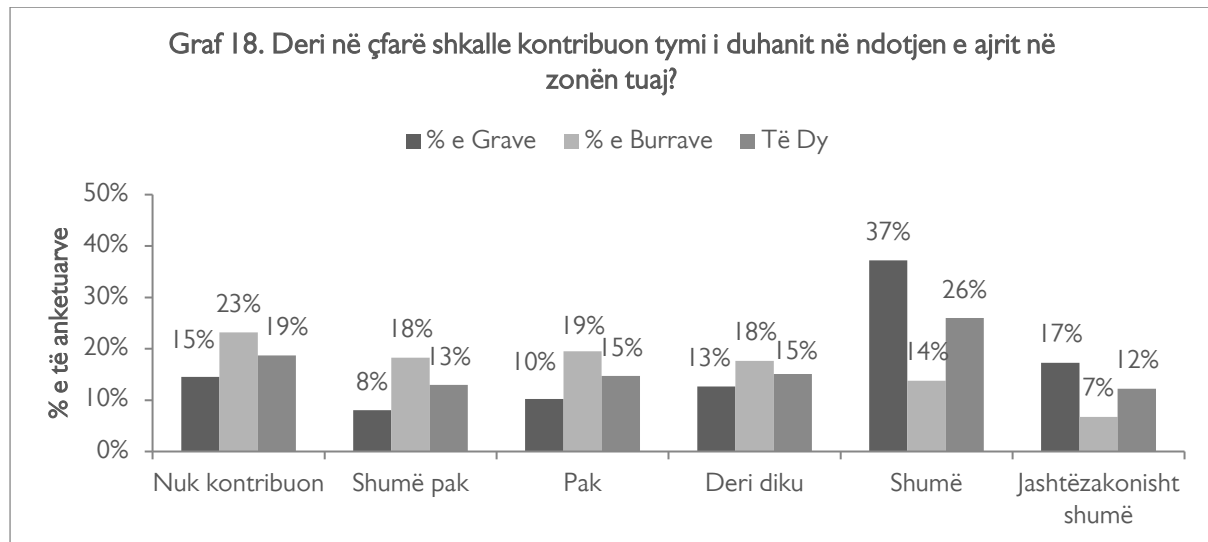
Perceptimet e kosovarëve se si pirja e duhanit ndikon në ndotjen e ajrit në zonën e tyre dallonte në mënyrë të konsiderueshme (Grafika 18). Derisa 38% ndjenin se duhani kontribuonte shumë në ndotjen e ajrit, 15% kanë theksuar deri diku, 28% kanë theksuar pak ose shumë pak dhe 19% nuk kanë menduar se duhani ka kontribuar fare në ndotjen përreth zonës së tyre. Gratë në mënyrë të konsiderueshme ishin të prira që ta konsideronin duhanin si shkaktar të ndotjes se sa burrat ($p<0.001$). Banorët e zonave urbane në mënyrë të konsiderueshme ishin

¹⁶⁸ Nuk kishte dallim të konsiderueshëm sipas vendbanimit urban ose rural.

¹⁶⁹ Nuk kishte dallim të konsiderueshëm sipas gjinisë, përkatësisë etnike ose vendbanimit lidhur me përpjekjet për ta lënë atë.

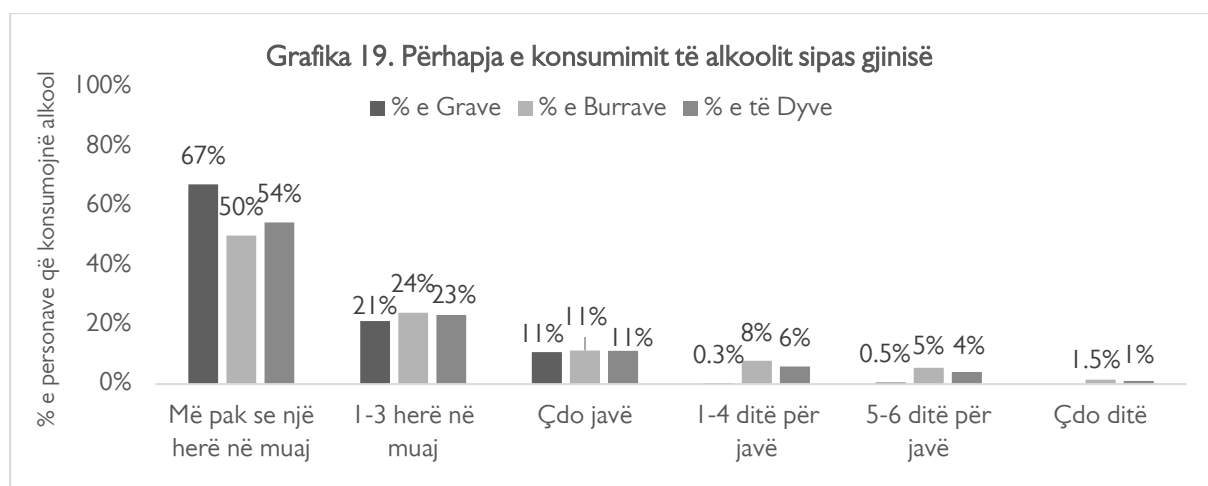
¹⁷⁰ OBSH, "Duhani – Fletë pune", shikuar më 5 dhjetor 2016, në: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.

më të prirë që të kenë ndjenjën se duhani ndikon në ndotjen e ajrit se sa banorët e zonave rurale ($p=0.04$). Personat që jetojnë në Prishtinë, Ferizaj dhe Mitrovicë në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë që ta konsideronin tymin e duhanit si ndotës së zonës së tyre se sa personat nga rajonet tjera ($p=0.0003$).



Përdorimi i alkoolit

Gjatë 12 muajve para studimit, 23% e kosovarëve kanë theksuar se kanë konsumuar alkool së paku nganjëherë. Mesatarisht burrat pinë më shumë (36% e burrave) se sa gratë (12%) ($p<0.001$). Gjithashtu burrat kanë pasur tendencë që të pinë më shpesh se sa gratë. Në mesin e personave që kanë konsumuar alkool gjatë vitit të kaluar, shumica (54%) kanë theksuar të kenë pirë më pak se njëherë në muaj; 23% kanë pirë tri herë në muaj; dhe 11% kanë pirë çdo javë (shih Grafikën 19).



