

Ceza ve Tutukevlerinde Sağlık Hizmetlerinin Standartları



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

Ceza ve Tutukevlerinde Sağlık Hizmetlerinin Standartları

İkinci Basım
Nancy Neveloff Dubler
Editör

Kasım 1998

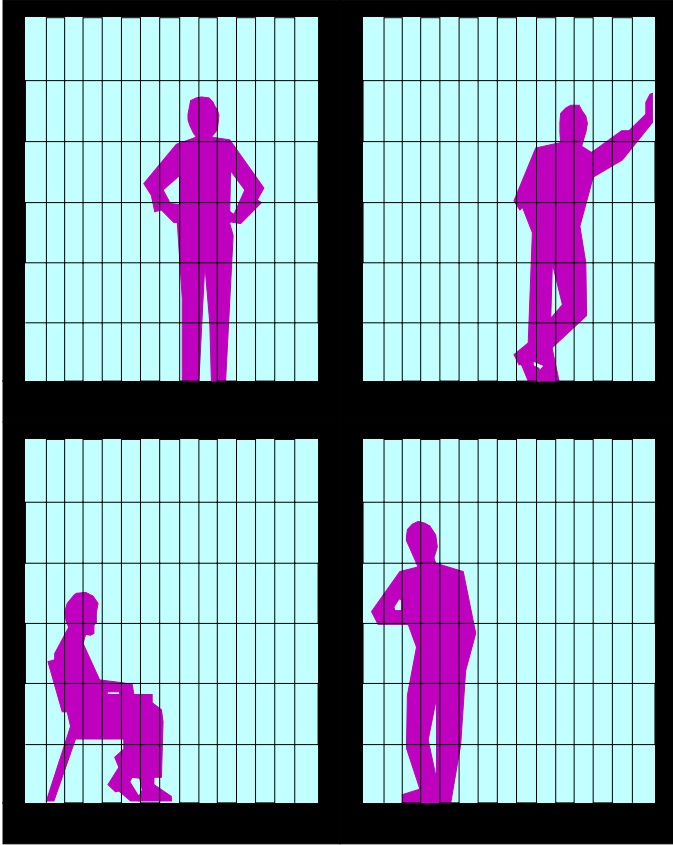


TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

Mithatpaşa Cad. No: 62/15-17-18, 06420 Yenışehir / ANKARA

Tel: (0 312) 418 31 56 - 418 39 63 Faks: (0 312) 417 26 72

e-posta: ttb@ttb.org.tr



Kapak-Sayfa Düzeni

Sinan Solmaz

Amerikan Halk Sağlığı Birliği (APHA)**Ceza ve Tutukevleri Çalışma Grubu**

Nancy Neveloff Dubler, LLB, Başkan

Montefiore Tıp Merkezi

Epidemiyoloji ve Sosyal Tıp Bölümü

Sağlık Hizmetlerinde Yasal ve Etik Konular Birimi Başkanı,

Bronx, New York

Don C. Brown, PhD ,MPH

Michigan Üniversitesi Hastanesi

Çevre Sağlığı ve Güvenliği Bölümü

Başkanı

Ann Arbor, Michigan

Lambert N. King, MD, PhD

St. Vincent Hastanesi

Başhekim ve Mesleki İlişkiler

Başkan Yardımcısı

New York, New York

Robert L. Cohen, MD

Montefiore Tıp Merkezi

Rikers Island Sağlık Hizmetleri

Program Yöneticisi

New York, New York

Terry Alexander Rodriguez, RN,

C, MPH Montefiore Tıp Merkezi

Sağlık Hizmetleri

Spofford Ergenlik Merkezi Kliniği

Program Yöneticisi

Bronx, New York

Elizabeth Kantor, MD

San Francisco Hastanesi

San Francisco Eyalet Cezaevleri

Başhekim

San Francisco, California

Ronald M. Shansky, MD, MPH

Illinois Ceza ve Tutukevi Bölümü

Başhekim

Chicago, Illinois

Margaret D. Wishart, BA

Montefiore Tıp Merkezi

Rikers Island Sağlık Hizmetleri

Program Başkan Yardımcısı

New York, New York

Çalışma Grubu Üyelerinin Danışmanlığında**Katkıda Bulunanlar**

Carol A. Ackles	Harris Nussenblatt, OD, MPH
Sherry A. Chisolm, RN, BSN, CIC	Frank L. Rundle, MD
Ronald Drake, PE	Joseph A. Salvato, PE
Carlton Gong, DMD, MBA	Anthony T. Schaab, PhD
William R. Gore, RS	Kenneth C. Schatzle, MPH
Marie E. Hall, RN, BS	Jeff Sheyka, HPMI
Nathan N. Joseph, RPA, c	Norman Trieger, DMD, MD
Karen Anderson Keith, RN, C, MS, FNP	Frances M. Veverka, MPH
Robert Keith, PA, C	Bailus Walker, Jr, PhD, MPH
Peter F. Kwasnik, RS, Ms	Daniel Welihan, RS
David Michaels, MPH, Mphil	Diane Walters, OD, MPH
Eric W. Mood, MPH	Miriam D. Williams, DDS

ÇEVİRİ EDITÖRÜ

Dr. Feride SAÇAKLIOĞLU

ÇEVİRENLER

Dr. Hilal BATI

Dr. Meltem ÇİÇEKLIOĐLU

Dr. Sema DEMİRSOY

Dr. H. İbrahim DURAK

Dr. Mestan EMEK

Dr. Asuman GÜZELANT

Dr. Şafak GÜRSOY

Dr. Ali Osman KARABABA

Dr. Gül KİTAPÇIOĐLU

Dr. Emel LÜLECİ

Dr. Aliye MANDIRACIOĐLU

Dr. Feride SAÇAKLIOĞLU

Dr. Hatice ŞAHİN

Dr. Hasan TER

Dr. Meral TÜRK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	13
SUNUŞ	15
TEŞEKKÜR	18
1. Bölüm: TEMEL SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	19
A- Giriş Muayenesi ve Tam Tıbbi Muayene (Genel Toplumda).....	19
B- Giriş Muayeneleri (Kadınlar)	23
C- Tıbbi Sınıflama	24
D- Hizmete Erişme	25
E- Poliklinik Hizmeti	27
F- Konsültasyon Hizmetleri.....	27
G- İzlem Hizmetleri	28
H- Acil Hizmetler	30
I- Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi	31
J- Kaynak Kütüphane.....	33
K- İlaç ve Alkol Bağımlılarının Tedavisi.....	33
L- Sağlığın Sürdürülmesi ve Egzersiz	34
M-Bulaşıcı Hastalıklar	35
N- Tecavüz	36
2. Bölüm: İKİNCİL BAKIM HİZMETLERİ	38
3.Bölüm: KADINLAR İÇİN SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	39
4. Bölüm: ÖZEL TOPLULUKLAR İÇİN SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	40
A- Kronik Hasta, Çok Yaşlı ya da Engelli Kişiler	40
B- Çocuklar ve Gençler.....	41
C- Eşcinseller	43
5. Bölüm: AKIL RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ	44
A- Hizmetin Sunulması.....	44
B- Yerinde Sağaltım.....	45
1. Kriz durumuna müdahale ve akut atakların yönetimi	45
2. İntihar Önleme.....	46
3. Cezaevi koşullarında semptomların ve ağırlaşmaların önlenmesi için yardım	47
4. Kaynaklar ölçüsünde özel terapi hizmetleri ve koruyucu sağaltım	47
C- Denetim ve tecritin kullanımı.....	48
D- Bakımın İlkeleri	49
1. Hizmet zorla kabul ettirilmemelidir.....	49
2. Bağımsız uzmanlık: İşlevlerin ayrılması.....	50
3. Mahremiyet	50
E- Kurumun Akıl ve Ruh Sağlığı	51
6. Bölüm: DIŞ SAĞLIĞI BAKIM HİZMETLERİ	52
A. Bakımın İlkeleri.....	52

B. Diş Sağlığı Hizmetleri	52
C. Diş Bakımı.....	53
7. Bölüm: DİĞER ÖZEL HİZMETLER	55
A. Göz Sağlığı Hizmetleri.....	55
B. Görme Cihazları	55
C. İş Sağlığı Hizmetleri	56
1. Risk Kontrolü ve Azaltılması Yoluyla Önleme.....	56
2. Eğitim.....	57
3. İşe Bağlı Hastalık ve Yaralanmaların Önlenmesinde Sağlık Biriminin Rolü.....	58
8. Bölüm: ÇEVRE SAĞLIĞI	60
A. Temeller ve Yapılar	60
1. Yapı Planlaması ve Fiziksel Altyapı Tasarımı.....	60
2. İnşaat Malzemeleri ve Bakım İşleri	61
3. Drenaj ve Su Baskınından Korunma.....	61
4. Anayollar, Ara Yollar ve Hizmet Girişleri	61
5. Yerleşim, Hizmet Alanlarına Ulaşım	62
B. Hizmetler ve Kullanım	62
1. Hava Kalitesi	62
2. Isı, Nem, Havalandırma Denetimi	63
3. Elektrik Gücünün Sağlanması.....	64
4. Besin Hazırlanması ve Sunumu.....	64
5. Bina Yönetimi	65
6. Çamaşırhane	65
7. Aydınlatma	66
8. Su Tesisatı	67
9. Katı Atık Toplama ve Yönetimi	67
10. Haşere Kontrolü	67
11. Atık Su Toplama ve Zararsızlaştırma.....	68
12. Su Sağlanması.....	68
C. Olanaklar	69
1. Dinlenme	69
2. Toplumun Yararlanabileceği Olanaklar	69
3. Kurumdaki Berberler ve Güzellik Salonları	70
4. Tıbbi Bakım Olanakları	70
D. Güvenlik	71
1. Kazalardan Korunma.....	71
2. Olağandışı Durum Planlaması	72
3. Yangından Korunma ve Yangında Güvenlik Uygulamaları	72
4. Kuruma Ait İşlemler	73

5. Gürültü Kontrolü.....	74
6. Radyasyon Güvenliği	74
E. Hijyen ve Bireysel Gereksinimler.....	75
1. Kişisel Hijyen.....	75
2. Yatak Takımı	75
3. Tuvaletler ve Banyo Olanakları.....	76
4. Alan.....	76
F. Gözlem, Personel, Denetim	77
1. Hizmet-içi eğitim.....	77
2. Öz-Denetim.....	77
3. Düzenleyici Kuruluşlar.....	78
Bölüm 9: ECZACILIK HİZMETLERİ	84
Bölüm 10: SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	
(KALİTE SAĞLANMASI).....	86
Bölüm 11: SAĞLIK KAYITLARI.....	87
Bölüm 12: SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERSONEL VE ÖRGÜTLENME	89
Bölüm 13: YASAL VE ETİK KONULAR	92
A. Onay ve Red	92
B. Gizlilik	93
C. Sağlık Personelinin Tıbbi Olmayan Biçimde Kullanılması	94
D. Ölüm Cezası: Hekimlerin Kullanılması.....	95
EK I	
Eğitilmiş Sağlık Personeli	96
EK II	
Bulaşıcı Hastalıklar.....	97
Cezaevlerinde HIV-AIDS Bakımı için Standartlar	97
Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) (1996 da güncellendi).....	97
Gonore.....	100
Viral Hepatit.....	101
Hepatit A.....	101
Hepatit B.....	102
Herpes	102
Bit	103
Mantar Hastalıkları.....	103
Uyuz	104
Sifiliz	105
Tüberküloz	105
SEÇİLMİŞ OKUMALAR	107

Toplu yaşanan yerlerde sağlık hizmetlerinin sunumu halk sağlığının temel ilgi alanlarından biridir. Ceza ve tutukevleri; tutuklu ve hükümlülerin sağlık hizmetine ulaşmada sınırlılıkları ve tümüyle cezaevi sistemine bağımlı olmaları nedeniyle daha da özellikli bir konumdadır.

Ülkemizde sağlık örgütlenmesinde, altyapısında ve hizmet sunumunda varolan sorunlar ceza ve tutukevlerinde daha yoğun bir biçimde göze çarpmaktadır. Hizmetten yararlanmak için tümüyle sisteme bağımlı kılınan insanların, anayasal hakları olan sağlık haklarının sınırlandırılmaması çok önemlidir. Aksi halde sağlık hizmetlerinin yetersizliği ya da yokluğunun ikinci, belki de ölümcül bir ceza olması kaçınılmazdır.

Ülkemizde cezaevlerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili minimum standartların kapsamlı bir biçimde tartışılması ve ulusal kriterlerin geliştirilmesi öncelikli bir görevdir. Amerikan Halk Sağlığı Birliği uzun bir süreçte, bir çalışma grubunun yoğun emeğiyle standartlar geliştirmiştir. Bu standartların dilimize kazandırılması böylesi bir tartışmanın ülkemizde de başlatılması için bir zemin oluşturabilir umuduyla bu işe giriştik. 1986 yılında yayınlanan kitabı ve 1996 yılında yapılan düzeltme ve yenilikleri derledik, Türkçe'leştirdik ve ülkemize uyarlamaya çalıştık. Bu nedenle elinizdeki çalışma kelimesi kelimesine bir çeviri değildir. Çeviri ekibimizin kalabalık olması metnin uzun olmasından kaynaklanmadı. Hepimiz bu alana katkıda bulunmak istedik.

Bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarına, ama özellikle yaşamlarının bir bölümünü ceza ve tutukevlerinde geçirmek durumunda kalan tutuklu ve hükümlülere yararlı olması en büyük dileğimizdir.

Çevirenler adına
Dr.Feride Saçaklıoğlu

İkinci Basıma Önsöz

1970'lerin başlarında, hapishanelerdeki mahkumlara erişebilecekleri uygun, geniş kapsamlı profesyonel sağlık hizmetleri kavramı tartışmalı bir önermeydi. Aynı zamanda, bu gibi hizmetlerin sunumu genellikle düzensiz ve yetersizdi. Bir ceza ve tutukevi ortamında sağlık hizmetlerinin yeterliliğini ölçmek için gerçekten onaylanabilir standartların varolduğu fikri, düşsel, ve bazılarınca ülkü olarak kabul ediliyordu. Bununla beraber, çeşitli büyük hapishane isyanları ve hapishane nüfusunun geometrik artışı gibi zamanımızın acımasız olayları, toplumun en iyi gizlenmiş sıralarından birini, ulusal ceza ve tutukevlerindeki insanlık dışı durumları kamuoyu önüne getirmiştir. Böylece, 1973'te hapishane sağlık bakımı dünyasında dramatik değişiklikler gündeme geldi.

Amerikan Halk Sağlığı Birliği, 1973'te, ceza ve tutukevi altyapısında sağlık bakımının sağlanması ve sunumu için bir standartlar ekibi kurmak üzere bir çalışma grubu oluşturdu. Grubun üyeleri bu konuda yetkin kişilerdi. Oluşturdukları *Islah Kurumlarında Sağlık Bakımı Standartları* adlı yayın, bu alandaki ilk belge olarak 1976'da basıldı.

Aynı yıl, *Estelle - Gamble'a karşı* olgusunun gözden geçirilmesinde, Birleşik Devletler Yüksek Mahkemesi, Sekizinci Anayasa Düzeltimi'nde, mahkumlar için anayasal tıbbi bakım hakkının gelişimini oturtabilecek bir temel buldu. Mahkeme gerekçesinde gözetim altındaki bir bireyin, tıbbi bakıma ulaşma çabası engellenmiş bir birey olduğunu, bu bakımın sağlanmasındaki başarısızlığın, anayasa tarafından özellikle yasaklanmış olan "acımasız ve olağan dışı ceza" olarak ortaya çıkabileceğini belirtti. Bu kararlar hukuk, Amerikan hapishanelerine girmek için halk sağlığı ile güçlerini birleştirdi ve temel sağlık bakımının kesin güvencesini ilk kez sağladı

Hapsedilmiş nüfusa sağlık bakımı sağlamak savaşımı, birdenbire kazanılmadı. Süreklilik içindeki başarıların bir tarihi süreci oluştu. Yasal tarafta, federal sistemdeki pek çok bölgesel ve gezici mahkemeler, yıllarca hapishane sağlık bakımının özgün öğelerini belirten kararlar verdi. Gönüllülük tarafında, Amerikan Tıp Birliği ve Amerikan Ceza ve Tutukevleri Birliği gibi çeşitli örgütler ulusal olarak onaylanabilir bakım standartları konusuna değinen öğütler yayınladılar. Yıllardır hapishane sağlık bakım sistemlerinin kredilendirilmesi için bir süreç geliştirilmektedir. 1979'da Amerikan Ceza ve Tutukevi Sağlık Hizmetleri Birliği adı verilen yeni bir örgüt biçimlendi. Hapishane Sağlık Bakım Üçüncü Dünya Kongresi halen planlama aşamasındadır. Son olarak, hapishane sağlık bakım dünyasının kendisi; gizli, özel bir krallıktan kamuoyunun, yasaların ve tıbbın inceleme alanına taşındı. Islah kurumlarındaki sorunlar şimdi medya, ulusal meslek örgütleri, mahkumların avukatları ve Amerikan halkı tarafından açıklıkla tartışılıyor.

Görünürdeki bu evrimle, 1982'de Amerikan Halk Sağlığı Birliği Program Geliştirme Kurulu, standartları gözden geçirecek yeni bir çalışma grubu atadı ve hapishanelerde tıbbi bakım ve hizmet sunumundaki gelişmeleri yansıtma ve varolan federal yasanın özülle tutarlı olmalarını sağladı. Bu gözden geçirilmiş standartlar, devletin karmaşık yapısı içindeki gelişmeyi ve yerel halk sağlığı çalışanları, kurum yöneticileri ve ceza ve tutukevi ortamlarındaki sağlık bakım çalışanlarını hesaba katmaktadır. Şimdi hapishane sağlık hizmetleri düzenlenmesinde ve etkili bireysel bakım protokollerinin sunumunda bir zamanlar olmayan özel becerili uzmanlar vardır. Bu uzmanlar, hapsetmek amacıyla düzenlenmiş bir ceza ve tutukevi kurumu ve bakım için görevlendirilmiş bir sağlık bakım hizmeti arasındaki açıklık arasında bir köprü kurabilecek yöntemler öneriyorlar. Bu yeni standartlar,

federal yasaların özgün gelişmelerini yansıtmının yanı sıra, yargısal fikirlerde ve federal olarak denetlenmiş onam kararlarında da kendilerini göstermektedir. Tüm bunlar, hapishane sağlık hizmetlerinin gereksinmelerini anayasal olarak kabul edilebilir bir biçimde ayrıntılandırmaktadır.

Program Geliştirme Kurulu, beklenenden daha çok çalışma gerektiren bu standartları gözden geçirmek için çaba harcayan Çalışma Grubu'na minnettardır. Bu standartlar ilk basımda yazılmış olanlardan daha özgündür ve bu yeni alana dinamik yeni katılımcıların eklendiğini göstermektedir. Nancy Neveloff Dubler, standartların yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini fark edip tartışmaya açmış ve çalışma grubunun son belgeyi düzenlemesini sağlamıştır.

Kurul adına, bu fırsatla Bayan Dubler'a ve Çalışma Grubu'na kendilerini bu işe adanmaları ve nitelikli bir şey üretmelerindeki becerileri için teşekkür ederim. Hapsedilmiş kişilere sunulacak sağlık bakımını iyileştirecek stratejiler geliştirmeleri için hizmet sunanlara yardımcı olacağını umuyoruz.

Cecil G. Sheps, MD, MPH

Program Geliştirme Kurulu Başkanı

Haziran 1986

SUNUŞ

Ceza ve tutukevi ortamlarında hapsedilmiş kişiler bağımsız olarak tıbbi bakım elde edemezler. Onlar sistem tarafından sağlanmış hekimlerin beceri, verim ve iyi niyetlerine güvenmek durumunda dırlar. 1970'lerin başlarına gelinceye kadar, bu sistem büyük oranda kamuoyu ve yargının incelemelerinden saklandı. Hapishaneler temel olarak kırsal ve uzak topluluklarda yerleştirildi; mahpuslar yüksek duvarlar arkasında bırakıldılar. Uygulamalar, kurallar ve hizmetler bir "elini sürme" tutumuyula yargısal incelemeden korundular; yargıçlar hapishanelerin sorunlarının çok karmaşık, müdahale edilemez ve yargısal kararlarla çözümlenmek için kötü konumda olduğu biçiminde yorum yaptılar. Kaldı ki yönetsel karar yetkisi için destek politikaları yeterli ve uygun idi. Hapishane ayaklanmaları ve yeni yasal hizmet avukatları grubunun dürtüklemeleriyle "elini sürme" öğretisi çöktü ve hapishane yöneticileri yoksun bırakmalar ya da ceza politikalarını haklı çıkarmalar açılarından uyarıldı. "Sorgudaki uygulama ya da düzen hükümetin bu konuya olan ilgisinin ve verdiği önemin göstergesiydi" ¹ ve yöneticiler bunu kanıtlamalıydı. Sağlık bakım uygulamaları çabucak davalar odağı oldu.

1974'te, Federal Mahkeme tüm eyalet hapishane sistemlerindeki durumları belirten bir dönüm noktası olgusu olan "Newman-Alabama Eyaletine karşı"² davasını karara bağladı. Bu davada, tıbbi bakım hizmetlerinin yeterliliği incelenmekteydi. Mahkeme "formel eğitimi olmayan denetimsiz mahkumların düzenli olarak dış çektiği, polikliniğe başvuran hastaları taramadan geçirdikleri, tehlikeli ilaçlar dahil ilaç verdikleri; iğne yapıp, röntgen filmi çekip, dikiş attıkları ve küçük cerrahi işlemleri gerçekleştirdikleri " iddialarını onayladı. Mahkemede, ölen hastaların cesetlerinin kurtlarla ve pislikleriyle kaplanmış olduğu birkaç dramatik olaydan söz edildi. Bu durumlar, mahkemenin dediği gibi, anayasal olarak yasaklanmıştır.

Diğer federal mahkemeler daha sonra anayasal bakım standartlarını tanımlayacak dili oluşturmaya çabaladılar. Bazı mahkemeler "mantıklı bakım" sunulmasını istediler, diğerleri eğer "bazı" bakımlar sağlanmışsa standart tutturulmuştur dediler. Tümü, mahkumları ihmal ve kötü davranıştan koruyacak bir kural geliştirmeye çabaladılar.

1976'da, Temyiz Mahkemesi sunulan hizmetin anayasal yeterliliğinin temel standartlar çerçevesinde ölçülmesi olgusunu dile getirdi. Mahkeme : Mahkumların ciddi tıbbi gereksinimlerine kasıtlı ilgisizlik, Sekizinci Düzeltimce yasaklanmış olan ...gereksiz ve etiğe aykırı ağır cezasını oluşturur. İlgisizlik, mahpusların gereksinmelerine yanıt vermesi gereken cezaevi doktorlarınca; ya da tıbbi bakıma erişimi kasten engelleyen ya da geciktiren, ya da ilaç tedavisine kasıtlı olarak müdahale eden gardiyanlarca da yapılıyor olsa aynı anlama gelir.³

Bu olgu, ulusal hapishanelerde sunulan sağlık bakımının yeterliliğine karşı eylem davalarının yolunu açtı. Bu davalar sonucu bir dizi federal mahkeme görüşleri ortaya çıktı, bu görüşlerde anayasal açıdan yeterli bakımın gerekleri büyük bir titizlikle tanımlandı.

Davalarla, hapsedilmiş bir kişinin bağımsız olarak tıbbi bakıma ulaşamayacağı gerekçesi temel oluşturmaktadır. Toplumun geniş ve idealist saygınlık kavramları ve insanlığın uygar standartları, gereksiz acı ve mağduriyetten tutuklu ve hükümlüleri koruyacak fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetlerinin ceza evlerinde alınmasını gerektirir. Sekizinci Düzeltim, "fiziksel ya da ruhsal açıdan gereksiz acı veren durumlardan, yozlaşmanın olanaklı, kendini geliştirmenin olanaksız olduğu ortamdan"⁴ bireyleri esirgemek ve korumak için tasarlanmıştır.

Halk sağlığı çalışanları olarak biz, anayasal olmayan bakıma boyun eğdirilmiş bireylerin daha fazla fiziksel ve ruhsal engellilikle karşılaşacağını ve topluma girmede zorlanacağını öne sürüyoruz. En kötü olgularda, sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerinin verilmemesi fiziksel işkence anlamına gelir,

daha az ciddi olgularda bile ağrı, acı ve yoksunlukla sonuçlanabilir. Anayasal olmayan bakım kalıcı fiziksel ve emosyonel sakatlıklara yol açabilir, bu ise sağlık ve halk sağlığı sistemlerini gelecekte çok olumsuz etkileyebilecektir...

Federal mahkemelerin bir seri kararı, bakım yeterliliğinin nasıl ölçülebileceğini ve yargılanabileceğini maddeler halinde belirtmiştir. Bu kararların bir çoğu bu standartlar içinde alınmıştır. Gerçekten, standartların içeriği ve dilinin federal mahkeme görüşlerinde onaylanmış olan tıp ve halk sağlığı ilkelerini yansıtmaya tasarlanmıştır.

Standartların özgün öğelerine ek olarak, Çalışma Grubu üyelerince kararlaştırılan yaklaşımı destekleyen geniş anayasal ilkeler vardır. Örneğin, *Todaro - Ward'a karşı* davası, kasıtlı aldırma-zlığın kanıtının bir mahpusa zarar vermek için bir niyet gösterilmesini gerektirmediğini kanıtlar. Sağlık hizmetlerinin sunumunda “tümünden yetersizlikler ya da bir dizi bireysel olay”⁵ sonucu kayıtsızlık ortaya çıkabilir.

Diğer olgular şunları içerir:

- Ciddi duygusal ya da zihinsel hastalıklar için psikolojik ya da psikiyatrik bakım sağlanmalıdır; ciddi tıbbi sorunlar için tıbbi bakım sağlanmalıdır⁶.

- Ekonomik gerekçeler “herhangi bir zaman diliminde tutuklu ve hükümlülerin maruz bırakıldıkları gerçek yoksunluklar ve güçlüklerin”⁷ açıklaması olamaz. Bozguncu tutuklu ve hükümlüler tıbbi ya da izolasyon birimleri içinde tutulamazlar.⁸

- Eğer tıp çalışmaları yeterli tıbbi ya da psikiyatrik hizmetler sağlayamadıklarını biliyorlarsa, fiziksel ya da ruhsal olarak hasta olan mahpusa hastaneye yatırılmayı isteyip istemediğini sormalıdır⁹.

- Özel ilaç tedavisi ya da özel diyet gereksinime duyan mahpusların gereksinimleri sağlanmalıdır¹⁰.

- Bir cezaevi

- (a) bulaşıcı hastalıklar yönünden taramalar yapmalıdır;

- (b) bireysel olgularda sağlık bakımı hakkında verilmiş kararları inceleyerek eğitilmiş tıbbi personel sağlamalıdır;

- (c) hapisane personeli ve temel acil sağlık girişimleri konusunda eğitim verilmelidir;

- (d) mahpusları ilaçların dağıtımı ve bunun kaydı için kullanmamalıdır;

- (e) yeterli sağlık kayıtları tutmalıdır¹¹.

- Su donanımı yeterli olmalıdır ve “susuzluk tutuklu ve hükümlülerin fiziksel ve ruhsal iyiliklerine yönelik ciddi bir tehdit oluşturmamalıdır.”¹²

“Hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından psikolojik ya da psikiyatrik tedavi gören “tutuklu ya da hükümlüye uygulanan gözlem ve bakı sonucunda net, tıbbi bir sonuç söylenmelidir;

- (a) mahpusun belirtileri ciddi bir hastalık ya da yaralanmaya işaret etmektedir;

- (b) bu hastalıklar ya da yaralanma tedavi edilebilir ya da kesinlikle yatıştırılabilir;

(c) bakımın geciktirilmesi ya da geri çevrilmesi nedeniyle tutuklu ve hükümlü zarar görebilecektir.

Tedavi hakkı, elbette, akılcı bir maliyet ile sunulabilen hizmetle sınırlıdır ve bir tıbbi gereklilik olan temel test sadece istendiği için değil gerektiği için yapılmalıdır¹³.

- Hiçbir ehliyetli kişi ilaç yazmayacak, dağıtmayacak ve ilaç yazımını yönetmeyecektir¹⁴.

Bunlar federal mahkemelerin önerdiği ve bu standartları yansıtan jenerik ve özel ifade türlerinin bazı örnekleridir.

Bir hapisanede sağlık bakımı verilmesi güç bir sorundur. Sağlık çalışanları, özellikle hekimler, bu işten sorumlu tutulacaklardır. Hapishane duvarları herkesi kuşatır ve orada çalışan kişileri de kısıtlar. Para daima sınırlıdır; mahpusların sayısı ayrılan mekanı aşmıştır; altyapı kırık döküktür. Her şeye rağmen, bir toplum olarak mahpusu özgür dünyadan ayırmak için yargılama mekanizması içinde rol aldığımızda, anayasal olarak yeterli sağlık bakımı sağlamalıyız.

Bu standartlar değişik nüfuslara hizmet etmek için düzenlendiler. Yöneticiler ve sağlık çalışanlarının cezaevi altyapısında bakım verilmesi için bir kılavuz olarak kullanılacakları umut edilmektedir. Kırsal alanlardaki küçük bölge hapishaneleri kadar büyük şehir topluluklarına hizmet eden büyük eyalet hapishanelerinde de uygulanmaları amaçlanmaktadır. İkinci olarak, gerekli bütçe ödenekleri ya da sermaye artırma planları üzerine kaynak araştıran yöneticiler ve meclis üyeleri için bir başvuru kitabı olarak düzenlenmiştir. Sağlık bakımı başarısız ve federal mahkemelerde çare aranması gereken tutuklu ya da hükümlü adına planlar ve stratejiler oluşturan avukatlar için bir başvuru kaynağıdır. Son olarak, bakım haklarını anlamaya ve izlemeye girişen mahpuslar için vazgeçilmez bir kaynaktır.

Nancy Neveloff Dubler

1. Procunier v. Martinez, 416 U.S. 396, 416 (1973)
2. Newman v. State of Alabama 349 F. supp. 278, 503 F. 2d 1320, 5th Cir. (1974), cert. Denied 421 U. S 948 (1975)
3. Estelle v. Gamble, 97 S. Ct. 285, 290, 429 U.S 97, 104-105 (1976)
4. Ramos v. Lamm , 639 F. 2d 559, 566, 10th Cir. (1980)
5. Todaro v. Ward, 565 F. 2d 48, 52 (2 Cir 1977)
6. Inmates of Allegheny County Jail v. Pierce, 487 F. Supp. 638, 643 (1980)
7. Lareau v. Manson, 651 F. 2d (2 Cir 1981)
8. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14 (D.P.R. 1979)
9. Ibid
10. Nicholson v. Choctaw County, 498 F Supp. 295 (S.D. Ala. 1980) at 308
11. Dawson v. Kendrick, 527 F. Supp. 1251 (S.D.W.Va. 1981) at1287-88
12. Dawson v. Kendrick, 527 F. Supp. 1251 (S.D.W.Va. 1981) at 1306
13. Newman v. State of Alabama 349 F. Supp. 278 at 287, 503 F. 2d 1320, 5th Cir. (1974), cert. Denied 421 U.S. 948 (1975).

TEŞEKKÜR

Karmaşık iş yasalarımızın içinde bizim akılcı sınırlar ötesindeki bağıllığımızı ve sadakatimizi sıyanan bir iş her zaman vardır. Bu standartların yaratılması böyle bir görev idi. Yalnızca Amerikan Halk Sağlığı Birliği (APHA) Ceza ve Tutukevleri Çalışma Grubu üyelerinin olağanüstü çabalarıyla tamamlanabilirdi. Onlara tüm sabır ve anlayışları ve yarattıkları özgün belge için teşekkür ederim.

Standartlar ortada yokken toplanan Çalışma Grubuna ve araştırmayı desteklemek için para sağlayan Edna Mc Connell Vakfı'na şükranlarımı belirtmek isterim.

Amerikan Halk Sağlığı Birliği Program Geliştirme Kurulu'nun başarılı üyelerine de yorulmaz destekleri için teşekkür etmekten memnunum. Amerikan Halk Sağlığı Birliği merkezinde bulunan Seiko Brodbeck gereksinimlerimizi anladı, küçük ve büyük bunalımları yanıtladı ve başlangıçtan kataloğa kadar üretime ve sürece yol göstermek için yardım etti. Yayın Bölümü'nden Adrienne Ash bu cildin biçimlenmesinde düzeltici destek sağladı.

Kendimi adadığım akşamlar, günler ve haftalar ile yemek odasındaki gece yarısı dağınıklıklarıma katlanan aileme teşekkür ederim.

Son olarak Montefiore Tıp Merkezi'ne ve işi tamamlamam ve uğraşmam için izin veren ve zaman sağlayan, Epidemiyoloji ve Sosyal Tıp Bölümü'nün başarılı başkanları Dr. Victor Sidel'e ve Dr. Michael Alderman'a saygı sunmalıyım. Sekreterim Helen O'Brien'e metnin toparlanmasındaki katkıları için teşekkür ediyorum. Umarım ki bu standartlar gereksinim duyan tutuklu ve hükümlülere daha fazla uygun tıbbi bakım verilmesi için hizmeti sunanlara yardımcı olacaktır.

Nancy Neveloff Dubler

TEMEL SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

A. Giriş Muayenesi ve Tam Tıbbi Muayene (Genel Populasyon)

İlke: Cezaevinde göz altına alınan her kişinin ilk tıbbi değerlendirmesi eğitilmiş tıbbi personel tarafından yapılmalıdır. Kişinin cezaevinde güvenle kalması ve cezaevinde bulunan olanakların ötesinde acil tedavi ya da değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaması için özel durumların saptanması gereklidir.

Tutuklu ve hükümlülerin göz altında kalma süreleri farklı olduğundan her bir tutukluya uygulanan standart bir sağlık değerlendirmesi tek tek tutukluların ya da cezaevinin ihtiyaçlarını karşılayamaz. Bir kaç hafta ya da bir kaç ay için hapsedilen tutuklunun bir kaç saat için tutuklanandan daha ayrıntılı bir değerlendirmeye gereksinimi vardır. Durumu tam olarak aydınlanmamış olanlar ve diğer tutukluların sağlık değerlendirmeleri cezaevine girişten itibaren hızla yapılmalı, tutukluğun yedinci günü tamamen bitirilmiş olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Her bir kişinin sağlık durumunun değerlendirilmesi şu gereksinimleri karşılamak için esastır; a) Uygun sınıflama ve barınma; b) cezaevinin ve tutukluların korunması ve sağlığı için dikkat edilmesi gerekli olan sağlık sorunlarının taranması; c) geniş boyutlu, kapsayıcı sağlık bakımının planlanması ve sunulması için hareket noktası ya da referans olacak verilerin toplanması ve ; d) sağlık sisteminin gereksinimlerinin belirlenmesi, planlama çalışmalarında kararların alınması, epidemiyolojik ve istatistiksel profillerin oluşturulması için bilgilerin toplanması.

Gerekli Koşullar: Giriş muayenesi her tutuklu için gözü altına alındığında uygulanmalıdır.

Tüm sağlık taramaları hekim, hemşire, yardımcı sağlık personeli ya da eğitilmiş sağlık personeli tarafından yapılmalıdır. (Tanımlar için bkz. Ek 1)

Tıbbi personelin olmadığı küçük yerlerde tutuklular genel hastaneler ya da diğer bölgesel sağlık kurumlarında eğitilmiş personel tarafından uygun şekilde ilk muayeneleri yapıldıktan sonra cezaevine alınmalıdır.

İlk tıbbi bakı süreci cezaevine girişten itibaren başlamalı ve tutuklu cezaevindeki kişiler arasına yerleştirilmeden önce yapılmalıdır. Cezaevindeki yerleşim alanlarından birisi yeni tutukluların barınmasına ayrılmıştır. Tutuklu giriş muayenesi tamamlanıp bulaşıcı hastalık olmadığı kanıtlanana kadar bu alanda tutulmalıdır.

Özel barınma gereksiniminin, diyet ihtiyacının belirlenmesi, çalışma ve aktivite sınıflamasının yapılmasına yardımcı olmak için sağlık bilgileri alınmalıdır. Giriş muayenesi genel populasyonda hastalığın yayılmasını önleyecek ve hastanın koşullarına uygun tedavisine olanak verecek barınma önerisiyle sonuçlanmalıdır.

Tutuklu ve hükümlünün giriş muayenesi soruna odaklanacak tarzda olmalıdır. Giriş muayenesi tutuklu ve hükümlünün şu an ki şikayetleri, aldığı ilaçlar, sağlık hikayesiyle başlayıp, fizik bulguların değerlendirilmesiyle devam eder ve sorunların tanımlanıp sorun listelerinin oluşturulması ile tamamlanır.

Sorunların tanımlanması için uygun izlem sağlanmalıdır. Temel tedavi kesintisiz olarak sürdürülmelidir.

Giriş muayenesi ve planlamalar tutuklunun sürekli tıbbi kayıtlarına işlenmelidir.

Diğer cezaevlerinden gelen tıbbi kayıtlar yeni tutuklu ve hükümlünün aydınlatılmış onamı yazılı olarak alındıktan sonra istenebilir. Eğer bu bilgi kullanılan ilaçların belirlenmesi gibi acil bir ihtiyaç ise tutuklu ve hükümlünün izniyle telefon ile de öğrenilebilir.

Tutuklu ve hükümlü ile iletişim kurmak cezaevlerinin sorumluluğudur. İşitme engelli ya da dil sorunu olan, özellikle tutuklu ve hükümlülerle iletişim kurmak için uygun personel bulundurulmalıdır.

Giriş muayenesi; tıbbi açıdan dikkat edilmesi gerekli olan cezaevi kuralları hakkında tutuklu ve hükümlülerin bilgilendirilmesi için uygun bir ortam sağlar. Tutuklu ve hükümlünün sağlık hizmetlerinde olduğu gibi giriş muayenesi de mümkün olan en titiz şekilde güvenli bilginin toplanmasını temin etmek için gizliliğin sağlandığı bir ortamda tamamlanmalıdır. Hasta muayeneye uygun bir biçimde giydirilmelidir.

Giriş muayenesi şunları içermelidir:

1. Şu andaki şikayetler, hasta tarafından ifade edilen sorunlar(ÖZNEL)
2. Var olan hastalıkların hikayesi, tedaviler (NESNEL)

A. Tedavi edilen ya da önceden bilinen hastalıklar hakkındaki bilgilerin bulunması, cezaevi ortamında tıbbi acillerin oluşmasını engelleyecektir: Konvülfif hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, astım, allerji, intihar girişim hikayesi ya da intihar eğilimi. Enfeksiyöz hastalıklar; hepatit, gonore, sifiliz, diyare, abse. Yoksunluk sendromları: ilaç-alkol kullanım hikayesi, son kullanım zamanı, miktarı, süresi.

B. Psikiyatrik hastalık hikayesi, hastanede yatma, kullanılan ilaçlar, intihar girişimi ya da intihara eğilim, "sinir bozuklukları," " gaipten sesler duyma" gibi konuların araştırılması.

C. Hastaneye yatış öyküsünün araştırılması ; hastalık, uygulanan izlemler, hastaneye yatış tarihi ve süresi.

3. Fizik muayene, laboratuvar (NESNEL)

A. Gözlemler:

(1) Vital bulgular: kan basıncı, nabız, ateş, solunum hızı ve derinliği;

(2) Bilinç düzeyi ve oryantasyon;

(3) Duygulanım ve davranış;

(4)Yaralanma belirtileri; yeni ya da eski travma ; ekimozlar, kanama, çizik, deformite, fonksiyon kaybı, skarlar;

(5) Deri: sarılık, döküntü, infestasyon, abse;

(6) Baş: travma bulguları, dişlerin durumu, duyma, görme;

(7) Solunum: hızlı ya da sıkıntılı solunum, wheezing;

(8) Genital organlar: yara, döküntü, akıntı;

B. Laboratuvar çalışmaları şunları içermelidir:

(1)Tüberkülin deri testi (daha önceden pozitif reaksiyon hikayesi yoksa) pozitif ise göğüs grafisi ile devam edilmelidir,

(2) Şeker, keton, kan , protein ve bilirubin için stik ile idrar bakısı;

(3) Kadınlarda idrarda gebelik testi;

4. Değerlendirme: Yukarıdaki nesnel ya da öznel bilgilerden tüm pozitif bulgular sorun listesi olarak belirlenir.

5. Plan: Listelenen her bir sorun için planlama ve zamanlama belirlenir, örneğin, hemen hastaneye yollama, ertesi günü sağlık personeli tarafından ileri değerlendirme, eğer semptomlar çıkarsa tedavi etme. Bu bölümde özel aktiviteler, diyet, barınma koşulları tanımlanmalıdır.

Bu değerlendirmenin sonucunda tutuklu ve hükümlülerin tıbbi açıdan cezaevinde kalması onaylanır ya da reddedilir.

Tam bir giriş muayenesi için yedi gün içinde tutuklu ve hükümlünün tüm tıbbi muayeneleri tamamlanmalıdır. Bu muayene doktor, hemşire, ya da sağlık personeli tarafından yapılmalı, doktorun denetimi ve imzası olmalıdır.

Giriş muayenesine ek olarak tam bir tıbbi muayene şunları içermelidir:

1 - Anamnez (NESNEL)

A. Önceki hastalıkları ve hastaneye yatış öyküsü;

B. Aile hikayesi ve diyabet, hipertansiyon, tüberküloz, hepatit gibi aile içi hastalıkların bulgusu;

C. Bağışıklama durumu;

Sinir sistemi, gastrointestinal sistem, solunum sistemi, duyma, deri, endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, görme, kas-iskelet ve kan yapım sistemlerine ait semptom ya da anormallikler

2 - Fizik muayene (NESNEL)

İnspeksiyon, baş-boyun, göğüs, karın, genital organlar, rektum, ekstremiteler gibi yapı ve organların muayenesi yapılır, deriye özel bulgular, hikayeden ortaya çıkartılan anormalliklerin varlığı ya da yokluğunu yorumlama, 40 yaş üstü tutuklular için görme keskinliği ve tonometri ölçümü.

3 - Laboratuvar (NESNEL)

A. Hemoglobin ya da hematokrit ;

B. Sifiliz için serolojik testler ;

C. Gonore kültürü ; cezaevindeki popülasyonda gonore riski olmadığını gösteren epidemiyolojik bir çalışma yoksa yapılmalıdır

D. EKG, 40 yaş ve üzerindeki tutuklular.

4 - Değerlendirme

Tam ve açıklayıcı sorun listesi, ilk tıbbi yaklaşım ve tam tıbbi muayenelerden tanımlanan öznel ve nesnel tüm anormalliklerin özeti.

5 - Plan

A. Hikaye, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmelerinde bulunan tüm anormalliklerin izlenmesi.

B. Tetanoz aşısı yok ya da rapel yapılmamışsa, Hastalıkların Kontrolü Merkezi önerisine göre difteri ile beraber ya da tek başına tetanoz toksoidi yapılmalıdır.

