

cezaevi
ezaevi
sayrievi
ölümevi

CEZAEVİ VE SAĞLIK

Ata Soyer



CEZAEVİ

EZAEVİ

SAYRIEVİ

ÖLÜMEVİ

CEZAEVİ VE SAĞLIK

Dr. Ata Soyer

Nisan 1999



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

<http://www.ttb.org.tr>

Kapak-Sayfa Düzeni

Sinan Solmaz

*Cezaevinde sağlığını yitirenler adına
Sevgili Hamdullah Erbil' e*

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	5
AYDIN ÇUBUKÇU'NUN ÖNSÖZÜ.....	7
YAZARIN ÖNSÖZÜ.....	9
1. GİRİŞ YA DA ÖLÜMEVLERİNE DÖNÜŞ(TÜRÜL)EN CEZAEVLERİ;.....	13
2. NEDEN MAHKUMLAR?.....	20
3.İNSAN HAKLARI, ETİK, HUKUK VE CEZAEVLERİ.....	22
3.1. Uluslararası Belgeler.....	22
3.2. Ulusal Belgeler.....	28
4. TÜRKİYE' DEKİ CEZAEVLERİ.....	33
5. CEZAEVLERİ VE SAĞLIK.....	48
5.1. Dünya Örnekleri.....	48
5.1.1. Minnesota Eyaletinde Cezaevi Ziyareti.....	48
5.1.2. İnsan Hakları İçin Hekimler Örgütü (PHR)' nün bir ziyareti ve tutukluların bağlanması.....	53
5.1.3. Kızıllaç' ın Önerdiği Mahkum Ziyareti Kılavuzu.....	55
5.1.4. Uluslararası Cezaevi İzleme Örgütü' nün (IPW) Cezaevi Taraması İçin Uyguladığı Soru Anketi.....	57
5.2. Ülke deneyimleri.....	58
5.2.1. Sağlıkçılar Cezaevi Sağlık Anketi (Haziran 1985).....	58
5.2.2. “Teröristlerin Rehabilitasyonu” ve Psikiyatrinin Mahkumlara İlgisi!.....	59
5.2.3 “Helsinki Watch” Raporu.....	60
5.2.4. İnsan Hakları Derneği Cezaevi Komisyonu' nun Hasta ve Hastalıklarla İlgili Raporu (11.4 1989).....	60
5.2.5. Açlık Grevi Sonrası Aydın Devlet Hastanesi' ne Yatan Mahkumlar Üzerinde Yapılan Çalışma (Mart 1990).....	61
5.2.6. Cezaevleri Sağlık Taraması (1990).....	61
5.2.7. Eskişehir Cezaevi Sağlık Taraması (Kasım 1991).....	62
5.2.7. Cezaevlerinde Ortaya Çıkan Ruhsal Bozukluklar Çalışması (1991-93).....	63
5.2.8. Bayrampaşa Cezaevi Pilot Çalışması (1996 Kasım-Aralık).....	64
5.2.9. TİHV Raporları (1990-97).....	64
5.2.10. Açlık Grevi-Ölüm Orucu Katılımcılarının Klinik Değerlendirilmesi (1996).....	65
5.2.11. 1996 Açlık Grevi Sürecinde TTB' nin Sağlık Alanına Müdahaleleri.....	65
5.2.12. Cezaevlerinden Gelen Konuyla İlgili Mektuplar.....	65
5.2.13. Hastalık Gerekçesi İle Sağlık Raporu Düzenlenenler.....	68
6. TÜRKİYE' DE BUGÜN CEZAEVLERİNDE SAĞLIK SORUNLARI.....	73
Araştırma Yöntemi.....	73
6.1.Bayrampaşa Cezaevi.....	73
6.1.1. Fiziksel altyapı koşulları.....	73
6.1.2. Hijyen Durumu.....	75

6.1.3. Sağlık Hizmetleri.....	75
6.1.4. Hasta Mahkumlar	76
6.2. Buca Cezaevi.....	77
6.2.1. Fiziksel altyapı koşulları	77
6.2.2. Hijyen Koşulları.....	78
6.2.3. Sağlık Hizmetleri.....	78
6.2.4. Hasta Mahkumlar	80
6.3. Gebze Cezaevi	82
6.3.1. Fiziksel Altyapı.....	82
6.3.2. Hijyen Durumu	82
6.3.3. Sağlık Hizmetleri.....	83
6.3.4. Hasta Mahkumlar	83
6.4. Bursa Özel Tip Cezaevi.....	84
6.4.1. Fiziksel Altyapı Koşulları	84
6.4.2. Sağlık Hizmetleri.....	84
6.4.3. Hasta Mahkumlar	86
6.5. Nevşehir Cezaevi	86
6.5.1. Fiziksel Altyapı.....	87
6.5.2. Hijyen Durumu	86
6.5.3. Sağlık Hizmetleri.....	88
6.5.4. Hasta Mahkumlar	88
6.6. Siirt Cezaevi.....	89
6.6.1. Fiziksel Altyapı Koşulları	89
6.6.2. Hijyen Durumu	89
6.6.3. Sağlık Hizmetleri.....	89
6.6.4. Hasta Mahkumlar	90
6.7. Trabzon Cezaevi	90
6.7.1. Fiziksel Altyapı Koşulları	90
6.7.2. Hijyen Durumu	91
6.7.3. Sağlık Hizmetleri.....	92
6.7.4. Hasta Mahkumlar	93
6.8. Çankırı Cezaevi.....	93
6.9. Genel Değerlendirme	94
6.10. Türkiye’de Mahkum Koşulları	94
SON SÖZ YERİNE	96
EKLER	98
KAYNAKLAR	151

ÖNSÖZ

Sözcüklere anlam veren, bizim güncel ilişkilerimiz, bizim şimdiki hayatımızdır. Kimi sözcüklerin bir arada kullanılmasının, şiddetli bir gerilim duygusu yaratmasının nedeni de, yaşananların içeriğidir. Tek başlarına kullanıldıklarında, olağan anlamlarıyla sınırlı bir etki gücüne sahip sözcükler, birlikte görüldükleri her yerde bir dehşet ve şiddet atmosferinin tanımlayıcısı haline geliyorsa, bunun nedeni, sözcüklerin sözlük karşılıkları değil, bizim hayatımız içinde kazandıkları karşılıklardır. Bu yüzden, Ata Soyer'in çok önemli çalışması, "Cezaevi ve Sağlık", daha adından başlayarak, ilk anda sadece içiçe olduğumuz gerçeğin kara yüzlerinden biriyle karşı karşıya geleceğimizi bildiriyor. Özellikle son yirmi yılı hatırladıkça, bu iki sözcük, hiçbir olumlu çağrışım yapmıyor, umut vaad etmiyor, iyimserliğin her küçük belirtisini hemen karanlık gerçeğin sert tornasında un ufak ediyor.

Bu başlık altında, herhangi bir biçimde toplumun suç saydığı eylemleri yapmış olanların, yeniden eğitildiği koşullarda aynı zamanda herkes gibi sağlık hakkında sahip olarak yaşabildiklerine dair bir şeyler okumayı Türkiye'de yaşayan hiç kimse umamaz. Bütün olumsuz koşullara rağmen, cezaevlerinde hiç olmazsa nefes alma olanağının nasıl olup da sağlanabildiğini anlatan bir kitap da beklemiyoruz bu başlık altında. Ata Soyer kitabının adına, "Cezaevi, Ezaevi, Sayrivi, Ölümüvi" sözcüklerini eklemeseydi bile, bu ülkede olup bitenler ve sürüp gidenler yüzünden biz, "Cezaevi ve Sağlık" gibi iki sözcüğün birlikteliğinden, en katı ve acımasız sonuçları yine de çıkaracaktık.

Okuyucu, bu çalışmada, bir insanın hayatı boyunca karşılaşabileceği en berbat iki belanın bir arada incelenişini bulacak. Mahpusluk ve hastalık, bir ötekenden kötü iki insanlık durumu, üstelik baskı ve şiddetin yönetim kuralı haline geldiği siyasal koşullar altında, aynı anda ve üst üste geldiklerinde, ortaya çıkan sonuç bir hekimin gözüyle nasıl görünür?

Hiçbir insan, derdin bu kadar katmerlisini yaşamak istemez. Kötülüğü ve acıyı, kendi varlığının ve egemenliğinin temeli sayanlar dışında kalanların pek çoğu ise, insanlığın bu en iç ezen trajedilerinden birine tanık olmayı bile kabullenemez. Zulmün katlanmış varlığını görmeye katlanmaktan daha zoru, onun doğrudan hedefi olunmadığı halde ona karşı savaşımdır. Ata Soyer, hastalık ve mahpusluğun, antidemokratik siyasal koşullar altındaki özel görünümünü, ulusal ve uluslararası boyutlarıyla evrensel bir sorun olarak ele alıyor. Ata Soyer'in bu kitabında, dolaysız gözlemler, tanıklıklar ve bunlardan elde edilen sonuçların bilimsel bir nesnellikle ortaya konuluşu bulunuyor. Ama daha önemlisi, burada, istatistiklerin soyut sayıları biçiminde sergilendiği gerçeğin somut özü, bireysel yaşam öykülerinin dramatik içeriği ve toplumsal hayatımızın en karanlık köşesi, hepimizin gündelik hayatının görülmeyen, unutulmuş bir parçası olarak önümüze konulmuştur. Bu kitap yalnızca hekimleri ya da yalnızca mahpusları ilgilendirmiyor. Her biri soğuk ve kişiliksiz belgeler gibi görünen raporlar, tablolar, yönetmelikler, kurallar, yasalar, burada hayatın çelişkileri içinde etkin birer ilişki biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendimizi mahpusluk ve hastalık gerçeğinin ne kadar dışında sansak da, hepsi bize dairdir ve hepsi bizim hayatımızın içindedir.

Hekimleri yalnızca hastalandığımız zaman hatırladığımızdan, iyi hekimlik kavramı bizim için “nazik ve nazik olmak” çerçevesiyle sınırlanmıştır. Oysa iyi hekim, yalnızca bedenimizin yaralarını değil, yaşadığımız toplumun hastalıklarını da tanıyor ve sağaltmaya çalışıyor. O zaman anlıyoruz, durup dururken neden başımızın ağrıdığını, midemizin bulandığını... Gözümüzü karartan perdelerin, elimizi ayağımızı kesen üşümlerin, sırtımızın ürpermelerinin, çarpıntılarımızın, kanımızın donup durmasının, kasılmalarımızın, nefesimizin tıkanmasının nedenlerini böylece görüyoruz. Böylece görüyoruz, hastalığı göstermek bazan nasıl da cesaret istiyor ve hastalığı yenmek nasıl da bizim elimizde.

Aydın Çubukçu

ÖNSÖZ

Cezaevleri ve sağlık, ya da cezaevleri ve hekimlik. İki ayrı kelime gibi. Ama, bizim için değil! Ülkemiz için, hiç değil...

1980 yılı, yani miladımız; bu iki kelimeyi, daha da iç içe geçirdi. TTB kapatılmıştı, yöneticilerimiz yani hekim örgütünün yöneticisi olan hekimler, bu iki kelimenin ne kadar iç içe olduğunu gördüler ve gösterdiler; sonra arkadaşlarımız, dostlarımız, kardeşlerimiz, yoldaşlarımız nedeniyle cezaevleri, yaşamımızın bir parçası oldu. Daha dün kadar yan yana olduğumuz, birlikte yürüdüğümüz insanlar cezaevindeydi. Mamak' ta, Metris' te, Diyarbakır' daydı. Onların acılarını, kısmen cezaevi şiiirleri paylaşıyordu.

“Bileklerimizi morartmış yeni Alman kelepçeleri, /Otobüsün kaloriferleri bozuldu Kaman' dan sonra, /Sekiz saat oluyor karbonatlı bir çay bile içemedik, /Başımızda prensip sahibi bir başçavuş, /Niğde üzerinden Adana Cezaevine gidiyoruz.../ Bir sen eksiktin ayışığı /Gümüş bir tüy dikmek için manzaraya!” (Yücel 1974; 14)

Sonra, cezaevlerinden mektuplar ulaşmaya başladı, dışarıya.

“Ne yazıyor ? Çok şey ya da hiçbir şey...

Düşünürsün, gönlün kabarır; istersin ki çevrendeki ağaçların tümünü kucaklayasın; dayanasın görüşme yerine, baharı tümüyle içeri sokasın; dallarıyla, budaklarıyla, çiçekleriyle, yapraklarıyla. Doğayı mahpushaneye sığdırabildiğinde, hem sen baharın tadını alacaksın hem bahar ilkbaharlığının bilincine erişecek.

Adını bilmediğin ağaçlara bakarsın; acaba onlar isterler mi mahpushaneyi ?

İsterler.

Düğünlere, nişanlara, cenazelere çiçek gönderilir; kimi zaman sevdiğine çiçek sunar insan; ama mahpushaneye çiçek yetmez ki...

İlkbahar gereklidir mahpushaneye; hem üzerinde 'görölmüştür' damgasını taşımadan.” (Selçuk 1985)

Şiiirler hep umut taşıııyordu, ölümleri de öğreniyorduk. Acılarımız çoğalıyordu.

“Nicedir ki / 'dem ü dewran' sinsicedir: / ölüm fermanla gelir geceleri, / oğullar kardeşler yitirdik / karanlık hücrelerde.” (İnanç 1990; 119)

Bir Ankara sevdalısı,-şimdi bir İstanbul sürgünü- sevgili Öner Yağcı da 1984' de Çanakkale Cezaevi' nden yüreğimizin dilinden söylüyordu:

“Ankara'yı benim için seyredin balkondan / Bu Mayıs sabahında aksın canım canınıza. / Gençlik Parkı' ndaki salkım söğütlerin ötüşünde / Bir semaver demletin, kahırlara inat. / Eski tadındaysa Hacıbabası' nın baklavası / İki lokmadan fazla yeyin, / Caneriklerini tuzlayın, / Ağzınızla

tutun kirazları / Bana Ankara' yı anlatın, özledim caddelerini / Sesimizi, terimizi, kanımızı basmıştı
bağrına / Vefasız değildir bilirim, anlatın bana / Savuşsun mektubunuzla, ayrılığın kederi / Kızılay'
da gezinin akşamüstü / Yakanızda iki papatya olsun, biri ben. / Bozkır özgürdür, hava bozuksa da
aldırmayın / Bir kitap da bana alın Zafer Çarşısı' ndan. / Sümer Sokak hala mı ıssız ? / Biracılar mı
türemiş kahvehanelerinde ? / Çoğaldığımız binalara, diskocular mı tünemiş ? / Üzülmeysin, bizim
çocuklarımız da büyüyor her şafakta..." (Yağcı 1984)

Nevzat Çelik' in Metris' i anlattığı dizeler, tüm cezaevi kapılarını çağırıyordu, aslında. Tüm cezaevlerini de...

"...beni burada arama anne / kapıda adımı sorma / saçlarına yıldız düşmüş / koparma anne /
ağlama / kırıldıysa düş evinin kapısı / bütün kırık kapıların çağrılısıyım / kızların yanaklarında
çukurlaşan / biten başlayan aşkların ortasında'yım / her kavgada ölen benim / bayrak tutan çarpışan /
her kadın toprağı tırnaklayarak doğurur beni / özlem benim kavga benim aşk benim / bekle
beni anne / bir sabah çıkar gelirim" . (Çelik 1983)

Bu arada, hekimlerimiz görev nedeni ile tanıştı, cezaevleri ile. Tanık oldular; ama kötü, ama hekimce/ insanca... Bu tanıklıklar, 1984 sonrası Tabip Odası/ TTB'ne ve yayınlarına da yansdı. TTB/ Tabip Odaları ilgilendikçe, cezaevinden insanlar, buralara yönelmeye başladı. Bu süreç, aynı zamanda İHD' nin ve TAYAD' ın kuruluş süreciydi... İHD ve TAYAD ile birlikte, artık cezaevindekilerin sahipleri vardı.

Dışarıdakiler, bir yandan cezaevlerindeki dostları, arkadaşları, yakınlarına olan görevlerini, dayanışmalarını yerine getirmek için de, sağlık sorunları ile ilgileniyorlardı. Bu, bir araştırma ve öğrenmeye yönelmeyi de...

Bu arada, biz hekimler, uluslararası yasaları/ kuralları tanıdık! Birleşmiş Milletler Asgari Standard Kuralları' nı tam 30 yıl sonra keşfettik!

Sonra, açlık grevleri... Açlık grevleri ile birlikte, cezaevleri, ülkemizdeki yangının odağına oturdu. 1982, 1984, 1988, 1989, 1990, 1994, 1996... Diyarbakır, Metris, Eskişehir, Aydın, Bayrampaşa... Hekimler ve de tabip odaları, yeni bir sorunla tanıştılar. O soruna koştular. "Tuz ve şeker", "açlık grevi fizyolojisi", "açlık grevi sonrası diyet" vb; bu konudaki tıbbi bilgilerimiz artıyor ve yenileniyordu. Bu arada cezaevi disiplin amiri hekimler gördük, onurlu meslektaşlarımızı da... Onurlarının bedelleri, fazlasıyla ödetildi tabi ki.

Sonra, cezaevi hekimliğinin önemi vurgulandı. Çok sayıda çaba, etkinlik, ürün ortaya çıktı, ama somut gelişme oldukça sınırlı kaldı. Ve sorunlar sürüyor, maalesef ki, içerdekiler hala en basit haklarını bile, canlarını ortaya koyarak alabiliyorlar. Onlarca can bile, cezaevlerini ölümevine çevirme politikalarını ve uygulayıcılarını tatmin etmedi. Üstelik, 1991' den sonra, içerdekilerden zaten yetersiz olan desteğimizi önemli ölçüde çekmemize rağmen... Öncekiler, "arkadaşlarımız"dı, bunlar ise, "yabancı"ydılar. 1996' ya kadar da sahipsiz! Ta ki, 1996' da 12 ölü verinceye kadar, bu sahipsizlik sürdü. Sonra, vicdanlarımız geldi, aklımıza. Devletin "kötü çocuk" olarak ilan ettiği, bizim ise "yabancıladığımız" bu insanları hatırladık. Ancak bu 12 ölüm, vicdanımıza değebildi ve önceki sağır edici sessizlik hafif hafif yırtılabildi. Mahkumların deyimi ile, "insaf yok, merhamet izine çıktı" saptamasını haklı çıkaran uygulamalar, insanların en basit hakları için, kendi bedenlerini feda etmeleri üzerine, kısmen de olsa gerilemeye başladı.

Kamuoyunun ilgisi, cezaevlerine yönelir oldu. Bu süre zarfındaki ilgisizliklerini gidermeye çalışırcasına, onlarca kurum ve insan, cezaevi sorunları ile ilgilenmeye başladı. Eskiden beri, cezaevlerine sahip çıkan mahkum yakınları ve insan hakları kuruluşlarını bir yana koyarsak, bu yeni ilgi, yeni

açılımlar da ortaya koymaya başladı. Yaşamlarını yitirenler dışında, onlarca insan, ölüm orucu ve açlık grevi süresince sağlıklarının geriye dönüşü olanaksız hasarlarla karşılaşmasını yaşıyorlardı. Bu çerçevede, kendilerinin en güvendiği kurumlardan biri olan TTB' ne de başvurularla bulundular. Bu başvurular, tek tek yanıtlanmaya çalışılırken, yaşanan sorunların döneme özgü değil yapısal olduğu saptaması ile, cezaevi ve sağlık ilişkisi üzerine yararı olabilecek bir çalışma yapma düşüncesi gelişti. Elinizdeki çalışma, 1996 yılının ortaya çıkardığı, ama 12 Eylül' den bu yana biriken çabalar yumağının mütevazı bir ürünü olarak algılanmalıdır. Çalışma 1996' da başladı, ancak 1998 sonunda tamamlandı. Ama, çalışmanın arkasında, 1980 sonrasında insan hakları ve tabip odası birikimleri ile kişisel dostluklar ve yazışmalar, belgeler de var. Bu arada, cezaevlerindeki insanların sağlıkları ile ilgili bilgiler ise, 1997 yılına ait. Bu nedenle, ismi anılan birçok mahkum, tahliye olmuş ya da durumu değişmiş olabilir.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında, çok değerli katkılar söz konusu. Özellikle, 1980 sonrası, TTB' nin yeniden açılması sürecinde, demokratik bir hekim hareketinin şekillendiği ve insan hakları ile hekimlik kavramlarını yan yana kavranması deneyimini yaşadığımız 1986-90 Ankara Tabip Odası ortamının, bu çalışmada özel bir yeri vardır: Tek tek insanların ve ATO İnsan Hakları Komisyonu' nun... Bir diğer önemli katkı, 1984 sonrası, TTB Merkez Konseyi sürecinde oluşmuştur. İHD, TAYAD, TİHV gerçekten gerek insan haklarına sahip çıkışları, gerekse ihlallere uğrayanları sahiplenmeleri ile, anımsanmadan geçilmemesi gereken örgütlerdir.

Yurt dışından bazı isimleri de, çalışmaya katkısı nedeni ile, özel olarak anmak gerek. İngiliz Tabipler Birliği Etik Birimi' nden Ann Sommerville, İnsan Hakları İçin Hekimler Örgütü' nden Vincent Iacoppino, Kızılhaç' dan Hernan Reyes, Avrupa Konseyi İşkenceyi Önleme Komitesi' nden Trevor Stevens kaynak temin etme konusundaki katkıları ve bu konudaki etkileşimleri ile, katkıda bulundular. Özlem Akarsu' nun, özellikle, PHR ve IPW çevirilerine yaptığı katkılar var. Sevgili Sultan, Sinan, Mustafa ve Veli çalışma için yıllardır oluşturulan arşivin mimarlarıdır. Cezaevinden yanıt gönderen onlarca insana ve cezaevindeki mahkumların sağlık durumları ile bilgi-belge ileten hukukçu arkadaşlara da, teşekkür etmek istiyorum. Ama, kabul etmek gerekir ki, çalışmanın asıl sahibi, bu ülkeyi faşizme teslim etmemek için canlarını, sağlıklarını ve gençliklerini feda etmiş olan ve en basit hakları için bile yaşamlarını vermek zorunda bırakılan, daha doğrusu, en basit hakları için bile yaşamlarını vermekten kaçınmayan insanlarımızdır. Bunca yangının ortasında, umudun diri tutulmasını sağlayanlara...

Haziran 1997 Ankara, Aralık 1998 İzmir

1. GİRİŞ YA DA ÖLÜMEVLERİNE DÖNÜŞ(TÜRÜL)EN CEZAEVLERİ;

“...Kemik iliği mutasyonuna uğradığımı söylediler. Bunun için, dışarıdan bir etki gerekliymiş. Radyasyon gibi. Ama 12 yıldır, cezaevinde radyasyonla karşılaşmadım. Bir diğer etken, baskı ve stres olabilmiş, 12 yılın 6 yılını hücrede geçirdim. Hücre demek, işkence demek, dayak demek, açlık demektir. Ailemde de benzer bir hastalık yoktu. 1977’ de kum torbası ile dövüldüm, arkasından defalarca mide kanaması geçirdim. Mamak’ ta, Bursa’ da, Antep’ te... Saniyorum, bunların etkisi oldu, hastalığımın oluşmasında”. (Soyer 1993; 140)

Hamdullah Erbil, 1989 yılında sağlık nedeni ile tahliye olduğunda, bu sözleri söylüyordu. Daha sonra, tedavi için yurt dışına çıktı. Almanya’da hastalığının tedavisi amacı ile beklerken, yaşamını yitirdi. Hamdullah, cezaevinde hastalanıp ölen ne ilk insandı, ne de sonuncu olacaktı. Bazıları onun kadar “şanslı” bile olamadılar; cezaevinde teşhis olanaklarına ya da tedaviye ulaşmadan yaşamlarını yitirdiler.