Mesatarisht, më shumë të rinj kanë pirë alkool gjatë vitit të kaluar se sa të moshuar ($p=0.01$). Kur njerëzit pinë, mesatarisht ata kanë tendencë që të pinë 2.2 pije në ditë. Mesatarisht, burrat kanë tendencë që të pinë paksa më shumë se sa gratë ($p<0.001$), duke arritur vlerën e përgjithshme prej 2.3 pije në ditë krahasuar me 1.9 për gratë.¹⁷¹ Të rinjtë, posaçërisht ata nën

¹⁷¹ Nuk kishte dallim të konsiderueshëm statistikor të bazuar në vendbanim ose përkatësi etnike.

moshën 25 vjeçare, kishin tendencë që të pinin më shumë për një ditë se sa të moshuarit ($p=0.007$).

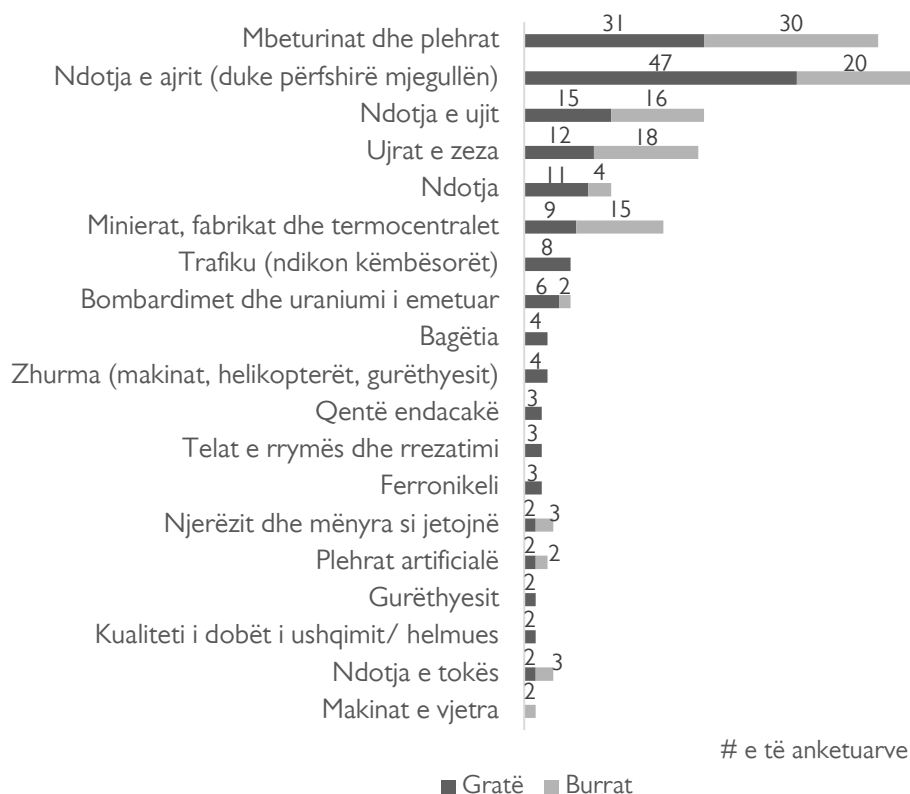
Mjedisi dhe shëndeti

Pasi që kjo temë nuk ishte fokusi kryesor i këtij raporti, është bërë vetëm një përpjekje e shpejtë për të nxjerrë informata për historikun lidhur me mjedisin në Kosovë dhe ndikimin potencial të tij në shëndet. Një pasqyrë për çështjet mjedisore në Kosovë mund të gjenden diku tjetër.¹⁷² Sido që të jetë, kjo është një fushë për të cilën ka nevojë që të bëhet hulumtim i mëtutjeshëm. Studimi i përdorur në këtë hulumtim ka përmbajtur disa pyetje lidhur me mjedisin dhe efektet e tij të perceptuara për shëndetin.

Kur janë pyetur që ta kategorizojnë cilësinë e mjedisit në të cilin jetojnë, nëntë për qind e respondentëve kanë theksuar se ajo është 'e dobët' ose 'shumë e dobët' dhe 71% kanë theksuar se është 'e mirë'. Një dallim i madh ekzistonte për sa i përket përkatësisë etnike ($p<0.001$); 64% e serbëve e cilësuan mjedisin e tyre si 'të dobët' ose 'shumë të dobët' krahasuar me vetëm shtatë për qind të shqiptarëve dhe nëntë për qind të grupeve tjera etnike. Banorët e Mitrovicës (24%), ku jetojnë më shumë serbë, dhe të Prishtinës (11%) ishin më të prirë se sa personat e rajoneve tjera që ta cilësonin mjedisin e tyre si të dobët ($p=0.0005$). Banorët e zonave urbane ishin më të prirë që ta cilësonin mjedisin e tyre si të dobët se sa banorët e zonave rurale ($p<0.001$). Personat e moshuar ishin më të prirë që ta cilësonin cilësinë e mjedisit të tyre të dobët se sa të rinjtë ($p=0.03$). Bazuar në perceptimet e tyre, 80% e respondentëve janë ndier se diçka në mjedisin e tyre ditor po ndikonte në shëndetin e tyre ose shëndetin e familjes së tyre. Kur janë pyetur që ta përshkruajnë me fjalë të tyre se çka prej mjedisit të tyre po ndikonte në shëndetin e tyre, shumica e respondentëve e kanë identifikuar ndotjen e ajrit, mbeturinat, ujin e kontaminuar dhe kanalizimin (Grafika 20).

¹⁷² Iniciativa Kosovare e Stabilitetit (IKS), 'Të menduarit gjelbër', Prishtinë: IKS, 2009, në: http://www.iksweb.org/repository/docs/enThinking_Green_274022.pdf; Agjencia Kosovare për Mbrojtjen e Mjedisit, në: <http://www.ammk-rks.net/?page=2.8>.

Grafika 20. Çka ndikon në shëndetin tuaj dhe në shëndetin e familjes suaj?



Kur janë pyetur për shkallën në të cilën besojnë se mjedisi në të cilin punojnë çdo ditë ndikon në shëndetin e tyre, 26% kanë theksuar ‘mjaft shumë’ dhe 23% kanë theksuar ‘deri diku’. Gratë ishin më të prira se sa burrat që të thoshin se mjedisi i tyre ditor i punës ndikonte në shëndetin e tyre ($p=0.003$). Njerëzit në Mitrovicë ishin më të prirë që të besonin se mjedisi në të cilin punojnë ndikon ‘shumë’ në shëndetin e tyre (53% e banorëve) se sa personat në rajonet tjera ($p=0.0005$). Në Prishtinë 33% e banorëve dhe në Gjilan 30% e banorëve kanë pasur mendime të ngjashme. Shqiptarët (27%) kishin prirje më të konsiderueshme se sa serbët (19%) ose grupet tjera etnike (18%) që të ndiheshin se mjedisi në të cilin punojnë ndikonte në shëndetin e tyre ($p<0.001$).