C. Tıbbi endikasyona göre influenza aşısı ve pnömovaks uygulanır.

6 - Ruh sağlığı değerlendirmesi konunun uzmanları tarafından yapılmalı ve tutukluda olası bir ruhsal hastalık için değerlendirme şunları içermelidir ;

A. hikaye ; ruh hastalığı, ruh hastalığı tedavisi, eğitim, iş, sosyal, cinsel, aile, ilaç ve alkol kullanımı; savunma mekanizmalarının değerlendirilmesi, tutuklu tarafından yardım isteği;

B. tutuklu ya da hükümlüye var olan ruh sağlığı hizmetlerinin ve başvuru yollarının açıklanması, talep durumunda sevk edilmesi;

C. yukarıdaki bilgilerin tıbbi ya da psikiyatrik kayıtlara işlenmesi

Tıbbi muayeneyi reddetmek her tutuklunun hakkıdır. Bu hakka saygı gösterilmelidir. Bu tutuklulara ait gözlemler bu konuda neler yapılabileceğini tanımlamalıdır. Ruhsal hastalığı olan kişiler tanımlanmalı, gerekirse gönülsüz tedavi kriterlerine uygun olan hastaların sorunlarına yönelik kanuni işlemler başlatılmalıdır. Konfüze ve dezoryante tutuklunun hastaneye yatırılması gerekebilir. Saldırgan kişiler yakından incelenmeli, psikiyatrik ve tıbbi açıdan çok dikkatli değerlendirilmeli ve mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kişinin izniyle tedavi başlatılmalıdır. Cezaevine girişte sağlık değerlendirmesine izin vermeyen tutuklular gözlem için genel popülasyondan ayrı bir yerde tutulmalıdır. Cezaevine girişte sağlık değerlendirmesine izin vermeyen kişiler tıbbi personel gerek duyduğunda giriş muayenesi tamamlanıncaya kadar genel popülasyondan ayrı bir yerde tutulabilir.

KAYNAKLAR

1. Alberti v. Seheriff of Harris County, 406 F.Supp. 649 (S.D. Tex. 1975)
2. Black v. Ricketts, Civ. 84-111 PHX-CAM (D. Ariz. Oct. 26, 1984) (consent decree)
3. Bradley v. Sumner County, Ca. No. 81-3769 (M.D. Tenn. 1983)
4. Burks v. Teasdale, 492 F. Supp. 650 (D. Mo. 1980)
5. Capps v. Atiyeh, 559 F. Supp. 894 (D.Or. 1982)
6. Collins v. Schoenfield, Civ. No. 71-500K (D. Kriz. 1982)
7. Duran v. Apodaca, No. Civ. 77-721 (D.N.M. 1980) (consent decree)
8. Finney v. Mabry, 546 F. Supp. 628 (E.D. Ark. 1982)
9. Goldsby v. Carnes, 365 F. Supp. 395 (W.D. Mo. 1973) consent decree, modified, 429 F. Supp. 370 (1977)
10. Hart v. Hill, No. Civ. 77-479 PHX-EHC MS (D. Ariz. 1982)
11. Hines v. Anderson, 439 F. Supp. 12 (D. Minn. 1978)
12. Jones v. Wittenberg, 323 F. Supp. 93 & 330 F. Supp. 707 (N.D. Ohio 1971) ; aff'd. 456 F. 2d 854 (6th Cir. 1972), further procedg., 440 F. Supp. 60 (1977), and 509 F. Supp. 653 (N.D. Ohio 1980).
13. Kendrick v. Bland, 541 F. Supp. 21 (W.D. Ky 1981)
14. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp. 269 (D.N.H. 1977)

15. McMurry v. Phelps, 533 F. Supp. 742 (D. La. 1982)
16. Miller v. Carson, 401 F. Supp. 835 (M.D. Fla. 1975) aff' d. in part, modified in part, & remanded, 563 F.2d 741, 563F.2d 757 (5th Cir. 1977), on remand. 515 F. Supp. 1375 (M.D. Fla 1981), 524 F. Supp. 1174 (M.D. Fla. 1981)
17. Murden v. Phipps, No, Civ. 81-396 PHX-WEC (D.Ariz. 1983)
18. Nelson v. Collins, 455 F. Supp. 727 (D.Md. 1978)
19. Nelson v. Leeke, No. Civ. 82-876-1 (D.S.C.1985) (consent decree)
20. Nicholson v. Choctow County, 498 F. Supp. 295 (S.D. Ala. 1980)
21. Pyles v. Kamka, 491 F. Supp. 204 (1980)
22. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)
23. Smith v. Sullivan, 553 F.2d 373 (5th Cir. 1977)
24. Todaro v. Ward, 431 F. Supp. 1129 (S.D.N.Y. 1977) aff'd 565 F.2d 48 (2d Cir. 1977)
25. Williams v. Edwards, 547 F.2d 1206 (5th Cir. 1977)

B. Giriş Muayeneleri (Kadınlar)

İlke: Kadın tutuklu ve hükümlülerin tüm tutuklu ve hükümlüler için tanımlananlara ek olarak özel sağlık gereksinimleri vardır.

Yaklaşım: Jinekolojik açıdan sağlıklı olmak kadınlar için temel sağlık gereksinimidir. Bununla ilgilenen hekimlerin özel eğitime ihtiyacı vardır. Anatomik yapı, sağlığın sürdürülmesi ve aile planlamasını içeren sağlık eğitimi kadınların kendine saygı ve güvenini geliştiren sağlık bakım programlarının gerekli bir parçasıdır.

Kadınlar kendilerine bağımlı olan çocukları ile ilgili düzenlemeler için yardım almaya ve danışmanlığa ihtiyaç duyabilir.

Gerekli Koşullar: Kadınlar için giriş muayenesi ek olarak şunları içermelidir:

1. Sorulması gerekenler:

A. menstrüel siklus ve son menstruasyon tarihi;

B. gebelik;

C. Şu anda kullanılan kontraseptif ilaç ya da alet;

D, pelvik enflamatuvar hastalık hikayesi, anormal vajinal akıntı, memede kitle;

2. Fizik değerlendirme:

Hastanın gizliliğine, rahatına ve sağlığına önem verilerek yapılacak tıbbi amaçlı pelvik muayene. Kişi bunu reddedebilir. Gonore için materyal alınabilir ve pap-smear yapılabilir. Eğer varsa vajinal akıntı patojenlerin varlığı açısından mikroskopik olarak değerlendirilebilir. Gebelik olasılığı olan her kadın için gebelik açısından idrar bakısı yapılmalıdır.

3. Planlama şunları içermelidir:

A. patolojik bulguların tedavisi;

B. kadın kontraseptif yöntemi kullanmaya devam etmek istiyorsa bunun sağlanması;

C. gebe kadınlar için özel diyet, barınma koşulları ve gerektiğinde izlem;

D. Abortus isteyen kadınlar için; danışmanlık, gerekli tedavinin yapılması ve izlem;

Tutuklu ve hükümlü kadınların daha önceden yapılmış, doğrulanabilir sağlık değerlendirme bilgisi ve geçmişteki sağlık öyküsü yukarıdaki değerlendirmenin yerine geçemez. Sağlık muayenesi yazılı tıbbi kayıtlar ve kişinin özel durumuna göre kısaltılabilir.

18 yaş ve altında bakmakla yükümlü olduğu çocukları olan her tutuklu ve hükümlü gözaltına alındığı andan itibaren sosyal hizmetlere ulaşabilmelidir.

Tutuklu oldukları süreçte ana babaya bağımlı olan çocuklarına bakamayan ve ayrı kalan kadın ve erkeklere danışmanlık ve yardım hizmeti verilmelidir.

C. Tıbbi Sınıflama

İlke: Giriş muayenesinde toplanan bilgi tutuklu ve hükümlünün özel barınma ihtiyacını tanımlama için kullanılabilir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tutuklu ve hükümlülerin yerlerinin belirlenmesi hem sağlık hem de cezaevi personeli tarafından yapılmalıdır. Bu saldırı, baskı ve hastalık geçiş risklerinin azaltıldığı bir çevre oluşturulması için önemlidir. İyi işleyen bir sınıflama sistemi tutuklular arasında daha az yaralanmalara neden olacağı gibi emosyonel stres ve enfeksiyon hastalıklarının da daha az görülmesine neden olur.

Gerekli Koşullar: Takip eden tıbbi işlemler özel sınıflama gereksinimi olan tutukluların tanımlamalarını göz önüne almalı, uygun tanı ve tedavi için mümkün olan ayrımı yapmalıdır.

1. Bulaşıcı hastalığı olanlar;
2. Fiziksel olarak zayıf ve hasta olanlar;
3. Mental retarde ve demansta olanlar;
4. Sık izlem ve tedavi gereksinimi olanlar; intihara eğilimli ya da ruhsal hastalığı olanlar;
5. Özel fiziksel ihtiyaçları olanlar; amputasyonu ya da protezi olanlar, tekerlekli sandalyeye bağımlı olanlar, kolostomililer, sağır, kör ve dilsizler.
6. Kronik hastalığı olanlar ya da düşkünler.
7. Yaş spektrumunda uç noktalarda yer alanlar; genç ve yaşlılar.

KAYNAKLAR

1. Anderson v. Redman, 429 F. Supp. 1105 (D.Del. 1977)
2. Hines v. Anderson, 439 F. Supp. 12 (D. Minn. 1978)
3. Inmates of Allegheny County Jail v. Pierce, 487 F. Supp. 638 (W.D. Pa. 1980)
4. Jones v. Diamond, 636 F.2d (5th Cir. 1981)
5. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp. 269 (D.N.H. 1977)
6. Lighfoot v. Walker, 486 F. Supp. 504 (S.D. Ill. 1980)
7. Murden v. Phipps, No, Cir. 81-396 PHX-WEC, D.Ariz., July 13, 1983
8. Nicholson v. Choctow County, Ala., 498 F. Supp. 295 (S.D. Ala. 1980)
9. Palmigiano v. Garrahy, 443 F. Supp. 956 (D.R.I. 1977)

10. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)

D- Hizmete Erişme

İlke: Tutuklu ya da hükümlülerin sağlık bakımı alma hakkı vardır. Bu bakım uygun ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Uygun bir sağlık bakımı sağlamak, ölüm ve hastalıkları önlemek için tıbbi sorunların aciliyeti zaman geçirmeksizin tanımlanmalıdır. Cezaevi ortamı tıbbi personel açısından hastaların tıbbi ihtiyaçlarının olağan bir iletişimle sürdürülemediği bir ortamdır. Bunun için resmi açıdan tanımlanmış aktif iletişim kanallarına ihtiyaç vardır.

Hizmete erişme olabildiğince doğrudan olmalıdır. İşlemler cezaevi personelinin hakimiyetini ve sağlık personeli dışındakilerin etkisini azaltmalı, cezaevi memurlarının hizmete erişmeyi kesintiye uğratması en aza indirilmelidir.

Kilit altında, izole ve kısıtlı bir alanda yaşayan (cezalandırılmak ya da korunmak amacıyla) tutuklu ve hükümlülerin yaşadığı alanlar, tıbbi hizmete ulaşma açısından en çok zorlukların yaşandığı alanlardır.

Gerekli Koşullar: Her kurum tıbbi gereksinim olduğunda hizmete ulaşmak için gerekli işlemler konusunda tutuklu ve hükümlüleri bilgilendirmelidir. Tutuklu ve hükümlülerin tıbbi gereksinimleri günlük olarak saptanmalı ve bu gereksinimler eğitilmiş sağlık personeli tarafından günlük olarak değerlendirilmelidir.

Tıbbi şikayetlere uygun çözümler sağlayarak sorunlara yardımcı olabilecek ve her zaman ulaşılabilir bir hekim var olmalıdır.

Tutuklu ve hükümlüler gereksinimlerini günlük olarak sağlık personeline iletebilmelidirler.

Hizmete erişme sadece cezaevi personeli tarafından sağlanmamalıdır. Tıbbi gereksinimler yazılı ya da sözlü olarak, diğer tutuklu ve hükümlüler, cezaevi personeli, hücre arkadaşları, aileler ya da kurumda çalışan diğer görevliler tarafından iletebilmelidir. Hatta bu gereksinimler standartlara uygun olarak ulaştırılmasa da değerlendirmeye alınmalıdır. Tüm tıbbi gereksinimler sağlık personeli tarafından günlük olarak değerlendirilip, sonuçlar dosyalara kaydedilmelidir. Bir hastalık nedeniyle tıbbi değerlendirme gereksinimi olan her kişi 24 saat içinde görülmelidir. Bu değerlendirme nesnel ve öznel bilgi toplamayı, sorunu tanımlayıp, planlama yapmayı içermelidir. Bütün bunlar kişisel dosyaya kaydedilmelidir.

Çalışmak zorunlu ise tutuklu ve hükümlü de bu iş için yeterli gücü olmadığını bildiriyorsa tutuklunun bu işten sorumlu tutulmasına karar vermeden önce hekim ya da hemşire ile yüz yüze görüşmesi sağlanmalıdır.

Hiç bir tutuklu ve hükümlü tıbbi bakım gereksiniminden dolayı cezalandırılmamalıdır.

Gereksinimi olan her tutuklu ve hükümlü 24 saat içinde hekim, hemşire ya da yardımcı sağlık personeli tarafından görülmelidir. Tutuklu ve hükümlü hemşire ya da yardımcı sağlık personeli tarafından görülmüş, fakat fizik muayene ihtiyacı devam ediyorsa bu gereksinim bir hafta içinde karşılanmalıdır.

Akut ve acil tıbbi sorunlar ile ilgili şikayetleri olan tutuklu ve hükümlüler, cezaevi personeli tarafından tıbbi yardım için gece veya gündüz hangi saatte olursa olsun sevk edilebilmelidir.

Acil gereksinim riskleri olduğuna tıbbi olarak karar verilen hastalar belirlenmeli ve bunlar sağlık personeline rahatlıkla erişebilecekleri yerlere yerleştirilmelidir.

Acil girişim bilgileri ile donanmış kurum personeli 60 saniye içinde olay yerine ulaşmalı ve gereken girişimleri yapmalıdır.

Ayrı bölümlerde tutulan tutuklu ve hükümlüler, en azından günde bir kez sağlık personeli tarafından ziyaret edilip hastalık varlığı açısından değerlendirilmelidirler. Doktor bu bölümleri haftalık olarak dolaşmalıdır. Sağlık personeli tutuklunun şikayetlerini, bulgularını, günlük ağızdan alım miktarını, genel durumunu günlük olarak izleyen bir rapor tutmalıdır.

Ayrı bölümlerde tutulan tutuklu ve hükümlülerde ciddi bir fiziksel hasar söz konusu değilse yaşam yerlerinin dışındaki sağlık birimine, tıbbi personelin gerek gördüğü değerlendirme için götürülmesine izin verilmelidir.

Tüm tutuklu ve hükümlülere kendi özel hekimleri tarafından konsültasyon yapılmasına izin verilmelidir. Özel hekim konsültasyon yapabilir, fakat ilaç yazma ayrıcalığı yoktur, bu konudaki önerilerini kurum hekimine iletebilir.

KAYNAKLAR

1. Ancata v. Prison Health Services, 769 F.2d 700 (11th Cir. 1985)
2. Balla v. Idaho State Board of Corrections, 595 F. Supp. 1558 (D. Idaho 1984)
3. Bartle v. Anderson, 376 F. Supp. 402 (E.D. Okla. 1974)
4. Bishop v. Stonemon, 508 F. 2d 1224 (2d. Cir. 1974)
5. Black v. Ricketts, Civ. 84-111 PHX-CAM (D. Ariz. Oct. 26, 1984) (consent decree)
6. Capps v. Atiyeh, 559 F. Supp. 894 (D.Or. 1982)
7. Cody v. Hillard, 599 F. Supp. 1025 (S.D. S.D. 1984)
8. Collins v. Schoenfield, Civ. No. 71-500K (D. Md. 1972)
9. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14 (D.P.R. 1979)
10. Finney v. Arkansas Board of Corrections, 505 F. 2d 194 (8th. Cir 1974)
11. French v. Owens, 538 F. Supp. 910 (1982)
12. Goldsby v. Carnes, 365 F. Supp. 395 (W.D. Mo. 1973) (consent decree)
13. Hart v. Hill, No. Civ. 77-479 PHX-EHC MS (D. Ariz. 1982)
14. Hines v. Anderson, 439 F. Supp. 12 (D. Minn. 1977)
15. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp. 269 (D.N.H. 1977)
16. McMurray v. Phelps, 533 F. Supp. 742 (D. La. 1982)
17. Morgan v. Sproat, 432 F. Supp. 1130 (S.D. Miss. 1977)
18. Ramos v. Lamm, 485 F. Supp. 122 (D. Colo. 1979) aff'd in pert. part, 639 F.2d 559 (10th Cir. 1980)
19. Rowe v. Jones, U.S.D., S.D. Ga. (no date).
20. Todaro v. Ward, 565 F.2d 48 (2d Cir. 1977)
21. Wellman v. Faulkner, 715 F.2d 269 (7th Cir. 1983)

E: Poliklinik Hizmeti

İlke: Sağlık hizmetinin varlığı eğer sağlık hizmetine kolayca erişiliyorsa bir anlam taşır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Cezaevlerinde bireylerin hareketliliği kısıtlanmış olduğundan, sağlık bakımına gereksinim duyanların sağlık personeli ile iletişimlerini sağlayacak bir sistem geliştirilmiştir.

Gerekli Koşullar: Her gün hekim tarafından kontrolden geçirilecek düzenli bir poliklinik programı hekim, hemşire ya da diğer sağlık personeli tarafından düzenlenmelidir.

Haftada en az 5 gün poliklinik yapılmalıdır.

Sağlık personeli tarafından acil olmadıkları saptanan tutuklu ve hükümlüler poliklinik listesine alınmalıdır.

Fizik bakı, hekim ve hastanın rahatça iletişim kurabilecekleri bir bölümde yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Black v. Ricketts, Civ. 84-111 PHX-CAM (D. Ariz.1984) (consent decree)
2. Finney v. Mabry, 546 F. Supp. 628 (E.D. Ark. 1982)
3. French v. Owens, 538 F. Supp. 910 (S.D. Ind. 1982)
4. Ortiz v. Turner, No. 77-2099-B (jail) (S.D. Ill., 2/24/82)
5. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)
6. Todaro v. Ward, 431 F. Supp. 278 (S.D.N.Y. 1977)
7. Williams v. Edwards, 547 F.2d 1206 (5th Cir. 1977)

F: Konsültasyon Hizmeti

İlke: Cezaevi sağlık personelinin uzmanlık alanı dışındaki sağlık sorunlarında konunun uzmanı hekimlere gereksinim vardır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Kapsayıcı sağlık hizmetinin sunulabilmesi, hükümlü ve tutukluların özel sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için uzman konsültasyonlarının sağlanabilmesi önemlidir. Uzmanlarla iletişim hem kabul gören, çağdaş, ulusal standartlarda bir hizmet düzeyi sağlar hem de hastaya özgü bilgileri ileterek sürekli eğitimi olası kılar.

Gerekli Koşullar: Her cezaevinde, birimde ya da dışarıda gerektiğinde başvurulacak konsültanların geniş bir listesi bulunmalıdır. Olası ise, konsültan gereksinimi doğmadan önce konsültan hekimlerle sözlü ve yazılı anlaşma yapılmış olmalıdır. Tedaviyi yapan kurum hekiminin sorunun kendi olanaklarıyla çözümlenemeyeceğine karar vermesiyle, hekimin isteği üzerine konsültana sevk edilir.

Konsültasyonun zamanlaması, gerekirse nakil ve izlem için yazılı protokoller hazırlanmalıdır. Sağlık personelinin hükümlü ve tutukluları dışarıdaki bir sağlık kuruluşuna nakletmek istediği durumlarda kullanılacak araç ve personel hazır bulundurulmalıdır.

Yazılı ve sözlü sağlık raporları, konsültan hekime iletilmek üzere hasta dosyasında yer almalıdır. Konsültan hekimin önerilerine göre hareket edilmelidir. Bu önerilerin alınması ve uygulanmasından cezaevi sağlık personeli sorumludur. Eğer konsültan hekimin istedikleri yapılmamışsa, nedenleri ve olay mutlaka kayıt edilmelidir. Sağlık personeli olguları acil ve acil olmayanlar olmak üzere tanım-

lamalıdır. Acil olgular, tanımlanır tanımlanmaz tedaviye alınmalıdır. Acil olmayan olgularda ise nasıl bir yol izleneceğini belirten resmi rehberler olmalıdır. Acil olmayan olgularda, hükümlü ve tutuklunun cezaevinde kalış süresi, sağlık sorununun ne zaman başladığı, sorunun tutukluluk sürecinde oluşup oluşmadığı gözden kaçırılmaması gereken noktalardır. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi, rehabilitatif ve/ ya da elektif cerrahi gibi verilecek özel hizmetlerin neler olduğu tıbbi sorumlular tarafından saptanmalı, bu hizmetlerin ne zaman verileceği, ne zaman verilemeyeceği protokole bağlanmalıdır.

Konsültan hekimlerin cezaevinde kendilerine ait hasta dosyaları bulunmalı ve kayıtlar güncelleştirilmelidir. Konsültan hekimlerin çalışmaları her yıl sorumlu sağlık personeli tarafından denetlenmelidir. Cezaevi ile bağlantılarının sürüp sürmeyeceğine yıllık değerlendirme sonuçlarına göre karar verilir.

KAYNAKLAR

1. Black v. Ricketts, Civ. 84-111 PHX-CAM (D. Ariz. 1984) (consent decree)
2. Burks v. Teasdale, 492 F. Supp. 650 (D. Mo. 1980)
3. Capps v. Atiyeh, 559 F. Supp. 894 (D. Or. 1982)
4. Cherco v. County of Sonoma No. 80., 0334-SAW (M.D. Cal. decree entered 9/27/82)
5. Cody v. Hillard, 599 F. Supp. 1025 (S.D. S.D. 1984)
6. Finney v. Mabry, 546 F. Supp. 628 (E.D. Ark. 1982)
7. Hines v. Anderson, 439 F. Supp. 12 (D. Minn. 1978)
8. Hoptowit v. Ray, 682 F. 2d 1237 (9th Cir. 1982)
9. Kendrick v. Bland, 541 F. Supp. 21 (W.D. Ky. 1981)
10. Miller v. Carson, 401 F. Supp. at 876-77 (M.D. Fla. 1978)
11. Smith v. Oxley, C-78-59 (N.D. Iowa, Feb. 14. 1980) (settlement)
12. Todaro v. Ward, 431 F. Supp. 1129 (S.D.N.Y. 1977)
13. Venus v. Goodman, 556 F. Supp. 514 (W.D. Wis. 1983)

G: İzlem Hizmetleri

İlke: Cezaevinin tüm sağlık birimlerinde izlem hizmetlerinin nasıl verileceğine ait planlar olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ceza ve tutukevleri yapıları ve işleyişleri gereği hükümlü ve tutukluların süreklilik gösteren sağlık gereksinimlerini kolayca karşılayamazlar. Cezaevi değişimlerinde sağlık hizmetlerinin parçalanması sonucu izlem tamamen kaybolabilmekte, sıklıkla da sağlık raporlarının cezaevleri arasında aktarımı sağlanamamaktadır. Cezaevi sağlık personeli, hastanın sağlık geçmişini araştırırken büyük zaman kaybetmekte ancak yine de bir sonraki nakilde bu bilgiler çoğu kez tutuklu ve hükümlü ile yollanmamaktadır. Buna benzer olarak cezaevlerinde hastayı bir kez görerek tedavisinin verilmesi sonucu sağlık sorununun çözüleceğini varsayan bir eğilim vardır. Bu nedenle kronik hastalar çoğu kez sağlık bakımı isteklerini yineleyip durmak zorunda kalmaktadırlar.

Gerekli Koşullar: Birbirini etkileyen her tıbbi sorun için problem listesi çıkarılmalı, bu listelerden yararlanarak sorunları çözmeye yönelik planlar hazırlanmalıdır. Oluşturulan bu planlar, hasta izlemine ait yinelenen ve yenilenen ayrıntılar içermelidir. Anamnezde, fizik bakıda, laboratuvar bakıda

ve diğer bakılarda saptanan anormal bulgular hekim ya da hemşire tarafından kaydedilmeli, sistematik olarak değerlendirilmeli ve düzenli aralıklarla kronik hastalar tıbbi kontrolden geçirilmelidir. Stabil hastalar en az 3 ayda bir doktor ya da hemşire tarafından görülmelidir. Stabil olmayan hastalar ise hekim tarafından daha sık izlenmelidir. Bu sıklık hastalığın doğasına ve hastalığın şiddetine göre saptanmalıdır.

Her tutuklu ve hükümlü yıllık sağlık kontrolünden geçirilmeli ve bu kontroller kaydedilmelidir.

Yıllık sağlık kontrolü sırasında yapılması gerekenler:

1. Anamnez, okur yazar hükümlüler vücut sistemlerine ait sorular içeren formları doldurmalıdırlar. Bu formlar hekim tarafından gözden geçirilmelidir;

2. Fizik bakı, ağırlık, vital bulgular yer almalıdır;

3. Görme keskinliği testi;

4. Diş bakısı;

5. PPD (önceden negatif ise);

6. İdrar analizi;

7. Sifiliz için serolojik test (1 yıl tutukluluktan sonra) ;

8. EKG (40 yaşında) ;

9. 40 yaşından sonra:

A. rektal tuşe, gaitada gizli kan;

B. tonometri;

10. Endikasyon varsa:

A. grip aşısı;

B. pnömokok aşısı;

C. difteri-tetanoz aşısı;

11. Kadınlarda:

A. meme bakısı;

B. PAP smear;

C. gerekirse mamografi;

12. Gereken diğer testler.

Nakil ya da salıverme zamanları sağlık personeline önceden bildirilmelidir.

1. Nakil sırasında özet bilgiler tutuklu ve hükümlü ile beraber gitmelidir. Özet;

A. hastanın sorunlarını, hastalık öyküsünü, fizik ve laboratuvar sonuçlarını;

B. tedavi, ilaç, izlem için neler gerektiğine dair bilgileri içermelidir.

2. Hükümlü ve tutuklular tıbbi kayıtları ile beraber nakledilmelidirler. Bu kayıtlar kişinin nakil edildiği cezaevinde sağlık kayıtlarını tutan hemşire ya da doktor tarafından tutuklu ve hükümlünün oraya vardığı gün incelenmelidir. Bu inceleme dosyaya kaydedilmelidir.

3. Hükümlü ve tutuklu, cezaevinden ayrılıyorsa, yukarıda sözü edilen özet, kişinin sürekli gereksinim duyduğu özel sağlık hizmetlerini de içermelidir.

4. Nakil ya da salıverme işleminden önce hükümlü ve tutukluya kullandığı ilaçlar bir kaç günlük doz kadar ya da gereksinimlerini karşılayacak zamana dek gereken doz kadar verilmelidir. Bu ilaçlar ilaç standartlarına uygun olarak, etiketlenmiş kutulara konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Goldsby v. Carnes, 365 F. Supp. 395 (W.D. Mo. 1973), modified, 429 F. Supp. 370 (W.D. Mo. 1977)
2. Lighfoot v. Walker, 486 F. Supp. 504 (S.D. Ill. 1980)
3. Newman v. Alabama, 349 F. Supp. 278 (M.D. Ala. 1978)
4. Todaro v. Ward, 431 F. Supp. 1129 (S.D.N.Y. 1977)

H: Acil Hizmetler

İlke: Hükümlü ve tutuklular için 24 saat süreyle güvenli bir acil bakım hizmeti olmalıdır. Hizmet, kabul gören, çağdaş, ulusal standartlarda olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ceza ve tutukevlerindeki kişiler travmalara ve diğer acil hastalıklara oldukça açıktırlar. Cezaevleri öngörebildikleri ve öngöremedikleri tüm acil olaylara karşı hazırlıklı olmalıdır. Cezaevlerinde gözlenen aciller; kişisel ya da kişisel olmayan şiddet, kaza, mesleki olaylar ve yangın, sel, zehirlenme gibi kurumdaki olaylar sonucu oluşan ani sağlık sorunlarıdır. Tutuklu ve hükümlülerin güvenli bir bölümde yaşamalarını sağlayacak bir sınıflama, tıbbi, psikiyatrik açıdan tutukluluk sürecinin etkin şekilde gözlemlenmesi, acil koruyucu önlemler ve tanımlanmış izlem hizmetleri, tıbbi acilleri önlemenin en iyi yoludur.

Acil nakiller için cezaevi sorumluları ile sağlık görevlileri beraberce yazılı bir protokol hazırlamalıdır. Hekimler sevk istediğinde, cezaevi sorumluları yazılı protokole uygun olarak hastaların emniyet içinde naklini ve gerekli acil bakım gereçlerini sağlamalıdır. Protokol, herhangi bir nedenle naklin reddi ve ertelenmesi durumlarında yapılacakları da içermelidir. Nakil sürekli monitorizasyonun sağlanabildiği, ileride gelişecek zararları önleyebilecek bir araçla yapılmalıdır. Ayrıca bölgedeki diğer acil bakım birimleri ile de iletişim gereklidir.

Sağlık ekibinin her üyesi ilk yardım ve acil bakım konusunda olduğu gibi kardiopulmoner resüsitasyon konusunda da sertifikalı olmalıdır.

Eğitilmiş ve ilk yardım ve acil bakım sertifikası olan görevlilerin bulunduğu birimlerde, düzenli şekilde kontrolü yapılan ve özel malzemelerle desteklenen acil paketleri içerisinde ilk yardım malzemeleri her an hazır bulundurulmalıdır. Yaşam odalarında olduğu gibi, mutfak benzeri kazaların sık olduğu yerlere de bu paketler yerleştirilmelidir.

Sağlık görevlilerinin tüm acillerden sorumlu olduğu kurumlarda, tıbbi malzeme kolaylıkla olay yerine iletilebilmelidir.

Kurum hekimi ya da uzmanlaşmış sağlık görevlisi ileri yaşam desteği konusunda eğitim almış olmalıdır. Hastaneye nakletmeden önce hastayı stabilize etmek amacıyla EKG, acil ilaç, damar içi sıvı gibi temel gereksinimler hazır bulundurulmalıdır.

Gerekli Koşullar: Tedavi, triaj, sağlık birimine sevk protokollerini de içeren yazılı genelgeler acil hizmeti veren birimlerde bulunmalıdır.

250 kişiden daha kalabalık cezaevlerinde 24 saat hizmet veren eğitimli sağlık personeli bulunmalıdır. Kurum acil hastaları 15 dakika içerisinde sağlık merkezlerine ulaştıramayacak kadar uzakta ve sapa bir yerde ise, olay yerinde hastaya girişimde bulunabilmek, hastayı stabilize edip merkezlere güvenli şekilde nakledebilmek için gerekli planlama, cihaz ve personel cezaevi tarafından sağlanmalıdır. Kurum dışında tedavisi gereken hastaların nakli için gerekli olan araç ve personel her an hazır olmalıdır. Nakil işleminin ambulans ya da başka bir araçla mı hasta için daha uygun olduğuna sağlık görevlileri karar vermelidir.

Yangın, ayaklanma ve diğer olağan dışı durumlarda tıbbi girişimler ve gerektiğinde tutuklu ve hükümlülerin nasıl tahliye edileceği konusunda yazılı protokoller olmalıdır. En az yılda bir kez, kaza durumlarında neler yapılacağına dair tatbikatlar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Balla v. Idaho State Board of Corrections, 595 F. Supp. 1558 (D. Idaho 1984)
2. Burks v. Teasdale, 492 F. Supp. 650 (W.D. Mo. 1980)
3. Chervo v. County of Sonoma No. 80. 0334-SAW (M.D. Cal., decree entered Sept. 27, 1982)
4. French v. Owens, 538 F. Supp. 910 (S.D. Ind. 1982)
5. Hart v. Hill, No. Civ. 77-479 PHX-EHC MS (D. Ariz. 1982)
6. Hendrix v. Faulkner, 525 F. Supp. 435 (N.D. Ind. 1982) ; vacated in part and remanded Aug. 9, 1982)
7. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp. 269 (D.N.H. 1977)
8. Lighfoot v. Walker, 486 F. Supp. 504 (S.D. Ill. 1980)
9. Murden v. Phipps, No. Civ. 81-396 PHX-WEC (D.Ariz. 1983)
10. Nelson v. Collins, 455 F. Supp. 727 (D.Md. 1978)
11. Palmigiano v. Garrahy, 443 F. Supp. 956 (D.R.I. 1977)
12. Todaro v. Ward, 431 F. Supp. 1129 (S.D.N.Y. 1977) aff'd 565 F.2d 48 (2d Cir. 1977)

I: Sağlık Eğitimi Ve Sağlığın Geliştirilmesi

İlke: Sağlık eğitimi, sağlık bakım hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Olası sorunların tanımlanmasında ve önlenmesinde, sağlığın geliştirilmesinde, hastalıkların tedavisinde, bilgili ve eğitilmiş hastalar en iyi silahtır. Daha geniş bir anlamla tutuklu ve hükümlüler için özellikle önemli olan özerklik, kontrolü elinde tutabilme gibi duygular sağlık konusunda bilgilendirilmeleriyle sağlanır.

Sağlık hizmeti verenlerle hastalar arasında düzenli, pürüzsüz bir iletişim, sağlık hizmeti programlarının kabul gören ve uygulanan politikası olmalıdır. Böyle bir iletişim, yeterli sağlık eğitiminin temel taşıdır.

Tutuklu ve hükümlülerin yaşamış oldukları çevrede, çoğu kez sağlık gereksinimlerini kendileri ile tartışan, açıklamalar yapan sağlık görevlileri olmadığından, cezaevinin sağlık personeli bu hizmetleri ilk veren sağlıkçılar olmaktadır.

Gerekli Koşullar: Sağlık hizmeti sunanların tutuklu ve hükümlülere yardımcı olma konusunda ana amaçları, olumlu sağlık davranışları, alışkanlıkları ve eğilimleri oluşturabilecek, sağlıklılığı geliştirecek sağlık eğitim programlarının oluşturmak ve sürdürmek olmalıdır.

Sağlık konusunda bilgi vermek için geniş bir yelpazeye yayılmış eğitim tekniklerinden yararlanılmalıdır. “Tartışma”, oyun, öykü anlatma, kulağa ve göze seslenen sunumlar gibi.

Tutuklu ve hükümlülere verilecek özellikli sağlık eğitiminin kapsamında yer alması gerekenler şunlardır;

- 1.Ruh sağlığı (kişilik gelişimi, stres yönetimini içermeli);
- 2.İlaç kullanımı ve istismarı (alkolü de içermeli);
- 3.Tütün;
- 4.Aile yaşamı, cinsellik (cinsel yoldan bulaşan hastalıkları, kontrasepsiyonu, tecavüzü, çocuk ve eş istismarını içermeli);
- 5.Beslenme, kilo kontrolü;
- 6.Sağlıklılığın korunması için hastalıklardan özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hepatit, tüberküloz, ÜSYE, dermatozlar, AIDS gibi enfeksiyon hastalıklarından korunma ve hastalıkların kontrolü, erken tanı için kendikendine bakım, sık rastlanılan hastalıkların semptomları, dövme ve komplikasyonları hakkında bilgi;
7. Kadın hükümlü ve tutuklulara özgü durumlar (menstruasyon, hamilelik, prenatal, postnatal bakım, menapoz);
8. Kişisel hijyen;
9. Güvenlik ve ilk yardım (kardiopulmoner resüsitasyonu kapsayacak şekilde);
10. Kalp-damar, akciğer sağlığı için egzersiz;
11. Diş sağlığı;
12. Tahliye planı

Hastalar tanılarını ve kullandıkları ilaçların isimlerini bilmelidirler. Her tıbbi bakıda bu durum gözden geçirilmelidir. Hasta beraberinde tıbbi kayıtları olmadan kurumdan ayrılabilir, böyle durumlarda ilaçları, dozları, tıbbi öyküsü hakkında kararsızlıkları olmamalıdır.

Sağlık durumu hakkında daha çok bilgi isteyenlere sözlü bilgi verildiği gibi kültürel durumlarına uygun şekilde yazılı bilgi de verilmelidir. Bu raporda tahliyelerinden sonra izlemlerinin nasıl yapılacağına ait bilgiler de olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Goldsby v. Cames, 365 F. Supp. 395 (W.D Mo. 1973) (consent decree), modified 429 F. Supp. 370 (W.D. Mo. 1977)

J: Kaynak Kütüphane

İlke: Kaynak olarak kullanılacak güncelleştirilmiş yayınlar ceza ve tutukevlerinde tıbbi personelin kullanımı için bulundurulmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Cezaevleri, görevli tıbbi personeli kütüphanelerden ve ileri merkezlerden soyutlayabilen tıbbi olmayan oluşumlardır. Cezaevlerinde, birincil bakım hizmetleri sıklıkla hemşireler ya da hekim dışı personel tarafından verilir. Tıbbi personelin, tıbbi kaynak yayınlara kolaylıkla ulaşabilmeleri çok önem taşır.

Gerekli Koşullar: Klinikte bulunması gereken tıbbi yayınlar aşağıda belirtilen konuları içermelidir.

1. İlaç tedavisi (güncelleştirilmiş ilaç rehberleri iyi bir kaynaktır);
2. Yetişkinlerin sık rastlanan akut ve kronik sorunları;
3. Sık rastlanan aciller;
4. Sık rastlanan deri hastalıkları;
5. Sık rastlanan kadın hastalıkları ve doğum sorunları (eğer kadın popülasyonu varsa);
6. Bulaşıcı hastalıklar

K: İlaç ve Alkol Bağımlılarının Tedavisi

İlke: Alkol ve ilaç bağımlısı olan tüm bireyler gözlem altında tutulmalı, zehirlenme, yoksunluk ve benzer soruları ve komplikasyonlarını önlemek için tedavi edilmelidir. Eğitim, rehabilitasyon ve destek sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Bağımlılık ve bağımlılıkla ilişkili yaşam yinelenen tutuklamaların bir nedenidir. İlaç bağımlılığı tedavisi için tutukluluk sürecinde isteyen tutuklu ve hükümlülere bilgilendirme ve yardım sağlanmalıdır. Altta yatan sorunlar araştırılmalıdır.

Tutukluluğun ilk günlerinde, bağımlılıkları olan hükümlü ve tutuklular belirgin morbidite ve mortalite artışı gösterirler. Bu nedenle bağımlılıkları olanlar saptanmalı ve uygun olan tedavileri yapılmalıdır.

Gerekli Koşullar: Alkol ve ilaç bağımlısı tutuklu ve hükümlüler cezaevine girer girmez saptanmalı, gözlem altında tutularak yoksunluk, zehirlenme, ve benzeri komplikasyonlar önlenmelidir. Bu kişiler tutukluluklarının ilk günlerinde devamlı ve düzenli şekilde gözlem altında tutulabilecekleri bir ortama yerleştirilmelidirler.

Bilincin bulanması, mental değişiklikler hastalık ve travma işaretlerini maskeleyebileceğinden entoksikasyonlu hükümlü ve tutuklular dikkatle değerlendirilmelidir.

Bağımlılığa bağlı düşünlük ya da alkoliklerde karaciğer hastalıkları , ansefalopati, damar içi uyuşturucu kullananlarda apse, endokardit gibi hastalıkların tanısı konulabilmelidir.

Tutuklanmayı izleyen ilk saatlerde hükümlü ve tutuklular entoksikasyon açısından gözlenmelidir. Düzenli aralıklarla hastalar uyandırılmalıdır. Eğer hastalar uyandırılmıyorsa, bilinç bulanıklığı ve hallüsinasyonlar oluşursa gözlem ve tedavi için en uygun hastane aciline sevk edilmelidir. (bkz.

Bölüm X, Aciller). İzleyen dönemde bu hastalar yoksunluk ve komplikasyonları yönünden gözlenmelidirler.

Alkol bağımlılarının delirium tremens ve inme açısından düzenli aralıklarla gözlenmeleri ve tedavi edilmeleri ile ölüm önlenir.

Sedatif ilaçlara duyarlı olabilecek, karaciğer sorunu olan alkol bağımlılarına özel bakım verilmelidir.

Tıbbi görevliler afyon bağımlısı olanları düzenli olarak kayıtlara işlemeliler ve tedavilerini yapmalıdır.

Olası ölümcül komayı önleyecek kimyasal tedavi, barbitürat bağımlılarına uygulanmalı, gereken uygulamaların yapılabilmesi için hospitalize edilmelidirler.

Benzodiazepin bağımlıları da saptanmalı, yoksunluk krizlerinin önlenmesi için tedaviye alınmalıdır.

Afyon bağımlısı olan hamilelere fõtal morbidite ve mortaliteyi önlemek için metadon tedavisi uygulanmalıdır. Tedavi sonrası ilaç ya da alkol bağımlısı tüm hamileler cezaevinden saliverilseler ya da başka yere nakledilseler de izlem altına alınmalıdır. Kokain bağımlıları da, psikoz ya da intihara eğilim gösterebileceklerinden depresyon açısından gözlemlenmelidirler.

Mahkemelerin olduğu gibi tutuklu hizmet kurumlarının ve cezaevi sağlık personeli ile diğer personelin çabalarıyla tüm hükümlü ve tutukluların bağımlılık tedavi programlarına katılımı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Alberti v. Sheriff of Harris County, 406 F. Supp. 649 (S.D: Tex. 1975)
2. Collins v. Schoonfeld, Civ. No.71-500K (D. Md 1972)
3. Duran v. Apodaca, No:Civ 77-221-2 (D.N.M. 7/14/80)
4. French v. Owens, 538 F. Supp. 910 (Ind. 1982)
5. Hart v. Hill, No. Civ. 77-479 PHX-EHC MS (D. Ariz 1982)
6. Inmates of Allengheny County Jail v.Pierce, 487 F. Supp. 638 (W.D.Pa. 1980)
7. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp. 269 (D.N.H. 1977)
8. Mc Murry v. Phelps, 533 F. Supp 742 (W.D. La. 1982)
9. Murden v. Phips, No. Civ. 81-396 PHX-WEC (D. Ariz. 1983)
10. Qwens-El v. Robinson, 442 F. supp. 1368 (D. Pa. 1978)
11. Palmigiano v. Garrahy, 443 F. Supp. 956 (D.R.I. 1977)

L. Sağlığın Sürdürülmesi ve Egzersiz

İlke: Cezaevlerindeki sağlık hizmet programları sadece hastalıkların tanı ve tedavisi işlemlerini değil aynı zamanda koruyucu sağlık programlarını da içermelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Cezaevinde ya da başka bir yerde herhangi bir sağlık hizmet programı sadece teşhis ve tedavi hizmetlerini değil, sağlığı geliştirme ve hastalıklardan koruma uygulamalarını da içerir. Bu uygulamalar protokolleri belirlenmiş sağlık taramalarıyla ve sağlık eğitim prog-

ramlarıyla gerçekleştirilir. Uygun beslenme, uygun egzersizler, çevre sağlığı ve sigara içmeyi önleyici programlar cezaevlerindeki sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesiyle ilgili kısmının en can alıcı noktalarıdır.

Gerekli Koşullar

1.Sağlık hizmet programlarının cezaevlerinde sağlığı geliştirmeye yönelik etkinlikleri tanımlayan yazılı belgeleri ve politikaları bulunmalıdır.

2.Sağlığın geliştirilmesiyle ilgili etkinlikler, beslenme, egzersiz, tütün, alkol ve uyuşturucu bağımlılığının sağlığa etkileri konularında bilgi sağlayan eğitim programlarının içermelidir.

3. Herhangi bir cezaevinde bir ya da bir kaç aydan fazla kalan kişiye sigarayı bırakması konusunda danışmanlık yapılmalı ve hizmet sunulmalıdır*. Bu hizmet yazılı protokollerle belirtilmiş olmalıdır.

4. Cezaevleri tutuklu ve hükümlünün pasif sigara içicisi olmalarını önleyecek bir ortamı sağlamalıdır.

5.Tüm cezaevlerinde haftanın yedi günü buldukları yerin dışında her gün bir saat egzersiz yapılabilecek uygun bir alan sağlanmalıdır. Kötü iklim koşulları dışında uygun egzersiz alanları güneş ışığı alacak şekilde planlanmalıdır.