Cezaevlerinde, 500’e yakın insan, 1980 sonrası yaşama veda etmek durumunda kaldı. Başka bir deyişle, cezaevlerini cehenneme çeviren “milad”dan sonra onca insan öldü. Daha doğrusu, sadece cezaevlerini değil, tüm toplumu cezaevine çeviren ve de cezaevlerini en vahşi saldırıların meşurlaştığı ölümevlerine dönüştüren 1980’ den sonra, özellikle Ankara Mamak, İstanbul Metris, Erzurum ve Diyarbakır Askeri Cezaevi’ nde, yani “örnek” vahşet uygulama-merkezlerinde, ”serbest seçimler”in yapıldığı döneme kadar çoğu işkence nedeniyle, bir bölümü cezaevi koşullarının neden olduğu hastalıklar sonucu ve bir kısmı da “12 Eylül vahşeti”ne karşı direnişin simgesi haline ge(tiri)len açlık grevleri (ve başka eylem biçimleri) sonrası 190 ölüm olayı gerçekleşti. (TİHV 1996 a; 49)

12 Eylül eli kulağında idi. Gelişini, 28 Ağustos 1980’ de Mustafa Yalçın’ ın dövülerek öldürülmesi haber veriyordu, neredeyse. Ve 25 avukat mahkemeye girmeyeceklerini açıklıyorlardı. Bu arada 7 Kasım 1980’ de İlhan Erdost dövülerek öldürülüyordu; “merhaba diyordu, 12 Eylül”. Gaziantep’te bir fabrika işçisi olan Hulusi Dalak, 14 Ocak 1981 günü gözaltına alınıyor ve yaklaşık bir ay sonra (13 Şubat 1981) yaşamını yitiriyordu. Hakkındaki iki rapordan birinde “astım”, diğ(er)inde “kalp yetmezliği” yazıyordu. Mamak’ tan Gülhane Askeri Hastanesi’ ne kaldırılıp, orada böbrek yetmezliğinden ölen Hasan Alemlioğlu, cezaevlerinde tıbbi ihmal nedeni ile 1980 sonrası ölen ilk insanlar arasında yerini alıyordu. Bu arada gözatında hastalanıp öldüğü söylenen çok sayıda insan vardı; Adil Ali Yılmaz (20 Ocak 1981, Ankara), M. Ali Kılıç (12 Şubat 1981, Ankara), Yusuf Bağ (Temmuz 1981, Gaziantep). “İntihar edenler” de, hiç az değildi; İrfan Çelik, Ahmet Hilmi Fevzioğlu, Rafet Demir, Ahmet Altan, Cafer Dağdoğan, Bekir Bağ, Mehmet Sarı, Davut Elibolu, Ömer Aydoğmuş, Ünsal Beydoğan, Abdullah Paksoylu, Ş. Satılmış Dokuyucu, Hasan Gazoğlu, Veysel Yıldız, Cumali Ay, Ali Ekber Yürek, Selahattin Kunduz, Süleyman Cihan, Duran Kıracıyer, Metin Sarpbulut. 1981’in son ayında da, tahliye olan İsmet Taş tahliye sevincini kutlarken kalbi sıkışmış, gece 22.00’den 03.30’a kadar doktor talebine yanıt gelmemiş, daha sonra gelen doktorun çabaları yetmemiş, hastaneye varmadan ölmüştü. (Özkan 1986; 30-38, Sapan 1992; 245, 263-264, TİHV 1996 a; 52-56, Çalışlar 1989; 19-24, 40-44 , Eryüksel tarihsiz, İstanbullu 1986; 128)

İstanbul Alemdağ Cezaevi’ nde 3 Ocak 1982 günü, tedavi gördüğü İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi’ nde yaşamını yitiren Bahadır Dumanlı, bir başka hastalık nedeni cezaevi ölümüydü. Mustafa Tunç, İstanbul’ un çeşitli “şube”lerinde sorgudan geçtikten sonra, rahatsızlandı. Tedavisi için gereken ilaçları da alamadı. Temmuz’ un 8’ inde öldüğünde, resmi raporunda “genital bölgede iltihaplanma, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ve iltihaplanma” yazıyordu. Aynı yılın 8 Ekim’ inde

Mamak Askeri Cezaevi' nde hastalanıp, zamanında müdahale edilmediği için ölen (15 Ekim) ODTÜ öğrencisi Zafer Müçtebaoglu, anca ölüm aşamasında hastaneye sevk ediliyordu. Aziz Büyükerem da, 22 Aralık 1982 günü öldüğünde, resmi makamlar, ölüm nedenini "hastalık" diye açıklıyordu. 1982 yılında Samsun' da ölen Abdurrahim Aksoy, Ankara' da ölen Hüseyin Çolak, Urfa Bozova' da ölen Adnan Zincirkıran, Tokat' da ölen Süleyman Aslan, Bursa' da ölen İnes Rumpf, Muş' ta ölen Feyzullah Bingöl için "intihar etti" açıklamaları yapıldı. Haydar Sönmez de, 1982' de gözaltına alınıp, yoğun işkenceler gören, bu işkenceler sonucu böbrek kanaması geçiren, bu konuda gerekli tedavisi yapılmayan, Elazığ Askeri Hastanesi' ne kaldırıldığında artık çok geç olan ve 6 Mart 1982' de ölen bir insandı. (Sapan 1992; 245-248, 255-256, TİHV 1996 a; 56-57)

1983 yılı da, bu tür ölümlere tanık oldu: 26 Şubat' ta Cemal Özdemir İstanbul' da, 4 Mart' ta Mazlum Güder Elazığ' da cezaevlerinde hastalık nedeni ile bu dünyayı terk ediyorlardı. TÖB-DER yöneticisi Abdullah Gülbudak Mayıs 1983' de kalp krizi geçirdiğinde, hastaneye bile kaldırılmadı. Ve kalp yetmezliğinden öldü. 3 Kasım' da Diyarbakır' da ölen İbrahim Ulaş için de, "kalp krizi" açıklaması yapıldı. "Ülser" teşhisi ile, Ankara' da hekime çıkan Hüseyin Aydın' ın, hastalığının "psikosomatik" olduğu ifade edilirken, yedi ay sonra Gülhane Askeri Hastanesi' nde çok geç kalındığı saptaması yapılıyordu: Mide kanseri. O da, tahliye olduktan kısa bir süre sonra öldü. (TİHV 1996 a; 58-68, Sapan 1992; 245, İstanbullu 1986; 128-129)

Bu dönem, Metris' ten 103 imzalı bir dilekçe ile, şöyle özetleniyordu: "... Aklını yitirip, psikolojik bunalıma düşenlerin sayısı giderek arttı. Öteki hastalıklar giderek kronikleşti. Mide hastalığı denildi, kanser çıktı. Nezle grip denildi, tüberküloz oldular. 1981' de İrfan Çelik Davutpaşa Askeri Cezaevi' nde kendini astı. Aynı yıl Sultanahmet' ten Mustafa Tunç ve 1982' de Metris' te İsmet Taş mide kanamasından öldüler. 1982' de yine Hakkı Hocaoglu intihar etti. 1983' de Alemdağ Cezaevinde Hakan Mermeroluk' la Şerif Yazar atılan gaz bombası sonucu boğuldular. Mustafa Tepeli sirozdan öldü. 1985' de Hüseyin Aydın kanserden, Metris' te ise Adil Can öldüler. (Tuşalp 1986 ; 552-556)

" Çıplaklar koşu alanlarından birinde, giderek bir gencin kalbinden rahatsızlandığını duyduk... Doktorların emir aldıkları , bu nedenle çıplaklar koşu alanlarındaki hastalara bakmadıkları söyleniyordu. Bu inanılır gibi bir şey değildi. Ama çok geçmeden bu acı gerçek, tartışmasız olarak kanıtlandı... Kalp krizi tutan genç için çağrılan doktor koşu alanına gitmemekte ısrar edince, slogan gelmeye başladı. Kızlar da hemen slogana katıldılar... Sloganlar, iki üç saat sürecekti ve Metris inleyecekti. Kalp hastası bu tutuklu için çok sık doktor isteniyordu ve çağrılar ister istemez slogana dönüşüyordu... Doktor o gece gelmedi. Bir hafta sonra bu çocuk öldü. Bütün Metris bir ağızdan bağırıyorlar, yine de seslerini duyuramamışlardı." diye anlatıyordu bir ölüm olayını, Reha İsvan... (Oral 1986; 271-273)

Bu arada açlık grevleri nedeni ile, hepsi de Diyarbakır Askeri Cezaevi'nde 5 insan, kendi bedenlerini cezaevlerindeki vahşete dur demek için feda ediyorlardı: Ali Ereğ (20 Nisan 1981; ölüm orucundaki Ereğ' e zorla yedirilen ekmeğin yemek borusunu kesmesi nedeni ile öldü), Kemal Pir (7 Eylül 1982), M. Hayri Durmuş (12 Eylül 1982), Akif Yılmaz (15 Eylül 1982), Ali Çiçek (17 Eylül 1982). Aynı cezaevinde, aynı yılın Mayıs ayında da dört insan Eşref Anyık, Ferhat Kutay, Necmi Öner, Mahmut Zengin işkenceyi, kendilerini yakarak protesto etmişlerdi. 10 Şubat 1982' de Mamak' ta ve 21 Mart 1982' de Diyarbakır' da Ahmet Erdoğan ve Mazlum Doğan işkence ve baskıları protesto etmek için intihar ettiler. (Sapan 1992; 245-247, TİHV 1996 a; 57, 68 , Kahraman 1987; 245 , Tuşalp 1985; 132-136 Yarın 1986; 4-8 , Zana 1991; 322-326)

MGK Dönemi' nden sonra da, cezaevlerindeki ölümler durmadı. Bu dönemde (1983-1991) 162 insan cezaevlerinde yaşamlarını yitirdi. Diyarbakır Askeri Cezaevi' nde 23 Ocak 1984' de Necmettin Büyükkaya öldüğünde, resmi açıklama "hastalanarak öldü" şeklindeydi. Büyükkaya' nın ölümünden sonra başlayan açlık grevi, 54 gün sürüyor ve Orhan Keskin ile Cemal Arat ölüyordu. Yılmaz Demir de intihar etmişti. Sonra da Remzi Aytürk... Aynı yıl Eşref Durmuş (Diyarbakır Cezaevi'nde lösemiye yakalanmış, durumu kötüleşmesine karşın sevk alamamış, iş isten geçtikten sonra Ankara' ya sevk edilmiş ve orada ölmüştü), Mehmet Kocamaz (Mersin), Mustafa Tepeli (Sultanahmet Cezaevi' nde, Nisan 1984' de) hastalanarak öldüler. Sorgu ve ağır işkenceler sonucu karaciğer rahatsızlığı olan Mustafa Tepeli, cezaevinde tedavisi engellenmiş ve tahliye olduğu gün ölmüştü. (Sapan 1992; 249,259, TİHV 1996 a; 58, 68 , Yarın 1986 b; 7-8 , Zana 1991; 340-346 , Polat 1990; 86-96)

Bu kadar ölüm olayı olunca, gelişen tepkiler Askeri Savcılığı açıklama yapmaya zorladı. Ama bir açıklama ki, evlere şenlik:

"1. Selahattin Kunduz,17. 6. 1981, intihar. 2. Abdurrahman Çeçen, 27. 4. 1981, eceliyle ölüm. 3. M. Ali Eraslan, 9. 6. 1982, eceliyle ölüm. 4. Önder Demirok, 8. 3. 1982, eceliyle ölüm. 5. Mazlum Doğan. 15. 4. 1982, intihar. 6. Mehmet Akpınar, 25. 1. 1983, normal ölüm. 7. Aziz Özbay, 23. 8. 1982, siroz sonucu ölüm. 8. Ferhat Kurtay, 25. 7. 1983, yakarak intihar. 9. Eşref Anyık, 25. 7. 1983, yakarak intihar. 10. Necmi Öner, 25. 7. 1983, yakarak intihar. 11.Mahmut Zengin, 25. 7. 1983, yakarak intihar. 12. Kemal Pir, 4. 10. 1982, açlık grevi sonucu ölüm. 13. Ali Çiçek, 4. 10. 1982, açlık grevi sonucu ölüm. 14. Akif Yılmaz, 4. 11. 1982, açlık grevi sonucu ölüm. 15. M. Hayri Durmuş, 11. 11. 1982, açlık grevi sonucu ölüm. 16. Bedii Tan, bu ölüm olayı ile ilgili soruşturma sürüyor...17. Ali Erek, 20. 4. 1981, eceliyle ölüm. 18. Aziz Büyükertaç, 22. 12. 1982, eceliyle ölüm. 19. Medet Özbadem, 20. 5. 1983, verem sonucu ölüm. 20. İsmet Kara, 6. 3. 1984, kanser sonucu ölüm. 21. Yılmaz Demir, 20. 1. 1984, intihar. 22. Remzi Aytürk, 1. 2. 1984, intihar. 23. Necmettin Büyükkaya, 18. 7. 1984, akciğer amfizemi sonucu ölüm. 24. Cemal Arat, 15. 5. 1984, açlık grevi sonucu ölüm. 25. Cemal Kılıç, 23. 2. 1982, eceliyle askeri hastanede ölüm. 26. Ali Sarıbal, 1982, eceliyle ölüm. 27. Ramazan Yayan, 1983, normal ölüm. 28. Hüseyin Yüce, 1984, eceliyle ölüm. 29. Orhan Keskin, 4. 5. 1984, açlık grevi sonucu ölüm. 30. İbrahim Halil Baturalp, 27. 4. 1984, eceliyle ölüm." (Özkan 1986; 147-148 , Tuşalp 1986; 576-577) Böylelikle "normal ölüm", "eceliyle ölüm" gibi traji-komik kavramlarla tıbbi katkıda bulunuluyordu!

Metris' te hastalandığı halde, doktora çıkması engellendiğinden, Adil Can 15 Nisan 1985'te öldü. 1980 öncesi dört kez polise düşmüş,1980 sonrası ise İstanbul' da iki kez, Metris Cezaevi' ndeyken üç kez sorguya alınmış olan Adil Can, Nisan 1984' de hastaneye kaldırılmış, daha sonra da çok ciddi bir sağlık sorunu sahibi olarak Metris' e gönderilmişti. Mart ayında geçirdiği büyük kanamadan sonra daha da kötüleşmesine rağmen, hastaneye kaldırılmayan Can, artık yapılacak bir şey kalmadığında 11 Nisan' da hastaneye sevk edildi. Dört gün sonra da öldü. (Sapan 1992; 253-254, İstanbullu 1986; 133-135)

İsmail Yıldırım 1985 yılında Ankara' da öldüğünde 30 yaşındaydı. Mamak'ta 1985 yılında üç kalp krizi nedeni ölüm yaşandı; Bekir Çelenk, Turan Çağlar, Haluk Aydın. Çanakkale Cezaevi' ndeyken ağır hasta olarak Bayrampaşa Cezaevi Hastanesi' ne getirilen ve orada Eylül 1985' de ölen Şazuman Kansu da 1985 cezaevi ölümlerinden sadece biriydi. Sürekli kalp ve böbreklerinden yakınan Kansu, infazı yakıldığı için konan yasak nedeni ile İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi' ne kabul edilmedi. Bayrampaşa Cezaevi' nde öldüğünde, tahliyesine iki ay kalmıştı. 1980 öncesi "sosyalist yerel yönetim" örneklerinden en önemlisinin yaratıcısı Fatsa Belediye Başkanı Fikri Sönmez de,1986 yılında Amasya Cezaevi' nde kalp krizi geçirerek bu dünyadan ayrıldı. Temmuz 1986' da da Ali Kalkan, İstanbul' da yaşamını yitirdi. 1986 yılındaki bir başka ölüm de, Gelibolu Askeri Ceza-

evi' nde gerçekleşti; Vasıf Özalın 30 Aralık 1986 günü-resmi iddiaya göre-kalp krizinden öldü. Ertesi yıl Çanakkale Cezaevi' nde Muammer Özdemir ("siroz" teşhisi alan Özdemir, 1984 Haziranında ceza erteleme aldı, geç kalındığı için ancak 25 gün yaşayabildi), böbrek nakli için Burdur Cezaevi'nden getirildiği Ankara' da Ahmet Çetin (16 Mart 1987' de ölen Çetin, 1984' de gördüğü ağır işkenceler nedeni ile böbreklerinden rahatsızlanmış, 1986 Haziranında hastaneye kaldırılmış, daha sonra Numune ve Hacettepe Hastanelerine götürülmüş, yaşamının sonuna doğru diyaliz makinesine bağlanmıştı.), yaşamlarını yitirdiler. Hüseyin Elmas, 30 Kasım 1988 tarihinde İstanbul' da hastalık nedeni ölümlere eklendi. (Sapan 1992; 256-259, 270, TİHV 1996 a; 59-62)

"Ünlü" Adalet Bakanı Oltan Sungurlu döneminin cezaevlerindeki baskılarından biri, 1989 yılında Eskişehir' den Aydın' a yapılan sürgünlerdi. Bu sürgün sırasında 259 insan ölüme döndü ve tepki olarak yaygın açlık grevleri başlatıldı. Bu sırada H. Hüsnü Eroğlu ve Mehmet Yalçınkaya 2 Ağustos' ta Aydın' da yaşamlarını yitirdiler. (Kara Kitap 1989, TİHV 1996 a;62 , Şeşen 1991; 216-218)

Cezaevlerinde hastalığının belirtileri ortaya çıktığında, sürekli olarak baştan savılan, ancak hastalık görmezden gelinmeyecek bir tabloya ulaştığında tahliye edilen İnkilap Dal ise, Fransa' da tedavi görmekteyken yaşamını yitirdi. 1990 yılında ise Necmettin Çoban (2 Kasım) Siirt Cezaevi' nde, İdris Can (20 Aralık) Paşakapısı Cezaevi' nde (daha sonra ölüm nedeninin resmi açıklamada olduğu gibi "hastalık" nedeni ile değil, işkence nedeni ile olduğu kabul edildi) cezaevi ölümleri listesine eklendiler. Aynı yıl, Mehmet Çövendere (26 Şubat) Bayrampaşa Cezaevi' nde(1990 Ocak ayında ölen Çövendere gece saat 00.20' de baygınlık geçirmiş, kalp krizi diye durum 10 dakika sonra gardiyanlara iletilmiş, iki dakika uzaklıktaki Bayrampaşa Devlet Hastanesi' ne ancak 02.45' de götürülmüş olduğu için ölmüştü), Feremez Aydın (18 Ağustos) Antalya' da, Mustafa Bahar (14 Ekim) Ceyhan Cezaevi' nde yaşama veda ettiler. ANAP' ın son yılında Kasım Aras (Kars Aralık Cezaevi' nde 30 Ocak 1991' de) hastalık nedeni bir ölümdü. (TİHV 1996 a; 62-64, Sapan 1992; 257,270)

ANAP döneminde de baskıların ve olumsuz koşulların sürmesi, açlık grevlerinin yaygınlaşmasının sürmesine yol açtı. Diyarbakır Askeri Cezaevi' nde Mart 1984' de Orhan Keskin ve Cemal Arat; İstanbul Sağlıkçılar Cezaevi' nde Haziran 1984' de Abdullah Meral, Mehmet Fatih Öktülmüş, Haydar Başbağ, Hasan Telci; Diyarbakır Askeri Cezaevi' nde Şubat 1988' de Mehmet Emin Yavuz açlık grevi sırasında yaşamlarını yitirdiler. Bu dönemin en önemli olaylarından biri de, ünlü "1 Ağustos Genelgesi"ydi. Kendinden sonraki uygulamaları da önemli ölçüde belirlemiş olan bu genelge, cezaevlerinde "12 Eylül türü" bir disiplini kurumsallaştırma amacı ile gündeme getirilmişti. "Tek tip elbise uygulaması" nı zorunlu kılması, mahkumlara müdahaleyi yaşamlarının en ayrıntılı alanlarına kadar götürmesi, disiplin cezası uygulamasının genişletilmesini, vb gündeme getiren genelge, "açlık grevine giden mahkumlara da disiplin cezası verilmesi, açlık grevi yapmayanlardan tecrit edilmesi ve şeker-tuz yasağı getirilmesi" gibi uygulamaları dayatıyordu. "Normal tip cezaevi uygulamasını kaldırarak, özel tip uygulamasını rutine sokması, zorlama ve üretime katılmayı yükümlülük gibi dayatması, din dersini zorunlu kılması, 12 Eylül' le gündeme gelmiş 'karıştır-barıştır' uygulamasını yeniden getirmesi, askeri itaat anlayışını artırması, tek tip zorunluluğu getirmesi, yiyecektek mektuplaşmaya çok sayıda kısıtlamayı keyfileştirmesi" nedeniyle, cezaevlerinde yaygın açlık grevleri başlamış ve sonunda, cezaevlerinde kısmi düzelmeler elde edilmişti. 1989 Eskişehir-Aydın sevk ise, 1988' de yitirilen "prestij" in intikamının alınması amaçlıydı. ANAP Dönemi' nin sonunda yine Eskişehir Cezaevi' nde baskılar yaşanmıştı.

12 Nisan 1991 tarihinde yürürlüğe giren 3713 sayılı "Terörle Mücadele Yasası" nın getirdiği tek kişilik hücrelerden oluşan Eskişehir Özel Tip Cezaevi, çok sayıda insanın buraya sevk edilmesinin

gerekçesi oldu. Ankara' daki bir olay bahane edilerek 38 tutuklunun 2 Kasım 1991' de bu cezaevine gönderilmesi ile ilk uygulama başlatılmış oldu. Daha sonra yapılan sevklerle buradaki insan sayısı 206' ya ulaştı. Sevk sonrası, gelenler ağır bir şekilde dövüldü. Dövme olayı, TTB heyetinin muayenesi ile de belirlendi. 198 kişinin 119'unda dayak ve işkenceye bağlı izlerin olduğu raporlarla belirtildi. DYP- SHP Hükümetinin Adalet Bakanı Seyfi Oktay' ın çeşitli kitle örgütü temsilcileri ile cezaevine yaptığı ziyaret sonucu cezaevi kapatıldı. (TİHV 1992; 109-116 , Kara Kitap 1989 ,TİHV 1996 a; 68 , Erdoğan ve ark 1987, Kutlu 1989; 44-54)

Eskişehir Cezaevi' nin açılmasına ön ayak olan Terörle Mücadele Yasası, bir de "af" sağladı. Ancak yaklaşık 46 bin tutuklu ve hükümlüden 19774' ünün yararlanabildiği bu "af", Anayasa Mahkemesi' nce kısmen genişletildi. İlk düzenleme ile çıkarılan sadece 708' i aslında "şartlı tahliye" olan bu "af"tan- çoğu sağ görüşlü- yararlanabilmişken, Anayasa Mahkemesi düzenlemesinden sonra, 1000' den fazla kişinin eklenmesi ile yararlanan sayısı artmış oldu. Yine de,17 bin civarında tutuklu ve TCK 146/1 kapsamındaki 1500 civarındaki siyasi bu "af"tan yararlanamadı. (TİHV 1992; 109)

DYP-SHP Koalisyon Hükümeti döneminde cezaevlerinin ölümleri olma geleneği bozulmadı! Bu arada sorgu yerlerindeki ve faili meçhul ölümler, artış da gösterdi. Bu dönemde 108 insan, cezaevlerinde ve gözaltında yaşamını yitirdi. Selman Karabacak adlı kişi, Manisa E Tipi Cezaevi' nden beyin kanaması teşhisi ile kaldırıldığı İzmir Yeşilyurt Devlet Hastanesi' nde (22 Ekim 1993) öldü. Güvenlik görevlilerinin operasyonu sırasında 18 yaşındaki Ramazan Özüak 4 Ekim günü, olay yerinde, Süleyman Ongun, Diyarbakır Cezaevi' nden 4 Ekim 1994' de sevk edildiği Gaziantep Özel Tıp Cezaevi' nde -sağlık durumu kötü olmasına karşın, hastaneye gönderilmediği için- 20 Ocak 1995 günü öldü. (TİHV 1996 a; 65-67, TİHV 1995 a; 194-195, TİHV 1994; 186)

Bu dönemde cezaevlerindeki tıbbi nedenli ölümler olarak Ahmet Özdil (5 Mayıs 1993), Metin Türker (Haziran 1993), Hamdullah Erbil (15 Temmuz 1993), Burhan Çiftçi (5 Eylül 1993), Cuma Tepe (6 Eylül 1993), Naime Güngör (2 Kasım 1993), Yılmaz Doğru (29 Kasım 1993), Sercan Yalçın (11 Nisan 1994), Orhan Tanrıkulu (21 Mart 1995), M. Salih Işık (28 Nisan 1995, kalp krizi), Ayhan Işık (5 Haziran 1995), Hakan Anterli (15 Haziran 1995, böbrek rahatsızlığı. Tedavi için, "itirafçılık" dayatılmıştı.), Kerem Kalbişen (30 Haziran 1995, üçüncü kalp krizinde öldü), Ümit Doğan Gönül (24 Kasım 1995, Aydın' da açlık grevi sonrası muhtemelen sindirim sistemi muhtevasının solunum yoluna kaçması ile), Bedirhan Önen (Aralık ayı başında, tedavi gördüğü İzmir Yeşilyurt Devlet Hastanesi' nde öldü) sıralanabilir. (TİHV 1996 a; 68 ,TİHV 1997 a; 311-312)

Açlık grevleri, Koalisyon döneminde de can aldı. 14 Temmuz gününden itibaren 20' yi aşkın cezaevinde 5 bin dolayında insanın katıldığı ve 19 Ağustos' ta sonlanan açlık grevinde Yozgat E Tipi Cezaevi' nde Fesih Beyazçiçek 23 Temmuz 1995' de, Amasya E Tipi Cezaevi' nde Remzi Altıntaş 11 Ağustos 1995 'de yaşamlarını yitirdiler. Aynı yılın 21 Eylül' ünde Buca' da düzenlenen operasyonda Uğur Sarıaslan, Yusuf Bağ, Turan Kılınç adlı üç tutuklu öldü, 25' i ağır 58 kişi yaralandı. (TİHV 1996 a; 68, TİHV 1997 a; 296-300 , İHD 1995; 14)

1995 yılındaki seçimlerden sonra her alanda olduğu gibi, cezaevleri alanında da "tutarlılık" sürdürüldü; Anayol, Refahyol, Anasol-D hepsi de, cezaevlerindeki "besle(me)yerek öldürme" politikasının sahipleri oldular. Ayrıca, bu dönem ülke (ve de) dünya tarihinin en büyük açlık grevlerine tanık oldu. 1995 yılından devam eden olaylar, 1996' da Abdülmecit Seçkin, Orhan Özen ve Rıza Boybaş adlı üç tutuklunun dövülerek öldürülmesine yol açtı (4 Ocak 1996). Daha sonra yaralananlardan Gültekin Beyhan' ın, tedavi gördüğü hastanede ölmesiyle ölüm sayısı 4' e çıktı. Ocak 1996' da, Diyarbakır E Tipi Cezaevi' nden, Elazığ Cezaevi' ne sevk edildiği gün, Ömer Gezer banyoda ölü

bulundu. Aralık 1995' de Midyat' ta gözaltına alınan 65 yaşındaki Ahmet Ok, Şubat 1996' da Mardin Cezaevi' nde işkence sonrası hastalık ve bu hastalığın zamanında tedavi edilmemesi nedeni ile öldü. Yine aynı ay, bu kez Konya Cezaevi' nde, yoğun işkenceler nedeni ile akli dengesini yitiren Şükrü Akın intihar etti. Aynı yılın Temmuz ayında Uşak E Tipi Cezaevi' nde 5 insan (Mete Ünsay, Metin Sümbül, Kadir Subaşı, A. Gafur Yavuz, Muharrem Akbulak) görevli ve sağ görüşlü mahkumlarca dövülerek öldürüldüler. 24 Eylül 1996; Diyarbakır E Tipi Cezaevi' nde 10 insanın dövülerek öldürüldüğü gün olarak tarihe geçti. Gaziantep Cezaevi' ne sevk edilmelerine direnen Ahmet Çelik, M. Kadir Gümüş, Cemal Çam, Edip Direkçi, M. Nimet Çakmak, E. Hakan Perişan, Rıdvan Bulut, Hakkı Tekin, Kadir Sevim, Mehmet Aslan kalas ve çivili sopalarla dövülerek öldürüldüler. Bu arada, cezaevlerinde “örgüt-içi cezalandırmalar” sonucu Emine Yavuz (Diyarbakır), İbrahim Sertel (Buca), Fatma Özyurt (Ankara), Ramiz Şişman (Ankara), Fikriye Govla (Şanlıurfa), Hüseyin Er (Bayrampaşa), Ulaş Şahintürk (Ankara) yaşamlarını yitirdiler. (İHD 1996 Ocak-Aralık Raporları, TİHV 1997 a; 305-306)