Në mënyrë më specifike, duke marrë parasysh cilësinë e ajrit në Kosovë, një studim i vitit 2005 tregonte se ndotja e ajrit përrreth termocentraleve të linjtitit në Obiliq tejkallonte standardet e BE-së për 400-500%.¹⁷³ Në muajin nëntor 2016, monitorimi i cilësisë së ajrit nga Konsullata e SHBA-së në Prishtinë ka paraqitur një ndotje të ajrit në nivel mesatar deri në tepër të pashëndetshme.¹⁷⁴ Interesant fakti që 69% e respondentëve e cilësuan cilësinë e ajrit në zonën ku jetojnë si ‘të mirë’ ose ‘shumë të mirë’; ndërsa vetëm 14% e cilësuan cilësinë e ajrit si ‘të keq’ ose ‘shumë të keq’. Banorët e zonave urbane kishin prirje më të mëdha që ta cilësonin cilësinë e ajrit si të dobët (24% e banorëve urbanë) se sa banorët e zonave rurale (8%) ($p<0.001$).¹⁷⁵

¹⁷³ Zeneli, L. et. al., ‘Ndikimi i ndotjes mjedisore në shëndetin e njeriut për popullatën që jeton afër termocentraleve të Kosovës’, Prishtinë: 2011.

¹⁷⁴ Gjatë shkrimit të këtij raporti, një hulumtues shfletoi këtë faqe të internetit disa herë në javë: Prishtina U.S. Consulate, ‘Air Pollution: Real-time Air Quality Index (AQI)’, at: <http://aqicn.org/city/kosovo/pristina/us-consulate/>.

¹⁷⁵ Nuk kishte dallim të konsiderueshëm statistikor të bazuar në gjini dhe moshë.

Gjithashtu ekzistonte një lidhje e ndjeshme e bazuar në rajon ($p=0.009$); më shumë banorë të Prishtinës (24%), Mitrovicës (21%) dhe Gjilanit (16%) e cilësuan cilësinë e ajrit si të keq se sa banorët e komunave tjera. Respondentët serbë (66%) në masë të konsiderueshme ishin të prirë që ta cilësonin cilësinë e ajrit si të keq në krahasim me grupet tjera etnike (12-13%) ($p<0.001$).

Në pyetjen e ngjashme, 15% e respondentëve theksuan se ajrin të cilin e thithin çdo ditë është 'i keq' ose 'shumë i keq', ndërsa 24% e kanë vlerësuar ajrin 'në rregull' dhe 35% 'shumë të mirë'. Banorët e zonave urbane kishin tendencë që ta cilësonin ajrin të cilin e thithin më të keq se sa banorët e zonave rurale ($p<0.001$). Personat që banojnë në Prishtinë (26% e banorëve) dhe Mitrovicë (22%) në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë që ta cilësojnë cilësinë e ajrit të keq se sa personat nga rajonet tjera ($p=0.03$). Kosovarët kishin tendencë që të besojnë se emetimet nga automjetet dhe kamionët kontribuojnë në ndotjen e ajrit në zonën e tyre; vetëm shtatë për qind kanë konsideruar se emetimet nuk kontribuojnë fare në ndotje. Gratë kishin prirje në masë më të konsiderueshme që t'i konsiderojnë emetimet si shkaktar më i madh i ndotjes se sa burrat ($p=0.0007$), sikurse edhe banorët e zonave urbane kanë pasur tendencën që t'i konsiderojnë emetimet si shkaktarë më thelbësor për ndotjen se sa banorët e zonave rurale ($p<0.001$). Serbët (62%) dhe shqiptarët (51%) në masë më të konsiderueshme se grupet tjera etnike (32%) ishin më të prirë që t'i konsideronin emetimet si kontribuues serioz të ndotjes së ajrit në zonat e tyre ($p<0.001$).

Derisa 47% e kosovarëve nuk i konsiderojnë termocentralet si burim të ndotjes dhe tetë për qind nuk ishin në dijeni, 32% besonin se këto termocentralet në masë të madhe kontribuojnë në ndotje. Të rinjtë ishin më të prirë që të besojnë se termocentralet kontribuojnë në ndotje se sa të moshuarit ($p=0.02$). Respondentët e zonave urbane kishin tendencën që t'i konsideronin termocentralet si kontribuues të mëdhenj të ndotjes se personat e zonave rurale ($p=0.0007$). Serbët (46%) dhe shqiptarët (32%) në masë më të konsiderueshme ishin më të prirë se sa grupet tjera etnike (17%) për të theksuar se termocentralet thellësisht kontribuojnë në ndotje ($p=0.0001$). Njerëzit që jetojnë në rajonet e Prishtinës (54% e banorëve) dhe Mitrovicës (48%) në masë të konsiderueshme ishin më të prirë që t'i konsiderojnë termocentralet si ndotës në zonat e tyre se sa personat nga rajonet tjera ($p<0.001$). Duke marrë parasysh afërsinë e këtyre dy rajoneve me termocentralet me thëngjill të Kosovës, ndoshta nuk është befalusë që banorët kanë tendencë që t'i konsiderojnë termocentralet e tilla si kontribuues madhor të ndotjes.

Në krahasim me termocentralet, më pak kosovarë i konsiderojnë fabrikat si ndotës të mëdhenj në zonat e tyre. Derisa 21% e respondentëve i konsiderojnë ato si ndotës serioz, 20% kanë theksuar se ato ndotin 'pak' ose 'shumë pak' kurse 40% kanë theksuar se nuk ndotin fare. Banorët e zonave urbane në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë që të besojnë se fabrikat kontribuojnë në ndotje se sa banorët rural ($p=0.003$). Banorët në Mitrovicë (43%) dhe Prishtinë (27%) kishin tendencë që ta konsiderojnë ndotjen nga fabrikat si problem më serioz se sa personat nga rajonet tjera ($p<0.001$). Përsëri, serbët (53%) në të mënyrë të konsiderueshme ishin më të prirë se sa shqiptarët (20%) ose grupet tjera etnike (12%) që t'i konsiderojnë fabrikat si kontribuues serioz të ndotjes ($p<0.001$).

Kosovarët ishin më pak të prirë që të mendojnë se gazrat e vajit për djegie, gazit, thëngjillit ose drurit për ngrohje dhe zierje kontribuojnë në ndotje. Pesëmbëdhjetë për qind e respondentëve kanë theksuar se kjo nuk kontribuon fare në ndotje, 32% theksuan 'pak' ose 'shumë pak', 18% theksuan 'deri diku' dhe 32% theksuan 'shumë' ose 'jashtëzakonisht shumë'. Të rinjtë janë më të prirë që të mendojnë se gazrat e tilla kontribuojnë në ndotje se sa të moshuarit ($p=0.02$), ndërsa banorët e zonave urbane më të prirë se sa ata të zonave rurale ($p=0.0007$). Prishtina (42%), Mitrovica (37%), dhe Gjakova (34%) ishin më të prira që t'i konsiderojnë gazrat e tilla si ndotës thelbësor. Serbët (65%) gjithashtu i kanë konsideruar gazrat

si ndotës në zonat e tyre më shumë se sa shqiptarët (30%) ose grupet tjera etnike (34%) ($p < 0.001$).