6.Sağlık bakım programları; ulusal bakım standartlarına uygun bir şekilde tarama ve sağlık muayenelerini içermelidir.

KAYNAKLAR

1. King L., Coleman, T., Whitman, S." The Smoking Habits of Prisoners: The Synergetic Price of Incarceration." Presented to the Sixth National Conference on Medical Care and Health Services in Correctional Institutions, Chicago. Illinois, October 9, 1982
2. Taylor, R.B., (ed) Health Promotion: Principles and Clinical Applications. Apleton-Century-Crofts. Norwalk, Conn., 1982.
3. Thomas, G.S., Lee, P.R., Franks, P, Paffenbarger, R.S., Exercise and Health : The evidence and the Implications. Oelgeschlager , Gunn&Hain Publishers, Inc.,Cambridge, Mass 1981.
4. Spitzer, W.O. (chairman) Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. "The Periodic Health Examination: 1984 Update ." Can Med. Assoc J 130:1278-1285, 1984.

M. Bulaşıcı Hastalıklar

İlke: Hasta bir bireyden tüm tutuklu ve hükümlülere ve cezaevi görevlilerine hastalığın bulaşmasını önlemek.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Bulaşıcı hastalıklar ceza ve tutukevlerinde hastalık ve ölümlerin ana nedenidir. Yoğun nüfusun bir arada yaşaması, bulaşıcı hastalıkların hızla yayılmasına neden olmaktadır. Tüberküloz, hepatit, ve cinsel temasla bulaşan hastalıklar cezaevlerinde yüksek prevalansa sahiptirler. Bu hastalıkların yayılmasını önlemek cezaevindeki kişilerin sağlığını korumak için gereklidir. Ek olarak tedavi edilebilir bulaşıcı hastalıkların asemptomatik taşıyıcılarının tanımlanması tutuklu ya

da hükümlü olmayan insanlarda bu hastalıkların prevalansının azalmasında önemli rol oynar.

*Yapılan çalışmalar cezaevinde kalan kişilerin, aynı yaş ve ırktan olan ve cezaevinde kalmayan kişilere kıyasla daha fazla sigara içtiklerini göstermektedir.

Gerekli Koşullar

1. Cezaevine yeni girenler için, karantina alanı kurulmalıdır. Yeni girenin bulaşıcı hastalığı olmadığı tespit edilene kadar; yemekler, dinlenme ve ziyaretler v.b. tüm etkinliklerde karantina sürmelidir.

2. Bulaşıcı hastalığı tespit edilen tutuklu ve hükümlü derhal izole edilmeli ve cezaevinde ya da hastanede tedavi edilmelidir. Bu izolasyon tutuklu ve hükümlüler toplum sağlığı için bir risk oluşturmaya kadar sürmelidir.

3. Hastaların cezaevi revirindeki izolasyonu, kabul edilmiş uluslararası standartlara uygun olmalıdır.

4. Hasta kişiyle tüm ilişkiler tanımlanmalıdır. Bu sadece tutuklu ve hükümlüler için değil cezaevi görevlileri ve ziyaretçiler için de geçerli olmalıdır.

5. Hasta kişiyle iletişimden sonra hastalığın bulaşıp bulaşmadığını anlamak için tanı koydurucu testler uygulanmalıdır.

NOT: Bkz. Ek II

KAYNAKLAR

1. Cody v. Hillard, 559 F. Supp. 1025 (S.D. S.D.) 1984)
2. Cook v. Housewright, 611 F. Supp. 829 (D. Nev. 1985)
3. DeGidio v. Perpich, 612 F. Supp. 1383 (D. Minn. 1985)
4. Hoptowit v. Ray, 682 F. 2d 1237 (9th Cir 1982)
5. Lareau v. Manson, 651 F. 2d 96 (2d Cir. 1981)
6. Union County Inmates v. Dibuono, 713 F. 2d984 (3d Cir. 1983)

N. Tecavüz

İlke: Cezaevi idaresinin görevi tutuklu ve hükümlüleri cinsel tacizden korumaktır. Cinsel taciz içeren zorlayıcı cinsel ilişkiler, tecavüz tolere edilmemelidir. Bu konudaki politika ve programlar yerine getirilmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ne yazık ki cezaevlerinde tutuklu ve hükümlüler arasında cinsel taciz olaylarına çok sık rastlanır. Tecavüzün fiziksel ve psikolojik açıdan bıraktığı sekel çok önemlidir. İntihar, cinsel yolla bulaşan hastalık ve majör travmaya neden olabilir. Tecavüze karşı korumanın olmadığı durumlarda tutuklu ve hükümlüler şiddet içermeyen cinsel tacize ve uygunsuz cinsel ilişkiye boyun eğmek zorunda kalabilirler.

Gerekli Koşullar: Cezaevleri tüm tutuklu ve hükümlülerin cinsel tacize maruz kalmayacakları şekilde düzenlenmiş olmalıdır. Tutuklu ve hükümlüler her türlü cinsel tacizi bildirebilmeli ve bundan dolayı herhangi bir kötü durumla karşılaşmalarını önlemek için korumaya alınmalıdır. Her türlü

cinsel taciz ve uygun olmayan cinsel ilişkiye zorlama durumunda cezaevi yönetimi tarafından dava açılmalı savcılığa bildirilmelidir.

Cezaevi çalışanları, cinsel tacizin önlenmesinde sorumluluğu üstlenmelidir. Bu konudaki şikayetler hemen incelenmelidir. Cinsel taciz davalarının idari ve adli yönden kolay çözümlenebilmesini sağlayacak politikalar oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Alberti v. Head, 600 F. Supp. 443 (S.D. Tex. 1984)
2. Balla v. Idaho State Board of Corrections, 595 F. Supp. 1558 (D. Idaho 1985)
3. Doe v. Lally, 467 F. Supp. (1339 D. Md. 1979)
4. Smith v. Sullivan, 553 F. 2d 373 (5th Cir 1977)
5. Rhodes v. Chapman, 452 U.S. 3371 101 S. Ct. 2392 (1981)
6. Wheller v. Sullivan, 559 F. Supp. 630 (D. Del. 1984)

İKİNCİL BAKIM HİZMETLERİ

İlke: Her cezaevi ayakta hizmeti sağlayacak temel sağlık hizmetlerine sahip olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Genişletilmiş sağlık programları ayaktan tedavisi olanaklı olmayan daha gelişmiş hizmetler sunan servis ve uygulamaları içermelidir. İkincil bakım hizmetleri tanı değerlendirilmesi, gözlem, nekahat dönemi bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamalıdır.

Gerekli Koşullar:

1. Her cezaevi ayakta tedavinin ötesindeki sağlık hizmetlerinin planının oluşturulmasına yönelik politika ve işlemleri yazılı bir şekilde tanımlamalıdır. Bu plan cezaevinin hem içinde hem de dışında uygulanması gereken hizmeti içermelidir.
2. Hastane hizmetlerinin verildiği cezaevlerinde Hastanelerin Kredilendirilmesi Birleşik Komitesinin gerekleri yerine getirilmelidir.
3. Hastane öncesi veya cerrahi öncesi muayene ve bakım hizmetleri ile hastane sonrası veya operasyon sonrası bakım hizmetlerini veren cezaevi revirleri Hastanelerin Kredilendirilmesi Birleşik Komite'sinin belirlediği ayaktan tedavi standartlarını karşılamalıdır.
4. Her cezaevinde revir ve hastane hizmeti gerektirmeyen durumlar için uygun ekip ve araç gerecin bulunduğu gözlem yapmaya yönelik bir birim bulunmalıdır.
5. Cezaevinin içinde ve dışında uygulanan ikincil bakım koşulları, sağlık hizmetleri kalite güvenlik programının bir parçası gibi düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Bu değerlendirmedeki yazılı kayıtlar korunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Capps v. Atiyeh, 559 F. Supp. 894 (D. Or: 1982)
2. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14 (D.P.R. 1979)
3. French v. Owens, 38 F. Supp. 910 (S.D. Ind 1982)
4. Hoptowit v. Ray, 682 F. 2d 1237 (9th Cir. 1982)
5. Jakson v. State of Mississippi, 644 F. 2d 1142 (5th Cir 1981)
6. Ruiz. v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)

KADINLAR İÇİN SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

İlke: Kadın tutuklu ve hükümlülerin erkeklerden daha fazla ve farklı fiziksel ve sosyal ihtiyaçları vardır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tutuklu ve hükümlü kadınların çoğu doğurganlık dönemindedir ve pek çoğunun bakmakla yükümlü oldukları çocukları vardır. Menarj yaşının üzerindeki kadınlar periyodik koruyucu sağlık hizmetine, cezaevindeki hapsedilmiş kadınlar ise kendilerine bağımlı olan kişilerin bakımını düzenlemek için yardıma gereksinime duyarlar.

Gerekli Koşullar: Tüm kadınlara pap smear, gonore kültürü, gebelik testi, pelvik muayene, ve jinekolojik semptom tedavisi, özellikle jinekolojik sağlık hizmetlerinde eğitilmiş nitelikli bir genel pratisyen tarafından yapılmalıdır.

Özellikle rutin pap-smear, pelvik muayene ve göğüs muayenesi gibi özel problemler için periyodik yıllık tetkikler yapılmalıdır.

Pre ve post menapozal kadınlar için meme hastalıkları kritik önem taşımaktadır. Yılda bir fizik bakı ve kendi kendine meme muayenesi eğitimi önemlidir. Amerikan Kanser Derneği önerilerine göre özellikle yüksek risk gösteren kadınlara rutin mamografi uygulanmalıdır.

Hamileler için prenatal bakım rutin kontrolleri içermelidir. Yüksek riskli gebelerin belirlenmesi, diyet desteği, gerektiğinde vitamin ve demir desteği verilmeli ve laboratuvar testleri yapılmalıdır.

Hamile kadınlar hamilelikleri süresince ya da doğum sırasında bele yakın yerlerinden mekanik olarak sınırlandırılmamalıdır. El veya ayak kelepçeleri yürümeyi ve dengeyi zorlaştıracığı için kullanılmamalıdır. Doğum sırasında bacak kelepçeleri kullanılmamalıdır.

Aile planlaması, kontraseptif yöntemler konularında isteyen kadınlara bilgi verilmeli ve hizmet götürülmelidir. Düşükler konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Yeni doğan bebeklerin anneleriyle birlikte cezaevinde kalmalarına izin verilirse cezaevi sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalıdır. Çocuk muayenesi için ulusal standartlar karşılanmalıdır.

ÖZEL TOPLULUKLAR İÇİN SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

A. Kronik Hasta, Çok Yaşlı ya da Engelli Kişiler

İlke: Çok yaşlı, kronik hasta ya da engelli kişiler Ceza ve Tutukevlerinde kalanların küçük bir bölümünü oluşturmalarına rağmen bu gruplar için yeterli sağlık bakım hizmetlerinin hazırlanması özel programlar ve kaynaklar gerektirmektedir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Kronik hasta, çok yaşlı, ya da engelli hükümlülerin sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulması ve sunulması için gerekli olanlar aşağıda sunulmuştur:

1)Özel kurumlar ve olanaklar içinde bu grupların sağlık özelliklerinin ve gereksinimlerinin değerlendirilmesi, 2)Uygun barınma ve uzun vadeli bakım programlarının oluşturulması ve 3)Sorunlar tanımlandığında gerontolojik, geriyatrik, ve rehabilitasyon hizmetleri danışmanlığıdır.

Gerekli Koşullar

1. Sağlık bakım sistemi, en az beş yılda bir periyodik olarak çok yaşlı, kronik hasta ya da engelli hükümlülerin sağlık özellikleri ve özel sağlık bakım gereksinimlerinin boyutunu saptamak için sistematik bir izlem yürütmelidir.

2. Sağlık bakım programı, önceki izlem ve diğer deneyimlerinden edinilen bilgilere dayanarak korunaklı/rehabilitate edici barınma birimleri ve uzun vadeli bakım programları için gereksinim boyutunu araştırmalıdır.

3. Fonksiyonel bozukluğu ve özel kronik bakım gereksinimi olan bütün hükümlülere fonksiyonel engeli en az, günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonu en fazla bağımsızlaştıracak şekilde, barınma ve diğer olanaklar sağlanmış olmalıdır.

4. Korunaklı yaşam biçimleri ve kronik bakım kurumları tıbbi bakım ve hemşirelik hizmetleri yönünden eşit toplumsal olanaklara ulaşma açısından, çağdaş ulusal bakım standartlarına uymalıdır.

5. Sağlık bakım programı bütün çok yaşlı, kronik hasta ve engelli kişilere sağlanmış olan sağlık bakım hizmetlerinin yıllık izlem ve değerlendirmelerini yürütmelidir. Bu değerlendirmeler halen kullanılan ilaçların, fonksiyonel kapasite ve bütünlükçü hasta gereksinimlerinin kapsamlı olarak belirlenmesini içermelidir.

6. Terminal dönem hastaların bakımında sağlık otoriteleri, topluma sunulan sağlık ve yardıma muhtaç kişi programlarına katılmaları için kişilerin gözetiminden serbest bırakılmalarını ve topluma katılımlarını savunmalıdır. Serbest bırakma mümkün olmadığı durumlarda terminal dönemdeki hastalara toplum ve cezaevi sağlık programlarınca ortaklaşa oluşturulan hizmetler sunulmalıdır. Sorumlu sağlık otoritesi gerekli danışma ve diğer hizmetleri sağlamak için daha önceden toplumdaki yardıma muhtaç kişi programları ile resmi düzenlemeler yapacaktır.

7. Sağlık bakım programı çok yaşlı kronik hasta ya da engelli hükümlüler için uygun programların ve hizmetlerin geliştirilmesinde gerekli olan geriyatrik veya tıbbi rehabilitasyon danışmanlığı v.b. aktivitelerin kayıtlarını tutmaya devam etmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ancata v. Prison Health Services, Inc., 769 F. 2d 700 (11 th Cir. 1985)

2. Balla v. Idaho State Board of Corrections, 595 F. Supp. 1558 (D. Idaho 1984)
3. Goodmon v. Wagner, 553 F. Supp. 255 (E. D. Pa 1982)
4. Groseclose v. Dutton, 609 F. Supp. 1432 (M.D. Tenn. 1985)
5. Hearn v. Hudson, 549 F. Supp. 949 (W.D. Va 1982)
6. Johnson v. Harris, 479 F. Supp. 333 (S.D. N.Y. 1979)
7. Kahane v. Carlson, 527 F. 2d 492 (2d Cir. 1975)
8. Mc Daniel v. Rhodes 512 F. Supp. 117 (S.D. Ohio 1981)
9. Mitchell v. Chester County Farms Prison, 426 F. Supp. 271 (E. D. Pa. 1976)
10. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)
11. Simon S., Wilson, L.B., Hermalin, I., Hess, R. (eds):. Aging abd prevention. Haworth Press, New Yor, 1983
12. Villa v. Franzen, 511 F. Supp. 231 (N.D. Ill. 1981)
13. West v. Keve, 517 F. 2d. 158 (3d Cir. 1978)

B. Çocuklar ve Gençler

İlke: Hapsedilen gençler bu yaş grubunun özel gereksinimlerine uygun sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyarlar.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Çocuklar ve gençler (7-17 yaş) fiziksel ve mental olarak hala gelişmektedirler. Yetişkinlerden farklı ve eğitim almış bir pediatristin bakımına gereksinim duyulan problemleri olabilir. Hapsedilmek bu yaş grubundaki kişilerde yetişkinlerden daha ciddi emosyonel etkilere neden olabilir.

Çocukların sağlık bakımı konusundaki tecrübe ve bilgileri sınırlıdır. Çoğu olguda yeterli bilgi sağlanamaz. Bu yüzden ebeveynlerin konu hakkındaki onayının alınmasına özel bir önem verilmelidir.

Gerekli Koşullar

1. Tüm gençler yetişkinlerden ayrı olarak barındırılmalı ve programları yapılmalıdır.
2. İslahevlerinde verilen sağlık bakımı pediatri ve genç sağlığı konusunda eğitim almış bir hekim tarafından tıbbi olarak denetlenmelidir.
3. Yetişkinler için geçerli olan başlıklara ek olarak tam tıbbi muayene sırasında aşağıdaki kollarında bilgiler derlenmelidir:

Cinsel aktivite başlangıç yaşı, cinsel istismar

Kontrasepsiyon kullanımı

Çocuğun yaşadığı ve duygusal bağının olduğu ev halkının yapısı;

Ebeveyn ve kardeş öyküsü (majör psikiyatrik hastalıklar, içki, uyuşturucu sorunları , hapsedilmeler, ayrılıklar, ölümler,intiharlar vb.);

Ebeveynin disiplin ve yetiştirme yöntemleri (olası çocuk istismarları)

Okul öyküsü

Uyku alışkanlıkları

Bağırsıklık durumu

Fizik Muayene:

Deri koyuluğunu (Tanner staging)

İşitme keskinliğini

Görme keskinliğini

Orak hücreli anemiyi

Gonore ve sifiliz testini (kişi bakir olduğunu iddia etse bile);

Kadınlar için gebelik ve Pap testini içermelidir.

Akıl ve Ruh Sağlığı değerlendirmesi:

Ruhsal durum muayenesini ;

Duygu ve davranış değerlendirmesini (intihar fikri ve uyarı kontrolü dahil) içermelidir.

4. Yetişkinlerdeki gibi günlük poliklinik ve izlem hizmetleri olmalıdır. Klinik değerlendirme sırasında çocuklara soru sorması ve yanıt vermesi için yeterli zaman tanınmalıdır.

5. Gözlem ve özel bir intihar eğilimini izleme mekanizması olmalıdır.

Özellikle cezaevine yeni gelenler intihar düşüncesi yönünden daha risklidir. Çünkü başarılı intihar girişimleri bu yaş grubundadır. Depresyon ve intihar potansiyeli bakımından danışmanlar kadar sağlık personeli de dikkatli olmalı ve temel kardiyolojik pulmoner resüsitasyon konusunda da eğitim almış olmalıdır.

6. Aşağıdaki sorun ve durumların nasıl çözüleceğini açıkça gösteren protokoller ve politikalar geliştirilmelidir

Tedavi için ebeveynin onayı;

Güvenilir tıbbi ve psikiyatrik bilgi;

Tedavi için aydınlatılmış onam;

Tedaviyi geri çevirme hakkı;

Kendine ya da başkasına yakın bir tehlike anında tedavi yönünde zorlama

7. Gençlerde psikiyatrik tanı konmuş sorunlar için sadece psikotropik ilaçların kullanımı yeterlidir. Psikotropik ilaçların kullanımı dikkatlice izlenmelidir. Psikotropik ilaçlar sadece bir psikiyatrist tarafından değerlendirilen ve takip edilen çocuklara verilmelidir."Davranış problemlerinin" kontrolü için psikotropik ilaç kullanımı uygun değildir ve izin verilmemelidir.

8. Özellikle çocuk istismarı tıbbi bakım ve şikayetleriyle ilgili sorunlarda çocuğun bir savunucusu olarak işlev görecektir danışmanların seçilmesi kuvvetle öğütlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Inmates of Boys Training School v. Affleck, 346 F. Supp. 1354 (D.R.I. 1972), No. 4529 (D.R.I. Jan 15, 1979)
2. Morgan v. Sproat, 432 F. Supp. 1130 (S.D. Miss. 1977)
3. Nelson v. Heyne, 355 F. Supp. 451 (N.D. Ind. 1972) aff'd. 419 F. 2d (7th Cir. 1974), cert. denied, 417 U.S. 976 (1974)
4. Juvenile consent Decrees (unreported)

5. Center v. DuKakis, No: 75-1786-G (D. Mass. April 2, 1976)
6. Doe v. Lake Country, No. H-74-49 (N.D. Ind. Oct. 25, 1977)
7. Santiago v. City of Pfiladelphia, No. 74-2589 (E.D. Pa, 1978)

C- Eşcinseller

İlke: Aktif eşcinsel hükümlülerin özel sağlık gereksinimi vardır ve uygun ilave sağlık bakımı hizmetleri önerilmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Aktif eşcinsel erkeklerin cezaevinde kalan diğer kişilere ek olarak sağlık hizmet gereksinimleri vardır. Uygun sağlık bakımı ve güvenlik özel bakım hizmetlerinin varlığına bağlıdır.

Gerekli Koşullar: Eşcinsel erkeklerin anlamlı bir çoğunluğu cinsel bakımdan çok eşli ve çok temaslıdır ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar bakımından risk altındadır.

Eşcinsel ve biseksüel hükümlüler cinsel tercihleri sorulduğunda kendilerini tanımlamayı seçebilirler.

Pek çok hükümlü cezaevinde eşcinsel aktiviteye yönelir fakat kendilerini eşcinsel olarak tanımlamazlar.

Bu erkekler için cinsel davranışı tespit etmede en etkili olan "erkeklerle cinsel ilişkiniz var mı?" sorusudur. Cezaevi ortamındaki eşcinsel erkelerin en büyük sağlık gereksinimi fiziksel korumadır. Bu erkekler eğer isterlerse cezaevinde kalan diğer hükümlülerden ayrı olarak barındırılmalıdır. Bu erkeklerde tam tıbbi muayenede ya da yıllık takiplerde sağlık tarama testleri önerilmelidir. Bunlar aşağıdaki testleri içermelidir.

1. Sifiliz serolojisi
2. Oral, üretral, ve rektal gonore kültürü
3. Eğer istenmişse parazit ve yumurta için dışkı ve kültür

Aktif eşcinsel hükümlülerin özel gereksinimlerine yönelik sağlık eğitimi de yapılmalıdır. Verilen bilgiler, cinsel temasla bulaşan hastalıklar, kaynakları ve semptomları, önlemleri ve güvenli seks uygulamalarını içermelidir.

İdame hormon alan erkek transseksüellerin tedavisini içeren protokoller oluşturulmalıdır. Vajinoplasti ile cinsiyet değiştiren bir hükümlü kadınlarla birlikte barındırılabilir.

Kadın eşcinseller erkeklerin tersine cinsel temasla bulaşan hastalıklara daha az maruz kalmaktadırlar. Bu kişilere gebelik ve cinsel temasla bulaşan hastalıklar açısından tarama yapma gereksinimi yoktur. Kontraseptif önlemlerin önerilmesi de gerekli değildir.

KAYNAKLAR

1. Doc v. Lalay, 467 F. Supp. 1339 (D. Md. 1979)
2. Rhodes v. Chapman, 452 U.S. 337, 101 S.Ct. 2392 (1981)
3. Wheeler v. Sullivan, 559 F. Supp. 630 (D. Del. 1984)

AKIL VE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

A. Hizmetin Sunulması

İlke: Akıl ve ruh sağlığı hizmetlerinde tanı ve tedavi, tüm tutuklu, hükümlü ve gözaltındakiler için ulaşılabilir olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Hükümlü grupları majör psikiyatrik bozukluklar, alkol ve ilaç bağımlılığı ve komplike nörolojik patolojilerin çok yüksek oranda görüldüğü gruplardır. Ayrıca hapsedilmek kendi başına akıl ve ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir. İntihar; gözaltına alınanlar ve tutuklu olanların ölüm nedenleri arasında birinci sıradadır.

Akıl ve ruh sağlığı yönünden tanısı konulmamış ve tedavisi yapılmamış patolojileri olan tutuklu ve hükümlüler, anormal davranışları nedeniyle sıklıkla yönetimden disiplin, fiziksel kısıtlanma cezaları alırlar ya da diğer hükümlüler tarafından dışlanma ya da saldırılara konu olurlar.

Gerekli Koşullar: Her ceza ve tutukevi kendi hükümlülerine yönelik sağladığı akıl ve ruh sağlığı hizmetlerinin yazılı bir tanımını yapmak zorundadır. Yeterli bir akıl ve ruh sağlığı hizmeti şunları sağlamaya yönelik planlanmalıdır:

1. Belirgin psikotik durumların ve intiharların tıbbi sağaltımını da içerecek şekilde kriz durumları ve acil durumlara müdahale edebilmek
2. İntiharları önlemek
3. Mevcut hastalık semptomlarının yatıştırılmasına yardım ve ilerlemelerini önlemek
4. Kaynakların izin verdiği ölçüde terapi ve koruyucu tedavi uygulamak.

KAYNAKLAR

1. Battle v. Anderson, 376 F. Supp. 402 (E.D. Okla. 1974)
2. Black v. Ricketts, Civ. 84-111 PHX-CAM (D.Ariz. Oct. 26, 1984) (consent decree)
3. Cody v. Hillard, 599 F. Supp. 1025 (S.D. 1984)
4. Duran v. Apodece, No. Civ. 77-721 (D.N.M. July 14, 1980) (consent decree)
5. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14 (D.P.R. 1979)
6. French v. Owens, 538 F. Supp 910 (S.D. Ind. 1982)
7. Inmates of Allengheny County Jail v. Pierce 487 F. Supp. 638, (W.D. pa. 1980)
8. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp, 269 (D.N.H. 1977)
9. Lightfoot v. Walker, 486 F.Supp.504 v(S.D. III. 1980)
10. Mc Cray v. Burrell, 516 F. 2d 357, 367-369 (4th Cir 1975) en banc, cert.dismissed
11. Newman v. Alabama, 559 F. 2d 283 (5th Circ 1977)
12. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)
13. Wellman v. Faulkner, 715 (F. 2d 269 (7th Cir. 1983)

B. Yerinde Sağlıkım

İlke: Yerinde sağlıkım hizmetleri, ulusal düzeyde kullanılan tüm sağlıkım olanaklarının belirli bir ölçekte kullanılabilceği değişik modeller halinde sunulmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Doğal olarak hapsedilmiş kişilerin akıl ve ruh sağlığının korunması- nın yanı sıra akıl ve ruh sağlığı şikayetlerinin azaltılması hakları vardır. Bu hak, ikincil korumanın kapsamına girer ve gönüllü kişi ve kuruluşların da yardımını içererek, tutuklu ya da hükümlülerin, akıl ve ruh sağlığı semptomlarına yardım ve daha derinliğine tedavisini kapsar. Bu hakkın kullanılabilmesi, hükümlünün hapsedilme stresine ve hapsedilme sonrası çevresini daha iyi değerlendirebilmesine yardım edebilir.

Gerekli Şartlar: Akıl ve ruh sağlığı ekibi Bölüm A' da çerçevesi çizilen hedefleri anlayabilme kapasitesine sahip olmalıdır.

1.Kriz Durumunda Müdahale ve Akut Atakların Yönetimi

Hükümlülerin akut emosyonel ve mental distres durumlarına haftanın 7 günü ve 24 saat boyunca müdahale edebilecek bir program geliştirme sorumluluğu, akıl ve ruh sağlığı birimine aittir. Bu program: birimde yapılabilecek tüm taramaları, intihar ya da psikotik atak durumlarına acil tıbbi müdahaleleri, alkol ve ilaç bağımlılarının intihara eğilimli olanların ve diğerlerinin gözlemleri için kullanılabilcek alanları, ayrıca sağlık personeli ve cezaevi personelinin, akıl ve ruh sağlığı bozukluklarının yanı sıra, alkol, ilaç zehirlenmeleri ve yoksunluk belirtilerini tanımaları için yapılacak eğitim programlarını içermelidir.

A.Tarama: Ceza ve tutukevine kabul edilen her hükümlü, akıl ve ruh sağlığı bozuklukları ve alkol ilaç bağımlılığı açılarından, ilk kabuldeki tıbbi taramanın bir parçası olarak taranmış olmalıdır. Bu tarama en azından kişinin akıl ve ruh sağlığı ekibi tarafından incelenmesi gerektiğine karar verebilecek kadar eğitilmiş tıbbi personel tarafından yapılmalıdır. Akıl ve ruh sağlığı ekibinin yokluğunda tıbbi personel, bütünlük içerisinde bir akıl ve ruh sağlığı değerlendirmesi yapıncaya dek hastanın durumunu stabilize edecek önlemleri almaktan sorumludur. Bu önlemlere hastayı hastaneye sevk etmek, uygun koşulların oluşturulduğu gözlem ve yardım alanlarında izlemek ya da revirde bakıma almak da girer.

B. Sağlıkım altına alma: İntiharlar ve ciddi psikotik olgular için girişimde bulunmaya yeterli bir tıbbi donanım mevcut olmalıdır. Tıbbi sağlıkımın gerekli olduğu düşünülen hükümlüler iki saat içinde akıl ve ruh sağlığı uzmanlarınca değerlendirilebilmeli ve eğer gerekliyse 6 saat içinde hastaneye ulaştırılmalıdır. Hafta sonu ya da tatil olması bu gerekliliği ortadan kaldırmaz.

C. Özel Alanlar: Akıl ve ruh sağlığı ya da alkol ve ilaç bağımlılığı açısından gözlenmesi gereken hükümlüler için yeterli donanım sağlanmış özel alanlar sağlanabilir. Bu alanlar tüm hastalar ve potansiyel intihar girişimlerinde bulunabilecek hükümlüler için bütün izleme donanımı ve koşullarına sahip olmalıdır. Bu alanlardaki tüm hükümlüler 12 saat içinde akıl ve ruh sağlığı uzmanlarınca değerlendirilebilmeli ve gerekliyse sağlıkım planları bu alanlarda uygulanabilmelidir. Gözlem altındaki tüm hastalar başlangıçta bir psikolog ya da bu alanda özel eğitim almış kişiyle ve en geç ertesi gün bir akıl ve ruh sağlığı uzmanıyla görüşebilmelidirler.

Alkol-İlaç bağımlısı olan hükümlüler revirde ya da gözlem altına alındıkları tıbbi alanda sağlıkım altına alınabilmelidirler. Bu hastaların tıbbi yardımının devamı sorumluluğu, sağlık personeli ve ruh sağlığı ekibi arasında paylaşılmalıdır.

D. Eğitim: Tıbbi personel ve diğer hapisane personeli, hükümlülerle yakın ilişki içerisinde olduğu için olası akıl ve ruh sağlığı bozukluklarını tanıyabilmeleri amacıyla özel bir eğitim almaları gerekir. Her çalışanın uyum eğitiminin bir parçası olması gereken bu eğitim şunları içermelidir:

(1) Hükümlü grubunda akıl ve ruh sağlığı bozukluklarının belirti ve bulgularını ve yaygınlıklarını tanıyabilmek.

(2) Kimyasal madde bağımlılığı belirtileri ve alkol ilaç zehirlenmeleri, yoksunluk belirtilerini tanıyabilmek.

(3) Psikotrop ilaç sağaltımı yan ve ters etkilerini tanıyabilmek.

(4)Gelişimsel bozukluklar ve özellikle mental retardasyonun belirtilerini tanımak.

(5)Potansiyel mental aciller ve kriz durumlarıyla, bunlara müdahale araçlarını tanımak.

(6)Hükümlülerin tıbbi problemlerini tanımak ve gerekli bakım için sevk etmek

(7)İntiharları önlemek

(8)Acil değerlendirme için akıl ve ruh sağlığı merkezlerine sevk edilecek hükümlüleri ayırdedebilmek, sevk işlemlerini bilmek ve uygulamak .

Ayrıca hapisanedeki tüm birimlerde çalışan personelin kendi birimine özgü sağlık eğitimi alması ve özellikle olası intiharları önlemek ya da başka amaçlarla yakın gözlemle görevli personelin ilkyardım ve kardiyopulmoner resüsitasyon eğitimi almış olması gerekir.

2.İntihar Önleme

İntihar, gözlem altındakiler, tutuklu ve hükümlüler arasında en başta gelen ölüm sebebidir. Sağlık hizmeti verenler belirtiler ve gerekli yaşam kurtarıcı girişim, araçlar, plan ve işlemler konusunda kesinlikle eğitilmiş olmalıdır. Hükümlüler özellikle cezaevine ilk geldiklerinde intihar riski altındadırlar. Cezaevi yönetimleri güvenli bir hükümlülük sürecinden sorumlu iken, sağlık ekibi; depresyon ve intihar girişimi olasılığı da içeren sıradışı davranışlarının belirti ve bulgularının tanınması için yapılması gereken eğitimden sorumludurlar.

A. Her ceza ve tutukevi intihar yönünden en fazla risk taşıyan hükümlü profillerini saptayan olası girişimleri belirten bir intihar önleme plan ve programına sahip olmalıdır.

B. Cezaevlerindeki intihar olaylarının %50 si içeriye alınmayı izleyen ilk 24 saatte ve %27 si ilk üç gün içinde görüldüğü için, cezaevlerinde sağlık hizmeti sunanlar; hükümlülerin ilk tıbbi değerlendirmeleri yapılırken intihar girişiminde bulunma durum ve düşüncelerinin taramasını, ilk muayenenin bir parçası olarak yapmalıdırlar.

C. Bu intihar potansiyeli taraması ilk kabulde yapıldığı gibi hükümlünün başka bir cezaevine nakli sırasında yapılmalıdır.

D. İntihar riski saptandığı zaman hükümlü hemen bir akıl ve ruh sağlığı ünitesine acil bir değerlendirme için sevk edilmelidir. Psikiyatrik değerlendirme doğrultusunda hali hazırda intihar etme riski taşıyan tüm hükümlüler aciliyetleri ölçüsünde tıbbi sağaltım altına alınmalıdırlar. Karara bağlanmamış intihar riski nedeniyle akıl ve ruh sağlığı gözlem alanlarındakilerin ileri değerlendirmeleri psikiyatrist tarafından yapılmalıdır.

İzole etmek hükümlünün intihar girişiminde bulunması olasılığını artırır. Bu yüzden ceza ve tutukevlerinde ve özellikle entoksike kişilerde, eğitimli personel tarafından izleme ve gözlem altında

tutmanın yerine izolasyon kullanılmamalıdır. Herhangi bir ilaç ve /ya da alkol entoksikasyonu olan hükümlü, gözlenme olasılığı bulunmayan hücre ya da birimlere kilitlenmemelidir. Entoksikasyondaki hükümlünün gözlemi sürekli olmalıdır. Eğer gözlem televizyon monitörü aracılığı ile yapılıyorsa, personel en geç üç dakika içerisinde müdahale edebilmek için hükümlünün yanına ulaşabilmelidir.

(Bakınız: "And Darkness Closes In ... National Study of Jail Suicides" The National Center on Institutions and Alternatives, Washington, D.C., 1981)

3.Cezaevi Koşullarında Semptomların ve Ağırlaşmaların Önlenmesi İçin Yardım

Akıl ve ruh sağlığı hizmetinden yararlanmak isteyen tüm hükümlüler için acil olmayan hizmetler de ulaşılabilir olmalıdır. Bu hizmetten yaralanacak hükümlüler, sağlık personeli ya da diğer personel tarafından muayene amacıyla sevk edilmiş ya da kendi istekleriyle başvurmuş olabilirler. Bu kişiler kendi istemleri ya da sevklerinden sonraki 48 saati aşmayan bir süre içerisinde olabildiğince çabuk akıl ve ruh sağlığı hizmetine ulaşabilmelidirler. Hizmet şunları içerebilir:

- A. Akıl ve ruh sağlığı uzmanınca kısa ve/ ya da uzun değerlendirmeler.
- B. Kişisel ya da grup olarak kısa dönemli terapiler.
- C. Konsültasyon

D. İlaç tedavisi. Bütün durumlarda psikotrop ilaç sağaltımı, psikiyatristler tarafından, genel kabul görmüş ilkeler ve ulusal standartlar doğrultusunda düzenlenmelidir. Psikotrop ilaç sağaltımı altına alınan tüm hükümlüler biyokimyasal izleme ve gerekli durumlarda ilaç etkinliğinin izlenmesi hakkına sahip olmalıdır. Psikotrop ilaç sağaltımı ancak klinik gerekliliği varsa ve alan her hükümlü durumu stabilize oluncaya dek haftada en az bir kez psikiyatrist tarafından görülmeli ve bundan sonra iki haftada bir kez psikiyatristle görüşme hakkına sahip olmalıdır. Kadın ve gebe hükümlüler aldıkları psikotrop ilaç sağaltımının etkileri hakkında bilgilendirilmelidirler. Majör trankilizanlar ancak hastanın bilgilendirilmiş onamından sonra uygulanabilir.

- E. Ağır bozukluğu olan ve yüksek intihar riski olanların yatırılarak sağaltım altına alınması .

Akıl ve ruh sağlığı ekibi her hafta mutlaka ceza ve tecrit bölümlerindeki ve diğer ayrılmış birimlerdeki hükümlüleri ziyaret etmelidir. Aynı zamanda akıl ve ruh sağlığı ekibi bu birimlerde çalışan sağlık personeli ve diğer personele akıl ve ruh

sağlığı sorunlarının saptanması, belirti ve bulgularının tanınabilmesi için eğitim vermektense sorumludur.

Bakınız: Feliciano v. Barcelo; McCary v. Burrell; Newman v. Alabama; Inmates of Allengheny v. Pierce

4.Kaynaklar Ölçüsünde Özel Terapi Hizmetleri ve Koruyucu Sağaltım

Özellikle ceza ve tutukevlerinde akıl ve ruh sağlığı ekibi sıklıkla uzamış terapi ve koruyucu sağaltım hizmeti vermek durumunda kalacaktır. Kaynakları olabilecek en üst düzeyde kullanabilmek için aile terapisi gibi kısa bir zaman içerisinde etkin olabilecek terapötik yaklaşımlarla desteklenmiş grup terapi programları oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

1. Balla v. Idaho State Board of Corrections, 595 F. Supp. 1558 (D. Idaho 1984)

2. Bowring v. Goodwin, 551 F. 2d 44 (44 th Cir. 1977)
3. Cody v. Hillard, 599 F. Supp. 1025 (S.D. S.D. 1984)
4. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp 14 (D.P.R. 1979)
5. Inmates of Allengheny County Jail v. Pierce , 612 F. 2d 754 (3d Cir. 1979)
6. McCray v. Burrell, 622 F. 2d 705 (4th Cir. 1980)
7. Newman v. Alabama, 559 F. 2d 283 (5th Circ 1977)
8. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)

C. Denetim ve Tecridin Kullanımı

İlke: Hükümlüler kendileri ya da diğerleri için yüksek fiziksel yaralanma riski taşıyorlarsa, tecritin kullanılması gerekli olabilir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tüm diğer girişimlerin başarısız olduğu durumlarda, psikiyatrist ya da hekimin değerlendirmeleri doğrultusunda hükümlünün kendisine ya da diğerlerine ciddi ölçüde zarar verme olasılığı varsa ve ancak tecritle bu olasılığın önüne geçilebilecekse “tecrit etme” kullanılmalıdır.

Tecrit ancak psikiyatrist, hekim ya da diplomalı bir sağlık çalışanınin isteğiyle gerçekleştirilebilir. Tecridin kullanılması konusunda aşağıdaki kriterler doğrultusunda kullanıma yönelik yazılı bir rehber oluşturulmalıdır.

1. Tecrit ceza amacıyla uygulanamaz.
2. Tecrit yerleri hekim isteği ve onayı gerektirir.
3. Tecrit yerleri tıbbi açıdan uygun olmalıdır.
4. Tecrit olabildiğince insani özelliklere sahip olmalı ve kısıtlama düzeyi psikiyatrist tarafından tanımlanan, hükümlünün kendisine ve diğerlerine zarar vermesini engelleyecek asgari düzeylerde tutulmalı, riskin gerçekleşme düzeyine göre tecridin süresi ve şartları ayarlanmalıdır.
5. Tecrit uygulanan kişi her 15 dakikada bir akıl ve ruh sağlığı personeli ya da hemşire tarafından değerlendirilmelidir.
6. Tecrit uygulanan kişi her iki saatte bir psikiyatrist tarafından kontrol edilmeli ve uygulama en çok 4 saat sürdürülmelidir. Tecrit bir kez uygulanabilir.
7. Bu 4 saatin sonunda tecrit edilen bırakıldığı takdirde, kendi ve diğerlerine zarar verebilecek derecede ajite ise mutlaka hastaneye yatırılması gerekir.
8. Tecrit altındakilere olabildiğince kullanışlı bir tuvalet ekipmanı sağlanmalıdır.
9. Tecrit altındakilerin izleme kayıtları ve saatlik hayati fonksiyon ölçümleri sağlık dosyalarına işlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Fulford v. King, 692 F. 2d 11 (5th Cir 1982)
2. Kendrick v. Bland, 740 F. 2d 432 (6th Cir. 1984)

3. Norris v. District of Columbia, 614 F. Supp. 294 (D.D.C. 1985)
4. Spain v. Procunier, 600 F. 2d 189 (9 th Cir. 1979)
5. Stewart v. Rhodes, 473 F. Supp. 1185 (S. D. Ohio 1979)

D. Bakımın İlkeleri

1.Hizmet Zorla Kabul Ettirilmemelidir.

İlke: Birleşik Devletler; (yargısal olarak) tedavinin reddedilmesi ile şahsın kendine ve çevresine verebileceği zararın şiddetlenme olasılığı olan durumları da içeren psikiyatrist ya da lisanslı sağlık personeli tarafından tanımlanmış ağır mental bozukluklar dışında, hiçbir hükümlünün akıl ve ruh sağlığı açısından sağaltımını kendi egemenliği altına almaz. (Her ülke kendi toplumsal sözleşme koşullarını referans alarak açık bir dille bu koşulları tanımlamalıdır.) Bundan sonra ve yalnızca bu şartları gerçekleştirdikten sonra izinsiz girişim, mümkün olan en hafif önlemler şeklinde gerçekleştirilebilir. a)Acil durumlara yanıt oluşturabilecek bir şekilde kısa b) Bu konuda karar vermeye yetkili bir sivil mahkeme tarafından alınan karar doğrultusunda ve bağımsız psikiyatrik değerlendirme süreci sonrasında, sürekli olarak akıl ve ruh sağlığı açısından yapılması gereken uygulamalar bireyin aydınlatılmış onamı gözetilmeden gerçekleştirilebilir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Yasal ve etik olarak sağlık çalışanları, açık ve kesin olarak aksi durumda halkın ve bireyin zarar görme olasılığının bulunduğu haller dışında hiç kimseye aydınlatılmış onayı olmadan sağaltım uygulama hakkına sahip değildir. Halkın ve bireyin sağlığını tehdit edebilecek akıl ve ruh sağlığı bozuklukları ortaya çıktığında, halkın ve etkilenmiş bireyin sağlığı korunmalıdır. Aynı zamanda mental bozukluğu olan kişi , bozukluğuna uygun bir sağaltım alma hakkının yanı sıra uygulanması öngörülen sağaltımı reddetme ve uygulamadan doğabilecek zararlardan korunma haklarına sahip olmalıdır.

Gerekli Koşullar: Her ceza ve tutukevi akıl ve ruh sağlığı sorunları nedeniyle gereksinim duyan herkese, ayaktan ve yatarak sağaltım olanağı sağlamalıdır.

Herhangi bir hükümlünün, kendisine ya da diğerine zarar verebileceği gerekçesiyle zorla muayene edilmesi, sağaltım altına alınması, hastaneye yatırılması ya da ilaç sağaltımına başlanması ancak aşağıdaki koşullar altında olanaklıdır:

- 1.Acil durumlarda sadece en az kısıtlayıcı tedbirler ve uygulamalar gerçekleştirilmeli,
- 2.Bu uygulamalar ancak bir psikiyatristin isteği ve önerileri doğrultusunda başlatılmalı,
3. Sorumlu hekim hastanın kartına şimdiki durumunu, çevreye ve kendisine karşı olası tehlikelerini, önerdiği girişimin nedenini ve en az-en fazla hangi süre ile bu girişimi sürdürebileceğini kaydetmelidir.
4. Hastanın karşı olmasına rağmen istenilen tedavinin uygulanması 24 saatten uzun süreli olmamalı ve yeniden değerlendirmeye açık olmalıdır.