Sağlık nedeni ile Ocak ayının 1' inde Ankara Kapalı Cezaevi' nde Tuncay Baltaş, 3' ünde İstanbul' da Kalender Kayapınar, Şubat ayının 12' sinde Ankara' da Süleyman Özer, Ağustos' un 29' unda Ankara' da Yunus Yaman, Eylül' ün 28' inde Rize' de Nizamettin Avcı, Aralık' ın 28' inde Şanlıurfa' da Hasan Çakmak yaşamlarını yitirdiler. (TİHV 1998 b; 328)

1996 yılı, ülkemizde yaşanan en büyük (ve de vahim) açlık grevlerine sahne oldu. Bir anlamda Mart 1996'da başlatılan, daha sonra süresiz açlık grevine dönüştürülen (20 Mayıs), 45'li günlere gelindiğinde ise ölüm orucuna çevrilen süreçte, Refahiyol Hükümeti' nin uzlaşmaz tutumu nedeni ile 12 insan öldü. 69 gün süren ve yaklaşık 300'e yakın insanın katıldığı bu sürekli açlık grevi-ölüm orucu süreci, 28 Temmuz 1996' da sonlandı. İlk olarak 21 Temmuz' da Aygün Uğur' un (26 yaşında ve 63. gün öldü) Bayrampaşa' da ölümü ile başlayan ölümler, 23' ünde Sağmalcılar' da Altan Berdan Kerimgiller (28 yaşında ve 65. gün öldü), 24' ünde Sağmalcılar' da İlginç Özkeskin (35 yaşında ve 66. gün öldü) , 25' inde Bursa' da Ali Ayata (31 yaşında ve 67. gün öldü), Aydın' da Müjdat Yanat (31 yaşında ve 67. gün öldü), Ankara' da Hüseyin Demircioğlu (36 yaşında ve 67. gün öldü), 26' sında Sağmalcılar 'da Tahsin Yılmaz (42 yaşında ve 68. gün öldü), Çanakkale' de Ayçe İdil Erkmek (26 yaşında ve 68. gün öldü), 27' sinde İstanbul' da Yemliha Kaya (28 yaşında ve 69. gün öldü), Bursa' da Hicabi Küçük (24 yaşında ve 69. gün öldü), İstanbul' da Osman Akgün (31 yaşında ve 69. gün öldü) ve 28' inde Bursa' da Hayati Can (25 yaşında ve bittiği gün öldü) ile devam etti. (Haziran 1996 , Güvenç 1996; 21-55)

Polat İyit, 1997' nin ilk cezaevi ölümüydü. “Akciğer kanseri” teşhisi almasına ve Adli Tıp Raporu ile bu durumun kanıtlanmasına karşın, tedavisi ve tahliyesi engellenmiş 16 Ocak 1997' de ölmüştü. 33 yaşında ölen İyit, Mayıs 1996' da tutuklanmış, 15 gün işkencede kalmış, 1996' daki ölüm orucuna katılmış, cezaevi koşullarında beyine de yayılan kanser tedavi edilmeyince, göz göre göre Sağmalcılar' da yaşamını yitirmişti. Yine, süresiz açlık grevi ve ölüm orucuna katılan ve “siroz, kemik erimesi” teşhisi alan Celal Türker Ceyhan Cezaevi' nde, tedavisi engellendiği için öldü. Mehmet Emin Çakan da, 13 Şubat' ta benzer bir şekilde Ağrı Cezaevi' nde yaşamını yitirdi. Hakkında TTB' nin raporu olmasına ve “siroz” teşhisine karşın, tedavisi yapılmayan Salih Çelikpençe Nevşehir ve Kayseri' den sonra sevk edildiği Ankara Merkez Kapalı Cezaevi' nde 11 Nisan' da kanama sonucu öldü. Şanlıurfa Cezaevi' nde İbrahim Malgir de, 4 Temmuz günü öldü. Hastaneye zamanında kaldırılmadığı söylenen Malgir' e doktor talebine karşılık, “ziyaret günü” gerekçesi ile engelleme olduğu ifade edildi. Adana Cezaevi' nde 7 Ağustos' ta çıkan olaylar sırasında yaralanan Mehmet Fidan ile, Ceyhan Cezaevi' nde hasta olmasına rağmen tedavi edilmeyen Ali Gür öldü. Uşak Cezaevi' nde 9 Kasım' da ölü bulunan Mehmet Boral' ın ise intihar ettiği söylendi. 1995 yılında tutuklanan, Antalya

ve Buca Cezaevlerinde kaldıktan sonra tahliye olan Mehmet Kurnaz, tedavi gördüğü Antalya Tıp Fakültesi'nde öldü. Ölüm olayında, Buca'da kafasına vurulmasının ve tedavi sırasında zincire bağlanmasının etkisi olduğu söylendi. 1995 yılından itibaren Adana'da yatmakta olan ve önce Behçet teşhisi alan, sonra kanser tedavisi görmeye başlayan Osman Daş, Bartın Cezaevi'nden sevk edildiği Ankara Numune Hastanesi'nde yaşamını yitirdi. Aynı yıl hastalık nedeni ile ölen Mustafa Kaya, Cheresi Cyracuz da bu "kara liste"ye dahil oldular. (İnsan Hakları Derneği Ocak-Aralık 1997 Raporları, Haklar ve Özgürlükler Platformu Ocak-Mayıs 1997 Raporları)

1998 yılında da cezaevindeki ölümler kesilmedi. 1996 yılından itibaren cezaevinde yatan Serpil Yılmaz, Sakarya Cezaevi'nde gördüğü işkence nedeniyle beyin kanaması geçirdi ve İstanbul Şişli Etfal Hastanesi'ne kaldırıldı. Orada 5 Ocak 1998 günü yaşamını yitirdi. Çankırı Cezaevi'nde Nisan ayında intihar eden Adem İnce'nin, gördüğü işkenceler sonucu ruh sağlığının bozulduğu, Adalet Bakanlığı'na başvurulmasına rağmen hiçbir önlem alınmadığı ifade edildi. Mayıs ayında da, Durmuş Kılınc Ermenek Cezaevi'nden hastalığı nedeniyle kaldırıldığı hastanede öldü. Haziran ayında Karaisalı Cezaevi'nde Hakan Altinkaya, Burdur Cezaevi'nde Halit Yıldırım, Adana Kürkçüler Cezaevi'nde Halil Gice yaşamlarını yitirdi. Temmuz ayında ise, "epilepsi" tanısı olan Adem Sarıkaya Bayrampaşa Özel Tıp Cezaevi'nde sürekli doktor gözetiminde tedavisinin düzenlenmesi gerektiği halde bunun yapılmaması üzerine öldü. (İHD Ocak-Temmuz 1998 Raporları)

2. NEDEN MAHKUMLAR?

Önce, mahkumlar değil, insanlar! Özgürlüğü ellerinden belirli bir süre alınmış insanlar. İnsanlarla ilgiliyiz, onun için cezaevleri ile ilgiliyiz. Özellikle 1980 darbesinden sonra, ülkemizdeki “yangın”ın odaklarından biri olduğu için, bu yangını söndürmeye çabaladığımız için ilgiliyiz. İnsan hakları ihlallerinin en yaygın olduğu yerler olmasına ve buna karşın seçenekleri çok sınırlı olduğu için ilgiliyiz. Bu eşitsizlikler dünyasında, eşitsizliklerden en çok mağdur olanlar cezaevlerinde olduğu ve cezaevlerindeki toplumdaki en mağdurlar oldukları için ilgiliyiz.

Ülkemiz ve dünya cezaevlerine ilişkin deneyimler göstermiştir ki, giderek toplumlar, “yasalar” a karşı çıkmış cezaevindeki insanlar(ın) a karşı kayıtsızlaşıyor, hatta saygısı azalıyor/kalmıyor. Bir başka gerilim noktası da, “suçlu”ları yakalayanlar-polis- ile onları “cezalandıran”lar-mahkemeler- arasında geliyor. Sonuçta, tüm dünyada cezaevlerinde “ikamet etmek” zorunda kalanlar artarken, o insanlara toplumun duyduğu ilgide azalma oluyor. Oysa, bu ilgi ve saygı, sadece onlar için gerekmiyor. Toplumda onlarla birlikte yaşamak zorunda ve durumunda olanlar için de gerekiyor. Çünkü; cezaevleri toplumların aynasıdır. Ülkelerinin yoksulluklarını, yönetenlerin -saklamaya çalıştıkları- baskıları ve insanlık dışı yüzlerini de yansıtır. Cezaevleri ne kadar kötüyse, o ülkedeki yaşam da (siyaset dahil) o kadar kötüdür. Ülkelerin içinde bulunduğu kötülük, en çok cezaevlerine, özellikle yönetimlerine yansır. Cezaevlerinde yaşamak durumunda bırakılanlar, ne kadar kötü koşullara maruz bırakılıyorsa, o toplumdaki hoşgörü, sevgi, dayanışma gibi insani değerler o kadar eksiktir.

Devletler oldukça, cezaevleri de olacaktır, denilebilir. Ancak, devletler, cezaevlerini bir ceza aracı olarak kabul ettikleri ölçüde, bu kabulün/tercihin sonuçlarını ve getirdiği sorumlulukları da kabul etmek, yerine getirmek zorundadırlar. Tamam, cezaevi varsa, ceza da vardır ama, zaten cezaevine sokularak cezalandırılmış olan insanlar, neden ek/keyfi cezalarla karşı karşıya bırakılmaktadırlar? Neden, gerekli-gereksiz hücreye kapatılmaktadırlar? Neden, bu insanlar açlık düzeyinde bırakılmakta ya da hiç yenmeyecek kadar kötü yemeklere layık görülmektedirler? Neden, pis ve kalabalık, karanlık yerlerde yaşamaya zorlanılmaktadırlar? Neden bit, parazit, fare, vb haşarat ile birlikte yaşamaya itilmektedirler? En basit hastalıklarının zamanında ve gerekli tedavi edilmemesi nedeni ile geriye dönüşü olanaksız sağlık sorunları ile karşı karşıya bırakılmaktadırlar? Neden banyo, tuvalet, havalandırma gibi en basit ihtiyaçlarından yoksun bırakılmaktadırlar? Neden ailelerini, yakınlarını, arkadaşlarını görememekte ya da görmekte zorlanılmaktadırlar? Neden, yöneticilerin ve yetkililerin aşağılamalarına ve tacizlerine muhatap olmaktadır?

Bunların tümü de, kendisi bir ceza olan cezaevinde yaşamak zorunda bırakılmanın yanındaki cezalardır, cezalandırmalardır. Aslına bakılırsa, verilen cezaya ek olarak gündeme getirilen cezalar/uygulamalar ile bizzat cezalandırmanın arkasındaki mantık, hiç de ileri sürüldüğü gibi insanları eğitmek değil, bu insanların umutlarının yok edilmesi ve intikam hislerinin bilinmesidir. Dünyadaki tüm devletlerde cezaevleri vardır. Ve devletler, cezaevleri için, “rehabilitasyon” amaçlı olduğunu ileri sürerler. Ama, tuhaftır ki, her ülkede bu rehabilitasyon amacını yerine getirmek için var olan yasalar, hep ihlal edilir. Gereçekler de hazırdır ve benzerdir; “para yetersiz”, personel yetersiz”, “personel eğitimsiz”, “toplumsal geleneklerimizde şiddet var”, vb. Söz konusu gerçeklerle ihlaller sürdükçe, hak ihlalleri kural haline gelir. İşte, cezaevi konusunda en temel sorun, ihlallerin kural haline gelmesi ve bunun toplum tarafından kanıksanmasıdır. Bu kanıksama ile mücadele etmeden, cezaevlerinin iyileştirilmesi olanaklı görünmemektedir. Burada, bir kanıksamayı-kırma girişimi denemeye çalışıyoruz. Cezaevlerinde yaşamak zorunda bırakılıp, özgürlükleri ellerinden alınmış insanlara karşı en temel sorumluluğun, onların onuruna saygı gösterilmesi olduğunu düşünüyoruz. Buna giden

yolun temel adımı, cezaevlerinde yaşananlara karşı suskun kalmamaktır. Her Şeyden önce cezaevlerinde yaşananların teŐhir edilmesi ve bunlara itiraz edilmesi anlamlıdır. Gerçekte, cezaevleri birer sessizlik ve suskunluk odaklarıdır, duvarlarıdır. Bu sessizlik/suskunluk kırılmadan, cezaevlerinin insanclaŐtırılması kolay değildir. (International Prison Watch 1995)

3.İNSAN HAKLARI, ETİK, HUKUK VE CEZAEVLERİ:

3.1. Uluslararası Belgeler

Cezaevinde yaşamak zorunda bırakılmış insanlarla ilgili çok sayıda ulusal ve uluslararası hukuksal ve etik düzenleme vardır. Burada bunlara ayrıntılı olarak yer verilmeyecek, sadece değinmelerde bulunulacaktır. İnsan haklarındaki gelişmelere paralel olarak, 1945 sonrası cezaevlerine ilişkin, devletler düzeyinde ve uluslararası düzeyde düzenlemeler olmuştur. Bunların arasında en önemlisi, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi' dir. Özellikle, madde 5, 9 ve 11' in ilk bendi bu konuya özeldir. Ancak cezaevlerine ilişkin en özgün ve önemli ilk metinlerden birisi olarak, Birleşmiş Milletler' in 1955 tarihli “ Tutuklulara Uygulanacak Asgari Kurallar” ı anımsanabilir. Hazırlık çalışmaları 1926' ya kadar uzanan bu belgenin ilk taslağı, Uluslararası Ceza ve Islahane Komisyonu' nca “Mahkumlar İçin Minimum Standart Kurallar” adı altında hazırlanmış, 1934 yılında ise Milletler Cemiyeti' nce 55 maddelik bir metin olarak imzalanmıştır. Hukuksal yaptırımını olmamasına karşın, bu alandaki evrensel ölçütleri koyan ilk metin olma özelliği, belgenin önemini göstermektedir. Ceza ve ıslah sistemlerini insanileştirme uğraşının başlangıcı olarak nitelendirilen Standart Kurallar metni, 1977' deki eklemelerle birlikte toplam 95 madde içermektedir. Özellikle cezaevindekilerin sağlığı ile ilgili maddeler, oldukça yol göstericidir. Yatılan yerin niteliği, mahkumların kişisel sağlığını korumak için gerekli olan su ve tuvalet gereçlerinin sağlanması, çamaşır ve giyeceklerin sağlığa uygun olması, sağlıklı ve güçlü kalmak için yeterli besleyicilikte yiyecek ve içme suyu sağlanması, açık havada uygun beden eğitimi olanağı verilmesi gibi düzenlemelerin yanı sıra, tıbbi hizmetler başlığı altında oldukça ayrıntılı ve önemli maddeler içermektedir. Cezaevinde sürekli en az bir sağlık personeli bulundurulması, cezaevindeki hizmetlerin ulusal sağlık hizmetleri ile iççeliğinin gerekli olması, cezaevi sağlık biriminde gerekli tıbbi donanım ve ilaçla birlikte yeterli sayıda personel bulundurulması, cezaevinde çözülemeyen sağlık sorunları için sivil uzmanlık kurumları ya da hastanelere sevk yapılması, dış hekimî hizmetlerinin sağlanması ilk akla gelen tıbbi maddelerdir. Tıp eğitimi içinde tıbbi etik eğitiminin yer alması ve Dünya Hekimler Birliği ve ulusal tabip birliklerinin bu alandaki etik kodlarının öğretilmesinin önerildiği belgede, kadın ve çocukların bulunduğu cezaevlerinde onlara yönelik özel hizmet olanaklarının bulundurulması koşulu getirilmiştir. Sağlık personelinin, tutuklu kuruma girer girmez, sağlığı ile ilgili işlemleri başlatma ve özellikle bulaşıcı hastalıklar konusunda gereken önlemleri alma yükümlülüklerinin altı çizilmiştir. Yine sağlıkla ilgili görevlilerin, cezaevi yöneticilerine, besinlerin niteliği, kurumun ve tutukluların temizlik durumu, kurumun sağlık, ısınma, aydınlatma, havalandırma koşulları ile ilgili önerilerde bulunma görevi olduğu ifade edilmiştir. (Gemalmaz 1993; 241-252, Soyer ve Balta 1996; 49-61)

Yine önemli bir belge, Birleşmiş Milletler Medeni ve Siyasal Haklar Sözleşmesi' dir. “Özgürlüğünden yoksun bırakılmış herkese insanca ve insanın doğasından kaynaklanan onuruna saygılı biçimde davranılması gerektiğini; sanık kişilerin istisnai koşullarda tutuklu kalması ve mahkumlardan ayrılması ve henüz mahkum olmamış olmalarına uygun davranılması gerektiğini; çocukların yetişkinlerden ayrılması ve mümkün olduğunca çabuk mahkemeye çıkarılmaları gerektiğini” vurgulayan madde 10, özellikle önemlidir. İnsan hakları konusunda yaklaşık 30 adet belge söz konusudur. Bunlar arasında doğrudan cezaevleri ile ilgili olmasa da, dolaylı ilişkisi olan Birleşmiş Milletler İşkence ve Başka Zalimce, İnsanlıkdışı ve Onurkırıcı Davranış Ya da Cezaya Karşı Sözleşme (1984), Hangi Biçimde Olursa Olsun Alakonan ya da Mahkum Edilen Tüm Kişilerin Korunmasına İlişkin İlkeler Metni (1988), Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi' nin Yasadışı, Keyfi ve Seri İnfazların Etkili Biçimde Önlenmesi ve Soruşturulması İlkeleri Kararı (1989), Birleşmiş Milletler Çocuk Suçlarını Önlemek İçin Temel İlkeler (1985) özellikle vurgulanması gereken belgelerdir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu' nun 1988 yılının sonunda kabul ettiği "İlkeler" metnini özellikle anmakta yarar var. 1975 yılında başlanan bir sürecin sonunda, tutukluluk ve gözaltı ile ilgili oldukça uzun bir bölüm içerecek şekilde kabul edilmiştir. Yanı sıra "Tutuklu/hükümlü, kendi rızasıyla bile olsa, hiçbir tıbbi ya da bilimsel deneye tabi tutulama"yacağı, "Tıbbi gözetim ve muayenenin önce derhal, ardından gerekli oldukça, bedelsiz olarak sağlanması; bir ikinci muayene için istemde bulunma hakkı; muayene sonuçlarının ve görevli hekimin adının kayıtlara geçirilmesi"eği, söz konusu metinde yer almıştır. 1949 tarihli Cenevre Sözleşmesi ve 1977 ek protokolleri, tıbbi personelin, savaş esirlerine yapacakları davranışın nasıl olacağını tanımlamaktadır. (BMA 1992; 33, Soyer ve Balta 1996)

Bu önemli belgelerin yanı sıra, bölgesel düzeyde de cezaevlerine ilişkin belgeler söz konusudur. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi' nin Cezaevi Yönetimlerine Yönelik Karar ve Tavsiyeleri kapsamında yaklaşık on beş kadar metin söz konusudur. Zorlayıcı olmayan bu metinlerin yanı sıra, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi gibi zorlayıcı belgeler de vardır. Avrupa kökenli belgeler arasında Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin " Tutuklulara Uygulanacak Asgari Kurallar" a İlişkin (73) 5 Sayılı Kararı önemli bir belgedir. Ayrıca Avrupa Konseyi İşkenceyi Önleme Komitesi' nin bu konudaki raporları da , özellikle sağlık hizmetleri ile ilgili önemli içeriğe sahiptir: "Açık havada dolaşmak ve uygun fiziksel egzersiz yapma"nın, bir hak olması; "tutukluların, bedensel veya moral bütünlüklerinin tehlikeye düşürebilecek tıbbi veya bilimsel deneylere tabi tutulamayacakları"nın kabul edilmesi; "doktorların, hasta tutukluları, hastane normlarının gerekli kıldığı koşullar ve sürelerle göre, muayene etmekle yükümlü" kılınması; "toplu cezalandırmaların yasaklanmış olması"; "özel bir tehlike arz eden veya sağlığa zararlı işlerin, tutuklulara verilemeyeceği"nin kabul edilmesi ve "...tutukluların güvenliği, hijyeni ve çalışma süreleri"nin dış dünyadakine benzer koşullara göre organize edilme zorunluluğu". 1987 tarihinde "Mahpuslara Yapılacak Muameleye İlişkin Minimum Kurallar Bütünü'nün Gözden Geçirilmiş Avrupa Versiyonu" adı ile yayınlanan belgede, sağlık hizmetleri ve olanakları ile ilgili olarak, "Cezaevi için genel pratisyen ve dış hekimi bulunma"sı gereği; mahpusların "fiziksel ya da moral bütünlüklerini bozabilecek hiç bir deneye maruz bırakılama"yacağı; "doktor muayenesi"nin kısa aralıklarla gerçekleşmesi gereği; hekimin, "mahpusun, fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu izlemek ve rapor hazırlamakla görevli" olması; hekimin "yemek ve suyun niteliği, niceliği, hazırlanışı, temizlik ve sağlık koşulları, kuruluşun ısınma, aydınlatma, havalandırma koşulları, giysileri kalite ve temizliği" gibi konularda tavsiyelerde bulunmakla görevli olması gibi maddeler yer alır. Söz konusu belgede, cezaevlerinde çalışan sağlık personelinin uyması gereken ilkeler, şöyle tanımlanır: "Tıbbi görevliler ve onların personeli, yetkileri altında bulunan mahkumların tıbbi bakım konusunda temel sorumluluk altındadır; tıbbi tedavi ve kararlar mesleki görüş temelinde ve yalnızca hastaların sağlık ve esenlik çıkarları göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmelidir. Cezaevi işletmesi ve idaresi açısından, tıbbi bir görüşle çelişen veya bu tür bir görüşü hiçe sayan her türlü idari karar daha yüksek bir merciye bildirilmeli ve incelemeye açık olmalıdır". Avrupa Topluluğu Daimi Doktorlar Komitesi' nin 1989' da, cezaevleri ile ilgili olarak hazırlamış olduğu Madrid Deklarasyonu da, önemli bir belgedir. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi' nin 1990 tarihli "İnsan Varlığı Üzerinde Tıbbi Araştırma Yapılması İlkeleri Konusunda Kararı" da, insanlar üzerinde yapılan genel deneylerin yanı sıra, "Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişiler, onların sağlığı bakımından doğrudan ve belirgin bir yarar elde edilmesinin beklendiği haller hariç, tıbbi araştırmaya tabi tutulamaz" gibi mahkumların sağlık durumu ile ilgili bazı maddeleri de içerir. En son olarak Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi' nin "Cezaevlerindeki Etik ve Örgütsel Özelliklerine İlişkin R (98) 7 No ' lu tavsiyesi" sağlık hizmetleri ve hekimlik ile ilgili oldukça önemli bir belge mahiyetindedir. Diğer uluslararası metinlere, ülkemizde yayınlanan bir çok yayında yer aldığı için bu çalışmada yer verilmemiş, ancak bu son

belge “Ek”te verilmiştir. Bu arada İşkenceyi Önleme Komitesi’ nin(CPT) ülke raporlarını da anımsamakta yarar var.