Shumica dërmuese e kosovarëve kanë deklaruar se përdorin drurin si burim parësor për ngrohje (83%). Tetë për qind përdorin energjinë elektrike, gjashtë për qind ngrohjen qendrore dhe dy për qind thëngjillin. Banorët e zonave urbane në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë që ta përdorin energjinë elektrike (15% e banorëve urbanë) ose ngrohjen qendrore (13%) se sa banorët e zonave rurale ($p < 0.001$). Njerëzit që jetojnë në Prishtinë në mënyrë të konsiderueshme ishin më të prirë që të përdorin ngrohjen qendrore (19% e banorëve) se sa banorët nga rajonet tjera, ndërkohë që banorët e Mitrovicës (16%) dhe Prishtinës (12%) ishin më të prirë që të përdorin energjinë elektrike ($p = 0.007$). Një përqindje më e lartë e popullatës e djegin thëngjillin për ngrohje, në Prishtinë (4.8%) dhe Prizren (4.5%) se sa në rajonet tjera. Serbët në mënyrë të konsiderueshme ishin më të prirë që ta përdorin energjinë elektrike (29%) ose thëngjillin (5%) se sa ishin grupet tjera etnike, ndërsa shqiptarët ishin më të prirë që të përdorin ngrohjen qendrore (7%) se sa grupet tjera etnike ($p = 0.0006$). Burimet kryesore të ngrohjes të cilat përdoren mund të varen pjesërisht nga disponueshmëria e tyre si dhe nga përballueshmëria në rajone të ndryshme.

Sa i përket cilësisë së ujit, 20% e kosovarëve e konsiderojnë atë si të 'keqe' ose 'shumë të keqe', aty ku jetojnë, ndërsa 64% e konsiderojnë atë si 'të mirë' ose 'shumë të mirë'. Perceptimet e njerëzve për cilësinë e ujit dallonin në mënyrë të konsiderueshme bazuar në rajon ($p = 0.004$); 31% e banorëve të Mitrovicës, 30% në Gjilan, 22% në Ferizaj dhe 20% në Prishtinë kanë menduar se cilësia e ujit ishte e keqe ose shumë e keqe, krahasuar me vetëm pesë për qind në Pejë, 13% në Prizren dhe 15% në Gjakovë.¹⁷⁶ Serbët në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë që ta konsiderojnë cilësinë e ujit të tyre të dobët krahasuar me grupet tjera etnike ($p < 0.001$); 69% e serbëve e kanë konsideruar ujin e tyre si 'të keq' ose 'shumë të keq', krahasuar me 17% të shqiptarëve dhe 22% të grupeve tjera etnike.

Vlerësimi i cilësisë së tokës mund të jetë vështirë të kryhet për shumicën e njerëzve, posaçërisht për banorët e zonave urbane. Vetëm tetë për qind e kosovarëve kanë theksuar se cilësia e tokës së tyre është 'e keqe' ose 'shumë e keqe'. Serbët (52% e tyre) në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë që ta konsiderojnë cilësinë e tokës së tyre si të dobët krahasuar me shqiptarët (6%) ose grupet tjera etnike (9%) ($p < 0.001$). Kjo prapë mund të ndërlihet me zonat ku jetojnë serbët: në rajonin e Mitrovicës. Një studim i vitit 2009 në zonën e shkretës së Zveçanit, duke përfshirë Mitrovicën, ka evidentuar ndotje të lartë të tokës si pasojë e metaleve të rënda, duke prekur gjithashtu edhe drithërat.¹⁷⁷

Sa i përket mbetjeve të ngurta si mbeturinat nga ekonomitë familjare, industrinë ose spitalet, 24% e kosovarëve besojnë se gjendja në vendin ku jetojnë është 'e keqe' ose 'shumë e keqe'. Njerëzit në zonat urbane kanë tendencën që ta konsiderojnë situatën me mbetje të ngurta si më të keqe se sa banorët e zonave rurale ($p = 0.049$). Përsëri, ekzistojnë dallime të ndjeshme sipas rajonit; 53% e banorëve të Mitrovicës e konsiderojnë gjendjen me mbetje të ngurta si të keqe, krahasuar me vetëm pesë për qind në Prizren, për shembull ($p < 0.001$). Përsëri, serbët (41%) në mënyrë të konsiderueshme ishin të prirë ta konsiderojnë gjendjen me mbetje të ngurta në zonën e tyre si të keqe krahasuar me shqiptarët (22%) ose grupet tjera etnike (23%) ($p < 0.001$).

Ushqimi i kontaminuar ishte 'një problem shumë i madh' për 30% të respondentëve dhe 'një problem deri diku' për 24%. Banorët e zonave urbane në mënyrë të konsiderueshme ishin

¹⁷⁶ Nuk kanë ekzistuar dallime të konsiderueshme për cilësinë e ujit sipas gjinisë, moshës ose vendbanimit urban/rural.

¹⁷⁷ Borgna, L. et. al., 'Përmbajtjet e larta të plumbit në tokat e Kosovës Veriore', 2009.

të prirë që ta konsiderojnë problematike ushqimin e kontaminuar se sa banorët e zonave rurale ($p=0.04$), ndërkohë që banorët nga rajoni i Mitrovicës në mënyrë të konsiderueshme ishin më të prirë (83% e banorëve) se sa banorët që jetojnë në komuna tjera ($p<0.001$). Edhe njëherë, serbët (82%) ishin më të prirë që ta konsiderojnë problematike ushqimin e kontaminuar krahasuar me shqiptarët (53%) ose grupet tjera etnike (58%) ($p<0.001$). Interesant fakti që derisa afro 50% e konsiderojnë problematike kontaminimin e ushqimit, ata në mënyrë të dukshme nuk e merrnin parasysh origjinën e produkteve ushqimore: vetëm tetë deri 20% e kanë cilësuar ndotjen e ujit, ajrit apo tokës si problem. Hulumtimi i mëtuftjeshëm lidhur me atë se çka saktësisht nënkuptohet me kontaminim të ushqimit mund të hedh dritë lidhur me këtë mospërputhje të dukshme.