5. Zorla tedavi konusundaki politika bağımsız psikiyatrik birimler tarafından belirlenmeli ve uygulama süresince hastaların haklarını ihlal etmemelidir.

Akıl ve ruh sağlığı sağaltımına alınmamanın ceza ya da imtiyaz gibi hiç bir özürü olamaz. Uzmanlık ölçüleri çerçevesinde tüm akıl ve ruh sağlığı personelinin hastanın tedavi edilip edilmemesi de dahil olmak üzere sağaltım kararlarına katılma hakları olmalıdır. Akıl ve ruh sağlığı ekibince tanımlanan geçerli duygusal ve psikolojik endikasyonlarda, girişimler gönüllü olma koşulu aranarak

uygulanmalıdır. Majör psikotrop ilaç sağaltımı ancak hastanın bilgilendirilmiş onamı alınarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Feliciano v. Barcero, 497 F. Supp. 14 (D.P.R. 1979)
2. Jackson v. Indiana, 406 U.S. 715, 736, 92 S. Ct. 1845, 1858, 32 L. Ed. 2d 435 (1972)
3. Vitek v. Jones, 440 U.S. 480, 100 S. Ct. 1254 (1980)
4. Nelson v. Collins, 455 F. Supp. 727 (D. Md. 1978)
5. Inmates of Allengheny County Jail v. Pierce, 487 F. Supp. 638 (W.D. pa 1980)
6. Robert v. Lane No. 81 C 1057 Ill (1984) (consent decree)

2. Bağımsız Uzmanlık: İşlevlerin Ayrılması

İlke: Yazılı ya da sözlü olarak izin vermeye yetkili ve yönetsel karar süreçlerine katılan akıl ve ruh sağlığı uzmanları, karar verme yetkisi taşıdıkları hükümlülerin sağaltımlarını diğer akıl ve ruh sağlığı uzmanlarına bırakmalıdır. Bu durumun istisnası yatırılarak sağaltım altına alınan hastalar hakkında tedavinin bir parçası olarak yönetsel konularda katkıda bulunmak ya da yataklı birimdeki akıl ve ruh sağlığı uzmanlarına yardım etmektir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Bu ilkenin gerekçesi; sağaltımdaki işbirliğini korumaktır. Hükümlünün eğer aynı anda akıl ve ruh sağlığı uzmanıyla yönetsel olarak ödül ve cezaya dayanan bir ilişkisi varsa, sağaltımdaki işbirliği kaçınılmaz olarak etkilenecektir.

Gerekli Koşullar: Hükümlünün sağaltımını üstlenen akıl ve ruh sağlığı uzmanı aynı anda hükümlü hakkında karar verecek (ceza indirimi v.b. gibi) kurul ya da komite kararlarına katılmamalıdır. Eğer bu komiteler akıl ve ruh sağlığı verilerine gereksinim duyarlarsa; hükümlünün sağaltımından sorumlu olmayan bağımsız uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmeleri dikkate almalıdırlar.

Sağaltım hizmeti veren çalışan, verdiği hizmetin sınırlarını açıkça çizmeli ve hükümlüyle karşılıklı ilişkilerin karşılıklı ilişkilerin yönetimce kullanılmayacağı garantisini vermelidir. Çok özel durumlarda, sağaltım hizmeti veren uzmanın vereceği bilgiler ya da düşünceleri karar verme süreçleri için kullanılabilir. Akli durum ya da cezai yönden ehliyet tayini değerlendirmeleri mahkemece atanmış, ceza ve tutukevlerinin akıl ve ruh sağlığı hizmetlerinin akıl ve ruh sağlığı hizmetleri bölümlerinde çalışmayan uzmanlarca yapılmalıdır.

3. Mahremiyet

İlke: Sağaltım sırasında elde edilen tüm bilginin, bazı yasalar, moral değerler dışında ya da kişinin kendisi ya da diğerlerine açıkça zarar verme riski varsa ya da kaçışla ilgili bazı konular dışında mahrem tutulması ve gizliliğin sürdürülmesi esastır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Akıl ve ruh sağlığı hizmeti sunanlar, hastalarının güvenlerini kötüye kullanmamak, onlara verilen sırları gizli tutmaktan etik olarak sorumludurlar. Dahası, hastaların verdikleri gizli tutulacağına inanmadıkları ortamlarda akıl ve ruh sağlığı hizmetleri sunulamaz.

Gerekli Koşullar: Bütün sağaltım ilişkilerinde, akıl ve ruh sağlığı çalışanı verilen bilgilerin gizli tutulacağını ve bunların gizli tutulabilme sınırlarını bildirmek ve bunu sıkça yinlemek zorundadır. Cezaevinde çıkan hükümlülerin bazı bilgileri açıklanabilir. Ama gene de açıklanması durumunda

birtakım kişilere ya da eski hükümlünün kendisine zarar gelme riski varsa; bilgiler açıklanmaz ya da bekletilir.

Akıl ve ruh sağlığı verileri sağlık birimi kayıtlarına şu standartların ışığında kaydedilmelidir; sağaltımın kısa özeti, tanı ve prognoz, sağaltım planı ve ilaçlar. Çok özel ya da duygulanımla ilgili veriler tıbbi kayıtlara alınmamalıdır.

E. Kurumun Akıl ve Ruh Sağlığı

İlke: Akıl ve ruh sağlığı çalışanlarının sıklıkla, eğitimleri ve uzmanlıklarıyla çalıştıkları kurumda sağlık düzeylerini olumlu etkiledikleri gözlenmektedir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Akıl ve ruh sağlığı çalışanlarının sıklıkla eğitimleri ve uzmanlıklarıyla çalıştıkları kurumda sağlık düzeylerini olumlu etkiledikleri gözlenmektedir.

Gerekli Koşullar: Akıl ve ruh sağlığı çalışanları olanak buldukları her durumda;

1. Genel politika ve işlemleri belirlemeye yetkili olan tüm yönetim gurubuna, akıl ve ruh sağlığını korumaya yönelik önlem ve yapılması gerekenleri düzenli olarak bildirmeli ve danışmanlık yapmalıdır.

2. Hükümlü grupla formel ya da informal ilişki kurulmalı ve geliştirilmelidir.

3. Kurumsal kriz dönemlerinde yardımı olabilecek tüm deneyim ve yeteneklerini paylaşmalıdırlar. Örneğin, iletişim yeteneğini, grup dinamikleri ve müdahale yeteneğini.

4. Eğer gerekliyse ve alanı ile ilgiliyse karar alıcı komite ya da kurulların, karar alma süreçlerine katılmalıdırlar.

5. Hükümlü ya da personel örgütlenmelerinde danışmanlık etmeye hazır olmalıdırlar.

6. Personel eğitimine katılmalıdırlar.

7. İstendiğinde yönetim kurulu toplantılarına katılmak için hazır olmalıdırlar.

8. Kurumun diğer sağaltım ya da hizmet birimlerine danışmanlık etmeye hazır olmalıdırlar.

9. Tüm personele; akıl ve ruh sağlığı biriminin olanakları ve yapısını iyi tanıtmalı ve onlara hangi durumlarda kişileri servise sevk etmeleri gerektiğini öğretmelidirler.

DİŞ SAĞLIĞI BAKIM HİZMETLERİ

A. Bakımın İlkeleri

İlke: Kapsamlı diş bakımı hizmetleri tüm tutuklu ve hükümlülere sunulmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ağız sağlığı, genel sağlığın bir parçasıdır. Ağız yapılarının tam bakımı, tutuklu ve hükümlülerin genel iyilik halinin sağlanmasında önemli rol alır.

Gerekli Koşullar:

1. Örgütlenmiş bir bakım programı, bir kurum içi olanak olarak ya da hizmeti veren başka kuruma sevk yoluyla sunulmalıdır.
2. Diş bakımı programının mesleki sorumluluğu, diplomalı bir diş hekiminin yönetimi altında olmalıdır.
3. İşlevsel sağlık için tutukluları iyileştirmeyi ya da iyi durumda tutmayı gerektiren tüm zorunlu hizmetler sunulmalıdır.
4. Tutukluların ağız hijyeni gereksinimlerini karşılamak ve ağız hastalıklarını önlemek için çalışmalar da olmalıdır.

B. Diş Sağlığı Hizmetleri:

İlke: Her cezaevi kendi tıbbi bakım olanaklarının bir parçası olarak bir diş sağlığı hizmeti ya da olguların sevki için belirli bir sisteme sahip olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Diş sağlığı hizmetleri kolay ulaşılabilir olmalıdır, bu ise en iyi kurum içinde örgütlenme yoluyla sağlanabilir.

Gerekli Koşullar:

1. Programın amaçlarının başarıya ulaşabilmesi için yeterli kaynaklar (yer, personel, ödenek ve araç-gereç) olmalıdır.
2. Yetki ve sorumluluğun açık şekilde belirlendiği iyi tanımlanmış bir örgütsel yapı kurulmalı ve sürdürülmelidir.
3. Standart işletme politikaları ve işlemleri sürdürülmelidir.
4. Yerel kanunların gerektirdiği diplomaya sahip, kayıtlı veya onaylı olan diş personeli istihdam edilmelidir.
5. Yeterli sağlık bakım personeli etkili bakım vermek üzere istihdam edilmelidir. Görevler, yardımcı personele yerel kanunlara uygun olarak emanet edilebilir.
6. Diş sağlığı olanakları tüm yerel tüzük ve yönetmeliklere uygun olmalıdır.
7. Hastalar ve personel enfeksiyonlar ve radyasyon dahil tüm zararlardan korunmalıdır.
8. Diş personeli tıbbi acil durumlara müdahale etmek üzere yetiştirilmeli ve araç gereçle donatılmalıdır.
9. Diş sağlığı hizmetleri ceza ve tutukevlerinde sunulan hizmetlerin içinde yer almıyorsa bu hizmetleri yürütmek üzere tayin edilmiş bir kişi diş sağlığı hizmetleri koordinatörü olarak görev yapmalıdır.

10. Ağız ve diş sağlığı programının kalitesi çağdaş ulusal standartlar temelinde düzenli ve sürekli olarak değerlendirilmelidir.

11. Diş sağlığı hizmetlerinin verildiği bölümde en azından aşağıdaki alet ve gereçler yer almalıdır:

Diş projektör ışığı

Röntgen makinası ve panografik röntgen makinası da dahil gelişen teknikler

Yüksek emişli, su püskürtmeli, gerekli el aletlerine sahip diş ünitesi

Ayarlanabilir, yatırılabilir hasta koltuğu

Diş hekimi ve yardımcı tabureleri

Ağız içi fotoğraf çekmek için hazırlanmış kamera

Sterilizasyon cihazı.

C. Diş Bakımı

İlke: Tutuklu ve hükümlülere koruyucu öncelikli ve kapsamlı diş bakımı sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Hastalıkların önlenmesi ve planlı hizmetler acil ya da episodik bakıma tercih edilir. Hizmetler tutukluların ağız yapılarının iyileştirilmesi ve iyiye götürülmesine yönelmelidir. Dişin bütünlüğünün işlevsel ve estetik olarak iyileştirilmesi tutukluların öz saygısını artırır.

Gerekli Koşullar:

1. Her hasta için yeterli kayıt tutulmalıdır ve şu noktaları içermelidirler.

Tıbbi öykü

Ağız ve anatomik bakı sonuçları: Diş röntgeni ve yorumu

Laboratuvar test sonuçları ve raporları

Tanı

Tedavi planı

Konsültasyon sonuçları

Tedavinin ve sağlanan ilaçların kaydı

Gerekli onay formları

Diş laboratuvarı iç emirleri

2. Her tutuklu ya da hükümlünün kuruma girişinden sonra 30 gün içinde bir diş hekimi ya da diş hijyenisti tarafından kapsamlı bir ağız bakısı gerçekleştirilmelidir. Muayene şunları içermelidir:

Röntgen

Diş çürükleri, diş kayıpları, onarımı ve dişin diğer yapılarındaki patolojilerin durumunu gösteren bir diş şeması

Oral mukoza ve diğer destek dokuların durumu

Ağız hijyeninin durumu

Diş çarpıklıkları

Klinik bakı:

Major ve minör tükürük bezleri

Lenfadenopati ve kitle açısından boyun bakısı

Temporomandibüler eklem

Deri rengi, niteliği ve anormallikleri

3. Tutukluların yılda en az bir kez gerekirse daha sık bakısını sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır.
4. Tutukluların tutukluluk süresi göz önüne alınarak, her hastanın bakışı ve değerlendirilmesini esas alan bireysel bir diş hizmeti planı olmalıdır.
5. Tüm tutuklu ve hükümlülere ağız hijyeni için gerekli eğitim ve bunu sağlamak için gerekli materyal (diş fırçası gibi) verilmelidir.
6. Tutuklu ve hükümlülere bir kurum tarafından sağlanan tedavinin kapsamı elde mevcut kaynaklar yoluyla tanımlanmalıdır.
7. Tedavi, diş ve destekleyici yapısının sağlığını sürdürme amacıyla koruyucu öncelikli olmalıdır. Dişler başka alternatif uygun bir tedavi olmadıkça çekilmemelidir.
8. Gerektiğinde ağrının kontrolü ve anestezi için uygun yöntemler kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Conte, Thomas G., "Dental Treatment of Incarcerated Individuals: For Whom? How much? Journal of Prison & Jail Health, Vol. 3, No. 1, 1983 p. 25
2. Revised Policies & Procedures for Dental Services, State of New York. Department of Correctional Services 1981 (unpublished manuscript)
3. Battle v. Anderson, 376 F. Supp. 402 (E.D. Okla. 1974)
4. Black v. Ricketts, Civ. 84-111 PHX-CAM (D. Ariz. Oct. 26, 1984) (consent decree)
5. Cody v. Hillard, 500 F. Supp. 1025 (S.D. S.D. 1984)
6. Clifton v. Robinson, 500 F. Supp. 30, 35 (E.D.Pa, 1980)
7. Duran v. Apodeca, No. Civ. 77-721 (D.N.M. July 14, 1980)
8. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14 (D.P.R. 1979)
9. Fields v. Ganer, 734 F. 2d at 1313, 1314 (8th Cir. 1984)
10. Goldsby v. Carnes, 365 F. Supp. 395 (W.D. Mo. 1973) (consent decree), Modified, 429 F. Supp.370 (W.D. Mo. 1977). (Jail)
11. Harding v. Kuhlman, 588 F. Supp. 1315, 1316 (S.D.N.Y. 1984) aff'd. 762 F.2d 990 (2 Cir. 1977)
12. Hoptowit v. Ray, 682 F.2d 1237 (9th Cir. 1982)
13. Kendrick v. Bland, 541 F. Supp. 21 (W.D. Ky. 1981)
14. Laaman v. Helgemoe, 437 F. Supp. 956 (D.N.H. 1977)
15. Murden v. Phipps, No. Civ. 82-396 PHX-WEC (D.Ariz. 1983)
16. Newman v. State of Alabama, 503 F.2d 1320 (5th Cir. 1980)
17. Ramos v. Lamm, 639 F.2d 559 (10th Cir. 1980) cert. der. 450 U.S. 1041 (1981)
18. Robins v. South, 595 F. Supp. 785, 788 (D.Mont. 1984)
19. Ruiz v. Estelle, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)
20. Shaffer v. McWilliams, 570 F. Supp. 1422 (W.D.N.Y. 1983)
21. Smith v. Qxley, C78-59 (N.D. Iowa, Feb. 14, 1980) (settlement)
22. Stokes v. Hurdle, 393 F. Supp. 757, 761 (D. Md. 1975), aff'd. 535 F.2d 1250 (4th Cir. 1976)
23. Wellman v. Faulkner, 715 F.2d 267 (7th Cir. 1985)
24. Williams v. Scully, 552 F. Supp. 431 (S.D.N.Y, 1982)
25. Williams v. Director of Health Services, 542 F. Supp. 883 (S.D.N.Y. 1982)

DİĞER ÖZEL HİZMETLER

A. Göz Sağlığı Hizmetleri

İlke: Göz Sağlığı hizmeti refraksiyon kusurlarının düzeltilmesini kapsar ve tüm tutuklu ve hükümlüler tarafından ulaşılabilir olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Göz ve görme bozuklukları bir beceri kazanma ve boş zamanları değerlendirme aktiviteleri açısından tutuklu ve hükümlünün çalışma ortamını etkiler. Göz bozukluklarının, hastalıklarının ve yaralanmalarının önlenmesi, erken tanı ve tedavisi uzun vadede görme bozukluklarını önleyebilir.

Gerekli Koşullar:

1. Göz Sağlığı hizmet programı, tarama da dahil, bir göz hastalıkları uzmanı veya bir optometri teknisyeninin denetiminde olmalıdır.
2. Tüm tutuklu ve hükümlüler cezaevi sistemine girdikten sonraki yedi gün içinde bir göz taramasından geçirilmeli ve iki yılda bir bu tarama tekrarlanmalıdır. Eğitilmiş yardımcı personel, hemşire, optometri teknisyeni ya da hekim taramayı gerçekleştirmeli ve taramada bozukluk saptanan tüm tutuklu ve hükümlüleri bir göz muayenesine sevk etmelidir. Tarama tüm normal muayene şartlarını yerine getirmeli, ek olarak 40 yaşın üzerindeki tutuklu ve hükümlüler için tonometri de yapılmalıdır.
3. İlk taramada bozukluk saptanan tüm hastalara bir göz hastalıkları uzmanı ya da optometri teknisyeni tarafından kapsamlı bir göz muayenesi olanağı sağlanmalıdır. Daha ileri inceleme gereksinimi olan tutuklu ve hükümlüler konsültasyon için sevk edilmelidir.
4. Tüm tutuklu ve hükümlülere gereksinimlerine göre görme cihazları (gözlük, kontak lens, teleskopik gözlük ve protez) tanıdan sonra en geç dört hafta içinde sağlanmalıdır. Göz sorunu ağırlı ya da tehlikeli olan tutuklu ve hükümlüler için acilen sorunu çözebilecek göz cihazı sağlanmalı ve uygun göz cihazı kararlaştırılana dek revirde korunaklı bir alanda tutulmalıdır.
5. Tüm görme cihazı çerçeveleri, lensler, iş gözlükleri ve kontak lensler en son belirlenen Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü standartlarına uygun olmalıdır.
6. Göz Sağlığı hizmetleri gerekli personel ve araç-gereç sağlık birimi içinde bulunmalıdır. Birimde gerçekleştirilen uzman muayeneleri, mevcut araç-gereç çağdaş ulusal hizmet standartları çerçevesinde kabul edilebilir düzeyde olmalıdır.
7. Tüm tarama ve muayene sonuçları tutuklu ve hükümlünün sağlık dosyasına kaydedilmelidir.

B. Görme Cihazları

İlke: Tüm tutuklu ve hükümlüler eğitim ve çalışma alanlarında kendi görme sorununa yönelik gereksinmesine uygun görme cihazına sahip olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tutuklu ve hükümlülerin işe bağlı hasar ve hastalıkları önlemek üzere uygun görme cihazlarına ve göz koruyuculara gereksinimleri vardır.

Gerekli Koşullar:

1. İş alanları, göze zararlı ve uygun göz koruyucularının kullanılmasını gerektiren iş alanlarının tanımlandığı İş Güvenliği ve Sağlık Yasası standartlarına uygun olmalıdır. Bu standartların kapsamı dışında kalan çalışma alanları göze zararlı alanları belirleyecek ve çalışan tutuklu ve hükümlüler için uygun göz koruyucuları yazacak bir göz hastalıkları uzmanı ya da optometri teknisyeni tarafından değerlendirilmelidir.
2. İstenen görevler için tutuklu ve hükümlünün gerekli görme işlevine sahip olup olmadığını değerlendirmek üzere iş tahsisini takiben tutuklu ve hükümlünün göz muayene kaydı tanzimlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. *United States Department of Health, Education, and Welfare, National Eye Institute: Summary and critique of available data on the prevalence and economic and social cost of visual disorders and disabilities*, by Cahill, J.I. and Woolsey, T., Bethesda, DHEW, 1976, pp. 1-1-4-24.
2. American National Standard Practice for Occupational and Educational Eye and Face protection. American National Standards Institute. New York, N.Y., 1979, pp. 21-34.
3. *Requirements for First Quality Prescription Ophthalmic Lenses*. American National Standards Institute, ZB0.1-1972, New York, N.Y.
4. *Counselling and Accreditation Program of the Council on Clinical Optometric Care*. American Optometric Association, St. Louis, Mo., 1984
5. Boccummi, P.:The Screening and Treatment Program for Vision and Learning Disabilities among Juvenile Offenders. Clinical Services Division, County of San Bernardino Probation Department, San Bernardino, Calif., 1984.
6. Bachara, G.H., Zaba, J.N.: Learning Disabilities and Juvenile Delinquency, *Journal of Learning Disabilities*, 11(4): 58-62, 1978.
7. Love, W.C., Bachara, G.H.: The Diagnostic Team Approach for Juvenile Delinquents with Learning Disabilities. *Juvenile Justice*, 26(1):27-31, 1975.
8. Blew, C.H., Mc Gillis, D. and Bryant, G.: Project New Pride; An Exemplary Project. National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, Law Enforcement Assistance Administration, U.S.Department of Justice, Washington, D.C., 1977, p.41.
9. *Occupational Safety and Health Standards*. Subpart 1,Personel Protective Equipment. Code of Federal Regulations, Title 29, Chapter XVII, Part 1910, 1979.

C. İş Sağlığı Hizmetleri

1. Risk Kontrolü ve Azaltılması Yoluyla Önleme

İlke: Cezaevlerinde çalıştırılan tutuklu ve hükümlüler işyerindeki zararlı etkenlere maruziyet sonucu yaralanma ya da hastalanma riski altında olabilirler. İşe bağlı yaralanma ve hastalıklar işyerindeki teknik ve idari denetimler ve kişisel koruyucuların uygun kullanımı yoluyla çoğu zaman önlenabilir niteliktedir. Güvenli ve sağlıklı bir iş ortamı ve İş Güvenliği ve Sağlık Yasası standartlarına uygun çalışma koşullarını sağlamak cezaevi yönetiminin sorumluluğundadır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Cezaevi üretim sektörü ve işyerlerinde karşılaşılan sağlık riskleri belgelenmiş ve gösterilebilir şekilde mevcuttur. Bu risklerin varlığı çalışan bir tutuklu ve hükümlünün işi nedeniyle yaralanma, sakatlanma ve hatta ölüm olasılığını artırır. Bu riskleri; çalışma koşullarını

işyerindeki zararlı etkenleri ortadan kaldırarak ya da denetim altına alarak değiştirme yoluyla azaltmak cezaevi yöneticilerinin yetkisi içindedir. Bunu yapmamak çalışan tutuklu ve hükümlülerin sağlık ve huzurunu tehlikeye attığı gibi koruyucu hekimlik ve halk sağlığı uygulamalarına da aykırıdır.

Kamu ve özel üretim sektöründeki iş sağlığı ve güvenliği federal ve devlete ait düzenleyici kurumların sorumluluğundadır. Bu kurumlar tehlike arzeden çalışma koşullarına yönelik yaygın ve kapsamlı standartları belirleme ve yayınlamaktan sorumludur. Cezaevindeki tutuklu ve hükümlüler çalışırken aynı işi dışarıda yapanların karşılaştığı risklerin aynısı ya da benzerleriyle karşı karşıyadır. Bu durumda dışarıda çalışanlar için uygulanması gereken sağlık ve güvenlik standartlarının aynısı cezaevi iş gücü için de geçerlidir.

Ulusal Cezaevi Enstitüsü için hazırlanmış son *Cezaevi Sektörü Kılavuzu*, devletin cezaevi üretim sektöründeki üretim politikasının kaza, yaralanma ya da hastalığı önleyecek şekilde bir iş ortamı oluşturmayı amaçlayan tüm federal ve devlet iş sağlığı ve güvenliği kanunlarına uyması gerektiğini belirtmektedir.

Daha da ilerisi, halk sağlığı açısından yaygın olarak kabul edilen eğitilmiş nitelikli sağlık ve güvenlik uzmanlarının işyerindeki riskleri uygun bir şekilde değerlendirmesi ve riskleri ortadan kaldırma programlarını düzenleme ve izlemesidir.

Gerekli Koşullar:

1.Riskleri ortadan kaldırmaya yönelik standartlar

A.İmalat ve Hizmet Etkinlikleri: Cezaevi, ulusal çağdaş bakım standartları içindeki uygun referanslara ilişkin Genel Endüstri Standartları ve federal İş Güvenliği ve Sağlık Yasası 29 CFR 1910'un tam güncel bir örneğini buldurmalıdır. Bu bölümler cezaevindeki imalat ve hizmet etkinliklerinde iş güvenliği ve sağlığı için gerekli minimum standartlar olarak kullanılacaktır.

B.İnşaat Etkinlikleri: Cezaevi ulusal anlaşma standartlarına uyan referansları kapsayan federal İş Güvenliği ve Sağlık Yasası 29 CFR 1926 inşaat sektörü standartlarının tam olarak güncel bir örneğini buldurmalıdır. Bu bölümler cezaevindeki inşaat faaliyetlerinde iş güvenliği ve sağlığı için gerekli minimum standartlar olarak kullanılacaktır.

C.Tarım Etkinlikleri: Cezaevi kurumun bulunduğu eyaletteki tarımsal faaliyetlerde, o eyalete özgü federal standartların güncel örneklerini buldurmalıdır. Bu belgeler cezaevindeki tarım faaliyetlerinde iş güvenliği ve sağlığı için gerekli minimum standartlar olarak kullanılacaktır.

2.Uygun Risk Yönetimi için Gerekli Personel: Cezaevi yönetimi ceza ve tutukevlerindeki işyerlerinin fiziksel alt yapılarının yukarıda sıralanan standartlara uyduklarından emin olmak için düzenli bir denetim yürütmek üzere iş güvenliği ve sağlığı alanında eğitilmiş uzmanlarla ilişkiye geçmelidir. Bu kişiler, cezaevinin iş güvenliği ve sağlığı personeli olarak düzenli bir şekilde hükümlü ve tutukluların çalıştırıldığı tüm işyerlerini gezip denetlemelidirler. Mesleki hastalık ve yaralanmaları önlemek için gerekli işyeri ve iş pratiğindeki değişiklikleri yapmak bu kişilerin yetki ve sorumluluğundadır. Müfettişler riskli bir çalışma koşulunu ya da yukarıdaki standartlardan herhangi birinin ihlalini fark ettiklerinde cezaevi yönetimindeki sorumluları derhal uyarmalıdır.

2. Eğitim

İlke: Çalışanların eğitimi işyerindeki risklerin ortadan kaldırılması programlarının önemli bir bölümünü oluşturur.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Yeterli bir eğitim olmadığı takdirde çalışanların kendilerini ve iş arkadaşlarını, iş ile ilgili ortaya çıkabilecek iş güvenliği ve sağlığını tehdit eden risklerden koruyamayacakları ortadadır. Uygun bir eğitim olmaksızın, yukarıda sayılan iş performansı ve uygulamasında geçerli standartlar arasında sayılan teknik ve kişisel korunma önlemleri de kolaylıkla yetersiz bir konuma düşecektir. Örneğin, işe bağlı kazaları ele alırsak, iş kazalarının yaklaşık % 30 u çalışanın yeni işe başlamasını izleyen ilk altı ay içinde meydana gelmektedir. Bu yetersiz eğitim ve deneyim eksikliğinin bir sonucudur. Benzer olarak, çalışanların toksik maddeler konusunda bilgilendirilmemeleri onları yanlış bir şekilde kullanmalarına, gereksiz yere kendilerini ve iş arkadaşlarını tehlikeye atmalarına yol açar.

Gerekli Koşullar:

1. Temel Güvenlik ve Sağlık: İşe bağlı hastalık ve yaralanmaları önlemek amacıyla, çalışan tutuklu ve hükümlülerin verilen görevleri iyi bir şekilde yerine getirebilmeleri için yeni işe başladıklarında yeterli ve uygun bir eğitime tabi tutulmaları gereklidir. Bu eğitim, o işe özgü uygulamalardan, verilen işin her yönüyle ilgili sağlık ve güvenlik önlemlerinden haberdar olan bir personel tarafından verilmelidir.
2. Toksik Kimyasal Maddelerin Güvenli Kullanımı: Toksik kimyasalların güvenli kullanımını sağlamak işyerinde varolan toksik maddelerin güvenli kullanımına yönelik bazı özel bilgiler çalışan tüm hükümlü ve tutuklulara ulaştırılmalıdır.

Bu bilgiler:

- A. maddenin jenerik ismini toksik özelliklerini (maruziyete bağlı akut ve kronik sağlık etkilerini de kapsayacak şekilde)
- B. doğru kullanım yöntemlerini;
- C. acil müdahale işlemlerini içermelidir.

Bu bilgiler ulaşılabilir olmalı ve çalışan tüm hükümlü ve tutuklulara çalışma saatleri içinde gerekli eğitim verilmelidir. Aynı bilgiler sağlık birimine de bildirilmeli ve orada bulundurulmalıdır. Bu maddelerin tutulduğu kaplara maddenin jenerik isminin, en önemli toksik özelliklerinin ve acil müdahale işlemlerinin yazılı olduğu etiketler yapıştırılmalıdır.

Burada tanımlanan toksik maddeler son Kimyasal Maddelerin Toksik Etkilerine dair Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü Kayıtları'nda adı geçenlerdir.

3. İşe Bağlı Hastalık ve Yaralanmaların Önlenmesinde Sağlık Biriminin Rolü

İlke: Cezaevinin sağlık birimi cezaevi üretim sektörü ile ilişkili olan en sık ve en önemli sağlık risklerinin farkında olmalı ve herhangi bir tutuklu ve hükümlüdeki düzensiz ve uygun olmayan işten kaynaklanabilecek olumsuz sağlık etkilerini önlemek amacıyla izlemelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ortadan kaldırılmamış sağlık ve güvenlik riskleri çalışan tutuklu ve hükümlü grubundaki yaralanma ve hastalıklara yol açar. Sorumlu sağlık yöneticisi kurumdaki işe bağlı yaralanma ve hastalık insidansının en aza indirilmesini sağlamalıdır. Sağlık birimi böylece tutuklu ve hükümlülerin eğitiminde olduğu kadar kurumdaki uygulamaların planlanması ve değiştirilmesinde de etkin bir rol oynayabilir. Tıbbi izlem işe bağlı yaralanma ya da hastalık tiplerinin saptanması açısından erken uyarı sistemi işlevi görür. Gerekli tıbbi izlem programlarının yokluğunda riskli koşullar oldukça fazla mesleki yaralanma ve hastalıklara yol açabilir.

Daha da ilerisi, çalışan bir hükümlü ya da tutukluda bedensel hasara neden olan koşullar ve uygulamalar daha önceden varolan bir yara ya da hastalığı alevlendirebilir ya da yüksek risk grubundaki bireyleri zorlayabilir. Bir tutuklu ya da hükümlünün verilen işi ek bir fiziksel zorlanma olmadan gerçekleştirebileceğini belirlemek tıbbi personelin sorumluluğundadır.

Gerekli Koşullar:

1. **Tıbbi İzlem:** Sağlık personeli tüm çalışan tutuklu ve hükümlülere sürekli tıbbi gözlem, izlem ve tarama yapmalıdır. Sağlık personeli iş sağlığının temel yönleri konusunda eğitilmeli ve cezaevi iş gücüne yönelik özgün görevlerin gerektirdiği fiziksel özellikler hakkında doğru bilgi sahibi olmalıdır. Her hükümlü ve tutuklu için işe giriş muayenesi işe başlatmadan önce tutuklu ve hükümlünün istenen görevleri sağlık yönünden olumsuz etkilenmeden fiziksel olarak gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğini belirlemek amacıyla mutlaka yapılmalıdır.

Çalışan hükümlü ve tutuklularda işe bağlı yaralanma ve hastalıkları saptamak amacıyla düzenli periyodik muayeneye tabi tutulmalıdır. İşe bağlı semptom ya da hastalıkların ortaya çıkması halinde tutuklu ve hükümlü bu soruna neden olan ya da sağlık sorununu alevlendiren işi bırakmalıdır. Sağlık personeli yukarıda belirtilen standartlar doğrultusunda düzenli ve sürekli tıbbi tarama programları yürütmelidirler.

2. **Kayıt Tutulması:** Kurumun sağlık personeli yukarıda belirtilen standartlara uygun olarak hastalık ve yaralanmalara ait istatistik kayıtlarını tutmalıdır. Bu kayıtlar sağlıksız çalışma koşullarının tanımlanması ve ortadan kaldırılmasındaki tıbbi izlem programları, çevresel izlemler ve düzenli denetlemelerle elde edilen verilerle birlikte kurumun üretim sektörünün yönetimi tarafından kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Grieser, R.C., Miller, N., and Funke, G.S. *Guidelines for Prison Industries*, Institute for Economic and Policy Studies, Inc., National Institute of Corrections, 1984.
2. *McDaniel v. Rhodes*, 512 F. Supp. 117 (S.D. Ohio 1981)
3. Root, N. and Hoefler, M. The First Work-Injury Data available from New BLS Study, *Monthly Labor Review*, January: 76-80, 1979.
4. *Ruiz v. Estelle*, 503 F. Supp. 1265 (S.D. Tex. 1980)

ÇEVRE SAĞLIĞI*

Çevre sağlığı standartları büyük ölçüde fiziksel alt yapı ile ilişkilidir. Ceza ve tutukevlerinde, maksimum güvenlikten optimum hareketliliğin sağlanmasına kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alan barınma koşulları söz konusudur. Tutuklu ve hükümlülerin gereksindikleri çevre sağlığı koşulları, toplumun diğer gruplarının gereksinimleri ile karşılaştırılabilir. Bu kitabın amacına yönelik olarak, sunulan standartlar, tutuklu ve hükümlülerin sağlık ve güvenlik alanlarında kuruma ve çalışanlarına en çok bağımlı olduğu, hareketliliğin çok kısıtlı olduğu kurumlara yönelmiştir.

Ceza ve tutukevlerinin tüm tasarımı, yapısı, işlemleri ve bunların sürdürülmesi; özellikle inşaat, yangın, güvenlik, tesisat, su sağlanması, atık su boşaltımı, hava kirliliği kontrolü, zararlı materyal ve atık yönetimi, gıda hizmetleri alanlarındaki yasal yapı ve düzenlemelere uygun olmalıdır. Çeşitli yerel, eyalet ve federal yönetim birimlerine teknik bilgi ve danışmanlar için başvurulabilir ve böyle uygun danışma ve iletişim olanakları tam olarak kullanılmalıdır.

A. Temeller ve Yapılar

1. Yapı Planlaması ve Fiziksel Altyapı Tasarımı

İlke: İnşaat için planların gözden geçirilmesi ve projelerin yeniden düzenlenmesi yürürlükteki (uygulanabilir) inşaat yasaları, düzenlemeler ve aşağıda tanımlanan diğer ölçütlerle uyumlandırılmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Sağlıklı bir çevrenin oluşturulmasında yer seçimi birincil öncelikte olup, inşaat planlarının ve şartnamelerinin hazırlanması ve gözden geçirilmesi bunu izlemektedir. İlgili standartlarla uyumu sağlayacak titiz bir çalışma ile, altyapı ve yapıların inşasından sonra yapılacak pahalı değişiklikler gibi istenmeyen durumların gelişmesi önlenir.

Gerekli Koşullar: Yeni inşaatlar ve projelerin yeniden düzenlenmesi için plan ve şartnameler kayıtlı bir mimar ya da mühendis tarafından hazırlanmalıdır. Planlar yapı kanunları, kuralları ve düzenlemeleri ile uyumlandırılmalı, inşaat ve ihaleden önce uygun yönetim birimleri tarafından onaylanmalıdır. Plan ve şartnamelerde önerilen yapıların, yerleşimlerinin, altyapılarının ve hizmetlerin çevresel etkisini göz önünde bulundurmalıdır. Coğrafik yapı ve iklim koşulları, erişilebilirlik ve kullanım, su sağlanması, kanalizasyon, atık suyun toplanması, işlemlerden geçirilmesi ve uzaklaştırılması gibi belediye hizmetlerinin elverişliliği; güç kaynağı, ısınma, havalandırma; hava kirliliği denetimi; drenaj ve su baskını denetimi, gıda hizmetleri; çamaşırhane, barınma ve alan gereksinimleri; inşaat malzemeleri ve işlemlerinin sürdürülmesi; araç-gerecin seçimi (özellikle gıda hizmetleri araç-gereci) ve bu bölüm içinde yer alan diğer konular da dikkate alınmalıdır. Projenin gözden geçirilmesinde veya toplum hizmetlerini sağlamada rolü olabilecek yerel veya merkezi yönetim birimlerinin planlamanın erken dönemlerinde katılımı sağlanmalıdır.

Nitelikli çevre sağlığı personeli önerilen ceza ve tutuk evleri için hazırlanan inşaat planlarının yanı sıra eski tesislerin rehabilitasyonu ve yenilerinin eklenmesi aşamalarını da değerlendirmelidir.

*

Ceza ve tutukevlerinin çevre sağlığı ile ilgili özellikleri bir çok yönden diğer kuruluşlarınıki ile benzer olduğu için birçok uygulama standardı bu yapıya uyarlanabilir. Bu özel grup kuruluşları için tamamen yeni standartlar ve açıklamalar tasarlamak gereksiz olacaktır. Bu nedenle, her maddenin altında ve bu bölümün sonunda başvurulabilecek ulusal olarak kabul edilmiş otorite, standart, yasa, kural ve düzenlemeler kaynak olarak gösterilecektir.

Özel bilirkişi ya da karar vericilerin bulunduğu düzenleyici birimlerin gerekli danışmanlık ve onayı sağlanmalıdır.

Tüm referanslara bakınız.

2. İnşaat Malzemeleri ve Bakım İşleri:

İlke: İnşaat malzemesi sağlam ve amacına uygun olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Yangına dayanıklı yapı malzemesi ve döşemelerin kullanımı ile yangının yayılması geciktirilebilir. Yapı malzemesi ve döşemeler toksik ve boğucu gazların oluşumunu en aza indirebilir. Yer döşemelerinde ve malzemelerde kullanılan asbest zamanla aşınabilir ve sağlığa zararlı tanecikler ortama çıkabilir. Bu nedenle kullanılmamalı ve izin verilmemelidir. Yüzeylerde kolayca temizlenebilen ve çabuk kuruyan malzemenin kullanılması ile algler, mantarlar ve mikropların çoğalması azaltılacak ya da önlenecek, böylece sanitasyonun devamı sağlanacaktır. Yapı tasarımında ve malzeme seçiminde gürültü ve titreşim denetiminin dikkate alınması ile gürültüyle ilişkili stresin getireceği sorunlar en aza indirilmiş ve gürültü düzey standartlarına daha büyük bir uyum sağlanmış olacaktır.

Gerekli Koşullar: Yapı malzemeleri yapım, yangın önleme, tesisat, elektrik, mekanik ve sağlıkla ilgili yasalara uygun olmalıdır. Tasarlanan amaç ve yasalara uygun olarak sürdürülmelidir. Yüzeyler yangın güvenliği ve temizlenmeye uygun bir şekilde boyanmalı ve döşenmelidir.

Yüzey ve malzemelerde asbest varlığı konusu araştırılmalı ve (federal) standartlar Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü, İş Güvenliği ve Sağlığı Yasası ve Çevre Koruma Ajansı ile uyumlu olarak zararlı yüzey ve malzemedan korunma ve bu tür malzemeyi uzaklaştırmak için bir plan uygulanmalıdır.

5,6,7,8,9,37,38,40 sayılı kaynaklar ve hukuki kaynaklara bakınız.

3. Drenaj ve Su Baskınından Korunma

İlke: İnşaatlar, su baskınına uğrayabilecek veya drenajı uygun olmayan yerlerde yapılmamalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Yapıların iyi drene olan alanlarda ve su basma düzeyinin üzerinde kurulması baskın riskini azaltacak, vektörlerle bulaşan hastalıkların denetimini kolaylaştıracaktır. Uygun drenaj, yapı ve ekipmanın yıpranması ve periyodik su basmalarına ilişkin işlemsel sorunları da azaltacaktır. Böyle yıpranmalar cezaevinde yaşayanların ve çalışanların sağlık ve güvenliğini olumsuz etkileyebilir.

Gerekli Koşullar: Binaların yer seçimi Mühendisler Odası ve diğer resmi birimlerin düzenlediği su baskını planlarına göre belirlenmelidir. Su toplanan alanlar drene edilmeli ve su yolları su basmasını ve göllenmeyi önleyecek şekilde olmalıdır.

2,16,43,44 no.lu kaynaklara bakınız.

4. Anayollar, Ara yollar ve Hizmet Girişleri

İlke: Anayollar ve iç yollar kuruluşa güvenli ve uygun giriş-çıkışı sağlamalıdır. Kuruluşun içindeki yollar uygun şekilde belirlenmeli, düzenlenmeli, aydınlatılmalı ve korunmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Uygun olarak düzenlenen, aydınlatılan, belirlenen ve korunan yollar taşıt yaralanmalarını azaltacak ve yaşam kurtaracaktır.

Gerekli Koşullar: Yol kesişmeleri, hız sınırları ve tehlikeli yerler belirlenmeli ve aydınlatılmalıdır. Yol genişlikleri, dönüşler, eğimler ve yol çizgileri yaya ve taşıt trafik yüküne uygun olmalıdır. Bir kazanın olması durumunda taşıtlar ve personel için acil ulaşım olanakları olmalıdır. Anayollara güvenli giriş ve çıkış için ayrı şeritler düzenlenmelidir. Kesişimler ve diğer doğal insan kaynaklı tehlikeler aydınlatılmış uyarı levhaları ile belirlenmelidir. Yol düzeni, inşaatı ve işaretleri yasal standartlarla uyumlu olmalıdır.

Ara yollar ve hizmet girişleri güvenli, acil taşıt kullanımına elverişli ve amaca uygun olmalıdır. Yolların genişlikleri, eğimleri kazaları en aza indirecek, giriş ve çıkışları kolaylaştıracak, özel ve ticari araç (sokak temizleyiciler, kar temizleyiciler, itfaiye araçları ve hizmet araçları da dahil) trafiğini engellemeyecek ve dönüşlerine olanak sağlayacak düzende olmalıdır.

44 sayılı kaynağa bakınız.

5. Yerleşim, Hizmet Alanlarına Ulaşım

İlke: Güvenlik ilkelerine gösterilen dikkat yerleşim, tasarım, koşulların ve hizmetlerin sürdürülmesine de uygulanmalıdır. Bu yaklaşım kuruluşa güvenli giriş ve çıkışın sağlanmasını içerecektir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Kuruluşun yerleşimi, dizaynı ve işlevlerin sürdürülmesi; hastalık geçişi, yangınlar, kazalar ve doğal afetler yoluyla tutuklu ve hükümlülerin sağlık ve güvenliğini etkiler. İç yolların ve hizmet girişlerinin dizaynı, yerleşimi ve işlevlerinin sürdürülmesi içerde oluşabilecek olağandışı durumlarda kritik öneme sahiptir.

Gerekli Koşullar: Güç merkezleri, yangın merkezi, su merkezi, su kuleleri, atık işlem yerleri ve pompa istasyonları gibi tutuklu, hükümlü ve personelin kullandığı tüm yapılar sabit temeller üzerinde yer almalı, dizayn, işlemler ve bunların sürdürülmesi yasalar ve standartlarla uyumlu olmalıdır.

2,3,4,3,44 sayılı kaynaklara bakınız.