Mahkumların haklarının korunması ile ilgili olarak, Birleşmiş Milletler kapsamında bir sistem söz konusudur. Bu sistemin en önemli halkası, İnsan Hakları Komitesi’ dir. Uluslararası Sivil ve Politik Haklar Sözleşmesi’ nin uygulanışını denetleme amacı ile kurulmuş ve 18 bağımsız uzmandan oluşan bu komite, devletlerin raporlarını inceler, gözlem yapar. Bir diğer komite, İşkenceyi Önleme Komitesi’ dir. Kendi adıyla anılan sözleşmeye taraf olan devletlerde bu sözleşmenin denetlenmesiyle görevli komite, 10 bağımsız uzmandan oluşur. Dört yılda bir, taraf devletlerin aldıkları önlemleri rapor eden komite, bu ülkelerde gizli inceleme yapma hakkına sahiptir. Bu alandaki bireysel başvuruları da inceler. Bu komitelerin yanı sıra Irk Ayrımcılığının Önlenmesi Komitesi, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, Kadınlara Karşı Ayrımcılığı Önleme Komitesi, Çocuk Hakları Komitesi ile birçok komisyon ve grup vardır. Avrupa’ da benzer yapılar olarak Avrupa İnsan Hakları Komisyonu ile Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi sayılabilir. (Gemalmaz 1993, Gemalmaz 1995a , Gemalmaz 1995b, Sencer 1988, Reynaud 1992, International Prison Watch 1995 , British Medical Association 1992)

Avrupa’ ya kıyasla farklı bir süreç izleyen ABD cezaevlerinde, düzenlemeler, insani olmayan koşullar karşısında açılan davalara, federal mahkemelerin verdiği kararlar bağlamında oluşmuştur. Bu arada 1870 yılında kurulan, ama bugün neredeyse cezaevlerinin tümünde uygulanan standartları belirleyen, Amerikan Ceza ve İnfaz Kurumları Birliği’ nin (ACA), cezaevlerindeki sağlık koşulları ile ilgili belirleyiciliği de söz konusudur. İlk standartlarını 1932’ de belirleyen ACA, giderek etkisini yaygınlaştırmış, 1990 yılında çıkardığı standart kurallar, 3500 tane ceza ve tutukevinde uygulanır hale gelmiştir. Bu arada standartlarını geliştirirken, ilgili alanın meslek kuruluşu ile de işbirliği yapan ACA, sağlık konusunda Amerikan Tabipler Birliği’ nin hazırladığı “Cezaevlerinde Sağlık Koşulları ve Hizmetlerle İlgili Standartlar” adlı çalışmayı temel almıştır. Buradan yola çıkarak “Türk Cezaevleri için Tavsiye Edilen” zorunlu minimum standart kurallar öneren Melda Türker, uzun süre Amerikan cezaevi sisteminde çalışmış bir uzmandır. Önerilen standart kurallar içinde, cezaevinde yaşam emniyeti, disiplin kuralları, yemek servisi, temizlik ve hijyenle ilgili önerilerin yanında, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak da, “...tutuklu ve hükümlülere verilecek sağlık ve dişçilik hizmetlerinin yetkili ve bağımsız bir mesul müdürü...tarafından yönetilmesi...cezaevi idaresi ile arasında yazılı bir kontrat olması...”, “...sağlık, psikiyatri ve dişçilik ile ilgili bütün kararların ve gerekli servislerin verilmesinden doktorların ve dişçinin mesul olduğu ve cezaevi idari ve güvenlik teşkilatının tıbbi karar veremeyeceği...”, “...tutuklu ve hükümlülere gereken ahvalde, talep edebilecekleri ve onlara verilebilecek her türlü sağlık hizmetlerinin neler olduğu belirtilmelidir...sözlü olarak da açıklanmalıdır...”, “Cezaevinde...gerekli araç, gereç, malzeme ve acil servis donanımını ihtiva eden bir doktor muayene ve hasta bakım yerleri (revir vs gibi) olması gereklidir...”, “Cezaevi sağlık hizmetlerinde çalışan bütün personel,...uygun eğitim görmüş...olmalı...”, “ilaç servislerinin düzenlemesi”, “sağlık taramaları yapılması”, “...tutuklu ve hükümlülerin cezaevine geldikten on dört gün içinde tıbbi muayeneden geçirilmesi...”, “6 ay içinde diş taraması yapılması”, “...24 saat devamlı olarak verilebilecek, acil sağlık hizmetleri programı bulunması...”, “acil hizmet verebilecek personel bulundurulması”, “hastaneye sevk olanağının sağlanması”, vb öneriler yer almaktadır. (Türker 1998; 991-1007)

Bu hukuksal belgelerin yanı sıra, cezaevlerindeki insanlara ilişkin tıbbi etik düzenlemeler de vardır. Bu belgeler arasında en önemlileri Dünya Tabipler Birliği (DTB) metinleridir. 1975 tarihli Tokyo Bildirgesi, daha çok işkence konusunda, hekimlere yönelik önemli (ve ilk) bir kılavuz mahiyetindedir. Açlık grevleri konusunda 1991 tarihli Malta Bildirgesi ile üst aramaları ile ilgili 1993 tarihli belge de önemli belgelerdir. Bunların yanı sıra, DTB’ nin 1981 tarihli ölüm cezalarına hekim

katılımı ile ilgili kararı, Birleşmiş Milletler 1982 tarihli Tıbbi Etik İlkeleri, Uluslararası Cezaevi Tıbbi Hizmetleri Konseyi' nin "Atina Andı" da ilk anımsanacak belgeler olarak sıralanabilir. Hukuksal belgelerde de söz edilen "Etik İlkeler"de ifade edilen birinci ilke çok açık, üstelik bağlayıcıdır: "Tutuklu ve göz altında bulunanların tıbbi bakımıyla görevli sağlık personelinin özellikle hekimlerin, tutuklu ya da göz altında bulunmayanlara sağlanan nitelik ve düzeyde anılan kimselerin bedensel ve ruhsal sağlıklarını korumak ve hastalıklarını tedavi etmek ödevidir". Bu ilkenin yanı sıra, sağlık personelinin işkenceye karışmasının yasaklanması, tıbbi bilgisini tutuklunun zararına kullanmasının yasaklanması da açıkça yer almıştır. "Atina Andı" adıyla anılan metinde, Uluslararası Cezaevi Tıbbi Hizmetleri Konseyi' ni oluşturan cezaevinde çalışan sağlık personeli, şu taahhütlerde bulunmuştur: "Herhangi bir fiziksel cezaya izin vermekten ya da onaylamaktan kaçınmak; herhangi bir işkence uygulamasına katılmaktan kaçınmak; rıza almadan herhangi bir deney yapmamak; gizliliğe saygı göstermek; tıbbi kararları hastaların ihtiyaçları temelinde almak ve bu ihtiyaçlara tıbbi olmayan meseleler karşısında öncelik vermek".

Dünya Tabipler Birliği Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası (1949), Helsinki Bildirgesi(1964), Hasta Hakları Lizbon Bildirgesi (1981), Hekimlik Alanında Çalışanların İnsan Haklarına ve Bireysel Özgürlüklerine İlişkin Bildirge (1985), İnsan Hakları Konusundaki 1990 tarihli kararı (Dünya Tabipler Birliği' nin üye tabip birliklerini, cezaevi sisteminde çalışan doktorları net etik doğrular konusunda bilgilendirmeye; hükümlülerin insani bir bakım almalarını engelleyen durumları çeşitli yollarla protesto etmeye ve gereksiz tutuklu bulunanların acil salıverilmeleri için çağrıda bulunmaya davet edeceği belirtilir) , Dünya Tabipler Birliği' nin İnsan Hakları Bildirgesi (1994), Dünya Tabipler Birliği' nin İşkenceye Katılmayı Reddeden Hekimlerle İlgili Bildirgesi (1997), Şiddet ve Kötü Muamele Kullanımı Konusunda Veya Düşkünlük Yaratan Tedavilerde Yer Almayı Kabul Etmeyen Veya Buna Zorlanan Tıp Doktorlarına Destek İle İlgili Hamburg Bildirgesi (1997), Çocukların Hırpalanması ve İhmal Konusunda Dünya Tabipler Birliği Tutumu (1984) gibi belgeler de, hekimlere yol gösterme açısından oldukça anlamlı belgelerdir. Tıp Etik Uluslararası Komisyonu' nun 1985' de Uruguay' da yapılan bir toplantıda yayınladığı "Hekimler, Etik ve İşkence" adlı metinde, hekimlerin mahkumlara yönelik, işkence ile ilgili görevleri de sıralanmıştır. (Sayek 1998, Fidaner ve Fidaner 1986, Soyer ve Balta 1996, BMA 1992)

Britanya Tabipler Birliği (BMA), cezaevinde çalışan hekimler ve onlarla benzer koşullarda çalışan, benzer sorumlulukları olan hekimler için bir bildirge hazırlamıştır. 1991 yılında, özellikle Kuzey İrlanda' daki cezaevlerindeki uygulamaların eleştirisi temelinde yayınlanan bir BMA raporundan sonra, hekimlerin ve BMA' nın ilgisi, cezaevlerine ve cezaevi hekimliğine yönelmişti. Bu rapor bağlamında, BMA, cezaevi hekimlerinin mahkumların denetlenmesi gibi bir görev üstlenmemeleri vurgusu yapılmış, cezaevi hekimlerinin yaptıkları sözleşmede, "klinik yargıda bulunma özgürlüğüne sahip olma" ilkesine özellikle yer verilmesi gereğini belirtmiş, bağımsız ve gizli kayıt tutma gereği vurgulanmış, orduda çalışan hekimlerin etik konulara özen göstermesinin altı çizilmiş, meslek örgütlerinin bu hekimlere destek vermesi çağrısı yapılmıştır. Geleneksel hekim-hasta ilişkisi, birebir karşılıklı ilişki biçimindeyken, bazı durumlarda hekimler, giderek bu geleneksel ilişki biçiminin dışında çalışmaktadır. Bu durum, bir kuruma bağ(ım)lı olarak çalışmaktır, "çifte yükümlülük"te çalışmaktır. Hekimler, böyle bir durumda hastalarına karşı sorumlulukları ile, kurumlarına olan sorumluluklarını karıştırabilmektedirler. Bu noktada, BMA, çifte yükümlülük altında çalışan hekimler için bazı ilkeler öngörmektedir: "1. Hekimlerin bir başka şahıs için hareket ettikleri tüm durumlarda, hastanın bu durumu anlamasını temin etme yükümlülükleri vardır. 2. Hekimler, üçüncü bir şahıs tarafından ücretleri ödendiğinde ve görevlendirildiklerinde bile, muayene ettikleri şahsa karşı gereken özen ve dikkati göstermekle sorumlu olduklarını unutmamalıdır. 3. Tıbbi raporlar, nesnel ve tarafsız olmalıdır. Hekimler spekülasyona düşmemelidir. Hastanın tıbbi durumu hakkında en olası nedenlerin

öğrenilmesi için bir uzman görüşüne başvurulması istenebilir. 4. Birçok olayda, hekim-hasta ilişkisi normal modele uymadığı takdirde hekimler hastanın bu konuda bilgilenmesini sağlamalıdır ki, hasta rızasının bu bilgiyi sahip olarak verebilsin. Aynı zamanda hekimlerin hasta ile ilişkisini gizli tutma yükümlülüğü devam etmektedir. 5. Hekimlerin ilgili oldukları hizmetler uygunsuz, tehlikeli veya sağlık için potansiyel bir tehdit oluşturuyorsa bu konuda önceleme yapmak ve gerekli yerlerle konuşmak görevleridir.” Bu genel belirlemeden sonra, BMA, “cezaevi hekiminden beklenen görev”in, “cezaevi yönetiminin otoritesine uymak” olduğunun altını çizdikten sonra, “cezaevinin disiplinini sağlamak amacıyla hekimler tıbbi kararlar vermeye zorlanabilir.” diye görev çerçevesini çizmektedir. Bunlardan sonra yapılan öneri şöyledir: “Cezaevinde çalışan hekimler, tıbbi bakımın asgari standardını burada da sağlamaya çalışmalıdır.”(BMA 1992 , Soyer 1995)

Yine BMA’ nın “Cezaevinde Alıkonanlara Tıbbi Bakım ve Tedavi Sağlayan Hekimlere Kılavuz” başlıklı metni, cezaevi hekimlerine yönelik önemli bir belgedir. Cezaevlerinde yaşayanlara önemli kısıtlamaların uygulandığı Britanya’ da, hastanelerde mahkumlara kelepçe ya da zincir uygulamasının zaman zaman görülmesi, BMA ve hekimlerin tepkisini çekmiş, 1996 yılı Ocak ayında yayınlanan bir tüzükle, “doğum yapmak için hastaneye giden tüm tutuklu kadınların hastaneye girdiği andan itibaren” söz konusu kısıtlamalardan kurtulmaları güvenceye alınmıştır. Bu, gebe kadınların, doğum öncesi bakımları için de geçerlidir. BMA, cezaevinde tedavi konusunda şöyle bir etik ilkeyi savunmaktadır: “Uygulanması mümkün olan her yerde, tıbbi bakım ve tedavi, fiziksel güvenlik ölçülerinin mevcut olduğu cezaevlerinde yer almalıdır. Sağlanan tedavinin kalitesini düşürmeden, hekimin tutuklu hastayı ziyaret etmesi, tam tersini uygulamaktan daha iyidir. Ama bazı durumlarda, örneğin, tedavi standartlarının cezaevinde mevcut olmaması veya özellikli ekipman ve olanakların gerektiği durumlarda, doğru bakım başka yerde sağlanmalıdır.” Cezaevi dışına bu gerekçelerle gönderilen mahkumlar için ise BMA, şu ilkeyi gündeme getirmiştir: “Tutukluların hastanelerde tedavi edilmeleri durumunda, ana riskler; kaçmaları veya muhtemel şiddettir. Dolayısı ile bu riski en aza indirmek için mümkün olan her yerde gerekli önlemler alınmalıdır. Tutuklulara düzenli bakım sağlayan hastaneler, güvenliği daha sağlıklı bir konuma getirmek için küçük değişiklikleri göz önüne alabilirler. Örneğin, kaçma olasılıklarının yüksek olması durumunda, güvenlik görevlisinin dışarıda kalmasını sağlayacak camı olmayan veya olup da açılmayan bir güvenlik odası sistemi uygulanabilir...” BMA, çok açık bir şekilde, hastanedeki muayenenin, “...hastanın kısıtlamalar kaldırılmış ve cezaevi görevlilerinin varlığından yoksun olarak” yapılması ilkesini savunmaktadır. Her konuda riskin düzeyini belirlemenin, güvenlik görevlilerine ait olduğu da ifade edilmektedir. Kaçma riskinin ya da şiddet olasılığının yüksek olduğu durumlarda bile, BMA, “tutuklunun özel yaşamı ile ilgili haklarına saygı duyulması” gereğini savunmaktadır. Böyle bir durumda, bir görevlinin kapıda, diğerinin dışarıda bahçede bekleyebileceği önerilmektedir. BMA, “Cezaevi hizmetinin gerekli güvenliği sağlamak göreviyle, hekimin iyi kaliteli tıbbi tedaviyi sağlaması görevi arasında bir dengeye ulaşması gereklidir” şeklinde, konuya yaklaşımı özetlemektedir. BMA’ nın bu hastalar için önerdiği ilkeler, şu şekilde toparlanabilir: “1)...tutuklular, toplumun diğer kesiminin sahip olduğu sağlık bakım standartlarına aynen sahip olmalıdır. Bu, hastanın onuruna ve özel yaşamına gösterilecek saygıyı da kapsar. 2) ...her yerde, bakımın kalitesinden ödün vermeden, tedavi cezaevinde sağlanmalıdır. Gizlilik şartları var olmalıdır. 3) ...hastanın kısıtlamalar ve cezaevi görevlileri olmadan muayene ve tedavi edileceğine ilişkin bir güvence olmalıdır. 4) Sağlık ekibi ve cezaevi görevlileri arasında, her bir durumun içerdiği risk oranını tespit edecek bir tartışma olmalıdır. Eğer, tartışma sonunda riskin düşük olduğuna karar verilirse, yetkili hekim, tutuklunun kısıtlamalarının kaldırılmasını isteyebilir. 5) ...bir anlaşma sağlanamazsa, hastanenin ...yetkilisi ...durumu cezaevi yöneticisi ile tartışmalıdır. 6) Acil durumlarda tedavi sağlanmalıdır.” (BMA 1996)

Danimarka Cezaevi Sistemi ve Hekimlerin Etik ve Yasal Durumları

1988 Haziran ayında Danimarka Adalet Bakanlığı'nda görev yapan bir komite, Danimarka cezaevlerindeki insanların sağlık hizmetleri konusunda bir rapor hazırlamıştır. Raporunda, Danimarka cezaevlerinde sağlıkla ilgili ve tıbbi etik alanındaki durum özetlenmiştir. Öncelikle belirtmekte yarar olan nokta, söz konusu raporun temel yola çıkış ilkesi, "...Memuriyete ve hiyerarşiye saygı için, cezaevi tıbbi personeli, Danimarka Cezaevi Servisinin ya da Adalet Bakanlığının birer parçası olmamalıdır." şeklinde ifade edilebilir. Cezaevi hekimlerinin, ulusal sağlık servislerinde görevlendirilmesi gerektiği ilkesinden yola çıkan rapor, bu ilkenin, suiistimalleri engellemeye yardımcı olabileceğini savunmakta, tutuklularla, sıradan vatandaşların aynı sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlayacağını belirtmektedir. Yine, "...hekimin hastasına olan sadakati hiçbir tehdit altında olmamalıdır" ilkesini öne çıkaran rapor, hekimin cezaevi yönetimine bağımlı olmasının hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyebileceğini öne sürmektedir.

Danimarka cezaevlerinde üç aydan kısa süre kalacak tutukluların, ulusal sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Örneğin, tutuklular, cezaevi dışından bir genel pratişyene muayene olmak isteyebilirler. Aynı hak, gözaltı sürecindekiler için de -hüküm giyene kadar- geçerli olmasına karşın, polis, devam etmekte olan soruşturmaya gerekçe göstererek bu hakkı reddedebilir. Tutukluluğu üç aydan uzun sürenler/sürecek olanların ise ulusal sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı yoktur. Cezaevindeki sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Bu insanlar, cezaevi hekimi ya da mahkumlara hizmet veren yerel düzeyde görev yapan hekime başvurabilirler.

Cezaevi hekiminin görev alanı kapsamında mahkumları gözaltı sonrası kontrol etmek, kendi uzmanlık kapsamındaki durumlarda tedavi etmek, laboratuvar testler yapmak, uzmanlık gerektiren durumlarda konsültasyon yapmak, cezaevinin sağlık koşulları hakkında rapor hazırlamak, mahkumların cezaevlerinde kalmaları, tahliyeleri veya disiplin cezaları ile ilgili görüş/rapor vermek, gerekli olduğunda tıbbi muayene, aşı ve önleyici önlemler uygulamak sayılabilir. Bunların yanı sıra personeli eğitmek de hekimin görevidir. Tutukluluğun başlangıcından itibaren, hangi muayene ve işlemlerin yapılacağına ilişkin bir yönetmelik vardır.

Mahkumların sağlık sigortası seçme ve hekim seçme hakları yoktur.

Muayene ve tedavi, tutuklunun belirleme hakkı olmadığı bir ortamda uygulanır. Bir yandan, tutuklu istediğinde, cezaevi personeli doktora bildirmek durumundadır. Diğer yandan ise, tutuklu, hekim gerekli görürse, örneğin tetkik için kan vermek zorundadır. Pratik olarak, kan tetkikleri tutuklu istemediğinde yapılması mümkün olmasa da, bu durumu mümkün kılacak yetkiler kolaylıkla alınmaktadır. (Bu konuda söz konusu raporda, Gambia ' lı bir tutuklunun bir cezaevi görevlisini ısırdığında, doktorun HIV bulaşma riski nedeniyle, tutukluya isteği dışında tetkik yaptığı örneği veriliyor)

Güvenlik gerekçesi ile hücreye konulmuş mahkumların tıbbi muayenesinin yapılması gerekirken ve de bu görev cezaevi hekimine verilmişken, Danimarka cezaevlerindeki uygulama, buna uymamaktadır. Ayrıca Danimarka yasalarında, hücrede bulunan mahkumla ilgili bir hastalık şüphesi varsa ya da mahkum bir hekim görmek isterse, hekim çağırılması gereği vardır. Hücrede 24 saatten fazla kalınmasında, bağlama kemeri kullanılmasında ve bunun 24 saatten uzun kullanılmasında, kaba kuvvet kullanılmasında hekime danışma zorunluluğu vardır. Hekimin hücredeki kişiyi her gün görmesi gereği, daha sonra yasalarda yapılan bir değişiklik ile "hekimin gerek duyduğu zaman" a dönüştürülmüştür. Zihinsel bir hastalık şüphesinde de, bu konuda bir uzman çağırılması yoluna gidilmektedir. Rutin olmasa da, disiplin cezalarında, hekim bulunması söz konusudur.

Çalışmak istemeyen, diğer mahkumlarla bir arada bulunmak istemeyen/bulunamayan mahkumlara diğer Avrupa ülkelerinden daha sık ve uzun süre tecrit uygulanan Danimarka cezaevlerinde, tecrit edilmiş kişileri tıbbi olarak izlemek, gereken tedaviyi yapmak cezaevi hekiminin görevidir. Cezaevi hekiminin hiçbir tecridi sonlandırma yetkisi yoktur. Ancak, tecrit nedeniyle ortaya çıkmış bir psiko-patolojik bulgu görürse, bu teşhisinin tutuklunun tecridinden kaynaklandığını rapor edebilmektedir.

Vücut aramaları, özellikle rekto-vajinal muayeneler, sadece mahkumların kendi isteğiyle yapılabilmektedir. Hekim bu muayenenin amacı konusunda bilgi verir, sonuçta mahkum kabul ederse, muayene gerçekleşir.

Açlık grevi konusunda, Danimarka Tabipler Birliği' nin etik düzenlemelerine karşın, cezaevlerindeki uygulamalarda açlık grevindeki mahkuma müdahale konusu bazı belirsizlikler taşımaktadır.

Gözetiminde ya da cezaevinde ölüm olaylarında, polise bildirim koşulu vardır. Polis yerel olarak bu konuda yetkili sağlık personeli ile, ölüm olayını araştırma yetkisine sahiptir. Araştırma, ölen kişi ile ilgili bilgileri içeren polis raporuna dayanır. Görevli sağlık personeli ile birlikte polis, tıbbi otopsiye gerek olup olmadığına, ya da hemen ölüm sertifikası düzenlenerek gömülmesine/yakılmasına karar verir. Başka bir deyişle otopsi, bu tür ölümlerde zorunluluk değildir. Yine, cezaevinde hekim varsa, bu hekime, başka araştırmalara gerek olmadan ve tıbbi-yasal muayene yapmaksızın ölüm sertifikası düzenleme yetkisi verilebilmesi de yasal olarak söz konusudur. (Buna karşın raporu hazırlayan grubun izlenimi, cezaevi ve gözetimdeki tüm ölümler için, tıbbi otopsi yapılmış olduğu şeklindedir) (Rasmussen ve arkadaşları 1997).

3.2. Ulusal Belgeler

Türkiye'de cezaevlerinde yaşamak zorunda kalanların sağlık sorunları ile ilgili hukuksal ve etik belgeler söz konusudur. "Ceza İnfaz Kurumları İle Tevkifevlerinin Yönetimine Ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük"te, sağlıkla ilgili bazı düzenlemeler mevcuttur. "Sağlık servisinde; tabip, eczacı, hastane memuru, sağlık memuru ve hastabakıcılar"ın çalışacağı (madde 10), cezaevi müdürünün "sağlık durumlarıyla yakından ilgilenmekle yükümlü" olduğu (madde 14), hekimin görevinin "...kurumun sağlık şartlarını düzenlemek, hükümlü ve tutuklularla kurum personelinin muayene ve tedavilerini yapmakla yükümlü" olmak olduğu, (madde 37), sağlık gözetimi başlığı altında, "Tabip, kurumu sık sık denetler ve acele tedbir alınmasını gerektiren önemli hastalıklar hakkında derhal müdüre rapor verir. En az on beş günde bir defa olmak üzere kurumu tamamıyla gezerek sağlık durumuna ve lüzumu halinde alınması gereken tedbirlere dair düşüncesini raporla müdüre bildirir." şeklinde tanım yapıldığı (madde 38), gıda maddelerinin muayenesi adı altında, "Tabip, kurum tarafından satın alınan bütün gıda maddelerini muayene ve bunların kabul veya reddine dair düzenlenecek tutanağı imza eder." (madde 39) diye tanım yapıldığı görülebilir. "Tüzük"teki diğer başlıklar şunlardır: "Kurumun sağlık durumunu bozan hareketlerin ihbarı: Tabip, temaruz eden hükümlü ve tutuklularla tedaviden kaçmaya çalışanların ve kurumun sağlığını bozacak şekilde hareket edenlerin adlarını müdüre bildirir." (madde 40); "Rapor: Tabip, kurumda çıkan hastalıkların nevi ve hastalanın yapısına, hastalıkların önüne geçmek için uygun gördüğü tedbirlere ve ayrıca iaşelerin kalitesine, miktarına ve dağıtım şekillerine, hükümlü ve tutuklular ile personelin temizliğine ve elbiseleri ve yatak takımlarına, kurumun sıhhi tesisat, ısıtma, aydınlatma ve havalandırma tesislerinin sağlık şartlarına elverişli bir şekilde işleyip işlemediğine beden eğitimi ve spor faaliyetlerinin sağlık şartlarına uygun bir şekilde yürütülüp yürütülmediğine dair hususlar, her ay sonunda, hazırlayacağı bir raporla müdüre bildirir. Müdür bu raporda belirtilen tavsiyelerin yerine getirilmesi için gerekli tedbirleri alır. (madde 41); "Kurumlar personeli, sır saklamak zorundadırlar. Yetkili makamlardan

başka hiçbir makam ve şahsa, gizli tutulması gereken hususlar hakkında bilgi vermezler.” (madde 51); “tabip”in, “disiplin kurulu”nda bulunduğu (madde 56); disiplin kurulunun, “hükümlülerin mükafatlandırılması, cezalandırılması veya haklarında tedbir alınması veya iyi hal durumlarının tespiti işleri ile tüzükle verilen diğer işleri yap”makla görevli olduğu (madde 57); “Ölüm cezasının yerine getirilmesi: Ölüm cezası, hükümlünün mensup olduğu din ve mezhebin özel günlerinde, gebe kadınlar doğurmadıkça, akıl hastalığına duçar olanlar iyileşmedikçe, infaz olunmaz.” (madde 62); infaz yerinde hekimin de bulunması gerektiği, “Hükümlünün ölüme tabip tarafından tespit edildikten sonra, ceset, teşhine müsaade edilmeden, infaz araçları ile birlikte derhal kaldırılır” diye hekimin görevinin tanımlandığı (madde 66 ve 69); “Hükümlülerin kabul muayenesi: Geçici koşuhta bulunan hükümlü, kurum, hastane veya revirine gönderilerek tabip tarafından muayene ve çiçek, tifo aşılırları ile gereken diğer aşılrlar yapılır ve muayene neticesi sağlık fişine kaydolunur. Muayene sonucunda hükümlünün kurumda tedavisi mümkün olmayan bir hastalığa veya bulaşıcı bir hastalığa veya cezasının infazına engel herhangi bir maluliyete müptela olduğu tespit edilecek olursa, durum derhal kurum müdürlüğü aracılığı ile Cumhuriyet Savcılığına bildirilir.” (madde 98); “Tıbbi muayene ve tedavi: Hükümlüde,...sakatlık ve hastalıklar tespit edildiği takdirde, bunların giderilmesi için gerekli görülen her türlü tıbbi, cerrahi veya psikiyatrik tedaviye başvurulur.” (madde 111); “Teneffüs: Kapalı yerde çalışan hükümlü ve tutuklular,...günde bir saatten aşağı olmamak üzere teneffüse çıkarırlar. Tabibin göstereceği lüzum üzerine kurum müdürü,...teneffüs süresini uzatabilir.” (madde 129); “Hükümlü ve tutuklulara verilecek olan günlük gıda, kurumlardaki iş esası göz önünde tutulmak suretiyle Adalet ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarınca birlikte kararlaştırılacak kalori esasına göre tespit olunur.” (madde 136); “Hasta olan hükümlü ve tutuklulara verilecek günlük gıda, kurum tabibinin göstereceği cins ve miktar üzerinden verilir.” (madde 137); kantini bulunmayan kurumlarda, gıda maddelerinin dışarıdan sağlanabilmesi (madde 138); hükümlülere iklime uygun, sağlığa elverişli elbise, çamaşır, ayakkabı ve çorap dağıtılması (madde 139); yatak ve yatak takımı dağıtılması (madde 140); bunların temizlenmesi (madde 141-143); “Tedavi altında bulunan bir hükümlü hakkında disiplin cezasının infazı, tabibin iznine bağlıdır. Tabip, hükümlünün tedavisi esnasında bu cezanın yerine getirilmesini sakıncalı gördüğü takdirde infaz, iyileştirilmesi sonuna bırakılır.” (madde 170); demire vurma cezası (madde 172); hücre hapsi ve katıksız hapis cezası verilen hükümlünün tabip tarafından muayene edilmesi gerekliliği (madde 173); bu cezaların 18 yaşından küçüklere verilmesinin yasak olması (madde 174); “Çalışamayacağı tabip raporu ile anlaşılan hükümlü ve tutuklular çalıştırılmazlar.” (madde 199); kurumların temizliği (madde 221), bina bakımı (madde 222), ısıtma (madde 223), bulaşıcı hastalıklar (madde 224), yıkanma (madde 225), tıraş (madde 226); “Kurum tabibi, hasta olduğu bildirilen hükümlü ve tutuklular her gün belirli saatlerde muayene ve tedavi eder. Kurum tabibi, her çağırıldığı zaman kuruma gelmek zorundadır.” (madde 227); “Kurum tabibi her üç ayda bir defa bütün hükümlü ve tutukluları muayeneden geçirir. Gördüğü zafiyet, kansızlık, asabiyet ve bu gibi halin sebeplerini araştırır ve alınması gereken tedbirleri kurum müdürüne raporla bildirir. Tutuklular kuruma konulmadan önce ayrıca sağlık muayenesinden geçirir.” (madde 228); hükümlü ve tutuklular için sağlık fişi tutulması (madde 229), cezaya engel bir hastalık olduğunda hekimin raporla belirtmesi (madde 230), her kurumda bir revir veya hastane bulunması (madde 231), hükümlü ve tutukluların başka yerlerde tedavi edilmesi için nakledilmesi (madde 233), “Kurum tabipliğince Devlet hastanelerinde muayene ve tedavilerine lüzum gösterilen hükümlü ve tutukluların hastanelerde kaldıkları süre içinde muhafazasına ve dışarıyla olan ilişkilerine dair hususlar hakkında mahalli Cumhuriyet Savcılığı ile hastane baştabipliği ve muhafaza ile sorumlu jandarma komutanlığı ile birlikte gerekli tedbirler alınır.” (madde 234); hükümlü ve tutuklunun ölümü halinde hekimin rapor düzenlemesi (madde 235), frengililer ile ilgili önlemlerin alınması (madde 237), sağlık nedenlerinden dolayı derhal tedavi tedbirleri alınması ve nakli (madde 239), tahliye edilecek hasta hükümlü ve tutuklular (madde 255). (Resmi Gazete 1967)