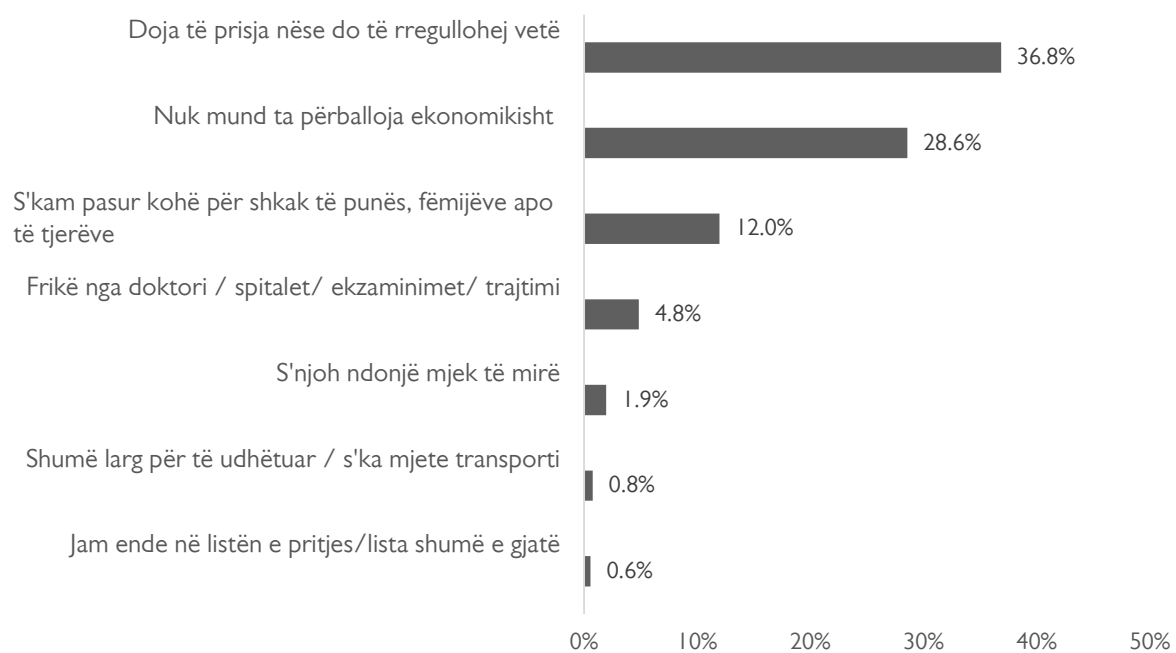
Në përgjithësi banorët e zonave urbane, posaçërisht nga rajonet e Mitrovicës dhe Prishtinës e kanë perceptimin se shumica e formave të ndotjes janë më të këqija në zonat e tyre se sa që e perceptojnë homologet e tyre rural apo personat që jetojnë në rajone tjera. Kjo ndoshta pjesërisht për shkak të faktit se shumica e serbëve jetojnë në rajonin e Mitrovicës, ata në mënyrë të vazhdueshme i kanë konsideruar dimensionet e ndryshme të ndotjes së studiuar këtu se janë më të këqija në zonat e tyre se sa grupet e tjera etnike.

Ky set i caktuar i të dhënave nuk ka pasur informata të mjaftueshme për të arritur në përfundimet rreth asaj se si ndotja mund të ndikojë në shëndetin e kosovarëve. Ndoshta hulumtimi i ardhshëm lidhur me monitorimin e ndotjes dhe studimet më të gjera për të hetuar efektet shëndetësore do të mund të përqendroheshin në rajonet ku banorët e kanë perceptuar ndotjen që të jetë më e madhe si në Mitrovicë dhe Prishtinë. Një mostër e madhësisë më të madhe në ato rajone specifike do të mund të lehtësonte hetimin e ndikimeve potenciale shëndetësore në këto zona. Përveç kësaj, të dhënat sugjerojnë se nevojitet edukim publik lidhur me mjedisin, burimet e ndryshme potenciale të ndotjes dhe ndikimin që ato do të mund të kenë për shëndetin, duke u bazuar në hulumtime të bëra diku tjetër.

Arsyet për mungesë të qasjes në kujdes shëndetësor

Si pjesë e ekzaminimit të nevojave të pa përmbushura për kujdes shëndetësor, Eurostat-i i matë arsyet se pse këto nevoja nuk përmbushen. Derisa të gjeturat nga kjo pyetje tashmë janë diskutuar në kuadër të këtij raporti, në Grafikën 21 është paraqitur përmbledhja e këtyre të gjeturave. Nuk ka pasur dallim të konsiderueshëm sa i përket gjinive.

Graf 21. Cila ka qenë arsyeja kryesore për mos konsultim me mjekun?