B. Hizmetler ve Kullanım

1. Hava Kalitesi

İlke: İç ortam rahatsız edici kokulardan arınmış olmalıdır. Havada bulunan sağlığa zararlı kimyasallar, solunum yoluyla alınabilen veya alınamayan tanecikler de sağlık standartlarının tanımladığı güven sınırları içinde denetlenmelidir.

Emisyonlar yürürlükteki eyalet standartları ya da Çevre Koruma Ajansı standartlarını aşmamalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Havalandırma ve temiz hava sağlık ve nitelikli bir çevre için gereklidir. İç ve dış hava kirleticiler solunum yolu hastalıklarını oluşturur ve artırır, bulantı, baş ağrısı, göz irritasyonu ve alerjilere neden olur.

Gerekli Koşullar: Mekanik hava sistemleri hücre bloklarına Amerikan Isıtıcı, Soğutucu ve Buzdolabı Mühendisleri Birliği 62-73 standartlarına uygun olarak her insan için 0,28-0,42 metre-küp/dakika önerilmektedir. 0,2 metre-küp/dakika/kişi dış ortam havası veya resirküle edilmiş filtrelenmiş hava sağlanmalıdır.

İşyerinden kaynaklanan hava kaynaklı kirleticiler İş Güvenliği ve Sağlığı Birimi'nin standartlarına uymalıdır. Zararlı kimyasal buharlar ve gazlar ya da solunan tozların İş Güvenliği ve Sağlığı

Birimi standartlarını geçmemesi için uygun hava akımı ve yerel havalandırma kapasitesi sağlanmalıdır. Kuruluş sigara içilen ve içilmeyen alanlar konusunda düzenlemeler yapabilir.

Kuruluştaki tüm işlemler, eyalet ve federal ajansları tarafından tanımlanan -uygulama ve işlem izinleri de dahil- performans ve emisyon standartları ile uyumlu olmalıdır. Kirlilik denetim donanımı kullanılmalı ve zararlı maddelerin insanlara olumsuz etkisi ve çevrenin kirlenmesi en aza indirilmelidir. Teknik personel, donanım ve işlemlerin sürdürülmesi ve donanımın kötü çalışması nedeniyle hava kirliliği oluştuğunda federal, eyalet ve yerel kirlenme denetim ajansı ile ilişkiye geçmek üzere eğitilir. Teknisyen eğitim programları belgelenmiştir.

Hava kirliliğinin önlenmesi -düşük kükürtlü yakıt kullanımı gibi- yakıt şartnamelerine dayandırıldığında, yakıt örnekleri nitelikli bir laboratuvarında analiz edilmelidir.

4,22,24 sayılı kaynaklar ve hukuki kaynaklara bakınız.

2. Isı, Nem, Havalandırma Denetimi

İlke: Denetim sistemleri sağlıklı bir çevre sağlamak için düzenlenmeli, uygulanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Sağlığı koruyan uygun ısı ve nem düzeylerini sağlamak için denetim sistemleri gereklidir.

Gerekli Koşullar: Denetim sisteminin dolaşan havanın ısını, hava hareketlerini ve nispi nem değerlendirilmesi gereklidir.

Aşağıdaki kriterlere uyulmalıdır:

- Sıcak ve kuru iklimlerde, güneş ışınlarını engellemek için dış pencere koruyucuları, kepenk ya da tente kullanılmalıdır.
- Sıcak ve nemli iklimlerde, mekanik olarak soğutma sistemlerinin yokluğunda, uygun pencereler ve diğer duvar açıklıkları çapraz havalanmayı sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Havalandırmanın dış duvar açıklıklarıyla yapıldığı durumlarda, açıklıklar uyuma, yaşama, eğitim ve çalışma alanlarının taban genişliğinin en az 1/8 (%12.5)'ine eşit olması gerekir. Spor salonları ve yüzme havuzlarında özel ısı, nem ve havalandırma denetimine gerek vardır.
- Bina tasarımı, ısıtma yalıtımı dış yüzey ve rengi ısı emilimini en aza indirir.
- Çamaşırlar, havlular, çarşaf, döşemelikler, posterler ve diğer nesnelere yaşama alanları içi ve dışında hava akımını engellememelidir.
- Denetim sistemi en soğuk aylarda en az 18,3 °C iç hava ısını sürekli kılmalıdır. Aşağıdaki koşulların herhangi birinin varlığında tutuklu ve hükümlülerin ağır işler yapmaları istenemez.

°C	Nisbi Nem (%)
35	55
35.6	52
36.1	49
36.7	45
37.2	42
37.8	38

1,2,3,6,7,8,9,23,24 sayılı kaynaklara ve ayrıca Amerikan Isıtıcı, Soğutucu ve Buzdolabı Mühendisleri Birliği'nin Ventilasyon El Kitabı 1977; Yeni Bina Tasarımında Enerji Tasarrufu Standardı 90-75 ve Doğal ve Mekanik Ventilasyon Standardı 62-73'e bakınız.

3. Elektrik Gücünün Sağlanması

İlke: Elektrik sistemi en yoğun elektrik kullanımı sırasındaki güvenlik, sağlık bakımı ve yangından korunma gibi hizmetler için gerekli acil yedek yükü sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Donanım ve aletlerin kullanımı güvenli olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı : Ayrıntılı olarak düzenlenmiş güç sistemleri ısıtma, hava niteliğini ayardama, soğutma, aydınlatma, asansör ve güvenlik sistemleri gibi temel hizmetlerin sürdürülmesi için gereklidir.

Gerekli Koşullar: Elektrik donanımı mümkünse Underwriters Laboratuvarı (UL) tarafından onaylanmış olmalıdır. Elektrik tesisatı malzeme, döşeme ve işçilik için Underwriters Elektrik Şartnamesi şartlarına uymalıdır. Elektrik sistemleri Ulusal Yangın Önleme Birliği No:70 şartlarına ve eşdeğer eyalet veya yerel yasalara uymalıdır. Elektrik teknisyeni olan personel sistemin sürdürülmesi ve işlemler konusunda eğitilmeli, bozukluklarda ve acil işlemlerde müdahale edebilmelidirler. Acil güç jeneratörleri ve bataryalar, temel hizmetler için gereksinildiğinde, elektrik kesilmesi durumunda otomatik olarak devreye girecek şekilde kurulmalıdır. Bunlar, elektrikli kilit ve asansörleri, yaşam destekleyen tıbbi bakım donanımı, buzdolabı ve dondurucuları, acil aydınlatma devrelerini, alarm ve haberleşme sistemleri gibi elektrikli donanımı çalıştıracak kapasitede olmalıdır.

5.6.7.8.9.23.24.2.45 sayılı kaynaklara bakınız.

4. Besin Hazırlanması ve Sunumu

İlke: Besinler sağlığa yararlı, insan tüketimi için güvenli ve besleyici olarak uygun olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Besin kaynaklı hastalıklar -enfeksiyon veya zehirlenme-, halk sağlığının ilgi alanı içindedir. Besinler bakteri ve diğer mikroorganizmaların gelişimi, bakteri ve bakteri toksinlerinin çoğalması için bir ortam oluşturabilirler. Besinler kimyasal toksin ve zehirlere geçiş için bir araç ta olabilirler.

Gerekli Koşullar: Besin hazırlama işlemleri ve donanımı ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın Besin Hizmet Sağlığı El Kitabı'nda önerilen standartlar veya eyalet ve yerel düzeydeki düzenlemeler ile uyumlu olmalıdır. Besin hizmeti incelemeleri yerel , eyalet veya federal besin hizmeti inceleme ajansı veya besin sağlığı uygulamaları konusunda kalifiye bir kuruluşun üyesi tarafından yapılmalıdır.

Bu incelemelerin kayıtları ile, belirtilen el kitabındaki standartlar veya eşdeğer eyalet düzenlemelerine riayet belgelerle izlenmelidir. Nitelikli personelin 3 ayda bir yapacağı incelemeler, dış ajanslar tarafından yılda en az bir kez izlenebilir.

Federal eyalet ve yerel sağlık standartlarına uymanın yanı sıra, besin hizmetlerinde;

1. Tüm besinlerin saklanması ve uygun koşullarda soğutulması ile besin kaynaklı hastalıkların ve besin israfını önleyecek besin depo olanakları sağlanmalıdır.

2. Her zaman güvenli ve sağlıklı besin bulunması sağlanmalıdır. Sağlıklı ve güvenli besin hazırlama konusunda tüm çalışanların (personel, tutuklu-hükümlü) eğitimi sürekli olmalıdır.

3. Besin hazırlama ve sunum alanları hizmetten yararlanacak insan sayısı ile uyumlu, amacına uygun donanımda olmalıdır.

4. Bozulmayan besinler için ısı ve havalandırması uygun, haşarattan arındırılmış ve temiz kuru depolama olanakları olmalıdır.

5. Yemek odaları hizmet verilecek insan sayısına uygun genişlikte, iyi aydınlatılmış ve havalandırılmış olmalıdır.

6. Her zaman giyilen temiz üniformalar bulunmalıdır.

7. Besin hazırlama, depolama ve sunumunda tüm alanın ve donanımın kullanımının temiz koşullarda sürdürülmesi gereklidir.

1,2,26,27,28,29,30 sayılı ve hukuki kaynaklara bakınız.

5. Bina Yönetimi

İlke: Cezaevi bölümleri temiz, düzenli ve iyi durumda tutulmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Kirlenmiş duvarlar, yerler ve sabit (demirbaş) malzemelerle; biriken çöp, toz ve kir; sinek, sinek, hamamböceği ve kemiriciler gibi hastalık etkeni taşıyan vektörlerin üremesi için uygun ortam sağlar. Buna ek olarak sağlıksız koşullar hastalık nedeni mikroorganizmaların üremesini ve gelişimini kolaylaştırır. Temiz bir çevre fiziksel ve ruhsal iyiliğin yanı sıra kişisel hijyenin de gelişmesine yardım eder. Yetersiz bina yönetimi kazalarla sonuçlanıp yangın tehlikeleri yaratır.

Gerekli Koşullar: Tüm yerler, duvarlar, tavanlar, aydınlatma elemanları, ekipman ile iç ve dış alanlar iyi durumda tutulmalıdır. Servis lavaboları, lağımaları ve depolama alanlarını da kapsayan temizlik araçları; talimatları, ekipmanı, donanımı ve etiketler işlevlere uygun olmalıdır. Her katta, bina yönetimi operasyonları için el altında bir nezarethane olmalıdır. Ekipman ve araçlar kolay temizlenebilir malzemeden tasarlanmış olmalıdır. Yazılı bir yönerge günlük bina yönetimi gereksinimlerini belirlemelidir.

Deterjan ve diğer belirtilmiş kimyasal bileşikler de içeren bina yönetimi materyalleri düzenli bir biçimde etiketlenip, depolanıp bir haftadan daha az olmayan belirtilmiş aralarla tutukluların hücrelerini temizlemeleri için kullanılabilir hale getirilmelidir.

Kaldırımlar ve dış alanlar çöp, buz ve kardan arındırılmalıdır. Dış alanlar, özellikle kaldırımlar, bakım ve temizliği kolaylaştırılıp tozu azaltmak için beton, asfalt, çakıl ya da benzeri maddelerle kaplanmalıdır.

1,2,35,36 no'lu kaynaklara, hukuksal kaynaklara bakınız. İş Sağlığı ve Güvenliği bölümüne de bakınız.

6. Çamaşırhane

İlke: Temiz ve kirli çamaşırlarla giysilerin işleme, kullanım, depolama ve taşınması için uygun olanaklar ve hizmetler sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Hastalıkların yayılımını azaltmak için temiz giysi ve yatak çarşafı gereklidir.

Gerekli Koşullar: Yüzeysel temasla ya da hava yoluyla bulaşmayı azaltmak için kullanıma alınmış ve depolanmış yeterli çarşaf stoku olmalıdır. Kirlenmiş çarşaflar çevreye mikrobik yayılmayı

engellemek için gerekli olan şekilde toplanmalıdır. Eşyalar toplama yerinde kaplara ya da çantalara yerleştirilmelidir. Temiz veya kirli çarşafların taşınmasında yıkanabilen ve sterilize edilebilen bu iş için ayrılmış farklı kaplar kullanılmalıdır.

Kurumda çamaşırhane yapılırken , hastalık etkenlerinin yayılmasını engelleyecek şekilde planlanmış, donatılmış ve havalandırılmış olmalıdır. Sağlık hizmeti için ayrılmış alanlardan kaynaklanan kirli çarşaflar paketlenmiş ve tanımlanmış olmalıdır. Daha sonraki işlemlerde de uygun önlemler alınmalıdır. Farklı derece ve işlemler belirtilmedikçe yıkama suyu derecesi genelde 60-70 santigrat derece olarak kullanılmalıdır. Çamaşırhane protokolü kullanılacak kimyasalları, su sıcaklığını ve çamaşır döngüsüne ait gereksinimleri belirtir. Çamaşır temizliğini özel şirketlere yaptıran kurumlar, servisi sağlayan şirketlerin en azından burada özetlenen standartları bulundurmasını sağlamalıdır. Şirket, bundan başka, temiz çarşafların yerine teslimi sırasında kontaminasyondan korunmasını sağlamalıdır. Çamaşır ve çarşaf temizleme sonrasında tahriş edici ajanlar veya kimyasallardan arındırılmış olmalıdır.

1 no'lu kaynağa bakınız.

7. Aydınlatma

İlke: Yaşama, çalışma,yeme ve dinlenme alanlarında personel ve mahkumların güvenliği, hijyen ve sanitasyon için uygun düzeylerde aydınlatma sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Yeterli aydınlatılmış yaşama ve çalışma alanları baş ağrılarını önlemeye yardımcı olur, göz yorgunluğunu, kamaşmayı azaltır ve tutuklu ve hükümlüleri ruhsal yönden olumlu etkiler. Uygun aydınlatmanın sağlanması kaza riskini azaltır, iş verimin artırır ve etkin dinlenme sağlar.

Gerekli Koşullar:Çeşitli görevler için çalışma yüzeylerinin aydınlatılmasında Amerikan Aydınlatma Mühendisleri'nin standartlarına uyulmalıdır. Sağlanması gereken minimum standartlar aşağıda belirtilmiştir:

	Minimum Işık Yoğunluğu (mum)
Okuma ve Çalışma Odaları	30
Yaşam Alanları	30
Yemek hazırlama ve Bulaşık	20
Yıkama Alanları	
Tuvalet ve Yıkama Odası	20
Yiyecek Stokları Saklama Alanları	10
Çıkış Yolları	10

Yangın tehlikesine neden olduklarından hücre ve yatakhanelerde geçici aydınlatmaya izin verilmez. Elektrik ampulleri, sabit eşyalar ve pencereler ışık girişini en uygun koşullarda sağlamak üzere temiz ve iyi durumda olmalıdır. Posterler, resimler, perdeler, giysiler ve benzeri eşyalar ışığı engellememelidir. Duvar ve tavan birleşim yerleri göz kamaşmasını en aza indireyecek şekilde düzenlenmiş olmalıdır.

1,2,3 no'lu referanslara bakınız. Ayrıca Amerikan Aydınlatma Mühendisleri Birliği ve Amerikan Mimarlar Enstitüsü tarafından geliştirilen standartlara da bakınız.

8. Su Tesisatı

İlke: Su tesisatı sistemi ulusal su tesisatı standartlarına (aşağıda kaynaklarda belirtildiği gibi) uyan sabit içilebilir su desteği ve atık su zararsızlaştırma bölümlerini içermelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı : Lağımı da içeren güvenli atık su zararsızlaştırma ve güvenli içme suyu sağlama ; sudan, yiyeceklerden ve haşerelerden bulaşan hastalıkların kontrolünde önemlidir.

Gerekli Koşullar: Su, toprak ve atık kanalizasyon sistemi ve donanımları ulusal standartlarla uyum içinde olmalıdır. Sıcak ve soğuk su varlığı uygun miktar ve basınçta olmalıdır. Tüm donanımlar temiz tutulmalıdır. Gereksinim duyulan yerlerde onaylanmış geri akıntı önleme aletleri sağlanmalıdır. İçilemeyen su sistemleriyle çapraz bağlantı olmamalıdır.

Tüm duş ve el yıkama bölümlerindeki sıcak su dereceleri otomatik karışım sübapları tarafından ayarlanmış olmalıdır. Bu gibi olanaklar için tavsiye edilen derece dizisi 40-50 santigrat derece olacaktır. Hücrelerdeki el yıkama olanakları birleşim muslukları ya da karışım sübapları bulundurmalıdır. Sağlanan yerlerdeki sayaçlanmış musluklar en azından 10 saniyelik kesintisiz bir su akımı sağlamalıdır. (kendi kendine kapanan musluklar kabul edilmez) Sağlık bakım ünitelerindeki helalar için ayak, diz, ya da bilekten kontrol edilen helalar sağlanmalıdır.

1,37,38,39,40 ve hukuksal kaynaklara bakınız.

9. Katı Atık Toplama ve Yönetimi

İlke: Katı atıklar sağlıksız durumlar, yangın tehlikeleri, gereksiz kokular, böcek, kemirgen veya diğer haşaratlara yiyecek deposu ya da sığınak yaratmayacak şekilde toplanıp depolanmalı ve zararsızlaştırılmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Katı atıkların uygun şekilde toplanması yiyecek hazırlanma ve depolanma alanlarına bulaşmayı, yangın tehlikesini, haşarat sığınağı olmasını ya da yönetenlerin yaralanmasını engellemek açısından gereklidir. Uygun şekilde zararsızlaştırma hava, su ve toprak kirlenmesini engellemek açısından gereklidir.

Gerekli Koşullar: Organik madde bulaşmış ya da içeren tüm döküntüler (çöp ve atık) temiz, dayanıklı sızıntı yapmayan, emici olmayan kaplarda depolanıp sıkıca kapalı tutulmalıdır. Döküntüler düzenli bir biçimde depolanmalıdır. Tüm döküntüler iyi drene edilmiş bir yerde toplanmalı ve sağlıklı bir durumda tutulmalıdır. Döküntülerin toplanması yangın tehlikelerini, kötü kokuları veya başka zararları azaltacak kadar gerekli sıklıkta gerçekleştirmelidir. Çöpler koridordan, hücre bloklarından ve diğer ortak sahalardan toplama ya da zararsızlaştırma alanına kaldırılmalı; hiçbir koşulda kullanılan alandaki boş hücrelerde biriktirilmemelidir. Döküntüler yetkililer tarafından kabul edilebilecek bir şekilde yok edilmelidir. Toksik veya patlayıcı kimyasallar içeren atıklar veya biyo-zararlılar, Kaynak Koruma ve İyileştirme Hareketi, Toksik Maddeleri Kontrol Hareketi ile diğer devlet ve federal düzenlemelere uygun koşullarda ayrı ayrı toplanmalı, taşınmalı ve zararsızlaştırılmalıdır.

1, 2, 19, 20, 21, 22, 26 no'lu ve hukuksal kaynaklara bakınız.

10. Haşere Kontrolü

İlke:Bina ve bina elemanlarını haşerelerden , onların barınma ve üreme alanlarından arınmış olması sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı:Böcekler, kemirgenler ve diğer haşereler rezervuar ve hastalık taşıma aracı görevini görebilirler.

Gerekli Koşullar: Üreme ve barınma yerlerinin yok edilmesi ve temizlik üzerinde özellikle durulmalıdır. Eldeki olanaklar, haşere kontrol programlarının etkinliğini izlemek için her ay eğitilmiş personel tarafından denetlenmelidir. Görülebilir belirtiler, izler, dışkılar, yumurtalar, yumurta kabukları, larvalar, ölü haşere, vb. gibi enfestasyon kanıtları kontrol önlemlerinin gerçekleşmesi açısından değerlendirilmelidir. Uygulama programında yararlanılmış olan tüm kimyasallar düzenli depolanmış ve etiket güvenlik talimatlarına uygun kullanılmış olmalıdır. Yalnızca eğitilmiş personel böcek, kemirgen ilaçlarıyla benzeri kimyasallara dokunup kullanabilir. Bu gibi bireyler 1972 Federal İnsektisid, Fungusid ve Rodentisid Sözleşmesi'nde konmuş kurallara göre ruhsatlanmış olmalıdır. İşlemin yeri, tarihi, çeşidi hakkında kullanılmış kimyasalları da içeren belgeler sağlanmalıdır.

1,26,35,36 no'lu ve hukuksal kaynaklara bakınız.

11. Atık su Toplama ve Zararsızlaştırma

İlke:Tüm lağım ve diğer atık sular insan sağlığını veya yabani yaşamı tehlikeye düşürmeyecek, zarar vermeyecek bir şekilde toplanıp, işlemden geçirilip zararsızlaştırılmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Atık suyun uygun olmayan şekilde işlemden geçirilmesi ve zararsızlaştırılması, yeraltı ve Yüzeysel sularının kirlenmesine ve böylece sudan kaynaklanan hastalıkların bulaşmasına neden olur. Buna ek olarak insan atıklarının uygun koşullarda zararsızlaştırılmaması hastalık etkenlerinin insanlara; hayvanlar ve insektisitler aracılığıyla bulaşmasıyla sonuçlanabilir.

Gerekli Koşullar: Lağım işleme sisteminde fazla yüklenme, taşkın veya baypas olmadan tüm atık suları toplamalıdır. Yerinde işleme sistemlerinin tasarımı, işletimi ve yönetimi sağlığın gerektirdiği düzenlemeleri karşılamalı veya çevre koruma örgütünün denetiminde olmalıdır. Atık su işleme alanı veya septik tank ve filtrasyon sisteminden oluşan yerinde işleme sistemi , sık sık sel olan alanlardan uzağa yerleştirilmiş, içme suyu kaynaklarından izole edilmiş, federal ve devlet standartlarına uygun olması ; düzenli bir şekilde denetlenmesi gerekir.

1, 14, 16, 17, 37, 38, 40 no'lu ve hukuksal kaynaklara bakınız.

12.Su Sağlanması

İlke: Güvenli ve uygun bir su desteği sağlanmalıdır.

Halk sağlığı Yaklaşımı:Yeterli ve uygun bir su desteği yangın söndürme gereksinimlerine ek olarak sağlık, kişisel hijyen ve sağlıklı ilgili diğer gereksinimler için gereklidir.

Gerekli Koşullar: Su desteği, su basıncında önemli azalma olmaksızın, yangın söndürme de dahil kurumun tüm gereksinimlerini karşılayacak uygun miktarda ve yeterli sağlıklılıkta olmalıdır. Eğer destek belediyeye ait bir kaynaktan elde edilmişse mikrobiyolojik ve kimyasal kalite, işleme fabrikası ve su dağıtım sisteminde izlenmektedir; yine de çevre sağlığı yönelimli bir işçi içilemeyen suyun çapraz bağlantı ya da olası geri akımını diğer araçlarla kontrol edip yok etmek için , dahili su dağıtım sisteminin periyodik sağlıklılık ölçümlerini en azından yılda bir kez yönetmesi istenebilecektir. Bu gibi işçiler geri akımı engelleme aletlerinin kullanımı ve çapraz bağlantıları fark etmedeki yeterliliklerini kanıtlamış olmalıdırlar.

Yerinde yönetim sistemleri için örnekleme sıklığı, operatör sertifikasyonu, operasyon, bakım, operasyonun aylık raporlanması, su havzası gözetimi, çapraz su kalitesi, miktarı, kaynağı, işlenmesi, depolanması, dağıtımı ve basıncı Güvenilir İçme Suyu Sözleşmesi'nin koşullarını sağlamalıdır.

Eğer tek kullanımlık içme kapları sağlanmamışsa, içme suyu kaynakları sağlıklı dörtgen fıskiye tipi olmalıdır. Boru içindeki içilemez su, olası ise ayrı, etiketlenmiş ve içmek için ulaşılamayacak durumda olmalıdır.

1, 2, 11, 12, 13, 18, 26, 37, 38, 39, 40 no'lu ve hukuksal kaynaklara bakınız.

C. Olanaklar

1. Dinlenme

İlke: Egemen hava koşullarına uyarlanmış güvenli, sağlıklı, yeterli ve elverişli iç ve dış dinlenme alanları, olanakları ve programları sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ölçülü bir egzersiz programı ve boş zaman etkinlikleriyle birleşmiş dinlenme olanakları gelişmiş fiziksel ve zihinsel sağlığıın nedenlerindedir.

Gerekli Koşullar: Dış dinlenme sahaları dengeli ve uygunca drene edilmiş olmalıdır. İç dinlenme alanları gün boyunca odadan yararlanacak en fazla hükümlü sayısı için kişi başına en az 3 metrekare sağlanmalıdır. Dinlenme alanlarının duşlara , tuvaletlere ve helalara ve sağlıklı içme suyu çeşmeleri veya tek kullanımlık kaplara hazır girişleri olmalıdır. Plaj veya yüzme havuzu bulunan yerler devlet sağlık bürosunun kurallarına ve tüzüklerine uygun olmalıdır. Tüm olanaklar güvenli olmalı ve temiz, sağlıklı koşullarda tutulmalıdır. Yazılı politikalar tutuklu ve hükümlü sayısına göre en az dinlenme olanaklarını belirlemelidir. Dinlenme olanakları güvenlik ve emniyeti tehdit edildiğinde veya fırtınalı hava olması halinde değiştirilmelidir.

1, 10, 15, 43 no'lu ve hukuksal kaynaklara bakınız.

2. Toplumun Yararlanabileceği Olanaklar

İlke: Halka sağlanan olanaklar; uygun bekleme odalarını, tuvalet olanaklarını ve sağlıklı içme suyu çeşmesi ya da tek kullanımlık kapları içerir. Engelliler için düzenlenen mekanlar onların kullanabileceği biçimde tasarlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Uygun olarak yerleştirilmiş tuvalet olanakları ve içme suyu çeşmeleri ya da tek kullanımlık kaplar, hastalık yayılımlarının azaltılması, kişisel sağlık ve hijyen için gereklidir.

Gerekli Koşullar: Tuvalet olanakları hizmet verilen genel alanların 30 metre içindedir ve her cins için kabul edilmiş en az ziyaretçi sayısına dayanarak sağlanan olanaklar aşağıdaki gibi kabul edilmiştir:

Ziyaretçi	Helâ	Lavabo
Sayısı	Sayısı	Sayısı
1-15	1	1
16-35	2	2
36-55	3	3
56-80	4	4

Buna ek olarak her 75 kişi için sağlıklı içme suyu çeşmeleri ya da tek kullanımlık su kabı dağıtıcı alet sağlanmalıdır. Pisuarlar erkek helalarının 1/3 ünün yerini tutabilir. Helalar ayrı bölmelerde olmalıdır. Yapım ve eklemeler su tesisatı kurallarının gereksinimlerine uymalıdır.

37, 38, 40 no'lu kaynaklara bakınız.

3. Kurumdaki Berberler ve Güzellik Salonları

İlke:Berber ve güzellik salonları sağlıklı bir biçimde tasarlanmış, işletilmiş ve sanitasyon kural-larına uygun korunmuş olmalıdır.

Halk sağlığı Yaklaşımı: Deri hastalıkları doğrudan temas ya da havlu, tarak, tırnak makası veya jilet gibi nesnelere iletilir.

Gerekli Koşullar: Berber ve/ya da güzellik salonu temiz ve sağlık koşullarına uygun durumda tutulmalıdır. Tarak, tırnak makasları, jiletler ve benzeri nesnelere farklı tutuklularda kullanımlar arasında düzenli olarak temizlenmelidir. Bitlenmiş ya da yüzünde, boynunda, baş derisinde iltihaplı taşınabilir hastalık kanıtı bulunan tutuklu ve hükümlülere hizmet verilmemelidir. Bunun yerine bu kişiler sağaltıma tabi tutulmalıdır. İşçiler uygun eğitilmiş olmalı, bulaşıcı hastalık bulundurmamalı, temiz elbise giymeli, her tutuklu ve hükümlüye hizmet verilmenden önce ellerini sabun ve akar suyla yıkamalı, bireysel sağlıklı boyunbağı ve havlu kullanmalı ve diğer hijyenik uygulamaları izlemelidir. Ortak toz bezleri, fırçalar, maşrapalar, vb. kullanılmamalıdır.

1, 42 no'lu kaynaklara ve sağlık Bakanlığı Düzenleneleri'ne bakınız.

4. Tıbbi Bakım Olanakları

İlke: Yeterli tıbbi bakım olanakları ve personel mahkumlara sağlık hizmeti vermek ve sağaltımlarını yapmak için hazır durumda bulunmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Yeterli sağlık hizmeti olanakları ve personeli sağlık sorunlarının ve hastalıkların olası sağaltımlarını çabuklaştıracak dolayısıyla ikincil enfeksiyonları, uzatılmış sağaltımı ciddi sakatlıkları ve olası ölümleri azaltacaktır.

Gerekli Koşullar: Bu standartlarda tartışılan Temel Sağlık Kuruluşları, hizmetleri ve uygulamalara ek olarak , hastane revirleri ve diğer tıbbi bakım kurumları ve hizmetleri, en azından şu şekilde olmalıdır.

A. Yeterli-uygun tıbbi bakım ve destek alanları; muayene, tedavi ve izolasyon odaları; banyo ve tuvaletler; hemşire istasyonları; merkezi ve genel depolar; tıbbi kayıtların saklandığı mekanlar; ve ayrı temiz ve kirli depolama alanlarıdır. Buralarda lavabolar ayak, diz veya bilekle açılabilir musluklarla donanmış olmalıdır.

B. İlaçlar ve biyolojik materyaller için, kilitli, anahtarlı ve sayılarak kontrol altında tutulabilecek uygun depolama alanları; farmakolojik materyal için soğutucu önerilmektedir.

C. Yeterli-uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon olanakları sağlanmalıdır.

D. Enfeksiyon kontrol komitesi aylık toplanmalı, toplantılarda edinilmiş enfeksiyonların insidansı ve asepsi uygulamaları gözden geçirilmelidir. Komite acil bakım ve ayaktan tedavi konularında "Hastanelerin Kredilendirilmiş Birleşik Komisyonu" nun belirlediği standartlara olabildiğince uymalıdır. İzolasyon uygulamaları için ilkeler, Hastalık Kontrol Merkezinin yayınladığı Hastanelerde Kullanılacak İzolasyon Teknikleri ile belirtilmiş olan ilkeler ve Amerikan Halk Sağlığı Birliği'nin *İnsanlarda Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü İlkelerine* (1985) uyulması önerilmektedir.

E. Tıbbi veya Diş Sağlığı Hizmetlerinde uygulanacak yöntemler, ekipman ve araçlar tutuklu nüfusunun rutin sağlık gereksinimlerine yeter sayıda olmalıdır. Kurum politikaları ve ekipman ayrıca araçların kalibrasyon protokolleri gereken sıklıkta belgelendirilmelidir.

F. Tüm tedavi ve kolaylaştırıcı faktörlerin kayıtları tutulmalıdır. Kurum için olağan dışı olan sağlık bakım gereksinimleri için bir çok kurumun kamu sağlık hizmetleriyle anlaşarak ya da başka bir şekilde ilişki kurdukları gözlenmektedir. Revirde sadece kurum içindeki ilk yardım hizmeti verilmektedir.

Bkz. Tıbbi ve Dış Sağlığı ve Eczacılıkla ilgili bölümler, "45 ve 46 no.lu referanslar, Uygun bakım Standartları ve hukukla ilgili referanslar.

D. Güvenlik

1. Kazalardan Korunma

İlke: Kurum inşaatı, tadilat ve onarımı güvenlik ilkelerine uygun olarak yapılmalıdır. Tüm Kazaların ve yaralanmaların etkin kontrolü için yeterli kayıt sistemi geliştirilmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Kazalar geçici ya da kalıcı sakatlıklara neden olabilen, tedavi gerektiren yaralanmaların önemli bölümünü oluştururlar. Bireye ve ekonomik bedeli ile de topluma zarar verirler.

Gerekli Koşullar: Kazalardan korunmada herhangi bir kurumda, fabrikada ya da evde uygulanan yöntemlerle aynı koruyucu yöntemler ceza ve tutuk evlerinde kullanılmalıdır. Kazadan korunma rehberi :

A. Kurumun planının oluşturulması, sürdürülmesi ve düzenlenmesi ile, yüzey döşemeleri, aydınlatma olanakları, düşme, kayma ve takılma risklerini en aza indirilmelidir.

B. Tüm elektrik kazalarına, şok ve yanıklar da dahil koruyucu önlemler geliştirilmelidir.

C. Yakıt yanıklarının önlenmesine yönelik olarak, yakıtların ve ısınma gereçlerinin tehlikeli ve ya istenmeyen maruziyeti azaltmak üzere, planlama ve tesisat düzenlenmeleri yapılmalı ve yangınlarla, patlama riski en aza indirilmelidir.

D. Kuruluşlar, ilaçların, insektisitlerin, patlayıcı ve yanıcı sıvıların, zehirlerin, deterjanların, güvenli ve uygun depolanmasını sağlamalı; diğer istenmeyen yaralanmaya neden olabilecek maddelerin depo ve kullanımı düzenlenmeli ve etiketlenmelidirler.

E. Çevre, sıcak su, buhar, yalıtılmamış temaslar yönünden kontrol altında tutulmalı ve bu gibi nedenlerle olabilecek yanıklar da en aza indirilmelidir. Duşlar ve tuvaletlerde 49 °C üzerinde sıcak suya hiçbir koşulda izin verilmemeli (43°C önerilir) ve buhar karıştıran valvler yasaklanmalıdır.

NOT: 57°C üzerindeki sıcak su 10-15 sn.de 3. Derece yanıklara yol açabilir. Tüketici Ürün Güvenliği Komisyonu 49°C ısıyı önermektedir.

F. Soğuk iklimlerde, yürüyüş yollarında kar ve buz nedeniyle olabilecek kaymayı en aza indirecek önlemler alınmalıdır.

G. Çalışma alanında güvenli araçlar bulunmalı, uygun giysi ve ayakkabı donanımı sağlanmalı, tüm tutuklu ve hükümlülerin yaralanma, kesiler, yanıklar, kimyasal maddelerle temas ve göz yaralanmalarını önleyecek şekilde giyinmeleri sağlanmalıdır.

H. İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yasası Standartları uygulanmalıdır.

İ. Tüm tutuklu ve hükümlülerin kaza ve yaralanmalara ait kayıtları tıbbi personel tarafından tutulmalı, kayıtlar tıbbi ve idari personel tarafından aylık olarak gözden geçirilmeli ve yinelemeleri önlemek üzere gereken önlemler alınmalıdır.

Bkz. 1,2,43 no'lu referanslar ve İş Güvenliği ve Sağlık Yasası Standartları

2.Olağandışı Durum Planlaması

İlke: Olağandışı durum planlaması, personelin, hükümlü ve tutukluların ve ziyaretçilerin güvenliğini sağlayabilecek yeterlikte olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Doğal afetler ya da insan eliyle oluşan olağandışı durumlar sinir bozukluğu, yaralanma ve ölümlere neden olabilir.

Gerekli Koşullar: Olağandışı durum planlaması, kasırgalar, seller, ayaklanmalar, patlamalar ve yangınları kapsmalıdır. Olağandışı durum planı, ısı kaybı, su kaybı ve elektrik kaybı gibi arızalara karşı özel eylemleri de içermelidir. Bir olağandışı durum planı resmi makamlara yol gösterici, sürdürülebilir ve yeterli olmalıdır.

Olağandışı durum eğitimi, hizmeti ve kuruluşun işlevini sürdürmekle yükümlü personele yönelik olarak en azından yılda bir kez verilmelidir. Sonuçlar belgelenmeli ve gerekiyorsa değişiklikler yapılmalıdır. Olağandışı durum yönetimi amacıyla yerel ve devlet olağandışı durum planlama makamlarıyla iletişim sağlanmalıdır. Olağandışı durum planlama aktiviteleri yerel ya da devlet planlamacılarının rolü de göz önünde tutularak belgelenmelidir.

3. Yangından Korunma ve Yangında Güvenlik Uygulamaları.

İlke: Yangından korunma ve yangında güvenlik uygulamaları yaşamı koruyucu ve yaralanmaları önleyecek yeterlikte olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tutuklu ve hükümlülerin güvenlik gereksinimleri iç ortamda oluşabilen olayların yangına neden olabilmesi, serbest hareketin ve çıkışların kısıtlanmış olması, kullanılan materyalin yanmaz özellikte olması, yangın kontrol merkezlerine kolaylıkla ulaşılabilir olması, erken uyarı araçlarının olması ve titiz bir şekilde yaşamı korumayı ve yaralanmaları önleyecek korunma teknikleri ve yöntemlerinin belirlenmesini gerektirmektedir. Sigara kullanımı, yangına bağlı ölümlerin en önemli nedenidir.

Gerekli Koşullar: Tüm yapı, araçlar ve ekipman yangından korunma standartlarına uygun olarak inşa edilmeli ve sürdürülmelidir. Aşağıdaki özgül kriterler sağlanmalıdır:

A. Tüm yapı malzemeleri ve iş araçları yanmaya dirençli olmalıdır. Kumaşlar ve perdeler, bölme perdeleri de dahil yanmaya dirençli olduğu etiketlenmiş ve onaylanmış olmalı, yanabilen döşemeler en aza indirilmelidir.

B. Yanabilir malzeme içerenler, potansiyel parlayıcı buharlar vb. işaretlenmeli ve açık alevden uzak tutulmalıdır. Bu tür alanlar güvenli kılınacak şekilde en azından aylık olarak kontrol edilmelidir.

C. Poliüretan minder, yatak kullanımı yasaklanmalıdır. Yatak ve minderler ateşe dayanıklılığı arttırılmış pamuk, neopren, köpük ya da eşdeğeri malzemedir yapılmıştır.

D. Yanıcı sıvılar uygun şekilde depolanmalıdır.

E. Ulaşım kanalları, tirabzanlar, merdivenler, mutfaklar, kazan daireleri, fırın odaları, boya ve halı dükkanları vb. riskli odalarda ateşe dayanıklı malzeme kullanılmalıdır.

F. Geçitler, kapılar ve merdivenler geniş, işaretlenmiş, temiz tutulan, kapak ve bölümlere ayrılmış şekilde yangından korunmalı ve binada şemalarla belirtilmiş olmalıdır. Kat sayıları ve binanın yüksekliği tutuklu ve hükümlülerle personel sayısına bağlıdır. Yangın söndürme ekipmanı yeterli sayıda olmalı, tahliye geçitleri binada yaşayan ve çalışanların acil bir durumda kolay ve güvenli bir şekilde uzaklaşabileceği şekilde düzenlenmelidir.

G. Birbirinden uzak iki yangın çıkışı olmalıdır. Çıkamaz koridorlar yasaklanmalıdır.

H. Geçitlerde, çamaşırhane, çöplük ve depo gibi elverişsiz alanlarda ve revir gibi yerlerde engellilerin kullanımına uygun biçimde otomatik püskürtmeli yangın söndürücüler bulunmalıdır.

İ. Mutfaklarda, kantinlerde, depolarda otomatik yangın söndürme sistemi bulunmalıdır.

J. Yangın söndürme cihazları, araçları ve alarmlar kullanıma hazır olarak tutulmalı, araç-gerecin yeri ve kullanım şartnamesi tüm personel tarafından bilinmelidir. Yangın su boruları, hortumlar kullanıma hazır olmalı, yangın söndürücünün numarası, tipi ve yeri, ikmal ve dolum verileri ile uygulama talimatı hazır bulundurulmalıdır.

K. Duman alarm sistemleri yatakhane ve koğuşlar ile genel toplantı alanları, kazan dairesi, mutfaklar, çamaşırhaneler, garaj, resim ve halı dokuma ve satış alanları ve diğer çalışma alanlarında dumana duyarlı yangın alarm sistemi kurulmalıdır. İç mekan yangın alarm sistemi, en yakın itfaiye veya yangın söndürme birimleri ile doğrudan bağlantılı olmalıdır.

L. Yeterli sayıda pozitif basınçlı solunum aleti kurumda bulunmalı ve ulaşılabilir bir yerde olmalıdır.

M. Resmi görevliler mahkum ve tutukluların yaşam alanlarında uzaktan açılır-kapanır özellikte kapılar aracılığıyla görsel olarak izlem yapmalı, tüm hükümlü ve tutuklu bulunan alanlarda kapılar acil çıkışlar için uzaktan açılabilir olmalıdır.

N. Yangın tatbikatları bina tahliyesini de kapsamalı, eğer olası ise en azından yılda iki kez ve her vardiya için tatbikat tekrarlanmalıdır. Sonuçlar belgelenmeli, tahliye planları uygun yerlerde asılı olmalıdır.

O. Resmi memurlar ve yöneticiler ile kurumun bağlı olduğu kuruluşta çalışan personel yıllık olarak hizmet içi eğitime alınmalıdır.

Bkz. 2,5; ve hukuki referanslar

4.Kuruma Ait İşlemler

İlke: Tüm ceza ve tutukevi endüstrisinde kurumun işleyişi ile imalatlar özel sektör işleyişine benzer şekilde, federal ve devlet güvenlik standartlarına uygun olmalıdırlar.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Güvenli, sağlıklı ve esenlikli çalışma koşulları sağlanmalı, uygulamalar, yaralanma, hastalık, sakatlık ve ölümlerin önlenmesini sağlamalıdır.

Gerekli Koşullar: Konservehaneler, süthaneler, mandıralar, buzhaneler Gıda ve İlaç Yönetimi standartlarına uygun olmalı, et ve mezbaha işlemleri Et ve Mezbaha İşletmeleri standartlarına uygun olmalıdır. Hastane işleyişi Sağlık Bakımı ve İnsan Hizmetleri Standartlarına uygun olmalıdır. Su

işletmesi, kirli su işletmesi ve katı atıkların yönlendirilmesi işlemlerinin federal ve eyalet standartlarına uygun olmalıdır.

Bkz. Bölüm VII, Kısım C, İş Sağlığı Hizmetleri, 1-11-12-15-17-18-19-20-21-22-26-27-28-29-30-41 no'lu referanslar.

5. Gürültü Kontrolü

İlke: Kuruluş tasarımı ve devamlılığın sağlanması, gürültü, titreşim kontrolü düşünülerek yapılmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Aşırı gürültü; irritasyon, mental ve emosyonel gerginlikle, yaralanma riskinin artmasına neden olabilen dikkat azalmasına yol açabilir. Yeterli yoğunlukta ve yeterli sürede aşırı yüksek ses, işitme kaybına, konuşma ve iletişim bozukluklarına, huzursuzluk ve kazalara yol açabilir.

Gerekli Koşullar: Günlük aktivite ve günlük yaşam koşullarında ses, kabul edilebilir düzeylerin üzerinde olmamalıdır. Uygun olan yerlerde devlete ait uzman bir kuruluş, gürültü denetimi ve değerlendirmesi yapmalı, sorunlar değerlendirilip gereken önlemler alınmalıdır. Aşağıdaki koşullara uyulmalıdır:

A. Tutuklu ve hükümlülerin yaşadığı alanlarda gürültü düzeyleri gündüz 70dB, gece 4 dB'i aşmamalıdır. Gürültü düzeyleri düzenli aralıklarla ölçülerek belgelenmelidir.

B. Tüm çalışma alanları çevresinde gürültü düzeyleri İş Güvenliği ve Sağlığı Yasası standartlarına uygun olmalıdır.

Bkz. 1,2,3,43 no'lu referanslar, İş Güvenliği ve Sağlığı Yasası, diğer hukuki referanslar.