Adalet Bakanlığı, ceza infaz kurumları ve tutukevleri personeli ile hükümlü ve tutuklular için yayınladığı “el kitapları”nda, sağlık ile ilgili görev ve önerileri belirtmiştir. Cezaevi hekiminin dışında, “ceza infaz kurumları birinci müdürü”nün de, “kurumun tedavi ve sağlık tedbirleri ile ilgili hizmetlerin düzenlenmesi”, “kurumun sıhhi koşullarının takibi ile gerektiğinde alınacak tedbirler için ilgili sağlık kuruluşları ile temas ve işbirliğine gidilmesi” gibi sağlıkla ilgili görevi olduğu, “ikinci müdür”ün ise bu konuda “hükümlü ve tutukluların temizlik, banyo, berber, bakım, yardım, muayene, tedavi, iye ve sair ihtiyaçlarının giderilmesi, genel sağlık taramalarının yapılması” görevinin olduğu belirtilmiştir. Bu arada infaz koruma memurlarının da, hekime ya da revire gidecek tutuklu ve hükümlülere eşlik etme gibi görevleri ile, cezaevi hekimine muayene ve tedavi olma gibi haklarından söz edilmektedir. Hükümlü ve tutuklular için de, “doktor muayenesi, aşılarının ve banyonuz yaptırıldıktan sonra koşunuza yerleştirileceksiniz” denilerek, cezaevine ilk geliştiki uyulması gereken kuralların içinde sağlık ile ilgili bir belirleme vardır. Yine cezaevinde kalındığı sürece, “cezaevinde mevcut sağlık ve tedavi imkanlarından ve gerektiğinde cezaevi ile bağlantılı hastanelerden yararlanabilirsiniz” denilerek, “sağlık ve tedavi hakkı” tanımlanmaktadır. (Adalet Bakanlığı 1997a, Adalet Bakanlığı 1997b)

Ankara Tabip Odası Hukuk Bürosu, cezaevlerinde hekimlik yapmanın hukuksal zeminini tanımamak amacı ile bir çalışma yapmış, cezaevi hekiminin, müdürün emrinde ama, sağlıkla ilgili görevlerine kimsenin müdahale edemeyeceği bir personel olduğu saptamasını ortaya koymuştur. “Poliklinik muayenelerinde gizlilik kuralına uymak”, “hastanelere sevk ancak hekimin gerek görmesi ile mümkün olması”, “üç ayda bir tüm tutuklu ve hükümlülere muayeneden geçirmek”, “önemli bir hastalığı olan bir tutuklu ya da mahkumun bu hastalığın gerektirdiği bir sağlık kurumu veya ceza infaz kurumunda tedavi edilmesini rapor etmek”, “acil vakalarda cezaevine gelerek, gereken tedaviyi yapmak”, “sevk öncesi ve sonrası sağlıkla ilgili bulguların hasta ile ilgili dosyaya işlemek” gibi görevleri sıralanan cezaevi hekiminin, ayrıca “hasta dosyalarını saklamak”, “eczacı olmadığında, onun işlevini yüklemek”, “on beş günde bir cezaevinin tüm yerlerini gezerek, bunu rapor etmek”, “kuruma kabul edilmeden önce, tüm tutuklu ve hükümlülere muayene ederek, dosyasına işlemek”, “cezaevinde meydana gelen bir ölüm durumunda, otopsisini yapmak”, “bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek, görüldüğünde ise, ihbar etmek”, “hasta tutuklu ve hükümlülerin diyetini düzenlemek”, “kimseye sormadan, cezaevinin tüm bölümlerini gezebilmek” gibi yükümlülük ve sorumlulukları olduğu da belirtilmiştir. (ATO Hukuk Bürosu 1988)

Kendisi de bir süre cezaevi hekimliği yapmış olan Dr. Murat Parker de, cezaevi hekiminin yetkilerini, Adalet Bakanlığı yayını olan “Cezaevi İdaresi” kitabına dayanarak, şöyle toparlıyor: “Cezaevi müdürü,...hekimlerin sağlıkla ilgili görev sahalalarına müdahale edemez; müdür, hekimin...kurumun bütün bölümlerine ...girip çıkabilmesi için...personele emir vermelidir; hekimin görevini yapmasına zorluk çıkaranlar disiplin yönünden cezalandırılabilir; muayene sırasında odada yardımcı sağlık personelinde başkası bulunamaz; en az on beş günde bir olmak üzere cezaevini tamamen gezererek,...alınması gereken tedbirlere dair düşüncelerini raporla müdüre bildirir; ...fakir hasta tutuklu ve hükümlülerin ilaçları cezaevince karşılanır; hasta tutuklu ve hükümlü için zorunlu olduğu hekim tarafından belirtilen ihtiyaç maddeleri,...dışarıdan sağlanabilir; hücre hapsi ve katıksız hapis cezası cezaevi hekiminin izni olmadıkça infaz edilemez; muayene sonucunda hükümlünün bu cezalara (hücre hapsi ve katıksız hapis) katlanamayacak kadar zayıf ve hasta olduğu anlaşılırsa, infaz ertelenir...; hükümlü ve tutuklu cezaevine kabul edilmeden önce işkence, kötü muamele ve darp görüp görmediğine dair raporu alınarak dosyasına konur; hekim, cezanın infazını engelleyecek halleri Cumhuriyet Savcısına bildirme yetkisine sahiptir; hekim, bir hükümlü veya tutuklunun teneffüs süresini arttırmayı isteyebilir; ...gerek görürse hasta hükümlü ve tutukluları hastaneye sevk edebilir; ...kimseden izin

almadan cezaevinin her yerine girebilir; istediği hükümlü ve tutukluyla ferdi görüşme yapmak üzere onu koğuşundan odasına getirebilir..." (Paker 1990; 78-79)

Cezaevi hekiminin hükümlü için tuttuğu "müşahede fişi"nin kapsamı da, cezaevi hekiminin görevleri konusunda bir fikir verebilir. Bu "fiş"te, sosyo-demografik bilgilerin yanı sıra suç bilgileri, infazla ilgili bilgiler mevcuttur. "Fiş"teki "tıbbi ve sağlık bilgileri" kısmında ise, sıhhi durumu (genel muayene sonucu, boy ve kilo durumu, sakatlık ve malûliyeti varsa sebebi ve tarihi, yaş, ihtiyarlık veya sakatlık durumu itibarıyla açık veya yarı açık cezaevlerinde çalışıp, çalışamayacağı), belirgin vasıfları (saç rengi, göz rengi, cilt rengi, vücudunda dövme, ben veya kırmızılık olup olmadığı, diğer belirgin vücut ve kafa anormallığı olup olmadığı), akıl ve zeka durumu, yapılan muayeneler (zaman zaman yapılan genel muayenelerin tarihi ve sonuçları, hastalığı sebebi ile yapılan muayene ve tedavilerin sonuç ve tarihleri), genel düşünce gibi alt başlıklardan oluşmaktadır. Ayrıca okul, sanat ve çalışma, din, kurumdan ayrılış gibi bilgi bölümleri vardır. (Hükümlü Sicil ve müşahede Fişi)

Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu içinde bir madde(399), hasta mahkumlarla ilgili bir düzenlemeyi içermektedir. "Akıl hastalığına tutulan mahkumlar hakkında hürriyeti bağlayıcı cezanın infazı iyileştikten sonraya bırakılır. Diğer bir hastalık dahi hürriyeti bağlayıcı bir cezanın infazı halinde mahkumun hayatı için kati bir tehlike teşkil ediyorsa bu hastalıkta dahi aynı hükmü tatbik olunur. Hürriyeti bağlayıcı bir cezanın infazı, gebe olan veya doğurduğu tarihten altı ay geçmemiş bulunan kadınlar hakkında geri bırakılır. Çocuk ölmüş veya anasından başka birine verilmiş olursa, doğumdan itibaren iki ay geçince ceza infaz olunur." 1412 sayılı CMUK' nun 399. Maddesinin yaşama geçirilmesi, oldukça karmaşık ve kısa sayılmayacak bir süreçte olmaktadır. Bu süreç özetlenecek olursa,

Aşama1

CMUK 399. Madde Kapsamındaki

Hasta Mahkum veya avukatı ya da ailesi>>>Cumhuriyet Savcılığı>>Devlet Hastanesi*>>>Teşhis

Aşama2

Mahkum veya avukatı ya da ailesi>>[Teşhis ile ve "Sağlık Kurulunun incelemesi talebi ile]>>Cumhuriyet Savcılığı>>Devlet Hastanesi>>Sağlık Kurulu**>>Rapor***>>Seçenek 1: "Erteleleme Gerekir", Seçenek 2: "Ertelemeye Gerek Yok"

Aşama3

Rapor>>Cumhuriyet Savcılığı>>Seçenek 1: Ağır Ceza Mahkemesine Dava ve Ceza Erteleme Talebi>>Ya "erteleme kararı(6 ay, 1 yıl, 2yıl)" ya da "adli tıp kurumu görüşünü isteme" kararı , Seçenek 2: Adli Tıp Kurumuna Sevk>>Ya "onaylama" ya da "ret"

*Devlet Hastanesi tam teşekküllü değilse, tam teşekküllü bir hastaneye sevk eder.

**Durum acil ise, Sağlık Kurulu, acilen erteleme kararı alabilir. Bunun üzerine, Cumhuriyet Savcılığı, mahkeme açmadan veya Adli Tıp Kurumu onayına göndermeden, ceza erteleme sürecinde karar verme yetkisine sahiptir.

***Raporun içeriği şöyle yazılmalıdır: "Hastalığın tedavisi cezaevi koşullarında mümkün değildir ve cezaevinde yatmasında hayati tehlike vardır; bunun için hasta acilen tahliye edilmelidir.

(Soyer 1994; 14, İHD Bülteni 1989; 4)

CMUK 399. maddesinin yanı sıra, Anayasanın 104/b maddesi gereğince, Cumhurbaşkanı'nın da özel af yetkisi vardır.

1989 yılında Ankara'da Yüksek İhtisas Hastanesi'nde yaşanan bir olay sonrası, Ankara'da bir grup hekimin sorunu TTB'ne ilemesi ve TTB'nin de, bu durumla ilgili olarak İçişleri Bakanlığı'na başvurması sonucu, İçişleri Bakanlığı Jandarma Genel Komutanlığı'nın 10.1.1989 tarihli bir genelgesi yayınlanmıştır. Bu genelge, özet olarak, sağlık kurumlarında yapılan tutuklu ve hükümlü muayenelerinde, muayene sırasında güvenlik görevlilerinin içeride bulunmamasını, güvenlik önlemini alarak muayene sırasında dışarıda beklemesi gerektiğini içermektedir.

Daha sonra TTB Merkez Konseyi'nin 9.11.1994 tarihinde yayınladığı bir genelge de, "cezaevi hekiminin, Her şeyden önce hekim olduğu, insanlara ayırım yapmadan tıbbi ihtiyaçları doğrultusunda hizmet vermekle yükümlü olduğu, tabip odalarının hekimlerin bu konuda yaptıkları ve yapmadıkları konusunda gereken işlemleri yapmaları gerektiği"ni içermektedir. Söz konusu genelgenin ekinde, cezaevi hekiminin, cezaevinde yaşayanların yaşama ve çalışma koşulları ile yükümlülükleri olduğu, giriş ve periyodik muayeneleri yapması gerektiği, revirin olanaklarının sağlanmasından sorumlu olduğu, poliklinik hizmetleri sırasında hekimin hasta ile yalnız kalması gerektiği, acil müdahale için gereken tıbbi malzemenin revirde bulundurulması gerektiği, disiplin kurulu üyesi olarak hücre cezası vermemesi gerektiği, yaşadığı sorunları yerel tabip odasına ilemesi gerektiği belirtilmiştir. Aralık 1994'de TTB Merkez Konseyi'nin yayınladığı "Hastanelere Getirilen Mahkumlara Yönelik Hekim Tutumu" başlıklı genelgede ise, hastaneye gelen mahkum/tutuklunun "hasta" olarak kabul edilerek, kendisine o şekilde davranılması, muayene sırasında açıklık ilkesine göre davranması, kelepçeli ya da güvenlik güçlerinin içeride olduğu bir durumda muayene yapmaması, hastayı onun anlayacağı şekilde bilgilendirmesi, teşhis ve tedavi süreçlerinde sadece tıbbi kanaatıyla davranması, bu süreçte karşılaştığı olumsuzlukları tabip odasına ilemesi yazıyordu. TTB'nin cezaevleri ve sağlık alanındaki önemli belgelerinden biri de 1997 yılı Aralık ayında yaptığı aynı adlı sempozyumun sonuç bildirgesidir: "1. Ülkemizdeki cezaevi ve infaz sistemi, hukuksal, insani ve sağlık yönlerden sorunludur. 2. Cezaevi hekimlerinin idari ve tıbbi açıdan bağımsızlığını sağlayacak yasal düzenlemeler gereklidir. 3. Cezaevi sağlık servislerinde çalışan, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve özlük hakları iyileştirilmeli, insan onuruna aykırı uygulamalardan korunmalıdır. 4. CMUK Madde 399'un kapsamı yeniden gözden geçirilmeli, bu madde tutuklu ve hükümlüler için geçerli olabilmeli, düzenleme yapılırken mevcut cezaevlerinin sağlık koşulları göz önünde bulundurulmalı, sağlıklı yaşama hakkı temel alınmalıdır. 5. Cezaevlerinde insan hakları, sağlıklı yaşam hakkı açısından acil olarak düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu düzenlemeler yapılırken kamu kuruluşları dışında, ilgili demokratik kitle ve meslek örgütleri ile tutuklulara inisiyatif tanınmalı, düzenlemelerin temelini insan haklarına uygunluk oluşturmalıdır. Bu çerçevede tıbbi sonuçları ve insan haklarına aykırı bir uygulama oluşturması açısından 'hücre tipi cezaevi' modelleri kabul edilemez olarak değerlendirilmiştir. 6. Bütün bu sorunların çözülmesi ve ülkenin demokratikleştirilmesi için ayrımsız bir 'Genel Affın acil bir gereksinim olduğu noktasında birleşilmiştir.'" (Soyer- Balta 1996, TTB Merkez Konseyi 1997)

4. TÜRKİYE' DEKİ CEZAEVLERİ:

Türkiye'de 1996 yılı itibarıyla, 520' si kapalı 558 cezaevi vardır. Cezaevlerinin 26' sı yarıaçık, 8' i açık ve 4' ü de çocuk ceza ve ıslahevidir. "Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkifevlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük"de, "Ceza infaz kurumları; cezaevleri ve ıslahevleridir. Cezaevleri ile Tevkifevleri her mahkeme bulunan yerde; İslahevleri Adalet Bakanlığınca belirtilecek yerlerde kurulur. Çocuk, kadın ve diğer hükümlülere ait cezaevleri, açık; yarıaçık ve kapalı; olmak üzere sınıflandırılır" diye yazmaktadır. Aynı tüzüğün 3, 4, 5 ve 9. maddeleri, bu cezaevlerinin tanımlarını yapmıştır. "Dıştan koruma ile görevli personeli bulunmayan ve firara karşı maniaları olmayan cezaevleri"ne açık; "dıştan koruma ile görevli personeli bulunmayan ve firara karşı çok basit maniaları olan cezaevleri" ne yarıaçık; "içten ve dıştan olmak üzere koruma ile görevli personeli bulunan ve dışarıyla irtibatı kesilen ve muhkem fiziki engellerle çevrilen cezaevleri"ne ise kapalı cezaevi denmekte, ıslahevi de, "suçu işlediği zaman 11 yaşını bitirmiş olup da 15 yaşını bitirmeyen ve cezanın çektirilmesine başlandığı anda 18 yaşını doldurmayan küçüklerin cezalarının çektirildiği ceza infaz kurumu" şeklinde tanımlanmaktadır. (DPT 1990; 160-161)

1980 yılında 639 olan cezaevi sayısı, bir ara 647' ye çıkmışsa da, giderek 558' e düşmüştür. Yarıaçık cezaevi sayısı 16' dan 26' ya çıkartılırken, açık cezaevi sayısı hemen hemen aynı kalmış, çocuk ceza-ıslahevi sayısı da 6' dan 4' e gerilemiştir. Kapalı cezaevi sayısı ise, 1980'de 609' dan bir ara 612' ye çıksa da, 1996' da 520' ye düşmüştür. (Maliye Bakanlığı 1993; 217 , DİE 1993; m171-201, DİE 1995; 175-205, DİE 1996; 151-185, DİE 1997; 155-189, DİE 1998; 153-193)

Tablo 1. Türkiye'deki Cezaevlerinin Tiplerine ve Sayılarına Göre Dağılımı(1980-1996)

YIL	KAPALI	YARIAÇIK	AÇIK	ÇOCUK	TOPLAM
1980	609	16	8	6	639
1981	605	18	8	5	636
1982	612	18	7	5	642
1983	609	18	7	5	639
1984	602	18	7	5	632
1985	607	18	7	4	636
1986	608	19	8	4	639
1987	612	22	7	4	645
1988	606	22	7	4	639
1989	602	23	7	4	642
1990	604*/603**	26/25	7	4	641/639
1991	605/604***	31	7	4	647/646
1992	601	30	7	4	642
1993	596/584***	29/31	7	4	636/626
1994	560	32	7	4	603
1995	563	30	8	4	605
1996	520	26	8	4	558

*Maliye Bakanlığı 1993 **DPT 1990 ***DİE 1995

Türkiye'deki cezaevlerinin "tip" lerine göre dağılımı incelendiğinde, devlete ait cezaevi binalarının sayısının 41 olduğu, kiralık cezaevlerinin 48, "tip" cezaevi denilen, aynı mimari projeye göre inşa olunanların sayısının ise 503 olduğu görülür. A tipi 83, A1 tipi 83, A2 tipi 25, A3 tipi 38, B tipi 25' tir. Daha çok 1950-70 yılları arasında yapılmış bu eski cezaevlerine, devlete ait olan binalardaki cezaevleri ve kiralık binalardaki cezaevleri eklendiğinde 353 "amaca uygun olmayan" cezaevi etmektedir. Küçük ilçe tipi cezaevleri olan K1 tipi (130), K2 tipi (38) de dışarıda tutulursa, devlet açısından özellikle 1980 sonrası önemsenen E ve Özel tip cezaevleri kalmaktadır. 41 adet E tipi, 4 adet "hususî" tip, 4 adet 500 kişilik özel tip, 22 adet 150 kişilik cezaevi, kapasiteleri yüksek ve genellikle ağır ceza amaçlı olarak öne çıkarılmaktadırlar. Eski cezaevlerinin güvenlik ve "yaşam" standartları açısından kötü olduğunu öne süren devlet yetkilileri, bu cezaevlerinin koğuş sistemi üzerine kurulmuş olmasını da, "devlet otoritesini kurmayı güçleştirmesi" yönünden istenilir bulmaktadırlar. Bu bağlamda Adalet Bakanlığı' nın ön ayak olduğu "Türk Cezaevi Modeli" ön plana çıkarılmakta, ilk örneğinin Erzincan' da yapıp, daha sonra İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli, Diyarbakır ' da yapılması planlanan "Avrupa ve Birleşmiş Milletler standartlarında" elektronik donanımlı cezaevleri seçenek olarak sunulmaktadır. (DPT 1994; 55-58) 1980 sonrası , eski cezaevlerinin "ihtiyacı" karşılayamaması nedeniyle, Adana, Antakya, Bursa, Çanakkale, Gaziantep, Kahramanmaraş, Kırşehir, Konya, Malatya, Mersin, Nazilli, Nevşehir' de E tipi, Amasya, Bartın, Bursa, Ceyhan, Eskişehir, Gaziantep ve Sağmalcılar' da L tipi cezaevleri yapılmıştır. Ayrıntılar olmakla birlikte, E tipinde üç çeşit oda, bir tanesi üst katta yatak odaları, alt katta yemek ve oturma odaları bulunan iki katlı, 7,5 X 15 m civarında ve yaklaşık 30 kişi barındıran; ikincisi çok daha geniş ve 40-100 kişi barındıran; ceza amacı ile kullanılan 2 X 3 m boyutlarında küçük hücreler vardır. Kilitli olan odalar arasında bağlantı yoktur. L tipinde ise, hücrelerin tek kişilik ya da iki-üç kişilik olması dışında E tipine benzer bir yapısı vardır. (Helsinki Watch 1991; 11, Amnesty International 1989)

Türkiye'deki cezaevlerinin illere göre dağılımına bakıldığında ise, ilçesi çok olan illerde cezaevi sayısının daha fazla olduğu görülür. İzmir, Konya, Ankara, Balıkesir, Bursa, Manisa, Antalya, Kayseri bu anlamda en çok cezaevinin bulunduğu illerdir. (DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 2. Türkiye’de Cezaevlerinin İllere Göre Dağılımı (1991-1996)

İL	1991	1993	1994	1995	1996
İzmir	21	21	21	21	19
Konya	18	18	18	18	18
Balıkesir	17	17	14	14	14
Ankara	16	17	18	18	18
Adana	15	15	14	14	10
Kars	15	7	7	7	7
Antalya	14	14	13	13	12
Bursa	14	14	14	14	13
Çanakkale	14	12	11	11	11
Erzurum	13	13	12	12	9
Kayseri	13	13	13	13	12
Manisa	13	13	13	13	13
Sivas	13	13	12	12	11
Afyon	12	13	13	13	11
Aydın	12	12	12	12	11
Diyarbakır	12	10	10	10	10
Ordu	12	12	12	12	10
Bolu	11	11	10	10	10
Çorum	11	11	10	10	10
Denizli	10	10	9	9	9
Hatay	10	9	9	9	9
Isparta	10	9	9	9	9
Kastamonu	10	11	11	11	10
Muğla	10	9	8	8	8
Şanlıurfa	10	10	10	10	10

Cezaevlerine giren hükümlülerin yaklaşık % 97.5’ u erkek, % 2.5’ u kadındır. Yıllara göre bir değerlendirme yapıldığında, 1926-73 yılları arasında 1930 yılı hariç, bir yılda cezaevine giren hükümlü sayısının 50 binin altına inmediği, 1950’ lerin ortalarından itibaren de giderek yükseldiği ve 1962’ de 100 binin üzerine çıktığı, 1970’ lere doğru azaldığı, ama yine de 55-70 binler civarında kaldığı görülür. 1974’ den sonra da, 30-45 bin dolayında bir yıllık cezaevine giren hükümlü sayısı söz konusu olmuştur. Ancak 1990’ ların ortalarına doğru sayı yine yükselmiş, 60 binler civarına gelmiştir. Erkek-kadın oranı Cumhuriyetin ilk dönemlerinde 92 - 8 oranlarında seyretmiş, 1950’ lerden sonra kadın hükümlü oranı azalmış, % 5’ lere gerilemiş,1960-80 arasında % 2’ nin altına düşmüş, 1990’ larda % 2.5 civarına oturmuştur.