Bibliografia

- Agjencia e Statistikave të Kosovës, 'Censusi 2011', (2012), marrë nga: <http://askdata.rks-gov.net/PXWeb/pxweb/sq/askdata/?rxid=ec57b799-06f3-4177-b416-9e560af3985e>
- Agjencia e Statistikave të Kosovës, 'Anketa Demografike, Sociale dhe e Shëndetit Riprodhues në Kosovë', (2009), marrë nga: <http://www.unfpakos.org/wp-content/uploads/2012/05/DHS-ReportAlb.pdf>
- Agjencia e Statistikave të Kosovës, 'Statistikat e Përgjithshme Kosova në shifra 2015', (2015), marrë nga: <http://ask.rks-gov.net/media/2144/kos-ne-shifra-2016-shqip.pdf>
- Agjencia e Statistikave të Kosovës, 'Rezultatet e anketës së fuqisë punëtore 2015 në Kosovë', (2016), marrë nga: <https://ask.rks-gov.net/media/1684/rezultatet-e-anketes-se-fuqise-punetore-2015-ne-kosove.pdf>
- Agjencia e Statistikave të Kosovës, 'Rezultatet e Anketës së Buxhetit të Ekonomive Familjare 2015', (2016), marrë nga: <https://ask.rks-gov.net/media/1514/rezultatet-e-anketes-se-buxhetit-te-ekonomive-familjare-2015.pdf>
- Bagat, M., V. et al., 'Influence of Urbanization Level and Gross Domestic Product of Counties in Croatia on Access to Health Care'. *Croatian Medical Journal* 49 (3): 384–91 (2008). doi:10.3325/cmj.2008.3.384
- Banka Botërore, 'Country Data Kosovo', (2016) marrë nga: <http://data.worldbank.org/country/kosovo>.
- Banka Botërore, 'The World Bank Group in Kosovo – A country snapshot', (2015), marrë nga: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Kosovo-Snapshot.pdf>
- Bloom, J.D. et al., 'Ethnic segregation in Kosovo's post-war health care system'. *European Journal of Public Health*, 17(5): 30–436 (2007). doi:10.1093/eurpub/ckl270
- Borgna, L. et al., 'The High Contents of Lead in Soils of Northern Kosovo.' *Journal of Geochemical Exploration* 101 (2): 137–46 (2009). doi:10.1016/j.gexplo.2008.05.001
- Buwa, D. & Vuori, H., 'Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo.' *European Journal of Public Health*, 17(2): 226–230 (2007). doi:10.1093/eurpub/ckl114
- Centers for Disease Control and Prevention (CSC), 'Colorectal Cancer', 2016, marrë nga: http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/index.htm
- Center for Health Workforce Studies, 'The impact of the aging population on the health workforce in the United States : Summary of key findings'. (2006), marrë nga: http://www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_excerpt.pdf
- Central Intelligence Agency of the United States of America, 'The World Factbook' (Field listing: median age, Kosovo, 2016 estimate). accessed 28 Nov. 2016, marrë nga: <https://www.cia.gov/Library/publications/the-world-factbook/fields/2177.html>
- Central Intelligence Agency of the United States of America, 'The World Factbook' (Field listing: median age, Sweden, 2016 estimate). accessed 28 Nov. 2016, marrë nga: <https://www.cia.gov/Library/publications/the-world-factbook/geos/sw.html>
- Coffman, K.B., et al., 'The Size of the LGBT Population and the Magnitude of Anti-Gay Sentiment are Substantially Underestimated', *NBER Working Papers* (2016), marrë nga: <http://www.nber.org/papers/w19508.pdf>
- Colombini et al., 'Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia', *Global Public Health* 7 (5): 522–34 (2012). doi:10.1080/17441692.2011.641990
- Davies, P et al., 'Assessment to Characterise the Current Situation & Capacities for the Prevention & Control of Breast, Cervical & Prostate Cancers in Kosovo', Prishtina (2015), marrë nga: http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Reports/UNFPA_Kosovo_Cancer_Prevention_Control_Report.pdf
- Djurovic, D. et al., 'The health status of Roma children -A medical or social issue?', *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 18(8): 1218–1223 (2014)
- Epping-Jordan, J.E. et al., 'Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective', *International journal of mental health systems*, 9(1): 15 (2015), marrë nga: <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0007-9>
- European Perinatal Health Report Group. 'European Perinatal Health Report - Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010', (2013), marrë nga: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- Euroscreen, 'Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet', *Journal of Medical Screening* 19: 1–10 (2012)
- Eurostat, 'Health statistics', (2016), marrë nga: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics

- Eurostat, 'Mortality and life expectancy statistics', (2016), marrë nga: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics
- Eurostat, 'Statistics Explained: Functional and activity limitations statistics', marrë nga: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics
- Eurostat, 'Unmet health care needs statistics', accessed on 29/11/2016, marrë nga: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
- Eytan, A. & Gex-Fabry, M., 'Use of healthcare services 8 years after the war in Kosovo: Role of post-traumatic stress disorder and depression.', *European Journal of Public Health* 22 (5): 638–43 (2012). doi:10.1093/eurpub/ckr096
- Farnsworth, N. et al., 'Kush kujdeset? Kërkesat, ofertat dhe opsionet për rritjen e mundësive të kujdesit të fëmijëve në Kosovë', Prishtina: RrGGK, (2016) marrë nga: <http://www.womensnetwork.org/documents/20161103153827479.pdf>
- Farnsworth, N. et al., 'Mjaft më me arsytetime: Analizë e qëndrimeve, incidencës dhe reagimeve institucionale ndaj dhunës në familje në Kosovë', Prishtina: RrGGK, (2015), marrë nga: <http://www.womensnetwork.org/documents/20151124105025644.pdf>
- First Channel, *Ekskluzive: Aktakuzë për rastin 'Stenta', 60 të akuzuar*, qasur më 6 dhjetor 2016, marrë nga: <http://www.first-channel.tv/2016/06/15/ekskluzive-aktakuze-per-rastin-stenta-60-te-akuzuar/>.
- German Guideline Programme in Oncology (GPPO), 'Evidenced -based Guideline for Colorectal Cancer', (2014), marrë nga: http://www.dgvs.de/fileadmin/user_upload/Leitlinien/kolorektalesKarzinom/LL_Colorectal_Cancer_1.1_english.pdf
- Goepf et al., 'Challenges and promises for nurse education curriculum development in Kosovo: Results of an 'accidental ethnography'', *Nurse Education Today* 28 (4): 419–26 (2008). doi:10.1016/j.nedt.2007.07.002
- Gollopeni, B., 'Rural Urban Migration in Kosovo', *International Journal of Business and Social Science* 6 (9): 96–105 (2015), marrë nga: http://ijbssnet.com/journals/Vol_6_No_9_1_September_2015/10.pdf
- Gøtzsche P.C. & Nielsen, M., 'Screening for breast cancer with mammography', *The Cochrane Library* (2013), marrë nga: http://www.cochrane.org/CD001877/BREASTCA_screening-for-breast-cancer-with-mammography
- Guilmoto, C.Z. & UNFPA, 'Preferencat gjinore në Kosovë', Prishtina, Kosovo (2016), marrë nga: <http://www.unfpakos.org/wp-content/uploads/2016/10/Preferencat-gjinore-ne-Kosovo-1.pdf>
- Homan, F.F. et al., 'Post-conflict transition and sustainability in Kosovo: establishing primary healthcare-based antenatal care.', *Prehospital and Disaster Medicine* 25 (1): 28–33. (2009) doi:10.1017/S1049023X00007627
- Human Rights Watch, 'World Report 2014: Section on Kosovo', (2014)
- Iniciativa Kosovare për Stabilitet, 'Të mendosh gjelbër', (2009); marrë nga: http://www.iksweb.org/repository/docs/T_Mendosh_Gjelbr_116952.pdf
- Janevic et al., "There's no kind of respect here' A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans', *International Journal for Equity in Health* 10 (1): 53. (2011), doi:10.1186/1475-9276-10-53.
- Koha.net, *Pacientët e dëmtuar nga gabimet e mjekëve nuk kompensohen*, 19 maj 2015, marrë nga: <http://koha.net/?id=1&l=58155>.
- Kollisch, D.O. et al., 'Improving family medicine in Kosovo with microsystems', *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 24 (1): 102–11. (2011) doi:10.3122/jabfm.2011.01.100120
- KOSANA-Solidar Suisse, 'A Proposal for a Health Insurance Plan How does it affect us?', (2012), marrë nga: <http://www.solidar-suisse-kos.org/?id=8>
- KOSANA-Solidar Suisse, 'Kosovo Roma, Ashkali and Egyptian Access to and Use of Health Care Services', (2015), marrë nga: <http://www.solidar-suisse-kos.org/?id=8>
- KOSANA-Solidar Suisse, 'Prevalence of Disease in the Roma, Ashkali and Egyptian Communities', (2014), marrë nga: <http://www.solidar-suisse-kos.org/?id=8>
- Kosovo Agency of Statistics and UNICEF, 'Multiple Indicator Cluster Survey 2013-2014', (2014), marrë nga: <http://mics.unicef.org/>
- Kosovo Agency of Statistics and UNICEF & UNICEF, 'Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo, Multiple Indicator Cluster survey 2013-2014', Prishtina, Kosovo. (2014), marrë nga: <http://mics.unicef.org/>
- Lëvizja FOL, 'Korrupsioni në Institucionet e Kujdesit Shëndetësor Publik në Kosovë', (2016), marrë nga: <http://levizjafol.org/folnew/wp-content/uploads/2016/02/Health-Corrupt-Scan-SQ.pdf>
- Lauby Secretan, B. et al., 'Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group' *New England Journal of Medicine*, 2353–58 (2015)