6. Radyasyon Güvenliği

İlke: İyonize radyasyona maruziyet toplum sağlığı ve güvenliği için belirlenmiş, çağdaş, ulusal standartlara uygun en alt düzeye indirilmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tıp, diş hekimliği ve diğer uygulamalarda iyonize radyasyona maruziyetin kontrolü, kanser riskini, germ hücre sağlığını ve kromozom bozukluklarını en aza indirmek için şarttır.

Gerekli Koşullar: Tüm radyasyon ekipmanı sağlık kuruluşunun yasal standartları ile uyumlu olmalı ve rutin olarak izlenmeli ve kontrol edilmelidir. Personelin iyonize radyasyon kaynaklarını ve ekipmanını kullanma konusunda eğitilmesi ve güvenli işlem uygulama yeterliliği belgesi alması, Toplum Sağlığı Kanunu (97/35) ve Tüketici- Hasta Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda (1981) belirtildiği gibi verilmelidir. Güvenlik kuralları güvenlik uygulamalarının belgelenmesine elverişli olmalıdır. Personel yıllık bazda hizmet içi güvenlik eğitimi almalı iş sahasında ve çevresinde oluşabilecek, tıbbi olmayan radyasyon maruziyetleri der iç güvenliği ve sağlık yönetimi standartları ile sınırlanmalıdır.

Bkz. Referanslar 1, 31, 32,33, 34.

E-Hijyen ve Bireysel Gereksinimler

1. Kişisel Hijyen

İlke: Mantar ve bitler de dahil, bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesi amacıyla, gerekli tüm pratik önlemler alınmalıdır. Tutuklu ve hükümlülerin, kişisel hijyenlerini ve giyinme gereksinimlerini karşılayacak yeterli olanaklar sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Baş, vücut, tırnaklar ya da ayaklarda lokalize mantar enfeksiyonu, diğer bireylere bulaşabilir ve kelliğe, el ve ayaklar da dahil olmak üzere vücudun çeşitli bölümlerinde lezyonlara, ikincil enfeksiyonlara yol açabilir. Tutuklu ya da hükümlülerin, kişisel hijyenleri için gerekli olan donanım ve olanaklarla, giysi gereksinimleri karşılanırken, bunların kolayca temizlenebilir ve enfeksiyonlara başka hastalıkları en aza indirebilecek özellikte olması sağlanmalıdır.

Gerekli Koşullar: Kuruluşlar, ölçütlerini Amerikan Halk Sağlığı Birliği'nce (1985) tanımlanan, *İnsanda Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü* kurallarına uygun olarak belirlemelidirler. Her tutuklu ya da hükümlüye haftada en az üç kez havlular verilmesiyle başlanabilir. Her tutuklu ya da hükümlü için, diş macunu ya da diş tozu, diş fırçası, sabun, tarak ve tıraş malzemesi sağlanmalıdır. Herkese tuvalet kağıdı, kadınlara gerektiğinde hijyenik kadın bağıları ya da tamponlar sağlanmalıdır. Eğer tutuklu ya da hükümlünün yeterli giyeceği yoksa, uygun giysiler temin edilmelidir. Yıkanebilir giysiler en az haftada bir kez yıkanmalıdır. Tıbbi endikasyonla temiz giysi ve yatak gereksinimi varsa, yıkama sıklığı artırılmalıdır. Yemek servisi, tıbbi görevler gibi özel görevleri olan tutuklu ya da hükümlülerin, kişisel hijyen gereksinimlerini karşılamak zorundadır. Duşlar, tutuklu ya da hükümlülerin her gün yararlanmasını sağlayacak sayıda olmalı ve sıcak su olanağı sağlanmalıdır. Güvenlikle ilgili yazılı ek hükümler başka bir uygulama öngörmüyorsa, tutuklu ve hükümlüler 5'er dakika ara ile duşlara ulaşmalıdır.

Sık el yıkama olanağı olmalı, kişiler, hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla sık el yıkamaya teşvik edilmelidir.

Sanitasyon olanakları mahrum bırakma gibi yollarla ceza aracı olarak kullanılmamalıdır.

Bkz. Referans 1 ve hukuki kaynaklar

2-Yatak Takımı

İlke: Her tutuklu ya da hükümlüye, tıbbi açıdan güvenliğini tehdit etmeyecek özellikte yatak takımları sağlanmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Temiz yataklar, düzenli olarak temizliği sürdürülmek koşulu ile sağlığın sürdürülmesi ve hastalık ya da enfeksiyon riskini en aza indirmede çok önemlidir.

Gerekli Koşullar: Her tutuklu ya da hükümlünün kullanımı için en azından bir karyola, bir yatak, temiz yatak örtüsü çarşaf ve yastık, yastık kılıf, battaniye yorgan ve iki çarşaf sağlanmalıdır. Yatak örtüsü, çarşaf ve yastık kılıfı en az haftada bir kez değiştirilmelidir. Yorgan ve battaniyeler de birden fazla kişi tarafından kullanılıyorsa en az haftada bir kez temizlenmelidir. Tek kişinin kullandığı yorgan/battaniyeler kirlendiği görüldüğünde ancak en az yılda bir kez temizlenmelidir.

Tutuklu ya da hükümlünün sağlık personeli tarafından intihar eğilimi olduğu değerlendirilmesi yapılırsa, yatak örtüsü ve çarşaf bir süre alıkonabilir. (Bkz: İntiharın Önlenmesi) Bu durumda 12 saat içinde tam bir ruh sağlığı muayenesi yapılmalıdır. Yatak donanımı, yoksun bırakma yoluyla kesinlikle bir ceza aracı olarak kullanılmamalıdır.

Bkz: Referans 1 ve hukuki kaynaklar.

3. Tuvaletler ve Banyo Olanakları

İlke: Tuvaletler, lavabolar ve banyolar yeterli sayıda ve kurumun amacına ve tipine uygun olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tuvaletler, lavabolar ve banyolar sağlığın korunması ve hastalıkların yayılmasını önlemede temel koşullardır.

Gerekli Koşullar: Tuvalet ve banyoların yeterli sayıda, uygun olarak bir araya getirilmiş ve sürdürülebilir olması gereklidir. Bunun için aşağıdaki koşullar sağlanmalıdır:

A. Her tuvalet biriminde, tek kişilik düz (alaturka) hela ya da eşdeğeri ile, bir lavabo bulunmalıdır.

B. Eğer yatma alanları koğuş düzeninde ise, her sekiz tutuklu ya da hükümlüye bir tuvalet; her altı tutuklu ya da hükümlüye bir lavabo bulunmalıdır.

C. Duşlar her sekiz tutuklu ya da hükümlüye bir duş düşecek şekilde yapılmalı, kullanıma hazır sabun ve kişisel havlular bulunmalıdır.

D. Tüm duş ve lavabolarda suyun sıcaklığı 49°C den yüksek olmamalıdır.

E. Helalar için yeterli sayıda tuvalet kağıdı bulundurulmalıdır.

F. Her lavaboda dağılmaz camdan yapılmış aynalar olmalıdır.

G. Her hücrede ya da hücre bloklarında sağlıklı fiske içme suyu çeşmesi ya da tek kullanımlık su bardakları bulunmalıdır.

H. Çalışma, eğitim, dinlenme vb. alanlarla mutfaklarda yeterli hela ve lavabo olanakları sağlanmalıdır.

İ. Her hücre bloğu için bir septik çukur sağlanmalıdır

J. Koğuşlar ve diğer yaşam alanlarında her tuvalette sıcak ve soğuk su olmalıdır.

Yatakhaneler, koğuşlarda erkekler için, tuvaletlerin üçte biri oranında pisuar bulunmalıdır.

Bkz. Referans 1,37,38,40 ve hukuki kaynaklar.

4. Alan

İlke: Çalışma ya da işleve uygun diğer alanların yeterli olması önerilir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Bulaşıcı hastalıkların yayılmasının en aza indirilmesi, belirli görevlerin yerine getirilmesi, gerilimi en aza indirmek amaçlarıyla, bireyin yalnız kalma gereksinimini karşılayacak yeterlikte alanların varlığı, sağlığın ve güvenliğin ve genel iyilik halinin devamı için mutlak koşuldur.

Gerekli Koşullar: Aşağıdaki koşullar sağlanmalıdır:

A. Hücre ya da odalar tutuklu ve hükümlülerin yalnız kalma gereksinimini karşılayacak, diğerlerinden gelebilecek zararları önleyecek şekilde, kurum politikalarına uygun ve hükümlünün barınma gereksinimini karşılayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Alanlar kişi başına en az 5,6 metrekare taban

yüzeyi ile en az 2,4 metre yüksekliğinde olmalıdır. Tutuklu ya da hükümlülerin günde 10 saatten fazla kilitli kalacağı odalar ya da hücrelerde ise kişi başına 6,5 metrekare alan düşmelidir.

B. Eğer çift kişilik odalar kullanılıyorsa, alanları en az 11 metrekare ve yükseklikleri de en az 2,4 metre olmalıdır.

C. NOT: Tek kişilik odalar önerilir. Tek kişilik hücreler, çok kişilik odalara ve koğuşlara tercih edilmelidir.

D. Koğuşlarda ya da hücrelerde iki katlı ranzaların kullanımı önerilmemektedir.

E. Koğuşlar kullanılıyorsa, her tutuklu ya da hükümlü için, kişi başına en az 5,6 metrekare taban yüzeyi ile, en az 2,4 metre yüksekliğinde olmalıdır. Tutuklu ya da hükümlünün günde 10 saatten fazla kilitli kalacağı koğuşlarda ise kişi başına 6,5 metrekare alan düşmelidir. Birimler acil koşullarda insanların hızla, yığılma olmaksızın tahliye olabileceği çıkışlara sahip olmalıdır.

F. Evlilik ziyaretleri hariç çift kişilik karyola ya da çift kişilik tek yatakta iki kişinin kalmasına izin verilmemelidir.

G. Gündüz odaları, koğuşlara ya da hücre bloklarına geçişli olmalı, aynı anda çok sayıda kişinin bulunduğu bu odalarda her kişi başına en az 3,2 metrekare alan düşecek büyüklükte olmalıdır. Yüksekliği de 2,4 metre olmalıdır.

Bkz. Referans 1,3,4 ve hukuki kaynaklar

F-Gözlem, Personel Denetimi

1. Hizmet içi Eğitim

İlke: Kurum personeli çevre sağlığı ve sanitasyonundan sorumludur. Bu nedenle personelin gözlem, izleme ve denetleme konularında eğitilmeleri gereklidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Fizik çevredeki eksiklikler ve yetersizlikler, tutuklu ya da hükümlülerin yaralanmasına ya da hastalanmasına neden olan riskli durumlara yol açabilir. Bu çevresel risklere ek olarak, toplu yaşamadan ve ceza ve tutukevleri gibi kurumların işlevi ile ilgili riskler söz konusu olabilir. Bu tür riskleri en aza indirmek ve erken fark ederek önlem alabilmek için, eğitilmiş personel ve devamlı gözlem gereklidir.

Gerekli koşullar: Aşağıdaki koşullar sağlanmalıdır. Kurum personelinin eğitimi, denetleyicilerle toplum örgütlerine ait görevliler tarafından yapılmalıdır. Eğitim uygun devlet kurumları tarafından yapılacak bir plana göre düzenlenmelidir. Burada sözü geçen devlet kuruluşu, sağlık birimi ya da kurumun bulunduğu yerdeki kamu kuruluşları olabilir.

Kurum kalifiye kişileri atamalı bu kişilere yeterli donanımlı personel ve destek birimleri ile destek olmalıdır. Ayrıca gerekirse kuruluşun büyüklüğüne göre, çevresel denetleme ve kısa düzeltmeleri yapmasına olanak sağlanmalıdır. Bu kişi(ler) tüm çevresel sanitasyondan sorumlu olmalıdır.

2. Öz-denetim

İlke: Ceza ve tutukevleri, devletin resmi denetim ve değerlendirmeden sorumlu profesyonel ve eğitilmiş personelinin ve yerel düzenleyici kuruluşların yansısı, kuruluşun bünyesinden seçilen eğitilmiş personelle de çevre denetimi ve gözlemi yapılmalıdır. Bu denetlemelerin sıklığı, toplum sağlığı risklerinin yoğunluğu ile orantılı ve yazılı kural ve politikalara uygun olarak belirlenmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Sağlıksız ve tehlikeli çevresel koşulların sonucu olarak ortaya çıkan risklerin çokluğu ile, ihmal, ilgisizlik, cehalet ve dikkatsizlik gibi insan faktörleri bir araya geldiğinde, çözüme yönelik işlevler ve aktiviteler daha da anlam kazanmaktadır. Öz-denetim kurum ve çevresinde kabul edilebilir yaşam ve iç koşulların sağlanmasında özellikle önem taşır.

Gerekli Koşullar: Öz-denetim ve kurallara uyma tüm çevresel sanitasyon koşullarıyla ayrıntılı olarak bu bölümün gerçek amacını oluşturmaktadır. Yetersizlik ve alınan önlemler belgelenmelidir. Denetim raporlarının kopyaları sorumlulara, kurum politikasında belirlenen Kalite Güvenliği Programındaki kurallara uygun olarak iletilmelidir ve en az beş yıllık durumu içermelidir.

3. Düzenleyici Kuruluşlar

İlke: Toplum sağlığı, itfaiye ve toplum güvenlik kuruluşları en az yılda bir tüm kuruluşu içine alan denetim ve değerlendirmeleri yaparak rapor hazırlamalıdır. Bu raporlar sorumlu kuruluş yöneticisine, yetki aşamalarına uygun olarak tüm sorumlu komisyona, kuruluşun sağlık ve çevre mühendisliği yönünden durumu rapor edilmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Çevre sağlık mühendisliği ve sanitasyon denetlemeleri ve öneriler bir araya getirildiğinde, kötü hijyen koşulları ve yanlış çevre uygulamaları sonucu ortaya çıkabilecek, önlenemez hastalıklar ve ölümlerin prevalansı da en aza inecektir.

Gerekli Koşullar: En uzak iki yıllık veya yıllık denetimler, toplumda benzer sorumluluğu olan kuruluşlar tarafından yapılmalıdır. Denetimler engellenmeden sürdürülerek raporlar yazılmalıdır. Rapor ve öneriler sorumlu kurum yöneticisi ile, ilgili kurum ve komisyonlarca gerçekleştirilmelidir. Düzenleyici denetimler kurumun tüm alanlarını kapsamalıdır.

Yetersizlikler belgelenmeli ve düzeltmeye yönelik yeni planlamalar tamamlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Seçilmiş Okumalar

1. Walton G. Institutional Sanitation, U.S. Bureau of Prisons; Washington, D.C., June 1965
2. Environmental Engineering for the School, A Manual of Recommended Practice; U.S. DHEW, PHS Pub. No 856,1961.
3. Housing: Basic Health Principles and Recommended Ordinance, American Public Health Association, 1971.
4. APHA-PHS Recommended Housing Maintenance and Occupancy Ordinance, Revision DHEW, Pub. No. (CDC) 75-8299,1975.
5. Life Safety Code, 1981, NFPA No. 101, National Fire Protection Agency, 470 Atlantic Ave., Boston, MA 02210
6. Uniform Building Code, International Conference of Building Officials (ICBO); Pasadena, CA, 1979.
7. Southern Standard Building Code, Southern Building Code Conference ; Birmingham, AL,1965
8. The BOCA Basic Building Code, Second Edition, Building and Code Administrators, Inc., Homewood, IL, 1981.
9. National Building Code, American Insurance Association,; New York, 1967.
10. Environmental Health Practice in Recreational Areas, U.S. DHEW,PHS Pub. No. 1195, Washington, D.C., 1968.
11. Manual for the Evaluation of State Drinking Water Supply Program, Environmental Protection Agency; 1974.
12. Interim Primary Drinking Water Standard, EPA;1975
13. Recommended Standards for Water Works, 1982, GLUMRB, Health Education Service; Box 7283, Albany, NY 12224.
14. Recommended Standards for Sewage Works, 1978, GLUMRB, Health Education Service; Box 7283, Albany, NY 12224.

15. Recommended Standards for Bathing Beaches, 1975, GLUMRB, Health Education Service; Box 7283, Albany, NY 12224.
16. Design and Construction of Sanitary and Storm Sewers, Water Pollution Control Federation Manual of Practice No. 9, 1970;2626 Pennsylvania Ave., NW, Washington, D.C.20037.
17. Operation of Wastewater Treatment Plants, Water Pollution Control Federation Manual of Practice No. 11, 1976;2626 Pennsylvania Ave., NW, Washington, D.C.20037.
18. Water Quality & Treatment, The American Water Works Association, Inc.: McGraw-Hill Book Company; New York, 1971.
19. Incinerator Guidelines, U.S. DHEW, PHS, Pub. No. 2012; Washington D.C.,1969.
20. Municipal Refuse Disposal, American Public Works Association; Chicago, IL,1970.
21. Sanitary Landfill, ASCE, Manuals and Reports on Engineering Practise, No. 39,NY,1976.
22. Refuse Collection Practice, American Public Works Association; Chicago, IL,1974.
23. Guide and Data Book; 1970 Systems Vol., 1969 Application Vol., American Society of Heating, Refrigeration and Air Conditioning Engineers; 345 East 47th Street, New York, NY.
24. Handbook of Fundamentals; American Society of Heating, Refrigeration and Air Conditioning Engineers; 345 East 47th Street, New York, NY.
25. National Electrical Code Handbook, 3rd. Edition National Fire Protection Association;Battery March Park, Quincy, MA 02269, October 1984.
26. Food Service Sanitation Manual, U.S. DHEW, Pub. No .(FDA) 78-2081, 1976.
27. The Vending of Food & Beverages Including a Model Ordinance, U.S. DHEW, Pub. No .(FDA) 78-2081, 1978.
28. Grade "A" Pasteurized Milk Ordinance, U.S. DHEW, Pub. No .(FDA) 229,1978.
29. Human Foods: Current Good Manufacture, Processing, Packing or Holding, U.S. DHEW, Recommendations of FDA.
30. Thermally Processed Low-Acid Food Packaged in Hermetically Sealed Containers, U.S. DHEW, Recommendations of FDA.
31. Basic Radiation Protection Criteria, Rep. No. 39, National Council on Radiation Protection and Measurements; Washington D.C.,1971.
32. Dental X-Ray Protection, Rep. No. 35, National Council on Radiation Protection and Measurements; Washington D.C.,1970.
33. Medical X-Ray and Gamma-Ray Protection for Energies up to 10 Mev-Equipment Design and Use , Rep. No. 33, National Council on Radiation Protection and Measurements; Washington D.C.,1968.
34. Medical X-Ray and Gamma-Ray Protection for Energies up to 10 Mev-Structural Shielding Design and Evaluation , Rep. No. 34, National Council on Radiation Protection and Measurements; Washington D.C.,1968.
35. Pesticides and Public Health, U.S. DHEW,PHS,1966.
36. Control of Rats & Mice, U.S. DHEW, PHS, 1969
37. National Plumbing Code, ASA A40.8-1955; American Society of Mechanical Engineers; New York, 1955.
38. Report of Public Health Service Technical Committee on Plumbing Standards, U.S. Public Health Service Pub. No. 1038 DHEW; Washington D.C.,1962.
39. Cross-connection Control Manual, U.S. Environmental Protection Agency, EPA-430 / 9-002; Washington D.C.,1973.
40. Uniform Plumbing Code, International Association of Plumbing and Mechanical Officials, 5032 Alhambra Ave., Los Angeles, CA 90032, 1982.
41. Carnow, B.W., et al., "A Bookshelf of Occupational Health and Safety", American Journal of Public Health, May 1915, Vol. 65, No. 5.
42. "Barber and Beauty Shop," Preventive Medicine, Environmental Hygiene, Headquarters, Department of Army; Washington D.C.
43. Environmental Health Planning, U.S. DHEW,PHS, Pub. No. 2120, 1971.
44. Local Planning Administration, Mary McLean, Ed., The International City Manager's Association; Chicago, IL, 1959.
45. Accreditation Manual for Hospitals, Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Chicago, IL, 1984.
46. CDC Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals, HHS 83-8314, 1983.

Çevre İle İlgili Seçilmiş Okumalar

Allmond, Terry, T., et al., "Environmental Sanitation Monitoring at the United States Disciplinary Barracks, 1979-1982," J Environ Health, November/December 1983.

Altman, I., and Sundstrom, E. Relationships Between Dominance and Territorial Behavior: A Field Study in a Youth Rehabilitation Setting, University of UTAH; 1972.

Bell, I., "Environmental Conditions in Kentucky's Penal Institutions," J Environ Health, November/December 1974.

Bond, R.G., et al, Health and Safety in Health Care Facilities, Macmillan Publishing Co., Inc., NY, 1973.

Brown, Stanford M., Clark, Wayne,N., Zuleback, Steven L. "Environmental Health Field Practice, Praeger Publishers, NY, 1983.

Chanlett, E.T. J Environmental Protection, McGraw-Hill Book Company; New York, 1979.

Environmental Engineering for the School, U.S. DHEW; Washington D.C.20201, 1961.

Environmental Health Aspects of the Hospital, Volume I, II, III, IV, U.S. DHEW; Washington D.C.20201, March-August 1967.

Environmental Health Ready Reference, Michigan Environmental Health Association, November 1983.

Freedman, B. Sanitarian's Handbook, Peerless Publishing Co., New Orleans, LA, 1977.

Godblatt, L. Prisoners and Their Environment, Department of Urban Studies and Planning, MIT, Cambridge, MA:

Goffman, E., Asylum, Aldine Publishing Co., Chicago, IL, 1962.

Geading Schedule for Municipal Fire Protection, Insurance Services Office, 160 Water St., New York, NY 10038, 1974.

Handbook of Correctional Institution Design and Construction, U.S. Bureau of Prisons, 1949.

Jail Planning and Construction Standards, State of Illinois, Department of Corrections; Springfield, IL, 1971.

Koren, H. Handbook of Environmental Health and Safety, Pergamon Press, NY, 1980.

Nursing Homes- Environmental Health Factors U.S. DHEW; Washington D.C.20201, March 1963.

Public Swimming Pools: Recommended Regulations for Design and Costruction, Operation and Maintenance, American Public Health Association, Washington, D.C.,1981

Publications of the Commission on Accreditation for Corrections, 6110 Executive Blvd., Suite 750, Rockville, MD 20852

Purdon, P.W. Environmental Health, Academic Press, NY,1980.

Salvato, J.A, Environmental Engineering and Satitation, Wiley-Interscience, NY,1982.

Sampson, W.W. "Penal Institutions Environmental Health Regulations," Environ Health, July/August 1974.

Skoler, D.L. and Loewenstein, R.H. " The Enforcement of Sanitary and Environmental Codes in Jails and Prisons," J Environ Health January/February 1975.

- Sommer, K., "The Ecology of Privacy," *New Environment for the Incarcerated*, LEAA,1972.
- Stokols, D., "A Social Psychological Model of Human Crowding Phenomenon," *American Institute of Planners Journal*, March 1972.
- The Captive Patient: Prison Health Care in Kentucky, Report of the Task Force on Prison and JailHealth, Lexington, KY, January 1974.
- The Development of a Fire Evaluation System for Detention and Correctional Occupancy, NBSIR 84-2976, NTIS, Springfield, VA 22161 (Order by PB No.85-177913).
- The Manual of Jail Administration, National Sheriff's Association. Washington, D.C., 1970.
- The Manual of Standarts for Adult Correctional Institutions, Second Edition, January 1981.
- " The United States Army Correctional System," *Army Regulation 190-47*,1978.
- TLV's Threshold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents in the Work Environment with Intended Changes for 1983, American Conference of Governmental Industrial Hygienists, Cincinnati, OH.
- Walker, Bailus, Jr., and Gordon, Theodore, J., "Administrative Aspects of Environmental Health in Correctional Institutions," *J Environ Health*, November/December 1976.
- Walton, G. Institutional Sanitation, U.S. Bureau of Prisons; Washington, D.C., June 1965.

Sınıflanmış Yargısal Kaynaklar

Temeller ve Yapılar

- Parrish v. Johnson, Civ. No. 79-71796, (E.D. Mich. Aug 22, 1983)
- Sherman v. Ferguson, Civ. No. 80-2-, (E.D.Ky. Oct, 1982)
- Heitman v. Gabriel, 524 f. Supp,622 (D.Ma.1981)
- Lightfoot v. Walker, 486 F. Supp, 504 (S.D. Ill. 1980)
- Dudek v. Nesary. No. C76-226, (E.D. Wash. 1971)
- Owens v. Robinson,457 F. Supp.984 (W.D. Pa.1978)

Hizmetler ve Kolaylıklar

- Cody v. Hillard, 599 F. Supp. 1025 (S.D.S.D. 1984)
- Battle v. Anderson, 376 F. Supp. 402 (E.D. Okla. 1974)
- Laaman v. Helgemoe, 1337 F. Supp.269 (D.N.H. 1977)
- Smith v. Sullivan, 553 F. 2nd 373(5th Cir. 1977)
- Jenkins v. Smith, Civ. No. 80-3660 (M.D. Tenn. Jan 12, 1983)
- Dawson v. Kendrick, 527 F. Supp.1252 (S.D.W.Va.1981)
- Goldsby v..Carnes, 365 F. Supp.395 (W.D.Mo.1973)
- Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14 (D.P.R.1979)
- Johnson v. Harris, 479 F. Supp.333(S.D.N.Y. 1979)
- Hines v. Anderson 439 F. Supp.12 (D.Minn.1977)
- Bey v. Wecht, Civ. No.76-743, (W.D.Pa.May 1983)
- Campbell v. McCrunder, 580 F. Supp.521(D.C.Cir.1977)
- Rowev.Jones, Civ .No. CV281-155 (S.D.Ga.)

- Duran v. Elrod, No 74C-2949 (E.D.III. 1983)
 Ramos v.Lamm,689 F.2d 559 (10th Cir. 1980) cer. Denied, 450 U.S: 1041 (1981)
 Hart v. Hill, Civ .No.77-479 PHX-EHC MS, (D. Ariz. April 21, 1982)
 Hendrix v. Faulkner, 525 F. Supp.435 (N.D. Ind.1981)
 Dudek v. Nesary , No. 76-226 (E.D. Wash. Aug 19, 1977)
 Ortiz v Turner, No. 77-2099B (S.D. III Feb 24, 1982)
 Hoptowit v. Ray, 682 F.2d 1237 (9th Cir. 1982)
 Mitchell v. Chester County Farms Prison, 425 F. Supp.271 (D. Pa. 1976)
 Fontenot v Phelps, CA No. 76-1300 (W:D:La. 1979)
 Jones v Wittenberg 323 F. Supp. 93 & 330 F. Supp.707 (N.D. Ohio 1971)

Özellikler

- Ramos v. Lamm, 639 F.2d 559 (10th Cir. 1980) cert. Denied. 450 U.S. 1041 (1981)
 Grubbs v. Bradley, 552 F. Supp.1052 (M.D. Tenn. 1982)
 Parrish v. Johnson, Civ . No. 79-71796 (E.D. Mich. Aug 22,1983)
 Collins v. Schoonfield, 344 F. Supp.257(D.Md. 1972)
 Newman v. State of Alabama, 503 F.2d 1320 (5th Cir. 1974) cert. Denied. 421 U.S. 949 (1975)

- Bradley v. Sumner County, CA No.81-3769 (M.D. Tenn. consent decree 1983)
 Murden v. Phelpps, Civ.No. 81396 PHX_WEC (D.Ariz. April 13, 1981)
 Palmigiano v. Garrahy, 443 F. Supp.956 (D.R.I.1977)
 Miller v. Carson, 401 F. Supp.835(M.D.Fla.1975)
 Collins v. Schoonfield, Civ . No. 71-500K, (D.Md.1972)
 Smith v. Oxley, C78-79 (N.D.Iowa 1980)
 Hoptowit v. Ray,682 F.2d 1237 (9th Cir.1982)
 Smith v. Sullivan, 553 F.2d373 (9th Cir.1977)

Güvenlik

- Owens v. Robinson, 457 F. Supp.984 (W:D.Pa.1978)
 Sherman v. Ferguson, Civ.No. 80-20(E.D Ky.Oct.1981)

Hijyen ve Kişisel Gereksinimler

- Martino v. Carey, 563 F. Supp.984 (D. Or.1981)
 Dawson v. Kendrick, 527 F. Supp.1252 (S.D.W.Va.1981)(jail)
 Jenkins v. Smith, CA No.80-3660 (M.D.Tenn. 1983)(jail)(consent decree)
 Hendrix v. Faulkner, 525 F. Supp.435 (N.D. Ind.1981)
 Mitchell v. Untreine, 421 F. Supp.886 (N.D. Fla.1976)
 Goldsby v. Carnes, 365 F. Supp.395 (W.D. Mo.1973) consent decree modified, 429 F. Supp.370 (W.D. Mo.1977)
 Martinez Rodriguez v. Jimenez, 409 F. Supp.582 (D.P.R. 1976)
 Campbell v McGruder, 416 F. Supp.100 (D.D.C.1975)

- Lasky v. Quinlan, 419 F. Supp.799 (S.D.N.Y. 1976)
- Inmates of Allegheny County Jail v. Wecht, (W.D.Pa.) Civ. No.76-743
- Ramos v. Lamm, 485 F. Supp.122 (D.Colo. 1979)
- Grubbs v. Bradley, 552 F. Supp.1052 (M.D.Tenn. 1982)
- Owens-El v. Robinson,457 F. Supp.984(W.D.Pa.1982)
- McMurry v. Phelps, 533 F. Supp.742(W.D.La.1978)
- Collins v. Schoonfield, Civ . No. 71-500K, (D.Md.)
- Murden v. Phipps , Civ . No. 81-396 PHX-WEC (D.Ariz.1983)
- Owens-El v. Robinson,442 F. Supp.1368(W.D.Pa.1978)
- Rowe v. Jones, Civ.No. CV281-155(S.D.Ga.)
- Palmigiano v. Garrahy, 443 F. Supp.956(D.R.I.1977)
- Parsons v. Nunes, CA No. 64070 Super. Ct., Calif. (1983)
- Heitman v. Gabriel, 524 F. Supp.622 (W.D.Mo.1981)
- Anderson v. Redman, 429 F. Supp.1105(D.Del. 1977)
- Campbell v McGruder, 580 F.2d 521 (D.C.Cir.1978)
- Toussaint v. Rushen, F. Supp.1365 (N.D.Cal.1983)
- Kendrick v. Bland, 541 F. Supp.21 (W.D.Ky.1981)
- Capps v. Atiyeh, F. Supp.894 (D.Or.1482)
- French v. Owens, 538 F. Supp.910 (D.Ind.1982)
- Epps v. Levine, 484 F. Supp.474 (D.Md.1980)
- Duran v. Elrod, No. 74C 2949 (E.D.Ill.1983)
- Hines v. Anderson 439 F. Supp.12 (D.Minn.1977)
- Lightfoot v. Walker, 486 F. Supp.504 (S.D.Ill.1980)
- Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp.14 (D.P.R.1979)
- Flakes v. Percy, 511 F. Supp.1325 (D.Wis.1981)
- Lareau v. Manson, 651 F.2d 90 (2d Cir.1981)
- Nelson v. Collins, 455 F. Supp.727 (D.Md.1978)
- Conjugal Soc.V. Chicago Title Ins. Co., 497 F. Supp.41 (D.P.R. 1979)

ECZACILIK HİZMETLERİ

İlke: Her birim hizmet verilen hükümlü nüfusun büyüklüğüne uygun bir eczaneye sahip olmalıdır.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Tıbbi gereksinimlere göre piyasada bulunan eczacılığa ait maddeler, çoğu akut ve kronik hastalığın tedavi ve kontrolü için gereklidir ve her sağlık bakımı programının ayrılmaz bir parçasıdır.

Gerekli Koşullar: Her cezaevi tedavi edici tüm maddeleri depolamak için emin bir yer belirlemelidir. Eczane çalışmaları ve farmasötiklerin depolanması diğer çalışmalardan fiziksel olarak ayrılmış bir yerde olmalıdır. Eczane, toplumdaki eczane kurallarına uymalıdır.

Her cezaevi eczane çalışmalarının düzen ve genel denetimini yapacak profesyonel eczacılık hizmetleri sağlayacaktır. Eczacı, tüm eczane çalışmalarını onaylayacak ve yasalara uygun olmalarını sağlayacaktır. Eczacı, tıbbi personel için ilaç envanterini özetleyen, örnekleri ve reçeteli ilaç kullanımını gösteren düzenli raporlar hazırlar. Yasaya uygun olarak sadece eczacı ya da tam anlamıyla yetkili, denetlenen bir teknisyen ilaç reçetesini hazırlayabilir. (Reçetenin hazırlanması, hekimin isteği ile ilaçların stok şişelerinden nakledilmesi işlemidir ve ilacın ismi, dozajı, dayanıklılığı, kullanım aralığı, kullanım süresi ve hastanın adı etikette belirtilir).

Reçetesiz ilaçlar, ıslahevlerinde sağlık hizmet birimlerinden başka yerlerde, örneğin günlük ihtiyaç deposunda, tıbbi personele danıştıktan sonra kullanılmak üzere kullanıma hazır olmalıdır. Bu ilaçların hazırlanmasını belirleyen özel yazılı kurallar olmalıdır.

Diğer tüm ilaçlar, sadece yerel ya da devlet yasasının izin verdiği, eğitilmiş sağlık personeli tarafından verilmelidir. Verilen her doz ilaç, tıbbi kayıtlara yazılarak belgelenmelidir. Verilmeyenler nedeni açıklanarak her gün eczaneye geri gönderilmelidir.

Tüm ilaç dozlarının verilmesi için sağlık personelinin yeterli olmadığı birimlerde ilaçlar uygun tıbbi personel ya da eczacı tarafından tek doz olarak hazırlanır. Hastanın ve ilacın adı, dozu, kullanım bilgisi yazılıp etiketlenmiş ambalajlarda özel eğitilmiş personel tarafından dağıtılabilir.

Hastalara ilacın birden fazla dozu verilecekse, yukarıdaki bilgileri içeren etiketli ambalajlarda olmalıdır.

Elde bulunduğu ilacın likit formları kullanılmalıdır.

İlacın reçetesi sadece uygun şekilde eğitilmiş, yasal olarak yetkili personel tarafından hazırlanabilir.

İlaç sadece anamnez, fizik muayene, neden belirleme ve tanıyı içeren bir değerlendirme sonrası reçete edilebilir.

Narkotikler, diğer denetim altındaki maddeler, belirgin toksisite tehlikesi olan ilaçlar veya cezaevinde bağımlılık oluşturabilecek maddeler çok iyi kontrol altında verilmeli, hastalar tarafından yutulması personel tarafından sağlanmalıdır.

Ceza evlerinde kontrollü ve narkotik ilaçların kullanımı en düşük düzeyde tutulmalı ve bu reçetelerin kullanım süresi belirli ve sınırlı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Cody v. Hillard, 599 F. Supp.1025 (S.D.S.D.1984)
2. Cherco v. County of Sonoma, No.80-.0334-SAW (M.D.Cal., decree entered Sept.27, 1982)
3. Collins v. Schoonfield, Civ . No. 71-500K, (D.Md.1972)
4. Goldsby v. Carnes, 365 F. Supp.395 (W.D.Mo. 1973)(consent decree), modified, 429 F. Supp.370 (W.D.Mo. 1973)
5. Inmates of the Metro Jail v. Thomas, A-5629-I(State Trial Court Tenn., Sept. 1980)
6. Lightfoot v. Walker, 486 F. Supp.504 (S.D.III.1980)
7. Newman v. Alabama, 349 F. Supp.278 (5th Cir.1978)
8. Ruia v. Estelle, 503 F. Supp.1025 (S.D.Tex.1980)
9. Smith v. Oxley, C-78-59 (N.D. Iowa, Feb.14,1980)(settlement)
10. Wellman v. Edwards, 715 F.2d 269 (7th Cir.1983)
11. Williams v. Edwards, 547 F.2d 1206 (5th Cir.1977)

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (KALİTE SAĞLANMASI)

İlke: Uygun ceza ve tutukevi sağlık hizmetlerinin sağlanması ve korunması, objektif değerlendirme ve bu tür değerlendirmeden kaynaklanan düzeltici etkinlik programlarının sürdürülmesini gerektirir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Hizmetlerin çağdaş, ulusal bakım standartlarına uygun olabilmesi için profesyonel uzmanlığın sağlanması ve sürekli olarak kalitesinin artırılması gereklidir. Bu nedenle bütün sağlık programlarının nesnel ve sistematik olarak hasta bakımının kalitesini ve uygunluğunu izlemek ve değerlendirmek amacıyla bir sistem geliştirilmelidir. Bu sistem hasta bakımını iyileştirmek için fırsatları kollarken belirlenen sorunların çözümünü kolaylaştırmalıdır.

Gerekli Koşullar:

1. Her cezaevi sağlık bakım hizmet ve programlarının bağımsızlığını ve iç kayıtlarını düzenlemelidir. Bu kayıtlar düzenli, sistematik, belgelenmiş olmalıdır ve uygun yetkililer için hazırda tutulmalıdır. Bu incelemeleri yapmak için ayda bir kezden az olmamak üzere bir araya gelecek multidisipliner bir ekip oluşturulmalıdır. Bu ekipte yöneticiler kadar klinik personel de bulunmalıdır. Ekip programının amaçlarını gösteren yazılı bir plan geliştirilmelidir. Bu amaçlar:

- A. Sağlık Kayıtları - bakımın kalitesi kadar tamlığı için;
- B. Cezaevi ayakta tedavi servisleri - genel ve ayrılmış hükümlüler için poliklinik ve acil servis hizmetleri ;
- C. Hükümlü Yakınmaları;
- D. Revir bakımı - kabulün uygunluğu, kabul ve taburcu etme kayıtları da dahil olmak üzere bakımın kalitesi;
- E. Dışıyla bağlantılı - zamanında ve yerinde. Hastaneye yatırılma durumunda kalış süresi;
- F. ilaç kullanımı - reçete edilen diğer ilaçlar kadar psikotropolar ve kontrollü ilaçlar;
- G. Mental sağlık tepkileri - izlemeyi de kapsayan krize yanıt.

2. Geliştirilen ve düzenli olarak gözden geçirilen sağlık bakım programı hizmetin kalitesini de güvence altına almalı ve sorumluluğu farklı birimlere paylaşmalıdır.

3. Sorunlar belirlendiğinde, bunları azaltmak veya ortadan kaldırmak için belgelenmiş girişimler oluşturulmalıdır. Bu girişimler eğitim veya öğretim programlarını, politika ve prosedürlerin gözden geçirilmesini, personel ve bütçe değişikliklerini, ekipman ya da binaların iyileştirilmesini ve klinik sorumlulukların veya önceliklerin düzenlenmesini kapsamalıdır.

- 4. Belirlenmiş sorunlar, gelişme ve çözüm sağlamak için izlenmelidir.
- 5. Kalite sağlama programının alanı, düzenlenmesi ve etkinliği her yıl değerlendirilmeli ve gerektiğinde yeniden gözden geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ambulatory Health Care Standarda Manuel 1985 of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals.

SAĞLIK KAYITLARI

İlke: Sağlık hizmetlerinin ulaştırılması için doğru ve mükemmel bir sağlık kaydı önemli bir araçtır. Tıbbi personelin tamamının hastanın anamnezini, tanısını ve tedavi şeklini anlamasını sağlamak için yeterli bir tıbbi kayıt sistemi gerekir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Sağlık kaydı, sağlık ekibinin bütün üyelerinin sağlık problemlerini ve olaylarını kaydetmelerine yarar. Kayıt, aynı zamanda personelin, sağlık bakımını paylaştıkları hasta hakkında kritik bilgileri birbirlerine iletmelerini sağlar. Ayrıca hükümlüler yeni bölgelere veya cezaevlerine nakledildiğinde tedavilerinin devamına olanak verir.

Gerekli Koşullar:

1. Her tutuklu için sağlık kaydı tutulmalıdır.
2. Başka bir cezaevine nakledildiğinde ya da gelişmiş bir yerde tedavi edildiğinde sağlık kaydı tutuklunun yanında olmalıdır.
3. Sağlık kaydı tam ve devamlı olmalı, tutukluların durumunu ve sorunlarını doğru bir şekilde yansıtmalıdır. Her klinikte hasta kaydındaki veriler en azından şu bilgileri içermelidir:

Tarih, saat, doktorun adı ve uzmanlık alanı

Başlıca yakınma ya da başvuru nedeni

Nesnel bulgular

Tanı veya tıbbi düşünce

İstenen tetkikler, örneğin laboratuvar ya da röntgen tetkikleri;

Uygulanan tedaviler

Hastanın durumu, öğütler ve öneriler Doktorun kaşesi ve imzası

4. Sağlık kaydı gizli evrak olarak tutulmalı ve sağlık personeli olmayan ya da yasal olarak almaya yetkisi olmayan hiç kimseye verilmemelidir.

5. Sağlık kaydı bir bütün olarak tutulmalı ve farklı sağlık birimleri tarafından parçalara ayrılmamalıdır. Tıbbi, diş sağlığına ait ve mental sağlık verileri aynı kayıtlarda bulunmalıdır.

6. Her cezaevi, sağlık görevlileri arasındaki iletişimi kolaylaştırmak için sağlık kaydının formatlarını standardize etmelidir. Sağlık kaydı, gözden geçirilmesinin ve kalitesinin kolayca kontrol edilebileceği şekilde düzenlenmelidir.

NOT: Sağlık kaydı, L.L. Weed tarafından geliştirilen Tıbbi Kayıtlara Uygunluk Problemi'ndeki görüşler doğrultusunda düzenlenmelidir. Bu sistem sağlık kaydını dört temel bölüme düzenler:

A. Veri Tabanı: Anamnez, fizik bakı ve laboratuvar tetkiklerini de kapsamak üzere tutuklunun sağlığı hakkında bilgi.

B. Sorun Listesi: Hastanın geçmişteki ve şu andaki sağlık sorunlarını içeren liste. Yeni sorunlar belirlendikçe eklenir.

C. Plan: Belirlenen sağlık sorunlarının tanısı, tedavisi ve sağlık eğitimi çalışmaları ile ilgili öngörülen gidişi.

D. Gelişme Bulguları:

(1) Anamnez bulguları: Sorunların doğrudan listelenmesi ve buna göre sıraya konulup gruplandırılması ile ilgilidir. Her gelişme bulgusunun genel biçimi şunları kapsmalıdır.

hastanın öznel yakınmaları

doktorun nesnel bulguları

sorunun belirlenmesi ve

sorunla ilgili devam eden tanı, tedavi ve sağlık eğitimi çalışmalarının planları

(2) İzlem bulguları: Veri ve zaman ilişkisinin karmaşık olduğu bütün sorunlarla ilgili klinik veriler ve laboratuvar değerlerini kapsamalıdır (Örneğin, diyabetik hastalarda sıra ile açlık kan şekeri değerleri).

7. Birden fazla cezaevinin bağlı olduğu hapishane sağlık sistemlerinde, tıbbi kayıtlar ve bunların hazırlanmasında kullanılan işlemler kurumlararası nakiller sırasında etkili iletişim sağlamak için standart olmalıdır.

8. Dışarıdaki tanı tetkiklerin sonuçları ve konsültasyonlar uzman sağlık personeli tarafından gözden geçirilmeli ve onaylanmalıdır (ikinci kez imzalanmalıdır) ve sonuçlar derhal hastanın tıbbi kayıtlarına işlenmelidir.

9. Diğer ilgili raporlar, anamnezler ve muayene bulguları, gelişme bulguları ve öneriler zamanında hastanın kayıtlarına işlenmelidir.