Her üç hükümlüden biri 30-39 yaş grubunda, yine yaklaşık her üç hükümlüden biri 22-29 yaş grubunda ve her beş hükümlüden biri de, 40-49 yaş grubundadır. 50-59 yaş grubu % 7, 19-21 yaş

grubu ise % 6 civarındadır. Yıllara göre yaş gruplarında değişime bakıldığında, hükümlülerin “nispeten yaşlandığı” söylenebilir. 18 yaş altı grupta çok, 19-21 yaş grubunda ise nispeten az bir gerileme söz konusuken 1970-96 döneminde, 40-49 yaş grubunda fazla, 50-59 yaş grubunda daha az bir oransal artış gözlenmektedir. “Daha erkek, daha orta yaşlı” bir hükümlü profili... (DİE 1992; 96-104, DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 3. Türkiye’de Cezaevindeki Hükümlülerin Cinsiyet ve Yaş Dağılımı (1926-96)

	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	2	3	4	5	6	7	8	9	9	9	9	9	9
	6	0	0	1	0	0	0	0	1	3	4	5	6
cezaevine yeni giren hükümlü	6	4	7	6	8	5	3	4	5	5	6	6	6
	7	3	9	0	7	5	1	4	3	3	0	3	1
	6	8	3	0	8	6	5	8	9	6	7	1	1
	3	4	3	4	1	9	1	2	1	1	4	0	2
	9	5	0	0	9	5	8	6	2	8	2	3	0
erkek	6	4	7	5	8	5	3	4	5	5	5	6	5
	2	0	3	7	5	4	0	3	2	2	9	1	9
	5	0	8	0	3	7	9	8	7	4	3	5	6
	1	3	2	2	9	5	8	6	3	7	2	9	0
	3	9	7	6	6	3	7	0	6	4	5	0	2
%	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	2	1	3	5	7	8	8	7	7	7	7	7	7

	4	3	1	0	2	3	3	8	8	9	7	6	5
kadın	5	3	5	3	2	9	5	9	1	1	1	1	1
	1	8	5	0	4	4	3	6	1	1	4	5	5
	2	0	0	1	2	2	1	6	7	4	1	1	1
	6	6	3	4	3				6	4	7	3	8
%	7	8	6	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2

	6	7	9	0	8	7	7	2	2	1	3	4	5
yaş													
-15						1	3	1	1	1	1	1	1
						0	2	1	2	1	2	3	1
						8	6	8	3	7	6	5	3
						2							
%						1	1	0	0	0	0	0	0
					
						9	0	2	2	2	2	2	1
						4	3	6	3	2	1	1	8
16-18						3	2	9	8	8	9	1	1
						6	0	7	7	0	3	0	0
						3	6	2	5	4	3	5	1

					6	4					4	0
%					6	6	2	1	1	1	1	1
				
					5	5	1	6	5	5	6	6
					3	5	7	2	0	4	7	5
19-21					4	3	3	2	3	3	4	3
					7	6	4	9	5	7	0	7
					6	9	2	6	7	9	4	1
					1	2	2	7	2	4	6	6
%					8	1	7	5	6	6	6	6
					.	1
					5	.	6	5	6	2	4	0
					5	7	3	0	6	5	1	8
						1						
22-29					1	1	1	1	1	1	1	1
					5	1	4	4	5	6	7	7
					4	3	0	7	2	7	8	7
					5	0	7	6	8	4	4	4
					8	8	1	1	5	7	8	1
%					2	3	3	2	2	2	2	2
					7	5	1	7	8	7	8	9
				
					7	8	3	3	5	5	2	0
					5	8	9	8	1	7	8	3
30-39					1	7	1	1	1	2	2	2
					7	4	4	8	7	0	1	0
					3	0	1	3	8	5	3	2
					2	3	3	8	2	6	2	9
					2		1	6	6	3	6	2
%					3	2	3	3	3	3	3	3
					1	3	1	4	3	3	3	3
				
					1	4	5	1	2	8	8	2
					0	9	2	0	5	5	0	0
40-49					8	4	7	1	1	1	1	1
					5	5	4	0	0	2	2	2
					3	5	1	2	3	0	3	4
					4	9	3	9	0	0	5	4
								4	1	8	3	5
%					1	1	1	1	1	1	1	2
					5	4	6	9	9	9	9	0
				
					3	4	5	0	2	7	5	3
					2	6	4	9	1	7	8	6

50-59					3 2 6 9	1 7 6 2	3 6 3 4	4 8 3 0	4 0 8 2	4 6 5 1	4 5 6 1	4 1 2 3
%					5 . 8 7	5 . 5 9	8 . 1 1	8 . 9 6	7 . 6 1	7 . 6 6	7 . 2 3	6 . 7 5
60-64					8 5 0	1 8 3	7 5 2	1 1 0 4	1 0 9 1	1 2 2 0	2 0 2 0	9 8 4
%					1 . 5 3	0 . 5 8	1 . 6 8	2 . 0 5	2 . 0 3	2 . 0 1	3 . 1 7	1 . 6 1
65+					6 8 5	2 2 1	3 1 3	5 7 2	5 4 0	7 0 0	6 7 7	6 9 6
%					1 . 2 3	0 . 7 0	0 . 7 0	1 . 0 6	1 . 0 1	1 . 1 5	1 . 0 7	1 . 1 4

Cezaevine giren hükümlülerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ ' ü ilkokul mezunuyken, her on hükümlüden biri ortaokul mezunudur. Yaklaşık % 8' i lise ve dengi meslek okulu, % 2' ye yakını ise fakülte ve yüksek okul mezunudur. Okur-yazar olmayanların oranı da, % 2.7 dolayındadır. 1960' lı yıllardan önce % 50' nin üzerinde olan okur yazar olmayan hükümlü oranı, 1970' li yıllarda %10-25 civarında seyretmiş, 1980' lerde % 10' un altına daha sonra da, % 5' in altına düşmüştür. 1991-96 yıllarında bile lise-fakülte mezunu hükümlü oranında önemli sayılabilecek bir artış gözlenmiştir. Yani, "erkek ve orta yaşlı" ya ek olarak, "okumuş", hatta uzunca bir süre okumuş hükümlü... (DİE 1992, DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 4. Türkiye’de Cezaevlerindeki Hükümlülerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı(1991-1996)

	1991	1993	1994	1995	1996	1991-1996 DEĞİŞİM
okuma yazma bilmeyen	1817	1648	1710	1781	1662	-155
%	3.37	3.07	2.82	2.82	2.72	-0.65
okur yazar	4018	2857	2887	2139	2186	-1832
%	7.45	5.33	4.75	3.39	3.58	-3.87
ilkokul	40871	39986	46580	48333	45360	+4489
%	75.81	74.58	76.68	76.59	74.21	-1.60
ortaokul	3921	4709	4600	5549	6128	+2207
%	7.27	8.78	7.57	8.79	10.03	+2.76
lise ve meslek okulu	2632	3399	3999	4371	4828	+2196
%	4.88	6.34	6.58	6.93	7.90	+3.02
fakülte ya da yüksek okul	653	969	966	930	956	+303
%	1.21	1.81	1.59	1.47	1.56	+0.35
toplam	53912	53618	60742	63103	61120	+7208

Hükümlüler arasında ön sırada gelen meslek grubu, tarım dışı üretim faaliyetinde çalışanlar(% 35) grubudur. Onu her beş hükümlüden birini oluşturan tarımcılar grubu ve hemen hemen aynı orandaki ev kadınları, emekliler, öğrenciler, işsizler grubu izlemektedir. 1960’ lı yıllarda her dört hükümlüden üçü tarımla uğraşmaktaydı. Bu oran giderek, 1990’lı yıllarda % 25’ e kadar geriledi. Buna karşılık, satış/ticaret ile ilgili meslek grubu 1960’ lı yıllarda % 3’ lardan 1990’larda % 20’ lere kadar, meslekleri tayin edilmeyenler ve işsizler grubu ise % 5’ lardan % 20’ lere ulaşmıştır. Son beş yılda da, tarım dışı üretimde çalışanlar, tarımda çalışan hükümlüler aleyhine bir oransal büyüme göstermiştir. (DİE 1992, DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 5. Türkiye'deki Cezaevlerindeki Hükümlülerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı(1991-1996)

MESLEK GRUPLARI	1991	1993	1994	1995	1996	1991-96 DEĞİŞİM
ilmi ve teknik elemanlar, serbest meslek sahipleri	856	972	1045	1031	855	
%	1.6	1.8	1.7	1.6	1.4	-0.2
Müteşebbisler,direktörler ve üst kademe yöneticiler	700	807	1038	1013	814	
%	1.3	1.5	1.7	1.6	1.3	0
idari personel ve benzeri	525	749	1031	1215	1100	
%	1.0	1.4	1.7	1.9	1.8	+0.8
ticaret ve satış personeli	10363	9531	9224	9214	9553	
%	19.2	17.8	15.2	14.6	15.6	-3.6
hizmet işlerinde çalışanlar	2859	2797	3568	3898	3623	
%	5.3	5.2	5.9	6.2	5.9	+0.6
tarım-cı,hayvancı,ormancı,balıkçı, avcı,vb.	13840	12003	14515	14031	12785	
%	25.7	22.4	23.9	22.2	20.9	-4.8
tarım dışı üretim faaliyetlerinde çalışanlar	15308	17615	19972	21866	21195	
%	28.4	32.9	32.9	34.7	34.7	+6.3
ev kadını,emekli,irat sahibi,öğrenci,çalışamaz halde olan,bir mesleği olmayan	9461	9144	10349	11375	11195	
%	17.5	17.1	17.0	18.0	18.3	+0.8
toplam	53912	53618	60742	63103	61120	

Cezaevine girenlerin % 70-77' si kentte ikamet ederken, % 23-30' u da köyde yaşamaktadır. Cezaevinde yaşayanlardan sağlığı bozuk olanlar, her yıl resmi raporlarla yayınlanmaktadır. Bu raporlara geçenler ise, artık sağlığının bozukluğu görmezden gelinemeyecek düzeye gelmiş olan hükümlülerdir. 1991-96 yılları arasında yılda ortalama 266' sı erkek 8' i kadın 274 hasta mahkum söz konusudur. Ayrıca 249' u erkek, 3' ü kadın 252 mahkum 1991-96 yılları arasında (1992 verileri olmadığından bir eksiklik vardır) cezaevinde ölmüştür. Yine 15 erkek ve 11 kadın mahkumun sağlık nedeni ile bu süre zarfında cezası ertelenmiştir. (DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 6. Cezaevine giren hükümlülerin ikamet ve sağlık durumları (1991-1996)

	1991	1993	1994	1995	1996
kent	38100/* 70.7	48186/ 76.4	45824/ 75.4	40724/ 76.0	47028/ 76.9
Köy	15812/ 29.3	14917/ 23.6	14918/ 24.6	12894/ 24.0	14092/ 23.1
Sağlığı bozuk olanlar	377+8**	264+5	212+9	222+11	256+6
Hastalık nedeni ile ceza ertelenmesi	1+0	4+1	3+2	6+3	1+5
Ölüm	27+0	66+1	40+1	33+0	83+1

*İlk sayı sayıyı, ikincisi ise yüzdeyi göstermektedir.

**Satırlardaki ilk sayı erkek,ikinci sayı ise kadın hükümlüleri göstermektedir.

Türkiye' deki 600' e yakın cezaevindeki toplam personel sayısı, 23713' dür. 1991' de 21752 olan bu sayı 5 yılda % 8.3 oranında artmıştır. Cezaevi personelinin % 92' si genel ve idari hizmetler personeldir. Yardımcı hizmetlerde çalışan personel sayısı 947, teknik hizmetlerde çalışan personel sayısı 507, eğitim ve öğretim hizmetlerinde çalışan personel sayısı ise 109' dur. Toplam sağlık personeli sayısı ise 288' dir. Son beş yılda (1991-96) teknik ve sağlık hizmetlerinde çalışan personel sayısı artarken, yardımcı hizmetler ve eğitim-öğretim personeline azalma yaşanmıştır. (DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 7. Türkiye'de Cezaevlerinin Personel Dağılımı (1991-1996)

PERSONEL	1991	1993	1994	1995	1996	1991-1996 DEĞİŞİM(%)
Sağlık h.	252	317	317	312	288	+ 12.8
Teknik h.	307	444	479	501	507	+ 39.4
Eğitim-öğretim h.	128	128	120	115	109	- 17.4
Yardımcı h.	1047	1018	1015	1000	947	- 10.6
Genel ve idari h.	20018	21732	22179	22548	21862	+ 8.4
Toplam	21752	23639	24110	24476	23713	+ 8.3

Cezaevlerine verilen personel kadrolarının, 1990 yılında % 32' si boştu. 1996 yılında da, % 25' e düşmekle birlikte eksikliğin sürdüğü söylenebilir. 1990 yılında eksikliğin, daha çok idari ve mali işlerle ilgili personelde yaşanması söz konusuysa, teknik personel, infaz koruma memuru ve sosyal-eğitim alanındaki personel eksikliği de azımsanmayacak düzeydeydi. Sağlık personeline az eksiklik görülmesi ise, bu hizmetler için az kadro ayrılması ile ilgilidir. 600 civarında cezaevine 300 hekim, 192 sağlık memuru ve 150 psikolog kadrosu ayrılmış ve bu kadroların ¾' ü doldurulabilmiştir. Ayrıca sağlık personelinin dağılımı da, oldukça eşitsizdir. Örneğin, 17 ildeki cezaevlerinde hiç sağlık personeli yokken, 42 ildeki cezaevlerinde toplam 92 sağlık personeli vardır. Oysa üç büyük ildeki cezaevlerinde 78 sağlık personeli çalışmaktadır. (DPT 1990, DİE 1993, DİE 1995, DİE 1996, DİE 1997, DİE 1998)

Tablo 8. Cezaevlerinde Personel Kadrolarının Doluluk Durumu (1990)

PERSONEL N ÜNVANI	KADRO SAYISI	DOLU	DOLULUK ORANI
müdür	500	382	76.4
sayman	200	164	82.0
idare memuru	650	308	47.4
şoför	550	351	63.8
ambar memuru	200	189	94.5
katip	1267	791	62.4
mubayaa memuru	31	3	9.7
veznedar	30	8	26.7
tahsildar	30	5	16.7
tabip	300	238	79.3
sosyal hizmet uzmanı	150	99	66.0
psikolog	150	99	66.0
veteriner	6	3	50.0
sağlık memuru	192	162	84.4
öğretmen	480	316	65.8
mühendis	28	8	28.6
teknisyen	600	313	52.2
teknisyen yrd.	300	253	84.3
Gemi adamı	2	2	100.0
infaz koruma başmemuru	4297	2902	67.5
infaz koruma memuru	21357	14745	69.0
hizmetli	707	474	67.0
aşçı	400	230	57.5
toplam	32427	22045	68.0

Tablo 9. Türkiye'deki Cezaevlerindeki Sağlık Personelinin Cezaevi Tipleri ve İllere Göre Dağılımı (1996)

İL	KAPALI	YARIAÇIK	AÇIK	ISLAHEVİ
İstanbul	20			
Ankara	11	19		13
İzmir	11		2	2
Adana	7		1	
Antalya	8			
Aydın	9			
Balıkesir	6			
Bursa	7	3		
Diyarbakır	6			
Erzurum	4	0		
Eskişehir	4		1	
Hatay	3			
İçel	5			
Kayseri	4		0	
Kocaeli	5			
Konya	5	0		
Manisa	7			
Ordu	4			
Samsun	5			
Uşak	4			
Yozgat	4			
Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Edirne, Elazığ, Erzincan, Gümüşhane, Hakkari, Muş, Rize, Tunceli, Şırnak, Ardahan, Iğdır, Yalova, Karabük	0	0	0	
Diğer 42 il	92	5	8	2

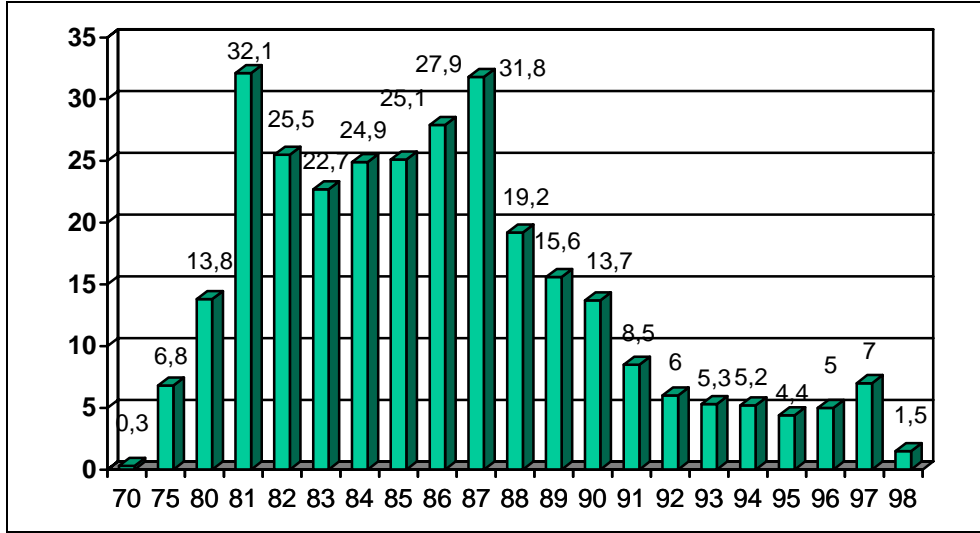
Cezaevlerine ayrılan paranın ne kadar olduğunu belirleyebilmenin bir yolu, cezaevlerinin bağlı olduğu Adalet Bakanlığı'nın bütçesini incelemektir. Adalet Bakanlığı'nın bütçe içindeki payı, 1930-65 yılları arasında genel olarak % 2' nin üzerinde seyretmiş, hatta % 3.6 bile olmuştur. 1970' li yıllardan itibaren gerileyen Adalet Bakanlığı bütçesi, 1980' li yılların ilk yarısında % 2' ye yakın seyretmiş, sonra giderek gerilemiş ve 1990' lardan itibaren % 1' in altına düşmüştür. Bütçe içindeki kalemler incelendiğinde ise, personel payının 1930-80 arasında % 70-85 arasında seyrettiği, 1980' den itibaren % 50' lerin altına düştüğü, 1989' dan itibaren tekrar yükselme gösterdiği, 1990' larda % 75 civarına oturduğu görülebilir. Yatırım payına ilişkin elde edilebilen rakamlar doğrultusunda, yatırım payının genel olarak düşük seyrettiği, ancak 1980' de birden yükseldiği hatta 1981-87 arasında neredeyse Bakanlık bütçesinin 1/3' üne ulaştığı, daha sonra giderek gerileyerek, 1990'

larda %10' ların, hatta % 5' lerin altına düştüğünü söyleyebiliriz. Bu çerçevede, 1980' li yılların genel personel politikasının yansımaları sergilemekle birlikte, adalet hizmetlerinin özellikle çökertilmesi yönünde bir politika izlendiği, özel olarak da başka hiçbir kamu sektöründe görülmemeyen yatırım payı büyümesi de, devletin cezaevi yapma furiası şeklinde açıklanabilir. (Maliye Bakanlığı 1993, RG. 1994, RG. 1995, RG. 1996, RG. 1997)

Tablo 10. Adalet Bakanlığı Bütçesinin Yıllara Göre Dağılımı (1930-98)

YIL	BÜTÇE PAYI	PERSONEL PAYI	YATIRIM PAYI	ADALET BAKANLIĞI BÜTÇESİ (M LYON TL)
1930	2,8	78.9	...	7,1
1935	3,6	87.4	1.5	8,7
1940	2,6	82.8	...	9,3
1945	1,5	73.9	...	11,5
1950	2,4	78.5	0.2	46,5
1955	2,7	81.1	0.4	82,6
1960	2,4	78.9	0.8	182,6
1965	2,1	85.1	...	316,4
1970	1,4	83.9	0.3	416,8
1975	1,4	70.0	6.8	1445,9
1980	1,8	68.2	13.8	13228,4
1981	1,7	47.4	32.1	24856
1982	1,6	42.8	25.5	28058
1983	2,0	43.9	22.7	49970
1984	1,9	43.8	24.9	62843
1985	1,6	51.2	25.1	80259
1986	1,4	47.5	27.9	102600
1987	1,2	45.9	31.8	129593
1988	1,1	53.6	19.2	223804
1989	1,0	53.5	15.6	334539
1990	1,2	63.6	13.7	743346
1991	1,4	69.9	8.5	1403592
1992	1,5	74.8	6.0	3073111
1993	1,3	74.2	5.3	4715992
1994	1,1	76.8	5.2	9307140
1995	1,1	79.7	4.4	14540330
1996	0,8	74.2	5.0	298848000
1997	0,9	74.3	7.0	606814200
1998	0,8	77.3	1.5	121383944

Grafik 1. Adalet Bakanlığı Yatırım Harcamaları (1970-1998)



Cezaevlerine ilişkin harcamalar, Adalet Bakanlığı bütçesinin % 32-38' ini oluşturmaktadır. 1998 için bunun anlamı 41.4 trilyon TL dir. Bu paranın 28.4 trilyonu (% 69) personel giderleri ve yolluklardır. Geriye kalan bölüm içinde “ulaştırma giderleri (84 milyar TL), hizmet alımları, elektrik-su giderleri (486 milyar TL), demirbaş alımları (118 milyar TL), cezaevleri proje etütleri (20 milyar TL), makine-teçhizat alımları (50 milyar TL), cezaevi yapım ve onarımı (550 milyar TL), kamulaştırma ve bina satın almaları (250 milyar TL)” gibi giderler vardır. “Kalani” da cezaevinde yaşamak zorunda olanlara gitmektedir ! (RG. 1997) Refahyol Dönemi Adalet Bakanı Sungurlu’ nun ifadesine göre, tutuklu ve hükümlüler için günlük iştirak bedeli 165 bin liradır. (Sungurlu 1998; 24)

Tablo 11. Adalet Bakanlığı bütçesinin harcama kalemlerine göre dağılımı(1995-98)

BÜTÇE KALEM	1995	1996	1997	1998
genel yönetim	145715	265597	554859	920654
destek hizmetleri	1361621	3111856	6770828	10367590
yargılama işleri (mahkemeler)	7573774	13597552	26944935	61923434
hükümlülerin eğitimleri, cezalarının infazı ve tutukluların muhafazası	4684950 (% 32.2)	10174935 (% 34.1)	23445227 (% 38.6)	41436669 (% 34.1)
resmi bilirkişilik	196505	423066	795962	1768362
yüksek seçim kurulu	385935	1014994	1682589	3910291
transferler	191830	1260000	487020	1056944
borç ödemeleri	110000	1112850	300000	750000
fonlara ait hizmetler	10000	10000	18000	50000
adalet bakanlığı	14540330	29848000	60681420	121383944
toplam bütçe	1341978053	3568506822	6361685500	14789475000

1997 yılında 32 adet E tipi ve 14 özel tip cezaevi ile ilgili olarak, büyük koğuşların “küçültülmesi” çalışmaları yapılmış, özellikle Yozgat, Niğde, Samsun, Afyon, Çankırı, Adana, Ceyhan, Ordu, Gümüşhane, Hatay, Giresun, Mardin, Nazilli ve Uşak cezaevlerinin “küçük koğuşları” hizmete sokulmuştur. Kısa sürede, “terör suçları” diye adlandırılan siyasi mahkumlar için özel cezaevleri yapılması kararı, Bakanlar Kurulu’ndan çıkarılmıştır. (Sungurlu 1998; 24)

5. CEZAEVLERİ VE SAĞLIK :

5.1. Dünya Örnekleri

5.1.1. Minnesota Eyaletinde Cezaevi Ziyareti

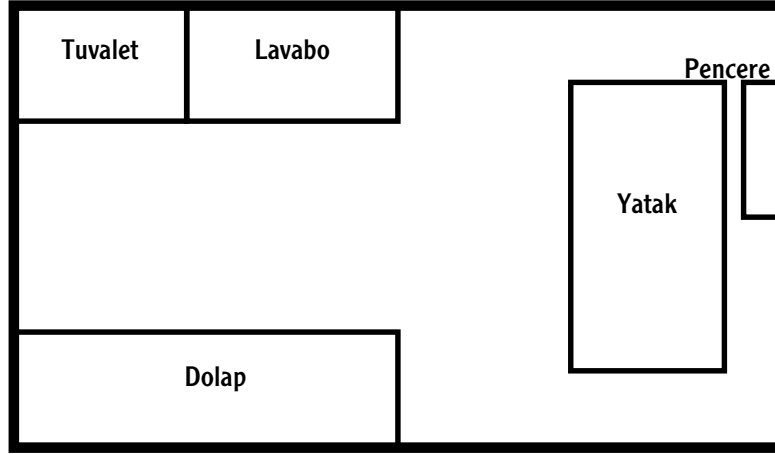
Genel İzlenimler:

USIA adlı kuruluşun daveti üzerine 1992 yılı Mart-Nisan aylarında yaptığımız ABD gezisinde, 10 Nisan 1992 tarihinde Minnesota’ da bir cezaevini ziyaret etme fırsatımız oldu. Kent dışında olan bu cezaevine vardığımızda, cezaevinde bizi Lynn Dingle adlı bir yetkili karşıladı. Girişte bileğimize, sadece elektronik okuyucuda okunabilen bir boya sürdüler ve cezaevine girdik. Sekiz farklı bölümü olan cezaevinde, her birimde 52 kişi kalıyordu. “Sorumlu” ve kaçma riski olanları ayırdıklarını söylediler. Cezaevindekileri görmek isteyen yakınları, her ziyaretten önce tepeden tırnağa soyunup aranıyorlarmış. Yakınları, görüşte mahkumun yanına oturup, görüşebiliyormuş. Ancak kurallara uyulmadığı takdirde, sadece telefonla görüşme mümkün olabiliyormuş. Ziyaret odasında gördüğümüz kamera, görüşler sırasında film çekmek içinmiş. Her ziyaretçi birden fazla mahkumla görüşemezken, bir mahkumun görüşçü sınırı ise 17 veya 18’ miş. Ziyaret günleri Çarşamba ve Pazar’ mış.