- Luta, Xh. & Dræbel, T., 'Kosovo-Serbs' Experiences of Seeking Healthcare in a Post-Conflict and Ethnically Segregated Health System', *International Journal of Public Health* 58 (3): 377–83 (2013), doi:10.1007/s00038-012-0403-8
- Miftari, Z., et al., 'Sexual and reproductive health education among Roma, Ashkali and Egyptian (RAE) communities in Kosovo', *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. (2014)
- Ministria e Shëndetësisë, 'Plani i veprimtimit 2011-2014 për strategjinë sektoriale të shëndetësisë, Prishtina, (2011), marrë nga: http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Plani-i-Veprimtimit-2011_2014-Final-i-Plotesuar-Mars-2011-shqip.pdf
- Ministria e Shëndetësisë, 'Strategjia Sektoriale e Shendetesise 2010 - 2014', Prishtina, (2009); marrë nga: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Strategjia-Sektoriale-e-Shendetesise-2010-2014.pdf>
- Ministria e Shëndetësisë, 'Raport mbi situatën perinatale në Kosovë', (2016)
- Organizata Botërore e Shëndetit, 'Antimicrobial resistance – Fact sheet', (2016), marrë nga: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>
- Organizata Botërore e Shëndetit, 'Global Health Observatory (GHO) data', (2008) marrë nga: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
- Organizata Botërore e Shëndetit, 'Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention', *WHO Guidelines*, p.60. (2013), marrë nga: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html
- Organizata Botërore e Shëndetit, 'Programme on Cancer', marrë nga: <http://who.int/cancer/en/>
- Organizata Botërore e Shëndetit, 'Tobacco – Fact sheet', accessed on 05 December 2016, marrë nga: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- Organizata Botërore e Shëndetit, 'WHO Position Paper on Mammography Screening', (2014), marrë nga: http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/
- OSBE, 'Municipal Profile of Mitrovica North', (2015), <http://www.osce.org/kosovo/122119?download=true>
- OSBE, 'Strukturat paralele në Kosovë', (2003), marrë nga: <http://www.osce.org/sq/kosovo/42585?download=true>
- Paçarada, M. et al., 'Misoprostol-Induced Abortions in Kosovo', *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 112 (2): 116–18 (2011). doi:10.1016/j.ijgo.2010.08.015
- Parekh, N. & Rose, T., 'Health Inequalities of the Roma in Europe: a Literature Review', *Central European Journal of Public Health*, 19(3): 139–142 (2011), marrë nga: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=66685378&lang=cs&site=ehost-live>
- Pascall, G. & Manning, N., 'Gender and Social Policy: Comparing States of Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union.' *Journal of European Social Policy* 10 (August): 240–66. (2000). doi:10.1177/095892870001000302
- Percival, V. & Sondorp, E., 'A Case Study of Health Sector Reform in Kosovo', *Conflict and Health* 4: 7. (2010). doi:10.1186/1752-1505-4-7
- Pollert, A., 'Women, Work and Equal Opportunities in Post-Communist Transition', *Work, Employment & Society* 17 (2): 331–57 (2003). doi:10.1177/0950017003017002006
- Pristas et al., 'Health Care Needs, Utilization and Barriers in Croatia--Regional and Urban-Rural Differences', *Collegium Antropologicum* 33 Suppl 1 (2016): 121–30. (2009)
- Prishtina U.S. Consulate, 'Air Pollution: Real-time Air Quality Index (AQI)', marrë nga: <http://aqicn.org/city/kosovo/pristina/us-consulate/>
- Rrjeti i Grupeve të Grave të Kosovës, 'Strategjia për 2015-2018', marrë nga: http://www.womensnetwork.org/documents/kwn_strategy_2015_2018_shq.pdf
- Sedgh, G et al., 'Abortion Incidence between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends', *Lancet* (London, England) 388 (10041): 258–67. (2016), doi:10.1016/S0140-6736(16)30380-4
- Swiss Medical Board, 'Systematisches Mammographie-Screening', (2013)
- Tahiri, Z. et al., 'Patients' evaluation of primary health care services in Gjilan region, Kosovo', *Journal of Public Health (Oxford, England)* 36 (1): 161–69 (2014). doi:10.1093/pubmed/fdt041
- UNDP, 'Vlera reale e ndihmës sociale. Vlerësim i jaftueshmërisë së Asistencës Sociale', (2014), marrë nga: http://www.ks.undp.org/content/dam/kosovo/docs/Communications/Vlera%20reale%20e%20Ndhimes%20Sociale_gjetjet%20kryesore.pdf
- UNDP, Public Pulse & USAID, 'Dokument veprimi mbi shëndetësinë në Kosovë. Kënaqshmëria me shërbimet shëndetësore dhe perceptimet mbi praninë e korrupsionit', (2013), marrë nga: http://www.ks.undp.org/content/dam/kosovo/docs/publicpulse/DokumentiPerVeprim_Shqip.pdf
- UNFPA, UNICEF & WHO, 'Programme Title : Partnership to improve Women's and Children's Health in Kosovo', (2012), at: <http://www.unfpakos.org/wp-content/uploads/2012/05/JPD-30012012.pdf>

UNICEF, 'Kujdesi antenatal në Kosovë Kualiteti dhe përfshirja', (2009), marrë nga: https://www.unicef.org/kosovoprogramme/Kujdesi_Antenatal_-_Shqip.pdf

Väänänen et al., 'The Double Burden of and Negative Spillover Between Paid and Domestic Work: Associations with Health Among Men and Women', *Women Health* (2004)

van der Veen et al., 'Integrating Staff Well-Being into the Primary Health Care System: A Case Study in Post-Conflict Kosovo', *Conflict and Health* 9 (1): 21. (2015). doi:10.1186/s13031-015-0048-3

Wenzel, T. et al., 'Suicidal Ideation, Post-Traumatic Stress and Suicide Statistics in Kosovo', *Torture* 19 (3): 238–47 (2009)