10. Her cezaevinde sağlık personelinin uygun şekilde eğitilmiş yetenekli bir eleman, kayıtların gizliliğinin ve doğruluğunun sağlanması, her kaydın tam olarak belirlenmesi, kayıtların derlenmesinin denetlenmesi ve düzenlenmiş kayıt şeklinin korunması da dahil olmak üzere tıbbi kayıtların düzenlenmesinden sorumlu olmalıdır.

11. Tıbbi kayıtlar hazır olmalı, uygun sağlık personeli tarafından hemen her zaman kolayca bulunabilmelidir.

12. Tıbbi kayıt verileri diğer sağlık personeli için okunaklı olmalıdır. Okunaklı kayıtların tutulması sağlık hizmetlerinde kalite sağlanması programının önemli bölümü olmalıdır (Bkz. Bölüm 10- sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi).

KAYNAKLAR

1. Balla v. Idaho State Board of Corrections, 595 F. Supp. 1558(D. Idaho 1984)
2. Burks v. Teasdale, 492 F. Supp. 650(W.D. Mo. 1980)
3. Capps v. Atiyeh, 592 F. Supp. 117 (S.D. Ohio 1981)
4. Cody v. Hillard, 599 F. Supp. 1025(S.D. 1984)
5. Dawson v. Kendrick, 527 F. Supp. 1252(S.D. W. Va. 1981)
6. Lightfoot v. Walker, 486 F. Supp. 504 (S.D. Ill. 1980)
7. Venus v. Goodman, 556 F. Supp. 514(W.D. Wisc. 1983)

SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERSONEL VE ÖRGÜTLENME

İlke: Ceza ve tutukevlerinde kabul edilebilir çağdaş, ulusal bakım standartlarını karşılayan sağlık bakım hizmetleri oluşturmak için, yeterli sayıda eğitilmiş, alanında yetkinleşmiş sağlık personeli tarafından düzenli hizmet verilen sağlık birimleri oluşturulmalıdır. Hizmetin sürekliliğinin ve kalitesinin garanti altına alınabilmesi için sağlık personeli iyi örgütlenmelidir.

Halk Sağlığı Yaklaşımı: Ceza ve tutukevleri oldukça karmaşık kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda, giderek artan bir şekilde teknoloji kullanan ve uzmanlaşmış sağlık bakım hizmetlerinin sunulabilmesi ve ulusal halk sağlığı ve kişisel tıbbi bakımın standartlarını sağlayabilmesi için, iyi planlama ve yeterli sayı ve nitelikte kaliteli personel gereklidir. Ceza ve tutukevlerinin özel ihtiyaçlarını karşılamak ve kaliteli sağlık program ve sistemlerinin mümkün olduğu kadar etkili işlev görmeleri için sağlık bakımını sağlayanların sayıları artırılmalı, bu kişiler eğitilmeli ve organize edilmelidir.

Gerekli Koşullar:

1. Sağlık bakım programlarının personel ve kaynakları, kuruluşlarda bakımı gereken herhangi bir tutukluya yeterli sağlık bakımını verebilecek büyüklük ve yapıda olmalıdır.

Bütün bu hizmetlerin verilebilmesi için personel, sadece tedavi hizmeti için değil aynı zamanda konsültasyon, eğitim, yönetim ve değerlendirme için de gereklidir. Ne kadar sağlık personeline ihtiyaç duyulduğunu gösteren rakamlar, geçmiş son on yılda elde edilen deneyimler, tutuklu ve hükümlülere sunulan cezaevi sağlık hizmetlerinin gelişmesinde; her 200-750 hükümlü ve tutuklu için tam gün(Haftada 40 saat) çalışan doktora ihtiyaç duyulduğunu ortaya çıkarmıştır. 200 veya 750 hükümlü ve tutukluya bir doktor gereksinimini belirleyen kriterler şunlardır:

- Ceza ve tutukevlerinde nüfus hareketlerinin hızı(cezaevlerinde bu oran tutukevlerinden daha yüksektir)

- Alkol ve uyuşturucu detoksifikasyonu için gereksinimler
- Travma ve acil ihtiyaç oranları(devamlı profesyonel personele ihtiyaç vardır)
- Daha fazla hasta olmaya ve ilaç kullanmaya neden olan ağır çalışma programları
- Kadın kuruluşlarındaki ilaç kullanımı erkek kuruluşlarına oranla daha yüksek olabilir.
- Kapsamlı sağlık araştırmalarının yapıldığı kabul merkezleri

Kurum kullanım oranları ortalamadan daha yüksek olduğu zaman, kliniğe başvurduğu anda her bir hastanın dikkatle değerlendirilebilmesi için ek bütçe kaynakları gereklidir.

2. Sağlık hizmetlerinin sunumu, işleyişi ve sağlık personelinin görev yapabilmesi için gerekenleri karşılamaya yetecek bir maddi destek sağlanmalıdır.

Yeni ve eski sağlık personelinin görevlerinde desteklenebilmeleri için; cezaevi ve tutukevi nüfusunun dinamik yapısına özgü ihtiyaçları ek olarak düşünülmesi, mahkum olmayanların bakım masrafları da gözönünde bulundurularak bütçe kaynaklarının yeterliliği değerlendirilmelidir. Bütçe ve personel kaynaklarının yeterliliğinde, güvenlik ile birlikte kuruluşa ait sınırlamalar ve acil ihtiyaçların karşılanmasında kritik tıbbi personeli içine alan ek hesaplamalar da gözönünde bulundurulmalıdır.

Personelin yeterli olup olmadığı; hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi için olanaklı olan sağlık personeli mesaisi ile de değerlendirmelidir. Hasta geldiğinde orada bulunanlar; hasta ile iletişim kurmada, tıbbi hikaye almada, fizik bakı ve tanı koydurucu testlerin yapılmasında, bulguların kayde-

dilmesinde, tanı ve sağaltımda yeterli olmalıdır. Tıbbi kayıtların okunaklı olması, iyi dokümanite edilmesi, personelin yeterliliğinin değerlendirilmesinde faydalı olup, sağlık personelinin yeterliliğinin de bir göstergesidir.

3. Sağlık hizmet programları, sağlık hizmet dağılımının uygun şekilde devam etmesini ve eşgüdümü sağlamada yeterli olmalıdır. Planlamanın yapılması, dağılımı ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesi için doktorların, hemşirelerin, yönetim ve diğer personelin hizmet sigortası sağlanmış olmalıdır.

Sağlık personelinin uyum sağlamadaki yeterliliği, rotasyon ve kalış sürelerinin genel olarak sağlık örgütlenmesindeki diğer çalışanlarla karşılaştırılması ve ulusal bakım standartlarının göz önünde tutulması ile sağlanmalıdır.

4. Ekipler; otorite, sorumluluk ve uyumluluk sınırlarının kesin olarak belirlenmesine olanak sağlayacak biçimde düzenlenmeli ve yönlendirilmelidir. Bütün ekiplerin belirli zamanlardaki görevleri niteliklerine ve yetki belgelerine göre tam olarak saptanmalıdır. Koruyucu sağlık programlarını yürüten nitelikli ve deneyimli pratisyen hekimler, ekiplerin çalışmalarını kontrol edecek yetki ve sorumlulukla donatılmalıdır. Bu hekimlere, sorumlu oldukları görevlerini yürütebilmeleri için yeterli zaman verilmelidir.

Sağlık programlarında kullanılacak broşür ve metinler, yabancı standartlar da göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır. Bu basılı materyalde, organizasyonda çalışanların ve amirlerinin görevleri tanımlanmalı ve sorumluluklarının sınırları belirlenmelidir.

Elde edilen deneyimlerin ve yasal kararların ortaya koyduğu üzere bütün ceza ve tutukevlerinde, tam gün ya da yarım gün görevli olan hekime, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulması için gereksinim vardır. Birden fazla cezaevi bir merkezden yönetilmekte ise, yeterli plan, program ve eşgüdüm sağlayacak bir görevlinin merkezde olması gerekir. Son yıllarda, eyalet hapisanelerinin böyle bir sisteme bağlandıkları izlenmektedir. Bir ya da birden fazla kurumu içine alan sağlık bakımı programını ve bu programın gereksinimlerini değerlendirirken sağlık yöneticisi eşdeğer, topluma hizmet veren birimlerle karşılaştırmalar yapılmalıdır.

5. Sağlık personelinin sadece üzerinde çalışmaya sınırlı bir yetki belgesi ile çalışması kabul edilemez, toplumda hizmet vermeye uygun bir lisansının olması gerekir.

A. Tüm sağlık personelinin çalışma takvimi ulaşılabilir olmalıdır.

B. Acil durumlarda ya da belirli yakınma ve bulgusu olan tutuklu ve hükümlüler için danışman hekimin çağırılması konusunda yazılı kural ve işlemler olmalıdır.

C. Yazılı kurallar hizmet içi eğitim, kalite güvenliğinin sağlanması otoritenin sadece nitelikli sağlık personeline delege edilmesini kapsamalıdır.

D. Hemşireler, psikologlar v.b. sağlık personeline eğer bu alanda eğitilmemişlerse tanı ve tedavi sorumluluğu verilmemelidir.

E. Sağlık personelinin dosyasında aldığı hizmetiçi eğitim, sürekli eğitim belgeleri ile gerekirse temel ve ileri yaşam desteği konusunda güncel sertifika bulundurulmalıdır.

6. Tıbbi hizmetler sadece gerekli eğitimi olan deneyimli kişilerce yürütülmelidir.

Tıbbi hizmetlerin denetimi, yetki belgelerinin yeterli oluşu ile mümkündür.

Hükümlülerden seçilen hizmetlilerin çoğunda yeterli deneyim yoktur, olsa bile hastalarla ilgili kayıt ve hizmetlerin yerine getirilişi sırasında diğer hükümlülerin baskılarına maruz kalabilirler.

A. Kuruluştaki tıbbi programlar hükümlülerden yardım istenmesine gerek olmayacak şekilde hazırlanmalıdır.

B. Hükümlülerin revirlerde verecekleri hizmet, paramedikal görevlerle, kayıtların tutulması ve hastaların tıbbi sorunlar hakkında bilgi edinilmesiyle sınırlı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Estelle v. Ganrble, 429 U.S. 97, 97 S. Ct, 285(1976)
2. Feliciano v. Barcelo, 497 F. Supp. 14(D.P.R. 1979)
3. Gates v. Collier, 349 F. Supp. 881 (N.D. Miss.1972), aff'd 501 F. 2d 1291 (5th Cir. 1974)
4. Hart v. Hill, No. Civ. 77-479 PHX-EHC MS (D. Ariz.1982)
5. Newman v. Alabama, 503 F. 2d 1320(5th Cir. 1972) cert. denied 421 U.S. 948 (1975)
6. Ramos v. Laman, 639 F. 2d. 559(10th Cir.1980) cert. denied 450 U.S. 1041 (1981)
7. Wellman v. Faulkner, 715 F. 2d. 269 (7th Cir. 1983)

YASAL VE ETİK KONULAR

A. Rıza ve Red

İlke : Cezaevindeki kişiler tercihleri nedeniyle disiplinli bir yaklaşım ya da cezaya çarptırılma riski taşımaksızın tanı ve tedavi işlemlerini kabul ya da reddetme hakkına sahiptirler. Ancak bir bulaşıcı hastalık açısından ilk taramayı reddetme tıbbi izolasyonla sonuçlanabilir. Bazı koşullarda mahkumların yaşamı kurtaracak girişimleri mutlak reddetme hakları olmayabilir.

Halk Sağlığı Hedefleri: Hastanın aydınlatılmış gönüllü onayı sağlık hizmetlerinin sunulması için bir önkoşuldur. Bu süreçte hekimin tüm olasılıkları anlatması, hastanın da bu seçenekler arasından bilgilendirilmiş olarak seçimini yapması gereklidir. Bu işlem karışıklıkları önleyerek bireyin kendisine en uygun tedavi planını seçme hakkını kullanmasını sağlar.

İstenen Koşullar : Aydınlatılmış rıza süreci sağlık çalışanlarının hastalarına tanı, prognoz, alternatif tedavi yöntemleri, farklı seçeneklerin olası riskleri ve yararları konularında tam ve güncel bilgiler vermelerini gerektirir. Hastanın sunulan seçeneklerden birini seçmek ya da tüm önerilen tedavi seçeneklerini reddetmek hakkı vardır. Tanı ya da tedavi amacıyla gerçekleştirilen invaziv girişimlerde hastanın aydınlatılmış onayı mutlaka işlem öncesinde alınmalıdır. Aydınlatılmış rıza hasta tarafından imzalanan bir belge ile kanıtlanabilir olmalıdır. Bu belge bir tanık huzurunda doldurulmalı ve kurumun tıbbi kayıtlarında saklanmalıdır. Majör trankilizanlar uygulanmadan önce de hastanın aydınlatılmış onayı mutlaka uygulama öncesinde alınmalıdır.

Yaşamsal tehdit söz konusu olduğunda ya da sağlığa zarar verebilecek acil durumlarda aydınlatılmış onayın tedavi öncesinde alınması gerekmez. Acil bir durumda hastanın eğer yapabilseydi onay vereceği varsayılır.

Tutuklu ve hükümlüler tarama, tanı ve tedavi işlemlerini reddetme hakkına sahiptirler. Bulaşıcı bir hastalıkla ilgili olarak yapılacak bir tarama işlemini reddetmek, hastanın enfeksiyon tehlikesi ortadan kalkıncaya dek tıbbi izolasyonda tutulmasını gerektirir. Tarama işlemleri özellikle tutuklu ya da hükümlünün sağlık koşulları ve sağlık gereksinimleri ile yakından ilgili ise; hiçbir izolasyon, disiplin işlemleri ya da cezalandırmaya gerek olmadan reddedilebilir. Böylesi bir red işlemi hasta dosyasında kayıtlı olmalıdır.

Yaşamı sürdürmeye yardımcı olacak girişimleri reddeden tutuklu ve hükümlüler sağlık hizmetleri açısından sorun yaratabilirler. Bu tür olaylarda reddetmenin bir yanlış anlama sonucu olmadığından emin olmak gereklidir. Sağlık bakımının reddedilmesi çoğu kez yetersiz iletişim sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bu tür olaylarda bakımı reddetmenin olası sonuçlarını kişi ile tartışmaya çaba harcamak önemlidir. Daha da önemlisi bazı durumlarda tedavinin tutuklu ya da hükümlü tarafından reddedildiği varsayıldığı halde aslında gerçek olayın cezaevi tarafından tedavinin engellenmesi olduğu dikkatli bir araştırmada ortaya konabilir. Bu nedenle her kurum tutuklu ve hükümlülerin sağlık bakımını reddetmenin olası sonuçlarını anladıklarından ve bunu gönüllü yaptıklarından emin olmak için bir işlem geliştirmelidir. Bu nedenle sağlık bakımını reddetme sırasında aile mensubu bir kişi, ruh sağlığı alanında çalışan bir sağlık personeli, dışarıdan bir hekim ya da bir avukatın tutuklu ya da hükümlünün bakımı reddetmenin sonuçlarını anladığını ve bunu gönüllü yaptığını gözlemlemesi ve belgelemesi gereklidir. Bazı ender durumlarda mahkemeye başvurularak tutuklu ya da hükümlünün yaşamı sürdürmeye yardımcı olacak girişimleri reddinin iptali istenebilir.

İş yükünün çok olduğu cezaevi sağlık sistemlerinde bu tür redler iş yoğunluğunu azaltır, bu nedenle reddedilen her girişim kurumun başhekimisi tarafından incelenmelidir.

1. KAYNAKLAR

2. Bailey v.Lally, 481 F.Supp.203 (D.Md.1974)
3. Bell v. Wayne County General Hospital at Eloise, 384 F.Supp.1085 (E.D.Mich.1979)
4. Greer v. DeRobertis, 568 F.Supp.1370 (N.D.III.1983)
5. Hines. v. Anderson, 439 F.Supp.12 (D.Minn.1977)
6. Kaimowitz v. Department of Mental Health of the State of Michigan, No.Civ. 73-19434-AW, 42 U.S.L.W.101 (1973)
7. Kelsey v. Ewing, 652 F.2d 1136 (8th Cir.1981)
8. Knecht v. Gillman, 488 F.2d 1136 (8th Cir.1973)
9. Lojuk v. Quantot, 706 F.2d 1456 (7th Cir.1983)
10. Mackey v. Proconier, 477 F.2d 877 (9th Cir.1973)
11. Runnels v. Rosendale, 499 F.2d 733 (9th Cir.1974)
12. Scott v. Plante, 532 F.2d 939 (3d Cir.1976)
13. Shango v. Jurich, 681 F.2d 1091 (7th Cir.1982)
14. In Re Joel Caulk, 125 N.H. 226, 480 A.2d 93 (1984)
15. Runnels v. Rosendale, 499 F.2d 733 (9th Cir. 1974)

B. Gizlilik

İlke : Sağlık personeline doğru tanı koyma ve tedavi planını düzenleme amacıyla verilen bilgiler gizli kabul edilir ve cezaevi personeline iletilmez.

Halk Sağlığı Hedefleri : Uygun bir tıbbi bakım ancak fiziksel bulguların tam ve doğru tıbbi öykü ile doğrulanması sonucu sunulabilir. Özellikle ilaç, alkol alışkanlığı, travma benzeri bireysel öykülerin sıklıkla görüldüğü cezaevlerinde doğru bilgi alabilmek için kişilere verecekleri bilgilerin saklı kalacağı konusunda güvence vermek gereklidir.

Kişinin kendisine ya da çevresindekilere zarar verebileceğini düşündüren bir bilgi cezaevi yönetimi ile paylaşılmalıdır. Kişinin intihar etmeye eğiliminin olması birincisine, silah sahibi olması ikincisine örnek oluşturmaktadır. Sağlık koşulları stabil olmayan ya da ciddi tıbbi sorunları olan ve acil tıbbi yardım ve girişim gerektirebilecek tutuklu ve hükümlüler, eğer tutuklu ve hükümlünün güvenliği ve sağlığı için tanının bilinmesi gerekli değilse, cezaevi personeli tarafından hastalığa özgü bir tanı belirtilmeksizin bilinmelidir.

İstenen Koşullar: Tıbbi kayıtlar sağlık personeli tarafından bu amaçla düzenlenmiş dosyalarda tutulmalıdır. Cezaevi personeli ve yöneticilerinin bu kayıtlara doğrudan ulaşma olanağı olmamalıdır. Kayıtlar cezaevi çalışanı olmayan tıbbi ya da idari personel tarafında tutulmalı ve nakledilmelidir.

Tıbbi kayıtlar sadece tanı ve tedavi için gerekli bilgileri kapsmalıdır. Geçmişteki suçla ilişkin davranışlara yönelik yorumlar kayıtlara geçirilmemelidir. Bu özellikle suç ve cehalet konularının henüz bir hükme bağlanmadığı cezaevleri için geçerlidir. Özellikle olgularda tanı ve tedavi için gerekli ise, ruh sağlığı ile ilgili kayıtlar geçmişteki suçla ilişkin davranışları kapsayabilir. Ruh sağlığı personeli bilmelidir ki bu kayıtlar bir kez mahkeme tarafından istenirse, ceza davasının gidişini de etkileyebilir.

Tıbbi ve ruh sağlığı ile ilgili kayıtlardaki bilgiler şu koşullarda başkalarıyla paylaşılabilir :

1. Tutuklu ya da hükümlü kendisine ya da başkalarına yönelik bir tehlike oluşturuyorsa;
 2. Uygun düzenlenmiş ve yetkilendirilmiş bir mahkeme varsa;
 3. Eğer tutuklu ya da hükümlü gönüllü olarak bir belge imzalamışsa ve baskı altında olmaksızın bilginin verilmesine izin vermişse ve yargılanmayı beklemekte olan birisi için savunma avukatı girişimde bulunmuş ve bilgilerin açıklanmasına razı olmuşsa;
 4. Bilgiler cezaevi dışında bir sağlık kuruluşu tarafından istenmiş ve tutuklu ya da hükümlü bilgilerin verilebileceğine dair bir belge imzalamışsa.
- Tutuklu ya da hükümlünün bulaşıcı bir hastalığı varsa, cezaevi yetkililerinin diğer tutuklu ve hükümlüleri koruyacak önlemleri almaları hastalığa özgü bir tanı belirtilmeden sağlanmalıdır.

C. Sağlık Personelinin Tıbbi Olmayan Biçimde Kullanılması

İlke : Sağlık personeli mesleklerinin gereklerini yerine getirirken bazı etik kurullarla sınırlıdır. Tüm sağlık çalışanlarının her zaman hastaları için en iyi olanı yapmaları beklenir, bunun üzerindeki tek kural hastaya zarar vermemektir.

Halk Sağlığı Hedefleri: Cezaevindeki hastalar cezaevi dışındakilere sunulan tedavi hizmetini aynen almalıdırlar. Sağlık çalışanları bu kişilerin haklarını gözönünde bulundurmalı ve saygı göstermelidir. Sağlık personelinin sıklıkla tıbbi becerilerini cezaevinin hapsetme ve cezalandırma amaçları doğrultusunda kullanmaları istenir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarından tıbbi bilgi ve becerilerini tutuklu ya da hükümlülerin tıbben savunulmasında kullanmaları istenir. Cezaevi yönetiminden gelen ve sağlık personelinin tutuklu ya da hükümlünün isteklerine veya kendi tanımladığı çıkarlarına aykırı davranmasına yönelik talepler reddedilmelidir.

İstenen Koşullar:

1. Çıplak ve vücut boşlukları aramaları : Sağlık personelinin sıklıkla çıplak bir biçimde, kavite araması işini yapmaları istenir. Bir tutuklu ya da hükümlünün kişiliğine bu invazyon tümüyle cezaevinin kurumsal amaçlarıyla ilgilidir ve güvenliği cezaevi yönetimince sağlanmış bir sağlık personeli ya da bu amaçla eğitilmiş bir cezaevi personeli tarafından uygulanır. Tutuklu ve hükümlüler de cezaevi personeli de bu işlemin sağlık personeli tarafından yapılmasını tercih ederler. Ancak tümüyle cezaevine ilişkin bir işlev olan bu işleme katılmak, sağlık personelinin tutuklu ve hükümlülerin sağlık gereksinmelerini karşılama işlevi ile çatışabilir. Sağlık çalışanları cezaevi yöneticilerine çıplak aramalarda ve kavite aramalarında amaçlarına ulaşabilmek için en az rahatsızlık veren yöntemleri kullanmalarını söylemelidirler. Ultrason izolasyonlu hücreler ve kuru-hücre tuvaletleri çıplak aramalar ve kavite aramalarına alternatif olarak kullanılabilir.

2. Tutuklu ve hükümlülerin sorun çıkardıkları, kendilerine ya da başkalarına yönelik tehlike oluşturdukları durumlarda zorla yer değiştirmeler kullanılır. Sıklıkla sağlık personelinin bu işlem sırasında hazır bulunması, cezaevi personeli tarafından uygun davranılıp davranılmadığına tanıklık etmesi ya da bir travma olasılığına karşı hazır olması istenir. Sağlık personeli zorla transfer olaylarında tanıklık etmek zorunda bırakılamaz. Ancak yaralanmalara hızla yanıt verebilmek amacıyla yakında bulunmalıdırlar. Sağlık personeli cezaevi yöneticilerini cezaevi avukatları, din görevlileri veya diğer sağlık personeli olmayan kişilerin bu amaçla görevlendirilmesi konusunda teşvik etmelidir.

3. Hekimler bir tutuklu ya da hükümlünün hastalısız olduğunu dolayısıyla cezalandırılabilerece-

ğini belgelendirmeyi reddetmelidirler. Cezalandırılabilme için gerekli olan yıllık sertifikası tıbbi olmayan bir işlemdir.

4. Hekimler herhangi bir mahkeme duruşması için delil toplanması işlemine tutuklu kişinin ve savunma avukatının izni olmadan katılmamalıdır. Hekimler sadece adli tıp için gerekli olacak fiziksel materyal toplanmasına katılmalıdır.

5. Tutuklu ya da hükümlünün gereksinimleri ile yargı sisteminin ya da cezaevi otoritelerinin ters düştüğü diğer koşullarda sağlık personeli sağlık gereksinimleri ile ilgili direnç göstermelidir. Sağlık hizmetinin cezaevinin işlevlerinde ayrı tutulması ilkesinden sapma sadece çok ciddi bir mazeret olduğunda geçerlidir.

D. Ölüm Cezası : Hekimlerin Kullanılması

İlke : Sağlık personeli hiçbir açıdan ölüm cezasında kullanılmamalıdır.

Halk Sağlığı Hedefleri: Hekimlerin ve ruh sağlığı çalışanlarının kendi eğitimlerini ve uzmanlıklarını hastalarının sağlığı ve iyiliği için kullanmaları mesleki bir zorunluluktur.

İstenen Koşullar: Ölüm cezası : hekimler ölüm cezasına hiçbir biçimde katılmamalıdır. Hekimler ve ruh sağlığı çalışanları ölüm cezalarının planlanmasına hiçbir biçimde katılmamalıdır. Ölüme neden olacak ilaçları hazırlamamalı, tutuklu ya da hükümlünün ölebilir durumda olduğunu belgelemelidir. Cezaevinin dışından bir hekim ölüm tanısını koymalıdır.

EK I

Eğitilmiş Sağlık Personeli*

Eğitilmiş sağlık personeli, pek çok kurumda, tıbbi bakım gereksinimi olan hükümlülere hizmet veren en önemli kişi ve temel sağlık çalışanıdır.

Sağlık çalışanı yazılı ya da sözlü, rutin ya da acil tıbbi gereksinimlerin triajı ve günlük değerlendirilmelerin yanı sıra cezaevine giriş taramasını da yapabilir.

Sağlık çalışanınin rolü, hasta seçiminin bir parçası olmaktan çok geriye doğru yapılan değerlendirmelerle triaja katkı sağlamaktır. Sağlık çalışanı protokoller ve yürürlükteki kurallara göre, kuruluş dışından sağlanabilecek reçetesiz ilaçlarla belirli yakınmaları olan hastaları tedavi edebilir. Bu kişiler, sorunlarını çözemedikleri hastaları ilgili hekim yada hemşireye sevk etmelidir.

Bu işlevleri üstlenen personelin gardiyan olmaması ve hemşirelik lisansına¹ sahip olması gerekir. Askeri sağlık personeli olarak çalışmak, meslekle ilgili geçmiş deneyim sertifika ya da lisansı yoksa sağlık çalışanı olmaya yetmez. En yetkili sağlık otoritesi olan hekim bu işlevleri denetlemelidir. Hekim, cezaevine giriş tıbbi değerlendirmeleri, günlük vizitler ve triaj sırasındaki performansı ile çalışanın yeterliliğini belgelemelidir. Sağlık çalışanları belirlenen protokol ve yürürlükteki kuralların işletilmesi konusunda da özel olarak eğitilmelidir.

Sorumlu hekim sağlık çalışanınin yazılı değerlendirmelerini bir sonraki işgünü içerisinde, gözden geçirmeli ve imzalamalıdır.

Eğitilmiş sağlık personeli ambulans hizmetleri ve diğer acil sağlık personeli arasında kritik bir bağlantı olarak da görev yapar.

En önemlisi eğitilmiş sağlık personeli hastanın savunucusu olmalıdır. Sağlık personelinin tutumu çekingen, kuşkucu, ve düşmanca değil, yakın, tarafsız bir ilgi göstermek şeklinde olmalıdır. Personelle hükümlüler arasındaki ilişkide, hastalar sıklıkla kendilerini ilgilenilmiş, tatmin olmuş hissetmekten çok ihmal edilmiş, kötü davranılmış hissederler. Eğitilmiş sağlık personelinin bu ortamdaki tutumu bakım kalitesinin ve bu bakımın sonucunun en önemli belirleyicisidir.

Kurumda sunulan tüm sağlık hizmetlerinin nihai sorumluluğu, alt kademedeki sağlık personelinin yeterliliği, işlemlerin gereği gibi yürütülmesinin güvencesi, yetkili sağlık otoritesi olarak tayin edilen hekime aittir. Bu hekim alt kademedeki personel tarafından yapılan herhangi bir tıbbi hatanın sorumluluğunu da üstüne almalıdır. Bu tip bir sorumluluk sistemi değişik düzeyde eğitim görmüş sağlık çalışanlarının hasta bakımından sorumlu olduğu bir ortamda bakım kalitesinin en iyi garantisidir.

* Bu kategori kayıtlı hemşireler için tercih edilir. Ceza ve tutukevlerinde hemşirelik uygulamalarına bakış, bkz. Amerikan Hemşireler Birliği Cezaevlerinde Hemşirelik Uygulamaları Standartları.

EK II

Bulaşıcı Hastalıklar

Bu kısa rehberler, ceza ve tutukevlerinde sık görülen ve genelde yanlış tanı konan bulaşıcı hastalıkların uygun bakımı ve önlemler içindir. Bu hastalıkların tanısı ve doğru yönetiminin ihmali hastalar, tutuklu, hükümlüler ve personelin hayatını tehlikeye atar.

Ceza ve Tutukevlerinde HIV-AIDS Bakımı için Standartlar

1976'da Amerikan Halk Sağlığı Birliği Ceza ve Tutukevlerinde sağlık hizmetlerinin verilmesi ve sürdürülmesiyle ilgili ilk standartları "Standards for Health Care in Correctional Institutions" adıyla yayınladı. 1986'daki güncellenen baskıda HIV ile ilgili bakım konusunda yeterli rehberliğin olmadığı görüldü. Bu tip bakım, hasta şikayetlerinin ve düşük standarttaki bakıma karşı sık sık açılan ve kazanılan davaların kaynağıdır. HIV pozitif hükümlülere cezalandırıcı ayrımcılığın uygulanmasının yanısıra resmi ve gayriresmi olarak taciz edilmeleri de devam etmektedir. Kitabın Bulaşıcı hastalıklar ekinin 1994 AIDS kısmında, ceza ve tutukevlerinde HIV bakımının en önemli yönlerinin ana hatları: Eğitim, testler, tecrit ve programa ulaşabilme, güvenilirlik, sağlık hizmetleri, korunma, son dönem bakım, tahliye planlaması şeklinde sistematize edilmiştir.

Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) (1996 da güncellendi)**

Enfeksiyon Etkeni: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virusu (HIV), AIDS le ilgili retrovirus

Tanr: HIV virusuna anlamlı maruziyet enfeksiyonla sonuçlanır ve serumda HIV'e karşı antikorlar gelişir. Taniya götürmeyen pek çok non-spesifik belirti, bulgu ve hastalık HIV enfeksiyonu ve AIDS ile ilişkili olabilir. AIDS ilerlemiş HIV enfeksiyonunu gösterir, immün supresyon için diğer etyolojilerin yokluğunda ortaya çıkan immün süpresyonun laboratuvar bulguları, pneumocystis carinii veya Mycobacterium avium kompleksiyle(hücre sel bağışıklığı sağlam olan kişilerde hastalık nedeni olmayan) ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyonlar, nörolojik veya tüketici sendromlar, Kaposi sarkomu ve lenfoma gibi kesin malinitelerin varlığıyla tanımlanır. Akut HIV enfeksiyonu belirtilerinin ciddiyeti (örneğin pamukçuk, ciddi ishal, ateş, kilo kaybı gibi), enfeksiyon kaynağı olarak transfüzyon, ileri yaş, yüksek oranda AIDS'e ilerleme ile ilgilidir. HIV ile enfekte olanların çoğunluğu 10- 12 yıl asemptomatik olarak kalabilir ancak bu dönemde hastalığı başkalarına bulaştırabilirler. Yaklaşık %15'i yaşamlarını normal bağışıklık fonksiyonlarıyla 10 yıldan fazla sürdürürler.

Bulaş Yolu: HIV cinsel ilişki, insan dokuları yoluyla (örneğin kan ve kan ürünleri) ve anneden çocuga geçişle bulaşabilir. Korunmasız cinsel ilişkiye girenler, steril olmayan injeksiyon iğnelerini pek çok kişiyle paylaşanlar HIV açısından en büyük risk grubudur. HIV gözyaşı tükürük ve idrardan izole edilmesine karşın bu sıvıların temasıyla bulaşmaz. *AIDS gerçek maruziyet olmadan günlük temasla kişisel bakım gereçleriyle bulaşmaz.*

* Bu bölümdeki bilgiler "Control of Communicable Disease in Man" Abram S. Beneson, 14.baskı, 1985, American Public Health Association, Washington, DC 20005'den alınmıştır.

** Robert L. Cohen,MD; Fredrick L. Altice,MD; Judy Greenspan ; Elizabeth Kantor, MD; ve Corey Weinstein MD tarafından yazılıp, APHA yayın kurulunun gözden geçirip onayladığı 1996 HIV-AIDS Standartları Amerikan Halk Sağlığı Birliğinin Ceza ve Tutukevleri Komisyonu tarafından yayınlanmıştır.

Kuluçka ve Bulaş: İnfeksiyondan sonraki 1-2 ay içinde çoğu kişide, 6 ay sonra hepsinde HIV antikorları saptanabilir. Antikor yokluğunda ise P24 antijeni, PCR testi ve HIV kültürüyle infeksiyon saptanabilir. Tüm enfekte kişiler özellikle akut HIV enfeksiyonunun başlangıcından son dönem AIDS hastalığına kadar bulaştırıcıdır, bunların vücut sıvılarına diğer kişilerin maruziyetinin önlenmesi amaçlanmalıdır.

Kontrol:

1. Eğitim: Eğitim AIDS'in yayılmasını kontrol için ana halk sağlığı yöntemidir. Bulaşma yolu, virus ve hastalığın ortaya çıkışı, HIV ve AIDS'in varlığı ve ciddiyeti konusunda basit bir eğitimden çok daha fazlasını içeren eğitsel çaba sarfedilmelidir. Kişilere nasıl korunacakları, üstesinden gelecekleri, güvenli davranış uygulamaları etkin olarak öğretilmelidir. (Peers and Peer Agencies)Danışman ve danışma kurullarının yapacağı fakat sağlık bölümünün de katılacağı eğitimler daha etkin olabilir.

A. Tutuklu ve hükümlüler: Tüm hükümlüler hapsedildikten sonra mümkün olan en kısa zamanda HIV hastalığının bulaş yolları hakkında kültürlerine uygun AIDS eğitimi almalıdır. HIV'in bulaş yolları, riskleri, HIV testinin yararları konusunda tahliye öncesi eğitim ve izlem programları rutin olarak olmalıdır. Danışman eğitim programları en etkindir ve özendirilmelidir.

B.Cezaevi Personeli:Yeni katılanlarla birlikte tüm personele HIV enfeksiyonu ve bulaşma yolları hakkında eğitim her yıl yinelenmelidir. Evrensel önlemler tüm personele öğretilmelidir.

2. Testler: Ceza ve tutuk evlerinde HIV testi yapmak kolay değildir; ancak HIV seropozitiflerin bilinmesi, özel sağlık izlemeleri ve ciddi hastalıklardan zamanında korumayı sağlayacağından, anlamlı olarak enfeksiyon riski altındaki insanlar için yaşam kurtarıcı değeri olabilir. Bunun kişi ve toplum sağlığı açısından potansiyel değeri yine de zorunlu testler için gerekçe olmamalıdır.

A.İsimsiz ve güvenilir testler ulaşılabilir olmalı

B.Zorlayıcı olmayan, kişiye özel, yargılamayan, kapsayıcı, güvenilir test öncesi ve test sonrası danışmanlık hizmetini, nezaret sorumluluğu olmayan eğitilmiş sağlık personeli vermelidir. HIV enfeksiyonu saptandığında danışmanlık, testin yararları ve potansiyel riskleri, sonuçların yorumlanması, önceki riskli davranışların değerlendirilmesi gelecekteki riskleri azaltmak için etkin yardım, maruz kalan partnerlerin riskler ve güvenilirliğin bozulmasının sonuçları açıkça ifade edilmelidir.

C.Kapsayıcı test politikasının parçası olarak tıp ve ruh sağlığı alanlarında çalışanlarla izlem konsültasyonları acilen yapılmalıdır.

3. Entegrasyon: AIDS doğrudan temasla bulaşmaz. Tutuklu ve hükümlüler arasında karantina uygulaması HIV eğitimi ve kontrolünün etkinliğini azaltır. Karantina yanlış olarak HIV enfeksiyonunun direkt temasla bulaştığı izlenimini uyandırır. Karantina cezalandırıcı bir uygulama olduğu için mahkumların HIV testi yaptırma cesaretlerini kırar. Karantina hiç bir zaman tam olarak uygulanamadığından diğerlerinin HIV hastalığına yakalanmayacakları yanlış algısına yol açar.

A.Hükümlüler HIV durumlarına göre ayrılmalıdır. HIV (+) tüm hükümlüler diğer hükümlülerle aynı meslek ve eğitim, program, iş fırsatlarına ulaşabilmelidir.

B.HIV enfeksiyonu olan mahkumlar, sadece klinik durumları gerektirdiğinde geçici olarak revir gibi özel sağlık birimlerine alınabilirler

4. Gizlilik: Tıbbi kayıtların gizliliğinin rutin olarak korunduğu ceza ve tutukevleri nadirdir. Sağlığa özellikle de HIV'e ilişkin bilginin gizliliğini sağlayacak politikalar ve işlemler, tıbbi etik ve yerel

yasalarla uyumlu olarak oluşturulmalıdır. HIV enfeksiyonu ile ilgili tıbbi gizlilik ve güvenilirliği ihlal eden cezaevi ve sağlık personeline özel yaptırımlar uygulanmalıdır.

5. Sağlık Hizmetleri: HIV enfeksiyonlu kişilerin sağlık bakımı karmaşıktır ve hızla değişmektedir. Kesinleşmiş standartlar şöyle ifade edilebilir:

A.HIV enfeksiyonlu hükümlülere bakımın toplumsal standartları sağlanacaktır.

B.HIV enfeksiyonlu kişinin ayaktan ve yatarak tedavisi konusunda temel eğitim ve deneyime sahip kurul sertifikası almış hekimler, standart bulaşıcı hastalıklar rehberiyle uyumlu olarak HIV ile enfekte hükümlülerin bakımını yönlendireceklerdir. Gerekğinde enfeksiyon hastalıkları uzmanına kesinlikle danışılmalıdır.

C.Uygun laboratuvar ve tanı testleri olmalıdır.

D.Uygun, yan dal uzmanlarıyla acil konsültasyonlar hızlı, acil olarak yapılacaktır.

E.HIV hastalığının komplikasyonlarının tedavisi için Amerikan Hastaneler Komitesinin kredilendirdiği hastanelere yatış yapılacaktır.

F.Analjezik ve antiviral ilaçların da aralarında bulunduğu uygun ilaçlar sürekli ve hazır biçimde bulundurulacaktır.

G.HIV enfeksiyonun ve komplikasyonlarının yönetimi için protokoller geliştirilecektir.

H.Deneysel tedavilere ve klinik kararlara ulaşma standart tedavinin bir parçası olmalıdır. Toplumda sık kullanılan çeşitli doğal tedaviler ve destekleyici programlar uygun seçenekler olarak görülecek ve uygulanabilir hale getirilecektir.

6. Kadın Tutuklu ve Hükümlüler:

A.Cezaevi sağlık personeli kadınlarda HIV hastalığının nasıl belirtiler verdiği hakkında özel eğitim alacaktır.

B.Kadın hükümlülerdeki HIV enfeksiyonu yönetimi için protokoller geliştirilecektir.

C.Toplum standartlarına uygun sıklıkta PAP testi yapılacaktır.

D.HIV'le enfekte kadınlara verilecek AIDS eğitiminde gebelik de hesaba katılıp HIV ile enfekte çocuk doğurma riski ve bu riski azaltmada anti-retroviral(örneğin zidovudine/AZT) ilaçların yararları hakkında kesin bilgiler de kapsanmalıdır. HIV durumu ve tedavi kararları doğurganlık seçeneklerini sınırlandırmamalıdır.

7. AIDS'ten korunma:

A.Kesin bilgileri ve yetenekleri geliştirmeyi de içeren etkin risk azaltma eğitimi birincil HIV korunmasının temel dayanağıdır ve bu eğitim cezaevine girişte başlayıp, hapis süresince ve tahliye öncesine dek verilmelidir.

B.Cinsel ilişkide bulunma fırsatı olan ya da enjeksiyonla ilaç kullanan hükümlülerin steril enjektör, HIV bulaşına karşı kondom ve diğer etkin bariyerleri de içeren koruyucu yöntemlere ulaşabilmelerine izin verilmelidir.

8. Tıbbi Şartlı tahliye/Son dönem bakım: Son dönem hasta hükümlülerin ne zaman olursa olsun saliverilmeleri konusu tüm tarafların ilgi odağıdır.

A.Tıbbi şartlı tahliyenin geçerli olması için politikalar ve işlemler oluşturulmalıdır.

B.Sağlık personeli, ceza-tutukevi yönetimi, yargıçlar, savcılar ve şartlı tahliye yetkilileri birlikte çalışarak terminal dönem hasta hükümlülerin serbest bırakılmasını garanti altına alacaklardır.

9. Sağlık hizmeti sunanların sürekli eğitimi:Tüm hekimler, hemşireler ve yardımcı sağlık personeli yönelimlerinin bir parçası olarak HIV enfeksiyonu bakımı konusunda sürekli eğitim alacaklardır.

10. Araştırma/Deneysel Çalışmalar

A.Tutuklu ve Hükümlüler kendi temsilcilerini de içeren uygun Kurumsal inceleme Kurulunun onaylayacağı protokollerle aynı bölgedeki diğer HIV ile enfekte kişilerle eşit olarak HIV /AIDS konusunda araştırma fırsatlarına sahip olacaklardır.

B.Hükümlü olmayanların da katıldığı ve hüküm giyen ve giymeyenlerin eşit koşullarda tedavi edildiği (Örneğin tutuklu ve hükümlüler) AIDS ile ilgili araştırma protokollerine katılabilir.

11. Tahliye Planlaması

A.HIV'le enfekte hükümlülerin tahliye planlaması tanı konması üzerine başlamalıdır.

B.Sosyal haklar ve diğer kazanımlar için başvurular serbest bırakılmadan önceki herhangi bir zamanda tamamlanmalıdır.

C.İlgili tanınal ve laboratuvar sonuçlarla birlikte tıbbi öykünün yazılı özeti tahliyeden önce hükümlüye verilmelidir.

D.Uygun toplum sağlığı ve sosyal hizmet kuruluşlarına sevkler tahliyeden önce mümkün olan herhangi bir zamanda yapılmalıdır.

E.Hükümlünün serbest bırakılması üzerine bir aylık ilaç ihtiyacı verilmelidir. Pratik deneyimlere dayanarak daha uzun bir bekleme dönemi öngörülüyorsa randevuya kadar daha fazla ilaç verilmelidir.

12. Tüberküloz:Tüberküloz ceza ve tutukevlerinde yaygınlaşmaktadır. En fazla risk taşıyanlar HIV (+) kişilerdir.

A.Tüm tutuklu ve hükümlülere cezaevine girişte tüberküloz taraması yapılırken HIV risk faktörleri taşıyan şüpheli anejiler için uygun testler yapılmalıdır.

B.Tüberkülozun tedavisi ve önlenmesi hakkındaki bilgiler AIDS eğitimi ile birleştirilmelidir.