Cezaevinin etrafındaki arazide hassas detektörler olduğunu, bununla denetim yaptıklarını, ayrıca cezaevi içinde elektronik komuta sistemi olduğu, bu sistemle tüm kapıları ve stratejik yerleri izlediklerini ifade ettiler. Mahkumları buldukları birimlerden çıkarmıyorlarmış. (Bir kapıdan geçerken, bileğimizi kapıda bir elektronik okuyucuya tutuyorduk, okuyucu gördükten sonra kapı açılıyordu. Bir kapı kapanmadan diğeri açılmıyordu) Farklı birimlerde bulunanlar birbirleriyle görüşemiyorlarmış. Birimlerdeki yaşam ise, 15 saat dışarıda saat 22.00’ de hücreye girme şeklinde cereyan ediyormuş. Havalandırma amaçlı bir avlu vardı, avluya aynı anda sadece iki birim çıkabiliyormuş. Dışarı ile telefonla görüşme olanakları olan mahkumlar için her birimde iki kent içi, bir de kent dışı telefon vardı. Telefonla görüşmek isteyen mahkum, bu telefonlardan önceden başvuru yapmak sureti ile ve 15 dakika yararlanabiliyormuş. Cezaevinde “çalışma” meselesi oldukça ilginçti. Bir yerde her mahkum çalışmaya zorunlu gibiydi, çünkü çalışmayı reddedenlerin mahkumiyetleri uzatılıyormuş! Ayrıca, çalışma kentteki/eyaletteki “endüstri” için büro malzemesi üretmek anlamına geliyordu. Bizi gezdiren mihmandar, “çalışma”nın “tedavi ve eğitim” amaçlı olduğunu belirtti. “Çalışma” yerlerini gezdik. Başlarında bir yönetici personel vardı. Bize saat başına 35 cent para kazandıklarını, iyi çalışırlarsa saatte 2 dolar 25 cent’e kadar kazanabileceklerini söyledi. Fazla para alırlarsa, mahkumlar vergi vermek, “suçu önleme fonu”na katkıda bulunmak ve ailelerine yardım etmek zorundalarmış. “Çalışma” dışında da, tıpkı çalışmaya benzer şekilde amaç, mahkumları meşgul etmekte. Bu amaçla, “çalışma” dışında “fiziksel faaliyet yaptırıyorlar”mış. Bir de, dini faaliyet... Her din için, ayrı ibadet yeri vardı ve mihmandar dini faaliyetteki felsefelerinin “herkese saygı gösterin, size saygı göstereceğiniz” olduğunu söyledi. Ayrıca eğitim ve beceri amaçlı etkinliklerin de olduğu ifade edildi.

Bu arada birimlere girdik. Mahkumlar, suç ve cezaevindeki davranışlarına göre sınıflandırılmışlar. “Çok iyi” davranışı olan “şeref” birimleri de, “disiplin hücreleri”nden ibaret bölümler de vardı. “Normal” bir birime girdik; bir hücre “7 X 9” metre büyüklüğünde, 7 hücreye bir duşu olan, her birimde ortak TV si bulunan, yine ortak yemek pişirebilecekleri mutfak, jimnastik birimi, çamaşır makinesi olan bir birimdi. Birimde koruma personeli/gardiyanlar vardı. Üniforma zorunlulukları yoktu, herkes isterse kendi elbiselerini giyebiliyormuş. Birime her girişte personel, arama yapıyor-muş. Mahkumların kaldığı yer şöyleydi:

Şekil 1. Normal Cezaevi Hücresi



“Disiplin hücreleri”, özel inşa edilmiş. Burada mahkumların da, personelin de giydiği üniformaların rengi farklıydı. (mahkumlar sarı, personel kavuniçi) Hücre önlerinde kırmızı çizgi vardı. Kapılar kapalı ve önlerindeki camlar kalın/kırılmazdı. Her gün hücreden bir saat çıkabiliyorlarmış. O da kelepçeli. “Disiplin hücreleri”nin çoğu doluydu. İçi yaklaşık 3 X 5 adımdı. Yemekler, aşağıdaki bir pencereden veriliyormuş. Gittiğimizden önceki yıl içinde 92 kavga olduğu, ama ciddi yaralanma olmadığı söylendi. Genellikle kavgaların çeteler arasında olduğu ve etnik /ırk çatışmalarının ön planda olduğu ifade edildi. “Hücre” cezası 3 günle 1 yıl arasında olabiliyormuş.

Mahkumlar için ayrılan dini birimi de gördük. Aslında bir kiliseydi. Ama müslümanlar için, kızıldeğirler için kutsal günlerde kutlama yapıyormuş. Kilisede ciddi bir dini eğitim ortamı vardı. Örneğin, video ile İncil öğretiliyormuş. Cezaevinde bulunan 9 farklı protestan grup, vardiya usulü geliyorlarmış. Kızıldeğirlerin ise, Çarşamba günleri hava uygunsa dışarıda “davul-pipo” törenleri oluyormuş. Bazı günler İncil, bazı günler Kuran okunduğu söylendi. Cezaevinin dini biriminde çalışan ve hepsi de gönüllü olan 55 kişi varmış. Bunlar, mahkumlarla tek tek görüşüp, dini konularda yardımcı oluyorlarmış. Bir de, mahkumların hem kitap, hem kaset alabilecekleri bir kitap bölümü vardı. Hukuk kitapları ve dini kitaplar ağırlıktaydı.

Ayrıca oradaki hukuksal işleyişle ilgili de bilgi veren mihmandarımız Dingle, bu eyalette 17 yıldır ölüm cezası olmadığını ifade etti. Cezaevi içindeki yasakları çiğneyenler için cezaların belli olduğunu, örneğin, telefon, sigara, duş yasağı, hücre cezası vb cezalar olduğunu, bunların dışında suç işlenirse başka cezaevlerine gönderildiklerini söyledi.

Sağlık Birimi İzlenimleri:

Amaç, İşleyiş ve Personel:

Sonra, cezaevi sağlık birimine geçtik. Cezaevi sağlık biriminin amacı, “tutuklulara, halka sunulan sağlık hizmetlerine eşdeğer/denk bir sağlık hizmeti sağlayabilmek” olarak belirtildi. Yine, resmi olarak ifade edilen amaç çerçevesinde, “sağlık hizmetlerinin tüm mahkumlara, statü ya da bölge farkı gözetmeksizin, eşit olarak verilmesi” söz konusuydu.

Cezaevi sağlık biriminde, en azından bir hemşire bulunuyordu. Her gün, günde 24 saat cezaevi sağlık biriminde, bir hemşire bulunuyormuş. Bu hemşireler, doğrudan kentteki “hemşirelik idaresi”

ne bağılydı. Ve, bu “idare”, hizmeti ve nöbetleri düzenlemekle de yükümlüymüş. Hekim, haftanın en az 3 günü cezaevine geliyormuş, ama ihtiyaç olup çağırıldığında, haftanın 7 günü ve günün 24 saati gelme zorunluluğu varmış. Cezaevi sağlık birimi içinde bir de revir vardı. Bu revirin, yatarak tedavi görmesi gereken tutuklulara hizmet verdiği, daha ileri olgularda, yakında bulunan “St.Paul Ramsey Tıp Merkezi”ne sevk yapıldığı söylendi. Revirde hastane tipi yataklarla birlikte, tıbbi ve cerrahi müdahale için uygun iki oda vardı. Başka bir odada yere sabitlenmiş çelik bir yatak vardı. Bu yatağın, saldırganlık davranışı gösteren tutuklular için ayrıldığı ifade edildi. Bunların yanında, bulaşıcı hastalıklar için ayrılmış üç koğuş vardı. Tüm odalarda, hemşireyi çağırabilmek için sinyal düğmesi vardı.

Tutukluların sağlık hizmetlerinden hiç engellenmeden yararlanabilmeleri, sağlık hizmetleri ile ilgili yakınmalarını iletebilmeleri için bir sistem kurulduğunu belirten mihmandarımız, tutuklu cezaevine geldiğinde anlayabileceği dilde yazılı ve sözlü olarak cezaevi sağlık politikalarının anlatıldığını söyledi. Hasta tutuklu, eğer sağlık birimine gitmek isterse, hafta içinde her gün sabah hemşireye başvurabiliyormuş. Bu başvuru, bir formla yapılıyor, bu formlar öğleden sonra bu işle görevli hemşire tarafından değerlendiriliyor, görevli hemşire tutukluyu görmeye gidiyor ve ihtiyaç duyan tutuklular sağlık birimine götürülüyormuş. Tedaviye ihtiyacı olan her tutuklunun sağlık birimine götürülmesi gerektiği, gece ya da hafta sonu veya tatillerde yaşanan acil durumlarda, nöbetçi hemşire ya da bir sağlık birimi personeline telefon edebildiği belirtildi. Hekim muayenesi haftada üç gün olabiliyormuş. O günler, ihtiyacı olan tutuklular, birime geliyorlarmış.

Personelin, dışarıda çalışanlarla aynı eğitim düzeyinde olması ve bunu belgeleyen bir belgeye sahip olması gereğini vurgulayan mihmandarımız, tutuklulara verilen sağlık hizmetlerinin, halkın yararlandığı sağlık kurumlarından farklı olmamasına dikkat edildiğini, tüm sağlık personelinin belgelerinin tam olduğunu, uzmanların ya cezaevinde belirli zamanlarda çalıştığı ya da anlaşmalı bir hastanede hizmet için hazır bulunduğunu, kentteki sağlık müdürlüğünün personele düzenli eğitim olanağı sağladığını belirtti. Cezaevindeki nöbet çizelgesi yapılırken, özellikle acil ilk yardım deneyimi ve sertifikası olan bir sağlık personelinin her zaman hazır bulunmasına dikkat edildiği, ayrıca çalışan hemşirelerin tümünün CPR (kardiyo-pulmoner resüstasyon) sertifikası sahibi olduğu vurgulandı. İlke olarak, tutukluların doğrudan sağlık hizmetlerine karıştırılmadığı, randevu çizelgelerini düzenlemek ve sağlık hizmetlerinden kimin yararlanacağına karar vermekte müdahale ettirilmediği de söylendi.

Kurumda görevli bir hekimin yılda 800-1200 saatini, tutukluların muayenesine ayırması gerektiği, haftada iki ya da üç gün cezaevine geldiği ama gerektiğinde 24 saat ve 7 gün gelmesinin gerekebileceği vurgulandı. Hekim, hastayı muayene ettikten sonra verdiği tedavi onun direktifleri doğrultusunda hemşire tarafından yapılıyor. İlaçlar dozlarına göre, hastanın biriktirmesine olanak vermeden dağıtılıyor. Cezaevindeki hekimin dışında bir hekime görünmek isterse, tutuklu, böyle bir hakka teorik olarak sahipmiş. Ancak, bu hakkı, para ödeyerek kullanabiliyormuş. Böyle bir durumda, söz konusu tedavi ya da muayene, cezaevi sağlık biriminde gerçekleşmek zorundaymış. Cezaevinde tedavinin yapılamayacağı belirlendiğinde, tedavi dışarıda yapılıyor. Bu durumda da, tutuklunun sevk ve dışarıdaki tedavisinin parası, tutukludan alınıyormuş. Bu iş için de bize aktarılan bir prosedür vardı: Tutuklu, dışarıdan bir hekim görmek istiyorsa, bu isteğini sağlık birimine iletir ve 2 form doldurur. Bu talebin gerektirdiği tüm masrafları kabul ettiğini beyan eder. İşlemler tamamlandıktan sonra, sağlık birimi yöneticisi talebi onaylarsa, dışarıdan hekim getirilir.

Tutuklu verilen hizmetle ilgili bir yakınması olduğunda, ilk başvuruyu hemşireye yapabiliyor, daha sonra hemşire denetçileri, hekim, sağlık müdürlüğüne şikayette bulunabiliyor ve bunu yaparken hiçbir engelle karşılaşmıyormuş...

Daha önceden hastalığı olan ya da özel bir teşhisi olan ve cezaevi koşullarında tedavisi mümkün olmayan tutukluların, cezaevindeki sağlık personeli onayı ile, “St.Paul Ramsey Sağlık Merkezi”ne sevk edildiği, bu tutukluların gerekli görülürse söz konusu hastaneye ya da başka bir hastaneye geçici veya sürekli sevk edilebildiği, hastalığı ya da sakatlığı özel bir program gerektirenlerin sürekli bu programı almasının sağlandığı (toplumdaki malulen emekli statüsüne sokulduğu) ifade edildi.

Tutuklunun İlk Ve Periyodik Muayeneleri:

Tutukluların muayenesinin “tutuklu ve personeli korunması; yerinde/zamanında verilen mesleki kararlar; gerekli kaynakların toplumun kaynaklarına paralel olması” gibi temel ilkeler çerçevesinde yapıldığını ifade eden mihmandarımız, tutuklu cezaevine geldikten sonraki prosedürü şöyle özetledi: “Yeni gelen tutuklu için, hemşire bir kart çıkarır, ilk bulguları işler. Mevcut sağlık sorunları, özellikle bulaşıcı hastalıklar, diş sorunları, alkol ve uyuşturucu kullanımı, kullanılan ilaç, diğer sağlık sorunlarına ilişkin bilgileri kaydeder. Bilinç durumu, ruhsal durum, vb gibi davranış özellikleri, vücuttaki sakatlık ve biçimsizlik gibi durumları, travma izleri, lekeler, yaralar, sarılık, vb gibi deri özelliklerine ilişkin gözlemlerini tutuklunun kartına yazar. Yine tutukluya normal ya da acil tedavi gerektiğinde, nasıl ve nerede müdahale gerektiği kaydedilir.” Bu işlemin tutuklu gelir gelmez mutlaka yapıldığı, bir erteleme gerekiyorsa bile işlemin 24 saat içinde yapıldığı, bu süre zarfında tutuklunun diğer tutuklulardan ayrı tutulduğu, 14 gün içerisinde de tüm muayene ve tetkiklerin tamamlandığı söylendi.

Her mahkum için bir muayene programı vardı. Her yeni giren tutuklunun muayenesinin yanı sıra, 40 yaşın altındakiler için iki yılda bir muayene, 40-50 yaş arasındakiler için iki yılda bir muayene ve yeni girişte EKG ve her yıl glokom taraması, 50 yaşın üstündekiler için her yıl muayene, EKG ve glokom taraması yapılması programlanmıştı. Ayrıca, tahliyeden önce de bir muayene yapılması söz konusu olmuş.

Tıbbi Kayıtlar:

Her tutuklu için tutulan kayıtların güvenli ve gizli olması, kayıt odasına hiçbir tutuklunun girmemesi, sağlık personeli dışında hiçbir personelin kayıtları görememesi gibi ilkeler ifade edilince, “istisnalar”ı sorduk. Oldukça çoktu! “Hines Rıza Yasası” diye anılan bir yasa temelinde, tutuklu rıza gösterdiğinde kayıtlar görülebiliyordu; “önemli güvenlik nedenleri” ile kayıtlar incelenebiliyordu; cezaevi müdürü ya da komiserliği, tutuklunun rızasını almak zorunda değilmiş; genel güvenlik için gerekli olduğunda sağlık personeli, kayıt bilgilerini diğer personelle paylaşabilirmiş; Ombudsman ya da onun hukuki temsilcisi de sağlık kayıtlarına girme yetkisine sahipmiş...

Bu “istisnalar” dışında, tutuklunun sağlık kayıtlarının özel birine gönderilmesi söz konusu olduğunda bir form dolduruluyordu. “Rıza formu” da denilen bu form doldurulmadıkça, kayıtlar dışarıya çıkarılamıyordu. Başka bir cezaevine sevk durumunda ise, sağlık kayıtları tutuklu ile birlikte gönderilmişti.

Sağlık Eğitimi:

Her sağlık hizmetinde olduğu gibi, cezaevinde de sağlık hizmetlerinin kapsamı, salt tedavi edici hizmetlerle sınırlı değildir. Minnesota’ daki cezaevinde de, tedavi hizmetlerinin yanı sıra, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacı ile sağlık eğitimine özel bir önem gösterildiği belirtilmişti. Mihmandarımız, sağlık eğitiminin tutukluluğun önemli bir parçası olduğunu vurgulayarak, bu eğitimin “reçetesiz ilaçlarla tedavi dahil kendi kendine bakım, ilk yardım, acil bakım gerektiren durumlar, diş sağlığı, ruhsal sorunlar, klinik sorunlar ve bazı hastalıklar ile ilgili bilgilendirme” yi kapsadığını anlattı. Bu amaçla sağlık biriminde bekleme odasında ve çeşitli yaşam alanlarında sağ-

lıkla ilgili birçok afiş ve bülten vardı. Ayrıca, bazı hastalıklarla ilgili olarak tutuklulara dağıtılan el ilanlarını gördük. Bunların yanı sıra, olağanüstü koşullarla ilgili olarak da, broşür ve benzeri materyalin olduğundan söz edildi.

Özel Hizmetler:

Bizi imrendirecek bir hizmet, diş sağlığı hizmetleriydi. Diş hizmetleri kapsamında rutin ve acil diş bakımı ve hizmetleri yer alıyordu. Her tutuklunun kişisel bir tedavi planı vardı ve “altı ayda bir diş muayenesi, üç ayda bir diş röntgeni, ağız sağlığı durumunu saptayan bir rapor sistemi, konsültasyon”u kapsıyordu. Diş bakımı konusunda tutukluların eğitimi/bilgilendirilmesine önem verildiğini belirttikten sonra, asıl önemli olanın acil diş hizmetleri (diş ağrısının giderilmesi, akut enfeksiyonların giderilmesi, travmatik lezyonların tedavisi, acil diş olguları) olduğu, diğer diş hizmetlerinin ikincil önemde olduğu anlatıldı.

Sağlık birimindeki ilaç işleri için bir eczane ve burada bir eczacı vardı. Eczacı, idare adına ve hemşireler aracılığı ile ilaç dağıtımını yapmakta, eczaneyi yönetmekte ve ilaçla ilgili kayıt ve raporları tutmaktaymış. Hekimin yazdığı reçetelerin içerdiği ilaçlar, cezaevi eczanesinden temin ediliyordu. Ancak, her ilaç, sadece verildiği reçete süresi içinde geçerliymiş. Gelişigüzel ilaç almak söz konusu değilmiş. Her ilaç için, yeni reçete yazılması gereği ifade edildi.

Cezaevinde önem verilen bir konu da, uyuşturucu, alkol ve ilaç bağımlılığıydı. Böyle bir durumun, sadece hekim tarafından belirlendiği ve hekimin böyle bir tutuklunun ilaçlı ya da ilaçsız tedavi olmasına karar verdiği, daha önce böyle bir tedavi alıyorsa tedavinin nasıl devam edeceğine hekimin karar verdiği, ileri durumlarda hekimin uzmanlarla konsültasyonu sonucu “St.Paul Ramsey Tıp Merkezi”ne sevk edebildiği, tedavi planının uygulanmasının ise çok disiplinli bir ekipçe yapıldığı anlatıldı. ABD’ de oldukça yaygın olan “methadone” tedavisi konusunda ise, cezaevi sağlık birimi pek sıcak yaklaşmıyordu. Daha önceden “methadone” tedavisi alınsa bile, cezaevinde farklı bir tedavi planı uygulandığı ifade edildi.

Cezaevi sağlık birimi, ihtiyacı olan tutukluların protez, gözlük ve benzeri cihazlarını da temin ediyormuş. Bu konuda oldukça ayrıntılı bir genelge söz konusuydu. Tutuklunun tedavisi herhangi bir protez gerektiriyorsa, bu cihaz cezaevi tarafından finanse edilmekteymiş. Ama, cihazın bakımı ve sorumluluğunun tutukluya ait olduğu, iş nedeni ile olmayan kayıp ya da kırılma durumlarında parasının, tutukludan alındığı söylendi. Gözlük söz konusu olduğunda ise, bir göz uzmanının vermesi halinde, ilk gözlüğün cezaevi tarafından karşılanması, devletin verdiği gözlük çerçevesi dışında çerçeve tercih edilirse parasının tutuklu tarafından ödenmesi, aynalı güneş gözlüklerinin ve reçetesiz satılan hafif renkli gözlüklerin bina içinde kullanılmaması, kontak lens ve reçeteli güneş gözlüklerinin de ancak göz hekimi tavsiyesi ile kullanılabilmesi belirtilen noktaları.

Diğer Sorunlar:

Minnesota’ daki cezaevi sağlık birimini gezerken ilginç gözlemlerimizden biri, tutukluların tıbbi amaçlarla bağlanmasıydı. Ortak yaşam alanlarında bulunan bir tutuklunun, personeli fiziksel şiddet ile tehdit ettiği durumlarda, tutuklunun bağlanıp, yalnız başına bir odaya koyulduğu ifade edildi. İfade edilen bağlanmalar da çeşit çeşitti: önden bağlanan, metal ya da plastik kelepçeler; kutu-tipi parmakları dışarıda bırakan kelepçe ve eldivenler; arkadan bağlanan metal veya plastik kelepçeler; ayak bileklerine bağlanan ve bel zincirine tutturulan el kelepçeleri; ayak ve el bileklerine bağlanan ve daha sonra bel zincirine tutturulan kelepçeler... Bu kadar çok ve çeşitli bağlama aracının da hangi durumda uygulanacağı ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş; örneğin, kendi bedenine zarar vermek, kesmek, dövmek durumunda kelepçeleme uygulanırken, kamu malına zarar verme durumunda

dört noktadan bağlanma uygulanyormuş. ABD’deki nispeten “iyi” bir cezaevi olmasına karşın, böylesi sert disiplin uygulamalarına cevaz verilmesi irkilmemize yol açtı. Bu cezalarda sağlık personelinin işlevinin ne olduğunu sorduk. Sağlık personelinin, “bağlama uygulanırken hazır bulunması, sıkılabilen kelepçeler kullanıldığında 10 dakikada bir kan dolaşımının kontrol edilmesi, dört noktadan bağlanan tutuklularda 2 saatte bir tuvalet kullanımı, egzersiz ve yiyecek-içecek kullanımı için saliverilmesinin kontrol edilmesi, bu cezaya çarptırılmış tutukluların yarım saatte bir fiziksel olarak gözlenmesi, saat başı ise duygusal durumu ve genel durumu yönünden muayene edilmesi, bu bulguların kaydedilmesi” gibi görevleri olduğu sıralandı.

Cezaevini gezerken, sağlık birimi dışında çeşitli yerlerde ilk yardım çantalarına rastladık. Her çantada gazlı bez, sünger, üçgen bandaj, hidrojen peroksit, yara bandı, seloband, göz bandajı vardı. Ama, hiç ilaç göremedik. İlk yardım gerektiren durumlarda, daha önceden belirlenmiş sorumlu bir personel tarafından kullanılabilirdi. Bu sorumlu kişi, çantanın aylık kontrolü ve tamamlanmasından da sorumluydu.

Tüm bu tıbbi işlemler konusunda, tutuklunun onayı koşulu vardı. Minnesota eyaletinde geçerli olan “aydınlatılmış onam” dediğimiz, bilgilendirmeye dayalı rıza ile ilgili tüm yasal süreçlerin cezaevinde de geçerli olduğu söylendi. Bunun için dikkat edilen nokta, tutukluya “kendi anlayacağı dilde, anlayabileceği şekilde bilgi verilmesi” olarak ifade edildi. Ancak, bu “rıza”nın, hukuksal bir emir ya da ölüm durumunda geçerli olmadığı da eklendi!

Bu ziyaretimizden sonra, her tutuklunun eyalete günde 2 dolar 98 cente mal olduğu cezaevinden ayrıldık...

5.1.2. İnsan Hakları İçin Hekimler Örgütü (PHR)’nin bir ziyareti ve tutukluların bağlanması:

1992 Kasım ayında, New York Syracuse’deki Onandaga Cezaevi’nde PHR, bir araştırma başlatır. Araştırma gerekçesi, yukarıda Minnesota’nın “modern” bir cezaevini gezerken, açıkça ifade edilen bir olgunun duyulmasıydı. Tıpkı, Minnesota’da olduğu gibi, New York’ta da tutuklular/mahkumlar “dört yerden zincirleniyorlar”mış...Bu konudaki ilk iddia, 14 Eylül 1992 tarihli bir gazete haberinde yer almış. Ve arkasından dava açılmış. İddianın ayrıntıları şöyleydi: “Uygulanan yöntemin en temel yanı, vücut ağırlığının bir bölümünün el bileklerine verilmesiydi. Bunu sağlamak için, tutuklu, başının üzerindeki hücre parmaklıklarına metal kelepçelerle asılıyordu. Tutuklunun ayak bilekleri, çarşafarla yatağa bağlanan ayak demirleri ile sağlama alınıyordu. Bazı durumlarda, mahkumun kafasını hücre demirlerine vurarak kendisine zarar vermesini önlemek için, “rugby” miğferi giydiriliyordu. Bu durumda yaklaşık 9-72 saat kaldıkları söylenen mahkumların, bazen yiyecek ve sudan da yoksun kaldığı da ifade ediliyor. Daha sonra da, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açmaktaydı.”

PHR, bu iddialar üzerine, “dört noktadan bağlanma uygulamasının, fiziksel ve ruhsal hasara yol açıp açmadığını, eğer açıyorsa, bu uygulamanın uluslararası sözleşmelerdeki işkence ya da kötü muamele kapsamına girip girmediğini” araştırmak için bir heyet oluşturdu. Cezaevi ziyareti, cezaevinde yatıp çıkmış insanlarla görüşme, cezaevinde halen yatan tutuklularla ve personelle görüşme, bu uygulamaya maruz kaldıklarını ileri sürenleri muayene vb süreçlerden sonra, PHR heyeti bir rapor yayınladı.

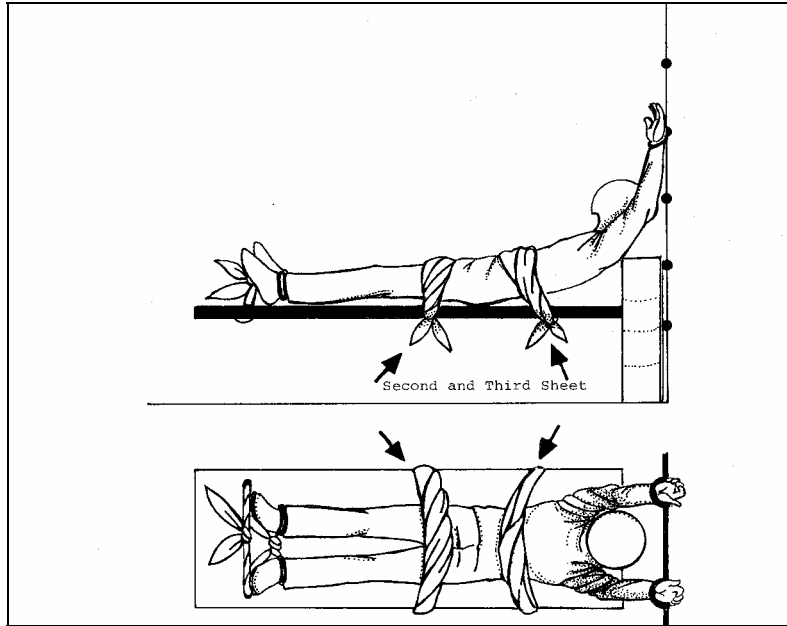
“1.Kullanılan bağlama yöntemi, son derece tehlikeli ve tutukluya zarar verici bir yöntemdir.