Zeneli, L. et. al., 'Impact of Environmental Pollution on Human Health of the Population Which Lives Nearby Kosovo Thermopower Plants', *Indoor and Built Environment*, 1–5. (2011). doi:10.1177/1420326X11409471

Zhara, M.Z. & Cucovi, A., 'Public Health Insurance — Case Study: The Current Situation in Kosovo', *Journal of Business and Economics* 6 (7): 1384–91 (2015). doi:10.15341/jbe(2155-7950)/07.06.2015/015

Zyra për Qeverisje të Mirë– Zyra e Kryeministrit, 'Plani i Veprimit për Zbatimin e Strategjisë së Republikës së Kosovës për Integrimin e Komuniteteve Roma, Ashkali dhe Egjiptas, 2009-2015', (2008), marrë nga: https://zqm.rks.gov.net/Portals/0/Docs/RAE/Plani_i_Veprimit_per_zbatimin_e_Strategjise_per_integrimin_e_Komunitetit_RAE_2009-2015.pdf

Ligje dhe dokumente ndërkombëtare dhe vendore

Agjencioni për Mbrojtjen e Mjedisit të Kosovës, marrë nga: <http://www.ammk-rks.net/?page=1,8>

Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Paisje Medicinale, Regjistri i barnave nr. 3, 2014, marrë nga: <https://akppm.com/category/publikimet/regjistri-i-barnave/>

Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, marrë nga: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:en:PDF>

Kuvendi i Republikës së Kosovës, Kushtetuta e Republikës së Kosovës, 2008, marrë nga: <http://www.mkrks.org/repository/docs/Kushtetuta.e.Republikes.se.Kosoves.pdf>

Kuvendi i Kosovës, Ligji nr.2003/15 për skemën e ndihmës sociale në Kosovë, 2003, marrë nga: http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/2003_15_al.pdf

Kuvendi i Kosovës, Ligji nr.2004/38 për të drejtat dhe përgjegjësitë e qytetarëve në kujdesin shëndetësor, 2004, marrë nga: http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/2004_38_al.pdf

Kuvendi i Kosovës, Ligji nr. 02/L-128 për barnat narkotike, substancat psikotrope dhe prekusore, 2007, marrë nga: http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/2007_02-L128_al.pdf

Republika e Kosovës, Kuvendi, Kodi Penal i Kosovës, 2013 marrë nga: <http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/Kodi%20penal.pdf>

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr. 04/L-125 për shëndetësi, 2013, marrë nga: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/Ligji%20per%20shendetesi.pdf>

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr. 04/L-172 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit nr. 04-L-054 për statusin dhe të drejtat e dëshmorëve, invalidëve, veteranëve, pjesëtarëve të Ushtrisë Çlirimtare të Kosovës, viktimave të dhunës seksuale të luftës, viktimave civile dhe familjarëve të tyre, 2014, marrë nga: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/04-L-172%20sh.pdf>

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr. 04/L-249 për sigurimin shëndetësor, 2014, marrë nga: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/04-L-249%20sh.pdf>

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr.04/L-096 për ndryshimin dhe plotësimin e ligjit nr. 2003/15 për skemën e ndihmës sociale në Kosovë, 2012, marrë nga: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/Ligji%20per%20ndrysh%20e%20ligjit%20per%20skemen%20e%20ndihmes%20sociale.pdf>

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr. 03/L-110 për ndërprerjen e shtatzënisë, 2009, marrë nga: http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/2008_03-L-110_al.pdf

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr. 04/L-190 për produkte dhe pajisje medicinale, 2014, marrë nga: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/04-L-190%20sh.pdf>

Republika e Kosovës, Kuvendi, Ligji nr. 05/L-071 për Buxhetin e Republikës së Kosovës për vitin 2016, 2016, marrë nga: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/05-L-071%20sh.pdf>

Republika e Kosovës, Ministria e Shëndetësisë, Udhëzim Administrativ 15/2013 Karta e të Drejtave dhe Përgjegjësisë të Pacientit, 2013 marrë nga: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Udhezim%20Administrativ%2015-2013.pdf>

Republika e Kosovës, Ministria e Shëndetësisë, Udhëzim Administrativ nr. 19/2013 Linja Telefonike për Ankesat e Qytetarëve në Ofrimin e Shërbimeve Shëndetësore marrë nga: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/UA-Nr.-19-2013-Per-Ankesat-e-Qytetar%C3%ABve-n%C3%AB-ofrimin-e-sh%C3%ABrbimeve-sh%C3%ABndet%C3%ABSore.pdf>

Republika e Kosovës, Ministria e Shëndetësisë, Udhëzim Administrativ 11-2014 Parandalimi i konfliktit të interesit në institucione shëndetësore, marrë nga: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2014/05/Udh%C3%ABzim-Administrativ-11-2014-Parandalimi-i-konfliktit-t%C3%AB-interesit-n%C3%AB-institucione-sh%C3%ABndet%C3%ABSore.pdf>

Republika e Kosovës, Ministria e Shëndetësisë, Analiza e Prodkteve të Listes Esenciale për Vitin 2013 sipas Vend dhe ABC Indikatoreve, 2013, marrë nga: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Lista-Esenciale-sipas-VEN-dhe-ABC-Indikatoreve.pdf>

Stabilization and Association Agreement (SAA) between Kosovo and the EU, marrë nga: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10728-2015-REV-1/en/pdf>

Treaty on the European Union, 2009, at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

Treaty on the Functioning of the European Union, 2009, marrë nga: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr 01/2010, Recetat në Sistemin Shëndetësor në Republikën e Kosovës, 2010 marrë nga: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Udhezim-Administrativ-Nr.-01-2010.pdf>

UN General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 1981, marrë nga: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm> & General Recommendation 24 on Article 12 (Women and Health) <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>

UNMIK, Regulation 2004/47 on the Promulgation of the Law on Rights and Responsibilities of Kosovo Residents in the Health Care System, adopted by the Assembly of Kosovo, 2004.

UNMIK, Regulation 2007/11 on the promulgation of the law on Reproductive Health adopted by the Assembly of Kosovo, 2007.

Katalogimi në botim – (CIP)
Biblioteka Kombëtare e Kosovës “Pjetër Bogdani”

61(496.51)(048)

Qasja në kujdesin shëndetësor në Kosovë/ nga Nicole
Farnsworth, Katja Goebbels, Rina Ajeti. - Prishtinë : Rrjeti i Grupit të
Grave të Kosovës, 2016. – 124 f. ; 28 cm.

I. Farnsworth, Nicole 2. Goebbels, Katja 3. Ajeti,
Rina

ISBN 978-9951-737-06-7

ISBN 978-9951-737-06-7



9 789951 737067