Gonore

Enfeksiyon Etkeni: Neisseria gonorrhoeae, gonakoklar

Tanı: Erkeklerde pürülan üretral akıntı yapar. Enfeksiyon kendi kendini sınırlayabilir ya da kronik taşıyıcı evreye ilerleyebilir. Eşcinsel erkeklerde ve heteroseksüel kadınlarda rektal enfeksiyon olarak ortaya çıkabilir. Kadınlarda üretrit veya servisit olarak başlayıp % 20'sinde endometrit semptomlarıyla, salpenjit, pelvi-peritonit olarak devam eder. Faringeal ve anal enfeksiyonlar her iki cinstede ortaya çıkabilir. Artritle birlikte septisemi, deri lezyonları, endokardit, menenjit nadiren de ölümle sonuçlanabilir. Akıntının mikroskopik incelemesinde hücre içinde tipik gram negatif diplokokların görülmesi ve Thayer Martin besiyerinde gonakokların üremesiyle tanı konur.

Bulaş Yolu: Enfekte kişinin müköz membranlarındaki eksuda ile temasla, hemen her zaman cinsel ilişki ile bulaşır. Spesifik tedavi ile saatler içinde bulaştırıcılık durur.

Kuluçka Dönemi: 2-7 gün veya daha uzun olabilir.

Kontrol

1. Tedavi: Enfekte kişiyle son zamanlarda cinsel ilişki öyküsü olan, akıntının Thayer Martin besiyerine ekilmesi ve gram boyanmasında tanısız bulgular saptanan hastaların tedavisi enfeksiyonun özel yerleşimine göre Hastalıkların Kontrolü Merkezi (CDC) önerilerine göre yapılır.

2. Tecrit ve izolasyona gerek yoktur.

3. Temaslılar: Hastalarla cinsel ilişkide bulunan kişiler hastanın ya sağlık personeline ya da eğitilmiş bir görüşmeciye söylemesiyle saptanır, muayene ve tedavi edilir.

4. Korunma, hasta eğitimi: Yeterli dozda antibiyotik akıntıların bulaştırıcılığını süratle yok etmesine karşın hastalar tedavi sonrası kültürler gonokokusuz çıkana dek cinsel ilişkiden sakınmalı ve önceki tedavi edilmemiş eşleriyle cinsel ilişkiye ara vermelidir.

Viral Hepatit

Viral hepatit çok sık rastlanan alkolik hepatit ve diğer non enfeksiyöz hepatitlerden ayırt edilmelidir.

Hepatit A

Enfeksiyon Etkeni: Hepatit A virusu (HAV)

Tanı: Ateş, kırıklık, zayıflama, bulantı, karın ağrısını takip eden birkaç günde ortaya çıkan sarılık ile seyreden genelde 1-2 hafta süren kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Nekahet dönemi uzayabilir. Serumda hepatit A'ya karşı IgM antikorların gösterilmesiyle tanı konur. Ardından hastalığın başlangıcından 4-6 hafta sonra IgG antikorlar ortaya çıkar, enfeksiyona karşı yaşam boyunca korur.

Bulaş Yolu: Fekal-oral yolla; enfekte fekal materyalle kontamine olmuş su ve gıdaların ya da herhangi bir şeyin alınmasıyla bulaşır.

Kuluçka Dönemi: Ortalama 30 gün

Kontrol:

1. Hastaların tedavisi: Hasta çok zayıf ve ağır dehidratasyonu varsa sadece damardan sıvı tedavisi gibi nonspesifik destekleyici tedavi yapılır.

2. Tecrit, ayırım gereksinimi ve enterik önlemler: Hepatit A'lı hastaların tuvaletleri hastalığın başladığı ilk 2 hafta boyunca ayrılmalı bu ayırım sarılığın başlangıcından sonra bir haftayı geçmemelidir. Hepatit A'lı mahkumlar bu dönemde gıda işlerinde çalışmamalıdır.

3. Tanı ve Temaslıların tedavisi: Hücre arkadaşları, cinsel ilişkide bulunanlar hastayla yakın temasta bulunan personel ve diğer mahkumlara temastan sonraki 2 hafta içinde profektik olarak immunglobulin uygulanmalıdır.

4. Korunma ve Hasta eğitimi: Dışkı idrar ve kan için sağlık düzenlemeleri yapılmalıdır. Şırınga, tıraş bıçağı, diş fırçası ve döğme aletleri yanlış kullanılmamalı ve paylaşılmamalıdır. Cinsel temas kadar gıda işlerinden de uzak durulmalıdır.

Hepatit B

Enfeksiyon Etkeni: Hepatit B virusu

Tanı: Zayıflama, karın ağrısı, bulantı, kusma bazen de eklem ağrısı ve döküntülerle tedrici olarak başlayıp sıklıkla sarılıkla devam eder. Hastalığın ciddiyeti inaparan enfeksiyon ile ölümcül olabilen fulminan karaciğer hastalığı arasında değişir. Amerikalı erişkinlerin %1-5'i sağlıklı taşıyıcıdır. Serumda viral antijenlerin gösterilmesiyle tanı konur. Enfeksiyonu takiben bağışıklık gelişir.

Bulaş Yolu: Enfekte kişinin kan ürünlerinin perkütan inokülasyonu olur. Tükürük ve semen de bulaştırıcıdır. Enfekte kanın mukoz membranlarla teması ve cinsel ilişkiyle de enfeksiyon geçebilir. Fekal-oral yolla bulaş gösterilememiştir.

Kuluçka Dönemi: Ortalama 60-90 gün

Kontrol

1. Hastaların tedavisi: Hepatit A'da olduğu gibi non spesifik destek tedavisidir. Enfeksiyonun iyileşmesini ya da siroz, ensefalopati, karaciğer yetmezliği komplikasyonlarıyla birlikte fulminan ya da kronik hepatitin gelişmesini gözlemek için izlem gereklidir.

2. Tecrit, ayırım gereksinimi: Başlangıçta Hepatit A ekarte edilmişse tecrit veya ayırma gerek yoktur.

3. Koruma, hasta eğitimi: Kan ürünleriyle çalışılırken her zaman tek kullanımlık malzeme kullanılmalıdır. Yeterli sterilizasyon yapılan herhangi bir alet yeniden kullanılabilir.

Sırınga, traş bıçağı, diş fırçası ve dövme aletleri yanlış kullanılmamalı ve paylaşılmamalıdır. Serumda antijen kaybolana dek cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır.

4. Tanı, temaslıların tedavisi:Hastayla 90 gün içinde cinsel temasta bulunanlar, iğne, tıraş bıçağı, diş fırçası, döğme aletlerini paylaşanlara Hastalıkların Kontrol Merkezi (CDC) önerilerine göre uygun olarak immunglobulin (Ig) HBlg uygulanmalıdır. Eline kontamine kanlı iğne batan sağlık personeline HBlg önerilmelidir.Kan ve kan ürünleriyle uğraşan tüm cezaevi sağlık personeline hepatit B antikor taraması yapıp, antikor olmayanlara hepatit B aşısı önerilmelidir.

Herpes

Enfeksiyon etkeni: Herpes simpleks virus tip 1 tip 2

Tanı: HSV 1 genelde asemptomatik seyreden primer enfeksiyonla karakterizedir. Latent enfeksiyonun reaktivasyonu genelde birkaç gün içinde kabuklanıp iyileşen Herpes Labialisle (ateşli kabarcıklar, soğuk yara) sonuçlanır. HSV 2 ağırlıklı olarak genital ağrıyla birliktedir. Kadınlarda lezyonlar vulvada bazı primer lezyonlar da servikstedir. Erkeklerde lezyonlar glans penis ve sünnet derisine yerleşir.

Lezyonların tanısı deneyimli bir pratisyenin görmesiyle nadiren de virüs kültürüyle konur. HSV nadiren ciddi göz ve santral sinir sistemi hastalıklarıyla ilişkilidir. Herpes, genital lezyonu olan kadınlardan vajinal yolla doğan bebeklerde potansiyel ölüm tehlikesi nedeniyle korkutucudur. Bu kadınlar sezeryan adaydır.

Bulaş Yolu:

HSV 1 taşıyıcıların tükürüğündeki virusla direkt temas

HSV 2 bağışık olmayan erişkinlerde cinsel temasla

Kuluçka dönemi: 2-12 gündür.

Kontrol

1. Hastaların tedavisi: Sadece bir kaç herpetik lezyon varsa bunlar asiklovirli kremlerle tedavi edilir. Tekrarlayan lezyonlar topikal semptomatik etkili ilaçlarla tedavi edilir ancak iyileşme süresi tedavi edilmeyenlerle aynıdır.

2. Tecrit ve ayırım gereksinimi: Yoktur. Herpetik lezyonlu hastalar immunsupresif hastalar, yanık veya egzamalı çocuklardan ve yenidoğanlardan uzak tutulmalıdır.

3. Koruma ve Hasta eğitimi: Eğitim, yara ile temas nedeniyle enfekte materyalin geçişini sınırlamaya yönelik olmalıdır. Sağlık personeli bulaş potansiyeli olan lezyonlarla temasta eldiven kullanmalıdır.

Bit

Enfeksiyon Etkeni: Pediculus corporis vücut biti, Pediculus pubis kasık biti, Pediculus humanus capitis özellikle okul çocuklarını tutan baş biti etkenidir.

Tanı: Erişkin bit, larva ve sirkeler özellikle elbiselerin dikiş yerlerine yerleşip vücudun kıllı bölgelerini tutup şiddetli kaşıntı ve deride sıyrılmalara neden olur.

Bulaş Yolu: Enfestasyon olan kişiyle direkt temas ya da bu kişinin kişisel eşyaları, elbiseleriyle temas sonucu indirekt yolla da bulaşır. Kasık biti genellikle cinsel temas yoluyla bulaşır.

Kuluçka Dönemi ve Bulaştırıcılık: Sirkeler 1 haftada yumurtadan çıkar. Yaklaşık 2 haftada cinsel olgunluk dönemine ulaşır. Enfeksiyon kişinin vücudundaki, elbiselerindeki bitler, saçındaki ve elbiselerindeki sirkeler yok olana kadar bulaştırıcıdır.

Kontrol

1. Hastaların tedavisi: Bitler görülüp tanıldıktan sonra hastalar tedavi edilir. İnsan kullanımı için uygun pedikülosit jel, şampuan ve losyonlar kullanılır. İlaç etiketinde belirtilen süreden sonra duş altında yıkanarak ilaç vücuttan uzaklaştırılır. 7-11 gün sonra yaşayan yumurtalardan çıkan bitleri öldürmek için aynı uygulama tekrarlanır. Hamile kadınların tedavisinde bu ilaçların güvenli kullanılması için özen gösterilmelidir.

2. Tecrit ve ayırım gereksinimi: Uygun pedikülosidler kullanıldıktan sonra gerek yoktur.

3. 3-Yakın temasta bulunanlar inspeksiyonda enfestasyonu aldıkları görüldükten sonra tedavi edilir.

4. 4.Koruma, hasta eğitimi: Çamaşırlar ve yatakları sıcak suda 55°C ya da 20 dakika yıkamak ya da kuru temizleme bit ve sirkeleri yokeder. Elbise ve yataklara % 1'lik lindane, %1'lik malathion tozu serpilebilir. Kuru temizlenmeyen, yıkanamayan eşyalar plastik çantalara konup 20 gün bit ve sirkelerin ölmesi için bekletilebilir. Enfeste kişinin odası ve yatakları baştan başa elektrik süpürgeyle temizlenmelidir.

Mantar Hastalıkları

Enfeksiyon Etkeni: Saç deri ve tırnaklarda yerleşir. Dermatofit olarak bilinen etkenler ve neden olduğu hastalıklar:

1. Tinea cruris:(İnguinal mantar enfeksiyonu “jokey kaşıntısı”)

2. Tinea pedis (Ayak mantar enfeksiyonu “atlet ayağı”)
3. Tinea corporis (Vücut mantar enfeksiyonu)
4. Tinea unguium (Tırnak mantar hastalığı)
5. Tinea capitis (Saçlı deri ve sakalın mantar enfeksiyonu)

Tanı: Özgül mantar enfeksiyonları tanısı en iyi deneyimli bir hekimin inspeksiyonu ile konur. Ultraviyole ışık altında bazı mantar türleri flöresans verir, deri kazıntıları ve saçların mikroskopik incelemesi ve mantar kültürleriyle tanı doğrulanır.

Bulaş Yolu: Mantar enfeksiyonları direkt yolla ya da enfekte kişinin lezyonlarıyla kontamine olmuş zemin, duşlar, elbiseler ve diğer maddelerden indirekt yolla bulaşır.

Kuluçka ve Bulaştırıcılık: Fungal etkenler çok yaygındır. Kuluçka dönemi 4 gün ile bilinmeyen uzun bir dönem arasında değişir. Bulaştırıcılık enfekte lezyonun varlığı kadar kişinin ve çevresinin hijyenine göre değişir.

Kontrol

1. Hastaların tedavisi: Uygun topikal ve oral antifungallerle lezyonlar tedavi edilmelidir.
2. Tecrit ve ayırım gereksinimi: Gerek yoktur.
3. Koruma ve Hasta eğitimi: Tutulan saçlı deri, deri ve ayakların sık sık yıkanıp temizlenmesi enfeksiyondan ve tekrarlayan enfeksiyondan korur. Eğitim hastaların lezyonları tanınmasını yardımcı, tedavi arayışını başlatacak bilgileri de içermelidir.

Enfeksiyonun yayılmasını önlemek için giysilerin ve havluların uygun yıkanması, zeminin, duşların, soyunma odalarındaki sıraların genel temizliği gereklidir.

Dezenfeksiyon için fungusidli temizleyici maddeler kullanılmalı, duşlara sık sık basınçlı su sıkıp hızla boşaltılmalıdır.

Uyuz

Enfeksiyon etkeni: *Sarcoptes scabiei*, koltukaltı, dirsek, elbileği ön yüzünde, parmak araları, dış genital organlar, uyluk, karındaki kaşınan papül ve veziküllerde yoğun olarak bulunan küçük bir böcektir.

Tanı: Deneyimli bir pratisyenin gözle muayenesiyle ve böceğin kazdığı tünellerin mikroskopik olarak görülmesiyle tanı konur.

Bulaş yolu: Günlük temastan çok yakın deri teması gerektirir. Nadiren de içgiyim ya da yeni kontamine olmuş yatak örtülerinden geçer.

Kuluçka ve Bulaştırıcılık: Daha önce maruz kalmayan kişide kaşıntıların başlangıcına dek 2-6 hafta geçer. Daha önce enfeste olmuş kişiler reenfestasyondan 1-4 gün sonra belirti verirler. Bulaştırıcılık tüm böcek yumurtaları yok olana dek sürer. Rutinde bir hafta bazen de duruma göre iki hafta arayla iki aşamalı tedavi uygulanır.

Kontrol:

1. Uygun sarcopticidler tüm vücuda uygulanır. 8-12 saat sonra tüm vücut yıkanır, yeni yıkanmış giysiler giyilir ve yatak örtüleri değiştirilir. Hamile kadınların tedavisinde hamilelikte kullanılan ilaçların güvenilirliği konusunda özen gösterilmelidir.
2. Tecrit ve ayırım gereksinimi: Hiç gerekmez. Tedaviden sonraki 24 saatte yakın temastan kaçınılmalıdır.

3. Temaslar: Hastaların riskli yakın temaslarındaki enfestasyon işaretlerinin tanınması eğer varsa tedavi çabasına girmesi için hastalar eğitilir.

4. Korunma , hasta eğitimi: İç çamaşırlarının yıkanması. Son 48 saatte kullanılan giysi ve yakat örtüleri sıcak suda yıkanıp kurutulur. Bakınız, yukarıdaki madde 3

Sifiliz

Enfeksiyon Etkeni: Bir spiroket olan Treponema pallidum

Tanı: Enfeksiyon primer lezyonla karakterizedir, sekonder erupsiyonlar deri ve mukoz membranları tutar, uzun bir latent dönemden sonra geç lezyonlar deri, kemik, iç organlar, kalp damar sistemi ve santral sinir sisteminde görülür. Primer ve sekonder sifiliz tanısı lezyondaki eksudanın, lenf bezi aspiratlarının karanlık alan incelemesi ve kan, beyin-omurilik sıvısından alınan örneklerin serolojik incelenmesiyle konur.

Bulaş Yolu: Deri, mukoz membranlardaki nemli erken lezyonlarla doğrudan temas, vücut sıvıları, cinsel ilişki sırasındaki salgılarıyla bulaşır. Maruz kalanların ancak % 10'unda enfeksiyon gelişir.

Hastalık sadece primer ve sekonder evrede veya mukokutanöz rekurrenslerin olduğu dönemde bulaşıcıdır, bu dönem değişkendir (2-4 yıl kadar olabilir.)

Yeterli penisilin tedavisi 24 saatte bulaştırıcılığa son verir.

Kuluçka dönemi: 10 gün-10 hafta, genelde 3 hafta

Kontrol

1. Hastaların Tedavisi: Hastalığın görüldüğü evrede Hastalıkların Kontrolü Merkezinin önerilerine göre uzun etkili penisilinler ve diğer antibiyotikler tedavide kullanılır.

2. Tecrit ve izolasyon : Hiç gerekmez

3. Temaslıların araştırılması: Temas trasesi hastalığın evresine göre.

Primer- Belirtilerin ortaya çıkışına kadar olan son üç aydaki cinsel ilişkide bulunanlar.

Sekonder- Bu süre son 6 aydır.

Erken Latent dönem- Primer ve sekonder lezyonlar yerleşmemişse bu süre son 1 yıldır

Geç latent dönem- Enfekte kadının çocukları ve eşi enfektedir.

Temas tanısı: Gonore gibidir. Temaslılar sifiliz yönünden klinik muayene, serolojik testlerle birlikte uygun tedavi ve izlem gerektirir.

4. Korunma/hasta eğitimi: Hastaların Enfeksiyon ortaya çıktığında enfeksiyon belirtilerini tanıma, cinsel temastan kaçınma, tedavi için başvurma konularını öğrenmeye ihtiyaçları vardır.

Tüberküloz

Enfeksiyon Etkeni: Çoğunlukla Mycobacterium tuberculosis, az sayıda M. bovis, nadiren de bağışkılık sistemi baskılanmış kişilerde atipik mycobacteriler etkindir.

Tanı: Başlangıçta enfeksiyon genelde farkedilmez. Daha sonra deride tüberküline hassasiyetle saptanabilir. Akciğer tüberkülozuna daha az olguda milier, meningeal, diğer akciğer dışı tutulumlara ilerleyebilir.

Bulaş Yolu: Enfekte kişinin öksürüğüyle çıkan balgamdan damlacıkların solunmasıyla bulaşır. Uzun süreli yakın temasla olan maruziyet bulaşıcı olabilir. Enfeksiyöz basiller havaya aerosol olarak karıştığı sürece bulaştırıcıdır; örneğin sadece öksüren hastalar enfeksiyonu yayabilir. Kuvvetten düşmüş, zayıflamış kişilerin teması bulaş yönünden en fazla riski taşır. Bovin tipi tüberküloz sığırlarla temas ya da onların pastörize edilmeyen günlük ürünlerinin alımı ile olur.

Kuluçka ve Bulaştırıcılık: Enfeksiyondan 4-12 hafta sonra gösterilebilen primer lezyon gelişir.

Kontrol:

1. Hastaların Tedavisi: Asidorezistan bakterinin laboratuvar tanısı yapıldıktan sonra uzun süreli kombine ilaç tedavisi başlanmalıdır. Tüberkülin testinin dönüşümüyle İsoniazid ile birlikte Pridoksin uygun kişilere 1 yıl önerilmelidir.

2. Tecrit ve izolasyon gereksinimi: Yeni tanı konan öksüren hastalar için hastane tedavisi önerilir, tek kişilik iyi havalandırılan odalar bu hastaların solunum izolasyonu için gereklidir. Özgül ilaç tedavisi bulaştırıcılığı hızla azaltır, 2-3 haftada balgamın bulaştırıcılığını ortadan kaldırır. Bakteriyo-lojik olarak negatif, öksürmeyen, yeterli ilaç tedavisi alan hastaların izolasyonuna gerek yoktur.

3. Temaslar: Hücre arkadaşları ve aynı havalandırma sisteminden yararlananlara tüberkülin deri testi uygulanması gerekir. Eğer test sonucu negatifse, test 2-3 ay sonra tekrarlanmalıdır. Önceki PPD pozitif olan temaslıların göğüs röntgenlerinin çekilmesi ve klinik izlemlerinin yapılması gerekir.

4. Korunma ve hasta eğitimi: Gerektiğinde yeni deri reaksiyonları için rutin PPD uygulanması, göğüs grafileriyle uygun tedavi ve izlem bulaştırıcılığı yüksek aktif tüberkülozun gelişimini önler.

Hastalar produktif öksürük ateş, terleme, zayıflama, kilo kaybı gibi hekime başvurmaları gereken tehlikeli belirtiler hakkında bilgilendirilmelidir. Öksürürken ağız ve burunun kapatılmasının önemi vurgulanmalıdır.

SEÇİLMİŞ OKUMALAR

- Abeles, H., Feiber, H., Mandel, E. and Girard, J.A. "The Large City Prison – A Reservoir of Tuberculosis. Tuberculosis Control Among Sentenced Male Prisoners in New York City," *American Review of Respiratory Disease*, 1970, 101, 706-709.
- Alessi, N.E., McManus, M., Brickman, A. and Grapentine, L. "Suicidal Behavior Among Juvenile Offenders," *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141(2), 286-287.
- Alexander, S. "The Captive Patient: The Treatment of Health Problems in American Prisons," *Clearinghouse Review (ABA)*, 1972, 6 (1), 16-27. Alexander-Rodriguez, T. "Prison Health – A Role for Professional Nursing," *Nursing Outlook*, 1983, 31(2), 115-118.
- Al-Ibrahim, M.S., Hawthorne, P., Freemnn, R., Kelly, G. and Fox, L. "Utilization of Physician Assisants in a Large Urban Jail: Clinical Design and Cost Considerations," *Journal of Prrison Health*, 1983, 1(2), 88-96.
- Allmond, T.T. et al. "Environmental Sanitation Monitoring at the United States Disciplinary Barracks, 1979-82," *Journal of Environmental Health*, 46 (3), 128-131.
- American Academy of Pediatrics, "Statement of Committee on Adolescents: Health Care for Children and Adolescents in Detention Centers, Jails, Lock-Ups, and Other Court-Sponsored Residential Facilities," *Juvenile and Family Court Journal*, May 1981, 11-16.
- American Bar Association, *Medical and Health Care in Jails, Prisons, and Other Correctional Facilities: A Compilation of Standards and Materials*, 1973, 302 pp.
- American Correctional Association. *Minimum Mental Health Standards for Correctional Institutions*, 1967: Rockville, Md.
- American Correctional Association. *Standards for Adult Correctional Institutions*, Rockville, Md; U.S. Department of Justice, 1981.
- American Correctional Association. *Standards for Juvenil Detention Facilities (2nd ed.)*, Washington, D.C.; Commission on Accreditation for Corrections, 1983.
- American Medical Association, *Standards for Health Services in Jails*, Chicago, Ill.: Program to Improve Medical Care and Health Services in Correctional Institutions, 1981.
- American Medical Association. *Standards for the Accreditation of Medical Care and Services in Jails*, Chicago, Ill.: 1980.
- American Medical Association. *The Recognition of Jail Inmates of the Mental Illness, Their Special Problems, and Needs for Care*, Chicago; Ill.: 1979.
- American Medical Association. *Common Health Problems of Juveniles in Correctional Facilities*, Chicago, Ill.: Program to Improve Health Medical Care and Health Services in Correctional Institutions, 1979.
- American Public Health Association. *Standards for Health Services in Correctional Institutions*, Washington, D.C.; 1976.
- Anastos, Kathryn, M. "Use of Exogenous Estrogens by Incarcerated Men," *Journal of Prison and Jail Health*. 1982 2(1), 27-40.

- Anno, B. Jaye. "The Availability of Health Services for Juvenile Offenders: Preliminary Results of a National Survey," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(2), 77-90.
- Anno, B. Jaye. "Analysis of Inmates Patient Profile Data," Washington, D.C.: Blackstone Associates, 1977.
- Arkin, Henry R. "Forcible Administration of Antipsychotic Medication," *Journal of the American Medical Association*, May 27, 1983, 249 (20), 2784-2785.
- Balsam, Alan L. "Upgrading Food and Nutrition Services at a County Jail," *Journal of Prison and Jail Health*, 1982, 2(2), 103-115.
- Barton, William I. "Drug Histories and Criminality of Inmates of Local Jails in the United States (1987): Implications for Treatment and Rehabilitation of the Drug Abuse in a Jail Setting," *The International Journal of the Addictions*, 1982, 17(3), 417-444.
- Bayer, Ronald. "Lethal Injections and Capital Punishment: Medicine in the Service of the State," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4 (1), 7-15.
- Rlock, Marvin J. "An Extramural Dental Care Program in a Prison Setting," *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(1), 34-39.
- Brecher, E.M. and Della Penna, R.D. "Health Care in Correctional Institutions," National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, Washington, D.C.; 1985.
- Brodsky, Carroll M. "Work Stress in Correctional Institutions," *Journal of Prison and Health*, 1982, 2(2), 74-102.
- Brutsche, R.L. "Medical Standards for Corrections: A Status Report," *Corrections Today*, July-August, 1979.
- Brutsche, K.L. "Medicine and Penology, Problems of Health Care Delivery in Penal Institutions," *New York State Journal of Medicine*, 1975, 75, 1082-1084.
- Charles, S. "New Programs Attack the No. 1 Killer of Jail Inmtes," *Corrections Magazine*, August, 1981, 8-16.
- Coleman, T.E., Whitman, S., Massey, T.R., Patmon, C., King, L.N. "Attitudes and Knowledge of Correccion Officers Toward People with Epilepsy," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(1), 814-830.
- Comptroller General, "Report to the Congress: A Federal Strategy is Needed to Help Improve Medical and Dental Care in Prisons and Jails," GGD-78-96, December, 1978, 1-71.
- Conte, T.G. "A Survey of Dental Treatment in New Jersey Prisons," *New Jersey Dental Association Journal*, 1973, 44, 10-12.
- Conte, T.G. "Dental Treatment for Incarcerated Individuals: For Whom? How Much?" *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(1), 25-33.
- Cox, V. et al. "Prison Crowding Research: The Relevance for Prison Housing Standards and a General Approach Regarding Crowding Phenomena," *American Psychologist* (in press).
- Danto, B.L. *Jailhouse Blues: Studies of Suicidal Behavior in Jail and Prison*, Michigan: Epic Publications, Inc., 1973, 3-43.
- D'Atri, D.A. "Measuring Stress in Prison," *Confinement; in Maximum Custody*, 27-38.

- D'Atri, D.A. and Ostofeld, A.M. "Crowding: Its Effects on the Elevation of Blood Pressure in a Prison Setting," *Preventive Medicine*, 1975, 4, 550-566.
- Denkowski, G.C. et al. "A 50-State Survey of the Current Status of Residential Treatment Programs for Mentally Retarded Offenders." *Mental Retardation*, October 1983, 21(5), 197-203.
- Derro, R.A. "Admission Health Evaluation of Inmates in a City-County Workhouse," *Minnesota Medicine*, 1978, 61, 333-337.
- Derro, R.A. "Health Problems in a City-County Workhouse," *Public Health Reports*, 1978, 93(4), 379-385.
- Desilva, B. "The Retarded Offender: A Problem Without a Program," *Corrections Magazine*, 1980, 6(4).
- Dole, V.P. "Medicine and the Criminal Justice System," *Annals of Internal Medicine*, 1974, 81,687-689.
- Dole, V.P. et al "Successful Treatment of 750 Criminal Addicts," *Journal of the American Medical Association*, 1968, 206(12), 2708-2711.
- Dubler, N.N. "Depriving Prisoners of Medical Care: A 'Cruel and Unusual' Punishment," *Hastings Center Report*, October 1979, 7-10.
- Dy, A.J. "Correcional Psychiatry and Phase Psychotherapy," *American Journal of Psychiatry*, October 1974.
- Engebretsen, B., and Olson, J.W. "Primary Care in a Penal Institution: A Study of Health Care Problems Encountered," *Medical Care*, 1975, 13(9), 775-781.
- Felman, Y.M. "Sexually Transmitted Disease Control Services in a Jail Population:: Analysis and Recommendations," *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 1982, 58(6) 559-567.
- Fitzgerald, E.F. et al. "Health Problems in a Cohort of Male Prisoners at Intake and During Incarceration," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(2) 61-76.
- Freeman, R.W. and Johnson, L.D. "Health-Related Knowledge, Attitudes and Practices of Correctional Officers," *Journal of Prison and Jail Health*, 1982, 2(2), 125-138.
- Freeman, R.W. et al. "Planning Health Services for a City Jail: Impact of Contractual Services on Men's Sick Call," *Medical Care*, 1981, 19(4), 410-418.
- Fultz, J.M. and Senay, E.C. "Guidelines for the Management of Hospitalized Narcotics Addicts," *Annals of Internal Medicine*, 1975, 82(6) 815-818.
- Gass, Gerry G. "Prison Crowding Research and Correcional Standards," *Corrections Today*, December 1984, p16,34.
- Getting, S. "Accreditation on Trail," *Corrections Magazine*, February 1982, 7-1 8.
- Glassman, J.H. and DeVincenzo, D.K. "Primary Care Nursing in a Prison Setting," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(1), 54-56.
- Goldsmith, S.B. "Jailhouse Medicine - Travesty of Justice?" *Health Services Reports*, 1972, 87(9), 767-774.
- Goldsmith, S.B. *Prison Health*, New York: Prodist, 1975.

- Goldsmith, S.B. "The Status of Prison Health Care: A Review of the Literature," *Public Health Reports*, 1974, 89(6), 564-575.
- Goldstein, N. "Psychiatry in Prisons," *Psychiatric Clinics of North America*, 1973, 6(4), 751-765.
- Gunby, D. "Health Care Reforms Still Needed in the Nation's Prisons," *Journal of the American Medical Association*, 1981, 245(3), 211-214.
- Gunn, J. and Fenton, C. "Epilepsy in Prisons: A Diagnostic Study," *British Medical Journal*, 1969, 4, 326-328.
- Hastings, Glen E. and Whitcher, Carol. "Automated Medical Screening in an Urban County Jail," *Medical Care* 1979, 17(12), 1238-3 246.
- Hastings, Glen E. et al. "Nurse Practitioner in a Jailhouse Clinic," *Medical Care*, 1980, 18(7),731-744.
- Hayes, L.M. and Kajdan, B. Final Report to the National Institute of Corrections on the National Study of Jail Suicides, Virginia: The National Center on Institutions and Alternatives, October 1981.
- "Health Standards for Juvenile Court Residential Facilities," *Pediatrics*, 1973, 52(3).
- Heaton, E.B. "The Diagnosis and Treatment of Epilepsy in the Prison Setting," *Journal of Prison Health*, 1981, 1(2), 134-143.
- Hein, K. et al. "Juvenile Detention: Another Boundary Issue for Physicians," *Pediatric's* 1978, 66(2), 239-254.
- Isele, W.P. Constitutional Issues of the Prisoner's Right to Health Care, Illinois: American Medical Association, 1980, 1-24.
- Isele, W.P. Health Care in Jails: Inmates' Medical Records and Jail Inmates' Right to Refuse Medical Treatment, Illinois: American Medical Association, 1977, 1-24.
- Isele, W.P. The Use of Allied Health Personnel in Jails; Legal Considerations, Illinois: American Medical Association, 1978.
- Jervis, N., Levy, H. and Fein, O. Prison Health Reform: Four Case Studies, New York: Health Policy Advisory Center, 1975.
- Jeurink, Gladys. "Prison Lab: Maximum Health Care in Maximum Security," *Medical Laboratory Observer*. May 1982, 90-98.
- Jones, D. Health Risks of Imprisonment, Lexington, Massachusetts: D.C. Heath, 1976.
- Kaufman, Arthur et al. "Prison Health and Medical Education," *Journal of Medical Education*, December 1979, 54, 925-931.
- King, L. N, and Geis, G. "Tuberculosis Transmission in a Large Urban Jail," *Journal of American Medical Association*, 1977, 237(8),791-792.
- King, L.N. Management of Common Medical Problems in Correctional Institutions: Epilepsy and Tuberculosis, Chicago, Ill.: Monograph of the American Medical Association Program to Improve Medical Care and Health Services in Correctional Institutions, 1979.
- King, L.N. and Young, Q.D. "Increased Prevalence of Seizure Disorder Among Prisoners," *Journal of American Medical Association*, 1978, 239(25),2674-2675.

- King, L.N. and Whitman,P. "Morbidity and Mortality Among Prisoners: An Epidemiologic Review," *Journal of Prison Health*, 1981, 1(1), 7-28.
- King, L.N., Reynolds, A. and Young, D. "Utilization of Former Military Medical Corpsmen in the Provision of Jail Health Services," *American Journal of Public Health*, 1977, 67(8), 730-734.
- Kaplan, J.D. et al. "Prevalence of Hepatitis B Surface Antigen and Antibody at a State Prison in Kansas." *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137(4), 505-506.
- Kosidlek, J.G. "Improving Health Care for Troubled Youths," *American Journal of Nursing*, 1976,76(t).
- Kruzich, J.M. et al. "Assessing Health Education Needs in a Prison Setting," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(1), 107-116.
- La Don, J., Sherwood, J.N. and Hughes, L. "Health Hazard Appraising Counseling - Continuing Evaluation," *Western Journal of Medicine*, 1979, 130, 280-283.
- Leonard, E.B. "Judicial Decisions and Prison Reform: The Impact of Litigation on Women Prisoners," *Social Problems*, 1983, 31(1).
- Lessenger, J.E. "Health Care in Jails: A Unique Challenge in Medical Practice," *Postgraduate Medicine*, 1982, 72(3).
- Lessenger J.E. and Rader, T. "Medical Consultation for Correctional Institutions," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(21), 96-106.
- Lewis, D.O., Balla, D.A. and Shanok, S,S. "Some Evidence of Race Bias in the Diagnosis and Treatment of the Juvenile Offender," *American Journal of Orthopsychiatry*, 1979, 49(1), 53-61.
- Lewis D.O. et al. "The Medical Assesment of Seriously Delinquent Boys," *Journal of Adolescent Health Care*: 1982, 3, 160-164,
- Lichenstein, R. "A Classification of Prison Health Systems Based on Their Bureaucratic Attributes," *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(1), 40-53.
- Lindenauer, M.R., Harness, J.K. "Care as Part of the Cure: An Historical
- Overview of Correctional Health Care," *Journal of Prison Health*, 1979, 1(1), 56-66.
- Litt, I.F. and Coher, M.I. "Prisons, Adolescents, and the Right to Quality Medical Care: The Time is Now," *American Journal of Public Health*, 1974, 64(9), 894-847.
- Martin, E. "Comparison of Medical Care in Prison and in General Practice," *British Medical Journal*, October 13, 1984, 289, 966-969.
- Massachusetts Department of Public Health, Division of Community Operations, "Prisoners as Patients," *New England Journal of Medicine*, 1972, 287, 101-102.
- McCain, G. et al. "The Effect of Prison Crowding on Inmate Behavior," United States Department of Justice and National Institute of Justice.
- McCharthy, J.J. "Correctional Medical Care: Prescription for Change," *Correceptions Magazine*, April, 1982, 7-17.
- McCleiland, D.C. et al. "The Need for Power, Stress, Immune Function, and Illness Among Male Prisoners," *Journal of Abnormal Psychology*, 1987, 91(1),61-70.

- McCreery, M.A. et al. "Assessing the Operation of Secure Care Programs in New York State Facilities," *Hospital and Community Psychiatry*, 1984, 35(6), 589-594.
- Messalle R.J. "Medical Care, Education and Compliance With Minimum Standards of Health Care," *Prison Law Monitor*, 1979, 1(2), 266-276.
- Michigan Department of Corrections, Office of Health Care, Quality Assurance: A Brief Overview for the Correctional Health Care Administration, LEAA, United States Department of Justice, 1978.
- Miller, R.E. "Inmate Drug Education Programming," *Journal of Prison and Health*, 1984, 4(1), 32-39.
- National Coalition for Jail Reform, *Removing the Chronically Mentally Ill from Jail*, Washington D.C.: March, 1984.
- National Commission on Correctional Health Care, *Standards for Health Services in Juvenile Confinement Facilities*, Chicago, Illinois: August, 1984.
- National Fire Protection Association, "Life Safety Code," N.F.P.A. No. 101, Boston, Mass.
- Neisser, E. "Is There a Doctor in the Joint? The Search for Constitutional Standards for Prison Health Care." *Virginia Law Review*, 1977, 63(6), 921-972.
- New York City Department of Correction, *Minimum Standards for New York Correctional Facilities*, 1978.
- Ney, S. "Prison Overcrowding After Rhodes v. Chapman," *Journal of Prison and Jail Health*, 1982, 2(1), 5-14.
- Novick, I.F. "A Study of 128 Deaths in New York City Correctional Facilities (1971-76): Implications for Prisoner Health Care," *Medical Care*, 1978, 16(9), 749-756.
- Novick, L.F. "The Contracted Model for Prison Health Care," *Medical Care*, 1976, 14(8), 694-699.
- Novick, L.F. and Al-Ibrahim, M.S. *Health Problems in the Prison Setting*, Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1977.
- Novick, L.F., Della Penna, R., Schwartz, M.S., Remmlinger, E. and Loewenstein, R. "Health Status of the New York City Prison Population," *Medical Care*, 1977, 15(3), 205-216.
- Owens, J.W.M. "Incarcerated Youth: Urgent Needs," *Pediatrics* 1975, 75(93), 539-540.
- Palmer, R.H., Reilly, M.C. "Individual and Institutional Variables Which May Serve as Indicators of Quality of Medical Care," *Medical Care*, 1979, 17(7), 693-717.
- Paulus, P.B., McCain, G. and Cox, V. "Death Rates, Psychiatric Commitments, Blood Pressure, and Perceived Crowding as a Function of Institutional Crowding," *Environmental Psychology and Nonverbal Behavior*, 1978, 3(2), 107-135.
- Paulus, P.B., McCain, G. and Cox, V. "Prison Standards: Some Pertinent Data on Crowding," *Federal Probation*, 1981, 45(4), 48-54.
- Platt, A.M. *The Child Savers: The Invention of Delinquency*, Chicago: University of Chicago Press, 1964.
- Protzel, M.S. "Nursing Behind Bars," *American Journal of Nursing*, 1972, 72(3), 505-508.
- Raba, J.M. and Obis, C.B. "The Health Status of Incarcerated Urban Males: Results of Admission Screening," *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(1), 6-23.

- Rachlin, S., Pam, A. and Milton, J. "Civil Liberties vs. Involuntary Hospitalization," *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, 189-192.
- Radin, B. *The Mentally Ill in Jail: A Preliminary Look*, Report prepared by the N.Y.C. Department of Correction, February, 1983.
- Rukis, J. "Suicide Prevention Measures in Urban Detention Facilities Throughout the United States," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(2), 91-95.
- Reed, W.L. "The Prison Milieu and Health Problems," *Journal of Prison Health*, 1981, 1(2), 144-153.
- Reid, J.W. "A Humane Detox: The Plight of the Incarcerated Drug-Dependent Offender," *Contemporary Drug Problems*, Fall 1979, 375-379.
- Resnik, J. "Prisoners of Their Sex: Health Problems of Incarcerated Women," *Prisoner's Rights Sourcebook II*, New York, Clark Boardman Company, 1980.
- Rideau, W. and Sinclair, B. "The Mentally Retarded Offender," *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(2), 101-131.
- Rieger, W. "Suicide Attempts in a Federal Prison," *Archives of General Psychiatry*, 1971, 24, 532-535.
- Rodo-Edwards, A. and Alexander-Rodriguez, T. "Nursing Assessment in Prison: One Case Study," *Journal of Prison Health*, 1981, 1(2), 130-133.
- Roth, L. and Ervin, E.R. "Psychiatric Care in Federal Prisons," *American Journal of Psychiatry*, 1971, 128(4), 56-63.
- Sherer, M. "The incarceration Period and Educational Achievements of Juvenil Delinquents," *Criminal Justice and Behavior*, 1983. 10(3), 109-121.
- Singer, R.G. "Providing Mental Health Services for Jail Inmates; Legal Perspectives," *Journal of Prison Health*, 1983, 1(2), 105-129.
- Skoler, O.L. and Loewenstein, R.H. "The Enforcement of Sanitary and Environmental Codes in Jails and Prisons," *Journal of Environmental Health*, 1975, 37, 321-325.
- Smirnoff, M. and Keith, R. "Hypertension Control in a Prison Setting," *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(1), 54-62.
- Smith, B.C. "The Use of Health Hazard Appraisal in a Prison Population," *Journal of Prison and Jail Health*, 1982, 2(1), 58-66.
- Smith, R. "The State of the Prisons: Nursing Services," *British Medical Journal*, 1984, 288, 554-556.
- Smith, R. "The State of the Prisons: Organization of Prison Medical Services," *British Medical Journal*, 1984, 287, 1867-1870.
- Smith, R. "The State of the Prisons: The Mental Health of Prisoners," *British Medical Journal*, 1984, 288, 308-310.
- Smith, R. "The State of the Prisons: The Physical Health of Prisoners," *British Medical Journal*, 1984, 288, 129-132.
- Stevens, R.M. "Pharmacy Service in a Correctional Institution," *United States Pharmacist*, October, 1980.

- Swank, G.E. and Winer, D. "Occurrence of Psychiatric Disorders in a County Jail Population," *American Journal of Psychiatry*, 1976, 133(11), 1331-1333.
- Thorburn, K.M. "Crocker's Dilemma: Should Prison Physicians Serve Prisons or Prisoners?" *Western Journal of Medicine*, 1981, 134, 457-461.
- Thorburn, K.M. "Self-Mutilation and Self-Induced Illness in Prison," *Journal of Prison and Jail Health*, 1984, 4(1), 40-53.
- Tuskan, J.J. and Thase, M.E. "Suicides in Jails and Prisons," *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1983, 21(5), 29-33.
- Twaddle, A.C. "Utilization of Medical Services By a Captive Population: An Analysis of Sick Cell in a State Prison," *Journal of Health and Social Behavior*, 1976, 17(3), 236-248.
- Tyce, F.A.J. "Psychiatry in Correctional Systems," *Psychiatric Annals*, 1977, 7, 18-23.
- United States Department of Justice, *Federal Standards for Prisons and Jails*, Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1980.
- United States Department of Justice, *Prisoners and Alcohol*, Washington, D.C.: Bureau of Justice Statistics Bulletin, January, 1983.
- United States Department of Justice, *Prisoners and Drug*, Washington, D.C.: Bureau of Justice Statistics Bulletin, January, 1983.
- Walker, B. and Cordon, T. "Health and High Density Confinement in Jails and Prisons," *Federal Probation*, 1980, 53-58.
- Weisbuch, J.B. "Public Health Professionals and Prison Health Case Needs," *American Journal of Public Health*, 1977, 67, 720-722,
- Whalen, R.P. and Lyons, J.J. "Medical Problems of 500 Prisoners on Admission to a County Jail," *Public Health Reports*, 1962, 77(6), 497-502.
- Williams, P. "The Right of Prisoners to Psychiatric Care," *Journal of Prison and Jail Health*, 1983, 3(2), 112-118.
- Winner, E.J. "An Introduction to the Constitutional Law of Prison Medical Care," *Journal of Prison Health*, 1981, 1(1), 67-84.
- Wishart, M. and Dubler, N. (Eds). *Health Care in Prisons, Jails and Detention Centers: Some Legal and Ethical Dilemmas*, New York: 1985.
- Woolf, A. and Frank, S.G. "Epidemiology of Trauma in a Population of Incarcerated Youth," *Pediatrics*, 1975, 75(3), 463-468.
- Wormser, G.D. et al. "Acquired Immunodeficiency Syndrome in Male Prisoners," *Annals of Internal Medicine*, 1983, 98, 297-303.