- 2.Yapılan araştırmaların sonucunda, bu uygulamaya maruz kalmış kişilerde, kas-iskelet ve nörölojik sistemlerin hasar gördüğü ve bunların söz konusu yönetime bağlı olduğu belirlenmiştir.
- 3.Bu uygulamanın zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı bir davranış kapsamına girdiği söylenebilir.
4. Bu uygulama sırasında, tutuklunun sağlığına sağlık personelinin müdahale edebilmesi pek mümkün olamamaktadır.
5. PHR, disiplin uygulamaları için başka yöntemleri önermiştir”.

Aslında, ABD, cezaevlerinde yaşamak zorunda olanların diğer Batılı ülkelere kıyasla daha olumsuz koşullarda olduğu bir ülke. New York da,1971 sonrası Attica cezaevi isyanından sonra, cezaevi düzenlemelerinin gündeme geldiği bir eyalet. 1976 ve 1985 yıllarında mahkemeye yansıyan olaylar, burada bir cezaevi bakanlığının kurulmasını gündeme getirmiş. Daha çok dini kurumların ve sivil haklar hareketinin katkısı ile gündeme gelen gelişmelerde, Katolik papazlar ve gönüllü insanların cezaevlerine girebilme hakkı kazanılmış. Buna rağmen kötü muameleler sürmüş, 1992’ deki bu olaylar patlak vermiş. Ancak, ABD ve eyalet yasaları incelendiğinde, sert disiplin uygulamalarına, özelde de bağlama uygulamasına, sevk sırası hariç izin verilmediği görülmektedir. Amerikan Halk Sağlığı Birliği de, bağlama konusunda bir psikiyatrya da ruh sağlığı hemşiresi onayını gerekli görmekte, eğer zorunlu olacaksa iki saatte bir yenilenmesini ve en fazla dört saat sürmesini öngörmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği ise, bu tür insanların bir ruh sağlığı merkezine gönderilmesini önermektedir.(Iacopino 1996, PHR 1993)

Bu örnek, ülkemiz dışında da, cezaevleri sorunlarının farklı içerikte de olsa, varolduğunu, cezaevlerinin sadece orayı yönetenler ya da orada yaşamak zorunda olanların ve yakınlarının değil, çeşitli toplum kesimlerinin, özelde de sağlık personelinin ilgi alanına girmesi gerektiği, bir cezaevi ziyaretinin nasıl olduğuna ilişkin bir fikir vermesi amacı ile sunulmuştur.

şekil 2.



5.1.3. Kızılhaç' ın Önerdiği Mahkum Ziyareti Kılavuzu

Uluslararası Kızılhaç Komitesi, bugüne kadar yapmış oldukları cezaevi etkinlikleri deneyimlerine dayanarak, bu alanda bir kılavuz hazırlamıştır. Aşağıda, bu kılavuzun bir özeti sunulmaktadır.

“1. Mahkum Ziyareti’ nin ön koşulları :

Koşul 1:Ziyaretten önce, gözaltına alan makamlarla birçok konuda, anlaşmaya varılması ve bu anlaşılan koşulların zorunluluğunun vurgulanması. Kızılhaç temsilcisi, istediği her mahkuma ulaşabilmeli ve mahkumların hiç biri temsilciden saklanılmamalıdır. Temsilci, hiçbir kısıtlama olmaksızın, mahkumların tamamını ya da tümünü görmek isteyebilir.

Koşul 2: Kızılhaç temsilcisi, herhangi bir tutuklu ya da mahkumla, kendi seçeceği bir yerde, gerektiğinde yine kendi seçeceği bir tercüman aracılığıyla görüşebilmelidir. Bazı durumlarda, Kızılhaç' ı tanıtmak, cezaevini tanımak ve ilk ziyaretteki “buzları kırmak” amacıyla ilk görüşmeler gruplar halinde yapılabilir. Temsilci(ler)in özel görüşme hakları engellenmemelidir. (Özel görüşme; görüşme sırasında başka hiçbir kimsenin bulunmadığı bir ortamda görüşme.)”

Kızılhaç, bu iki koşulun birlikte olması gerektiğini, ziyaretlerinin cezaevini değil insanları ziyaret olması nedeniyle ziyaret ve görüşmeler sırasında bağımsızca kontrol edebilecekleri bir mahkum listesi verilmesi gerektiğini belirtmektedir.

“2. Ziyaretlerin Amacı:

Amaç 1: Tutuklanmış kişilerin faili meçhul cinayete gitmelerini ya da kaybedilmelerini önlemek.

Amaç 2: Kızılhaç, işkence ve kötü muameleyi durdurmaya çalışacak, işkence ve kötü muamele görmüş olanların tedavisinin yapılması için gereken tüm önlemleri alacak, işkence amacıyla ya da işkenceyi desteklemek için dışarıdan gelebilecek tüm ziyaretçileri tespit edecektir.

Amaç 3: Ziyaret sırasında gözaltı koşulları belirlenecek ve yetkililere gerekli iyileştirmelerin yapılması için başvurular yapılacaktır.

Amaç 4: Bu ziyaretlerin tutuklu ve hükümlülerin aileleri ile olumlu bir ilişki kurmalarına yardımcı olması amaçlanmaktadır.”

Kızılhaç ziyaretlerinde “herhangi bir ayrımcılık belirtisi”, “gruplar ve kastların olduğu bir cezaevi dünyası”, “uyarıcı işaretler” vb olup olmadığını saptamak için “genel bir tur” yapılmasının kritik olduğu belirtilmektedir. Ziyaret grubunun tüm üyelerinin, cezaevi ortamındaki yaşam koşulları hakkında tam bir ön bilgi edinebilmeleri için zorunlu görülen bu “tur”da, yaşam alanları, mutfaklar, banyolar, avlular, dinlenme bölümleri, ziyaretçi bölümleri, cezalandırma (hücre vb) bölmeleri, vb bölümlerin eksiksiz olarak gezilmesi gereği ifade edilmektedir. Yine cezaevi ana planı ve binanın genel görünümü ile bölümler arasındaki farklılıkların, değişik bölümlerdeki insanların görünüşlerinin ayrıntılı olarak not edilmesi, tutuklu ve hükümlüler arasında bir iç hiyerarşi ve/veya eşitsizlik olup olmadığı ve benzeri durumlara dikkat edilmesi vurgulanmaktadır. “Genel tur sonucunda yetkili merciler, genellikle ziyaretçi grubunun tümüyle her şeyi gördüğünü düşünürler. Tam tersine: bu sadece bir başlangıçtır”.

Genel Tur’ un Zorlukları:

Zorluk 1: Yeterli zamanın olması. “Bütün tur için gerekli zamanın olduğundan emin olunuz.... Zaman kalmaması gibi nedenler yüzünden tur üyelerinin turu kısaltması gibi taleplerine izin vermezsiniz!”

Zorluk 2: Görüşmelerden önce turun yapılması. “Görüşmeler başlamadan önce bu genel turun yapılması bir zorunluluktur; aksi takdirde grup üyeleri mahkumlarla yakınlık kuramazlar.”

Zorluk 3: Rehberlik ve cezaevi planının önceden bilinmesi. “...cezaevi planı önceden bilinmez ise genel turun planlaması zor olabilir. Planın grup üyelerine cezaevi yönetimi sırasında ön görüşme sırasında anlatılması gereklidir... Tur nasıl planlanırsa planlansın grup üyeleri cezaevi yaşamı ile ilgili tüm bölümleri görmeleri gerektiğini akıllarından çıkarmamalıdır.”

Zorluk 4: Nerede olunduğunu bilmek. “Cezaevleri genellikle bir labirenttir. Grubun bir üyesinin tur sırasında, plan üzerinde ilgili notlar alması ve her yerin görüldüğü ve hiçbir bölümün unutulmadığını kontrol etmesi yararlı olabilir.”

Zorluk 5: Grup içinde rol dağılımı. Grup liderinin refakat eden resmi görevli tarafından sürekli meşgul edileceği için, onun dışında her grup üyesinin bir rol üstlenmesi (örneğin, biri sayısal bilgiler, bir diğeri sağlıkla ilgili gözlemler, başka biri cezaevinin diğer özellikleri ile ilgilenmesi gibi) önerilmektedir.

Zorluk 6: Cezaevindekilere giriş konuşması. Mahkumlarla karşılaşılacak her bölümde, grup üyelerinin kendilerini tanıtmaları, turun amacını açıklamaları, özel görüşmelerin sonra yapılacağını anlatılmasının önemi vurgulanmaktadır. “... aksi takdirde mahkumlar tüm ziyaretin sadece genel bir turdan ibaret olduğunu düşünebilirler”.

Ayrıca, tur sırasında kişisel duyguların gösterilmemesine özellikle özen gösterilmesi, mahkumlara grubun tekrar geleceğinin ve herkesle görüşüleceğinin ama turun bu konuşmalar için uygun olmadığı izah edilmesinin de güven sağlayıcı ve sorunları engelleyici olabileceği de eklenmektedir.

Tercüman: Tercümanın grubun en önemli kişilerinden biri olması, mahkum/tutukludan bilgileri “ilk el”den alması nedeniyle, ziyaretin amaç ve nedenlerini çok iyi bir dille ifade edebilecek yetenekte olması, adetler ve yerel etnik düşünceler konusunda bilgili olması vurgulanmaktadır. “Genel bir kural olarak, tutuklu ve hükümlüler ile yapılan görüşmelerde kesinlikle yerel görevliler kullanılmamalıdır” vurgusu ile güven sorununun altı çizilmektedir. Yine, yerel kişilerin kullanılmasının, daha sonra polis ya da diğer güvenlik görevlilerinin baskı yaparak cezaevinde görüşülen kişilerle ilgili bilgi vermeye zorlanma tehlikesi taşıdığı; başka mahkumların ve hücre arkadaşlarının kullanılmasının ise, söz konusu kişinin yönetimle işbirliği içinde olabileceği, konuşulanan güven duymayabileceği için tercih edilmemesi gerektiği belirtilmektedir. “Yanlış anlamaları ve güvensizlikleri ortadan kaldırmak için en iyi çözüm yerel olmayan emekli tercümanların... kullanılmasıdır”. (Reyes 1997; 28-30)

Kızılhaç’ın kılavuzunda önemli bir bölüm de, ziyaret raporunun yazılması ile ilgilidir. Rapor’ un “raporun gideceği organizasyonun adı ve adresi, önsöz, ziyaret, ziyaret sırasında saptanan gerçekler, tavsiyeler” olmak üzere beş bölümden oluşması önerilmektedir. Her bölümde nelerin yer alacağı da ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Önsöz’ de “siz kimsiniz?” (delegasyonu gönderen örgütün ismi), “kimden yetki aldınız?”, “yetkiniz nedir?” “kime rapor vermekle yükümlüsünüz?” “gizlilik sorunları: raporu alıcı mı, siz mi yayınlatabilirsiniz?” gibi soruların yanıtlarına yer verilmesi önerilmektedir.

“Ziyaret” bölümünde ise; “bu ziyaret şunların bir parçasıdır: düzenli aralıklı, “ad hoc”, özel davet üzerine (bu durumda, kim tarafından, ziyaretin zamanı ve yerini kim seçti?) mi olduğu” sorularının yanıtları ile heyete ilişkin (heyet üyeleri, uzmanlar, tercümanlar, sekreterler,vb) bilgiler, za-

man, ziyaret edilen yerler, ziyaretten önce-sirasında ve sonra yapılan konsültasyonların (yetkililer, sivil toplum örgütleri; listelenebilir) yer alması gereğine dikkat çekilmektedir.

“Ziyaret sırasında saptanan gerçekler” bölümü oldukça kapsamlıdır. İşkenceyi Önleme Komitesi’ nin (CPT), hazırladığı “Cezaevi Ziyareti Kılavuzu” çerçevesinde, hücreler ve koğuşlar (havalandırmasından aydınlatmaya, sağlık durumundan diğer özelliklerine), toplu bulunulan yerler, kütüphane, ziyaret alanları, çalışma sahaları, eğitim ve spor olanakları, mutfak ve besin durumu, cezaevi personelinin durumu, sağlık olanakları, vb gibi ayrıntıların değerlendirilmesi önerilmektedir. (Sorensen ve arkadaşları 1997)

“Tıbbi görüşmelerin rapor edilmesi” üzerine ise, şu notlar söz konusudur. “Bir raporda görüşülen kimse, anonim olarak kalmalıdır. Buna karşın, sizin notlarınızda bu kişiyi daima tanımlayabilmelisiniz (isim, cezaevi numarası, hücre numarası, vb). Görüşmenin olduğu kurumun adı ve yeri kural olarak raporda belirtilir.”

Ek olarak ihtiyaç olabilecek bilgiler not edilmiştir. (Cezaevi statüsü, yaş/cinsiyet, etnik köken, kurumun neresinde-hücre, özel oda- görüşme yapıldığı, gizlilik-dinlenilmeyen, gözetilmeyen bir yer, ışıklandırma, vb)

Raporda önemli olan üç nokta olarak da, “iddialar, nesnel bulgular, iddialar ile nesnel bulgular arasındaki tutarlılık” eklenmektedir. Özellikle tutarlılığın tek başına belirtilmesinin yeterli olmadığı, tutarlılığa neden olan ya da olmayanların ayrıntılı olarak verilmesi gereği de vurgulanmıştır. (Sorensen 1997; 38-39)

5.1.4. Uluslararası Cezaevi İzleme Örgütü’ nün (IPW) Cezaevi Taraması İçin Uyguladığı Soru Anketi

Her yıl dünyadaki cezaevleri ile ilgili rapor hazırlayan ve merkezi Fransa’ da olan IPW adlı kuruluşun, her ülkedeki deneyimleri standart hale getirmek amacı ile hazırladığı bir soru formu var. Bu form, cezaevi ziyaretleri için iyi bir örnek oluşturabilir.

Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Kısa bir genel bilgi bölümü ve bilgilerin ayrıntılandırıldığı ikinci bölüm. Genel Bilgi bölümünde, bilgi kaynaklarının neler olduğu, ülkeye ilişkin genel bilgiler (kişi başına düşen ulusal gelirden, ülkede ölüm cezası olup olmadığına kadar), ülkedeki hukuk ve ceza sisteminin özellikleri vb yer almaktadır.

Bilgilerin ayrıntılandırıldığı bölümde ise niceliksel ve niteliksel veriler yer almaktadır. Nicel veriler olarak ülkede kaç cezaevi olduğu, cezaevinde kalan tutuklu ve hükümlü sayısı ve bunların sosyodemografik özellikleri, bu cezaevlerinden sorumlu olan kurumlar sıralanabilir.

Nitel veriler ise şu alt başlıklarda sıralanmaktadır: Fiziksel bütünlüğe yönelik önyargılar, insan faktörü, kusurlu davranışlar/işleyişler, cezalandırma araçları, dış dünya ile ilişkiler, maddi koşullar.

Fiziksel bütünlüğe yönelik önyargılar alt başlığında ölüm cezaları (ölüm cezası uygulanıp uygulanmadığı, uygulandıysa kaç tane olduğu ve hangi yöntemin kullanıldığı, ölüm cezası uygulananların demografik özellikleri) ve ölüm sınırında bulunan tutuklu ve hükümlü olup olmadığı araştırılmaktadır. Bunun yanı sıra, cezaevinde meydana gelen ölümlerin sayı, neden, koşul gibi özelliklerinin belirtilmesi; işkence ve kötü muamele uygulaması, bu uygulamayı kimin yaptığı, nerede yaptığı; yasa dışı ya da keyfi gözaltına alma olaylarının olup olmadığı, olduysa ayrıntıları bu bölümde yer alan bilgiler arasındadır.

İnsan faktörü ile ilgili bölümde bina (binanın genel durumu, yapılıma tarihi, hücre ve koğuş özellikleri, hijyen durumu, güvenlik durumu, yerleşim bölgeleri ile yakınlığı, yönetim özellikleri, vb), cezaevi nüfusu (tutuklama rejimleri, mahkeme öncesi tutukluluk süresi, cezaevi nüfusunun cezaevi kapasitesinden fazla olup olmadığı, cezaevi yatak kapasitesi, tutuklular arası ilişkiler, sevk koşulları, vb), politik mahkumlar ve düşünce suçluları, kadın tutuklu ve hükümlüler (özel kurumlarda kalıp kalmadıkları, iş eğitim ve sosyal etkinlik olanakları, hamile ve hasta kadınlara yönelik hizmetlerin durumu, cezaevi personelinin cinsiyeti, cezaevi personelinin ayrımcılık ve taciz davranışları olup olmadığı, vb), azınlıklar (ayrı yerlerde tutulup tutulmadıkları, yaş ve diğer özellikleri, diğer tutuklulardan farklı uygulamaya maruz kalıp kalmadıkları, vb), sığınmacı ya da kaçaklar (sığınma hakkı talep edenlerin durumu, bekleme süreleri, vb), personel durumu (100 kişiye düşen personel sayısı, tutuklu-personel ilişkileri, çalışma koşulları, talepleri, çalışan eğitimi ve sosyal hizmet uzmanı sayısı, vb) ile bilgiler bulunmaktadır.

Ayrımcılık yapıp yapılmadığı ve ayrımcılığın türü, açlık grevi veya ayaklanma benzeri protesto hareketleri olup olmadığı işlev bozuklukları bölümünde; tutuklulara uygulanan temel disiplin yasaları/kuralları, nedenleri, disiplin hücrelerinin varlığı cezalandırma araçları bölümünde; aile ve ziyaretçiler ile ilişkilerin özellikleri ve savunma hakkına ilişkin ayrıntılar dış dünya ile ilişkiler bölümünde yer almaktadır. Maddi koşullar ile ilgili bölümde ise yiyecek (besinin yönetimce sağlanıp sağlanmadığı, dışarıdan besin alınıp alınmadığı, besinlerin nicel ve nitel özellikleri, çeşitliliği, öğünler, kantin durumu, içme suyu durumu, vb), hijyen (tuvalet ve banyo durumu, banyo yapma sıklığı, tek tip giysi zorunluluğu, çarşaf ve giysi değişiklik sıklığı, vb), sağlık hizmeti (salgın ve bulaşıcı hastalıkların teşhis, tedavi ve korunma olanakları, cezaevi sağlık hizmetlerine ulaşılma durumu, cezaevinde sağlık bölümü ya da revir olup olmadığı, sağlık bölümündeki personel durumu, hizmetin niteliği ve finansmanı, psikolojik hizmet olanağı, vb), çalışma, eğitim ve sosyal etkinlik (çalışmanın cinsi, mesleki eğitim, sosyal etkinlik olanakları, çalışma süresi, çalışma karşılığı ücret alıp alınmadığı, zorunlu işçilik ve ceza amaçlı çalıştırma olup olmadığı, vb) konularında bilgiler yer almaktadır.

IPW, ilişkide olduğu her ülkeden her yıl 31 Aralık tarihine kadar elde ettiği bilgileri derleyerek, ertesi yıl başında raporunu yayınlamaktadır. (IPW 1995, IPW 1997)

5.2. Ülke deneyimleri

5.2.1. Sağlıkçılar Cezaevi Sağlık Anketi (Haziran 1985)

1980 sonrası cezaevlerinde yaşayanların sağlık sorunlarına ilişkin ilk çalışmalardan biri, Sağlıkçılar II. cezaevinde D, E ve F bloklarında Haziran 1985’ de bizzat tutuklular tarafından gerçekleştirildi. Gerek bu konuda ilk çalışmalardan olması, gerekse tüm olanaksızlıklar ve engellemelere karşın yapılmış olması, çalışmayı değerli kılmıştır. Haziran 1985’ de 134 tutukluya bir sağlık anketi uygulanmıştı. Ankete verilen yanıtlarda, tutukluların cezaevi sürecinde ve öncesinde yaşadıkları rahatsızlıklar soruldu. Farklı dönemlerde de ortaya çıksa, aynı hastalık bir sayılırken, “ciddi” olmayan hastalıklar da değerlendirmeye alınmadı. Bu anket sonuçlarına göre, anket kapsamına girenlerin cezaevinde geçen ortalama süresi, 48 aydı. 134 tutukluda saptanan toplam hastalık sayısı, 386’ ydı. Bu toplam hastalık sayısının 59’ u cezaevine girmeden önce de mevcutken, 327 hastalık/rahatsızlık cezaevinde ortaya çıkmıştı.

Sağlık anketi sonucunda belirlenen önemli hastalıklar tüberküloz(13), romatizma(31), solunum sistemi hastalığı(90), sindirim sistemi hastalığı(53), omurga rahatsızlığı(18), nöro-psikiyatrik rahatsızlık(26), üriner sistem rahatsızlığı(32), anemi(12).

Tüberküloz tedavisi ve bakımının yetersizliği, anket sonucunda vurgulanmış, "...her ay kontrole gitmesi gereken hasta arkadaşlar, 4-5 ayda bir götürülmektedir. Kaldı ki, Metris' te tek tip elbise giyip, ceketinin düğmelerini iliklemeden, çırılçıplak soyularak, makatına bakılarak yapılan aramayı kabul etmeyen arkadaşlar hastaneye hiç gönderilmiyorlar" denilerek aksamanın gerekçesi ifade edilmişti. Tüberküloz dışında solunum hastalıklarının sık olduğu, "daracık havasız koşullarda yaşama", "kalorifer-mutfak bacası dumanını soluma" ve "sıkça akciğer hastalıklarına yakalanma" nedeniyle kronik akciğer rahatsızlıklarının, özellikle astımın arttığı (8 astımlı) belirlenmişti. Bu arada, alerjik hastalıkların da yaygın olduğunu saptayan tutuklular, alerjik hastalıklara verilen ilaçların, bir aydan uzun verilmesi ve hiç kontrol yapılmamasını da eleştirmişlerdi.

"Sürekli ve yüksek stres ortamı, yetersiz ve sağlıksız beslenme" gibi koşullara bağlanan sindirim sistemi rahatsızlığı, tutukluların yarısına yakınında mevcuttu. Sindirim sistemi hastalıklarının dışında ele alınan "hemoroit", 18 tutukluda dayanılmaz düzeyde bulunmuştu. "...şubeye alma ile başlayan, cezaevinde de süren işkence, masa ve sandalyelerin olmaması, döşeklerin yapısı, hareketsizlik, vb" gibi nedenlerin, çoğu bel, bir kısmı boyun omurları ile ilgili rahatsızlıklara yol açtığı saptanmıştı. Toplu yaşanan yerlerin hastalığı olan "mantar" da, her 6 tutukludan birinde vardı. Yine 9 tutukluda karaciğer bozukluğu tespit edilmişti. 19 tutukluda da, yapılan işkencelere bağlı kalıcı sakatlıklar söz konusuydu.

Haziran 1985 sağlık anketi kapsamındaki 134 tutukludan, sadece 6' sı cezaevi koşullarında hiç hastalanmamıştı. Buna karşın önemli hastalık diye ifade etmedikleri "görme bozukluğu", 74 tutukluda mevcuttu. Bir başka önemli sayılmayan sorun, diş sağlığıydı; 121 tutukludaki çürük ve çekilmiş diş sayısı 685 olarak belirlenmişti. Ki, bunların yarısı cezaevinde ortaya çıkmış.

Bunca hastalığa karşın, 134 tutuklunun sadece 75' i, 4 yıl içinde hastaneye gidebilmişti. Ayrıca, gönderilmesi gereken hastaların da zamanında gönderilmediği belirlenmişti. (Sağmalcılar Sağlık Anketi 1986)

5.2.2. "Teröristlerin Rehabilitasyonu" ve Psikiyatrinin Mahkumlara İlgisi!

1980' lerin başında Türkiye' de, uluslararası katılımlı bir sempozyum oldu: Türkiye' de Teröristlerin Rehabilitasyonu. CİA' nın ve yerli istihbarat kurumlarının da ilgi gösterdiği sempozyumda, ilginç bir bildiri vardı. Türkiye' de tutuklular üzerinde yapıldığı ileri sürülen bu bildirinin sunucuları, Turhan İtil ve Ayhan Songar isimli tıp profesörleriydi. 1981 yılında, Sultanahmet ve Metris Cezaevlerinde bulunan tutuklulara, önceden hazırlanmış formlar doldurtulduğu, 1982' de Metris Cezaevi' ne atanan bir psikologun "itirafçıları tedavi etmek"le uğraştığı, diğer hekimlerin tutukluları bu psikologa yönlendirdiği, tutuklulara iyileşmenin koşulu olarak diğer tutukluların arasından ayrılmasını şart koştuğu, bu tutuklulara isimleri belirsiz ilaçların verildiği bilinmektedir. Bir süre sonra, tutukluların psikologa çıkmaması üzerine, tehdit altında zorla psikologa çıkarma uygulaması başlatılmış, 1983' de Metris' teki 10 tutuklu zorla Adli Tıp' a götürülmüş, burada Ayhan Songar' ın izin alarak bir araştırma yaptıkları ifadesi ile karşılaşmış, ancak tutukluların izin vermemesi üzerine, bu araştırmayı tamamlayamamışlardır. Buna karşın, daha sonra Elazığ Cezaevi' ndeki tutukluların üzerinde böyle bir araştırma yapıldığı, basından öğrenilmiş, Ocak 1985' de yapılan sempozyumda da, bu araştırmanın sonuçları yayınlanmıştır. İnsanların iradesi ve onayı dışında, aynı zamanda emperyalist odaklarla birlikte hazırlandığı bilinen bu "tıbbi" araştırmalar, tıp adına kamuoyuna sunulabilmiştir. (İstanbul 1986; 142-145)

5.2.3 “Helsinki Watch” Raporu

Af Örgütü’ nün 1985-88 yılına ilişkin bir raporuna atfen, hekim muayenelerinin kısa sürmesi, tıbbi personelin tecrübesiz olması, hastalıkların zaman zaman yanlış ya da geç teşhis edilmesi, bunların kasıtlı olması gibi iddialara yer verilmiştir. “Fazla stres ve gerginlik, yetersiz yemek, hareketsizlik, pis hücre koşulları ve toplu dayaklarla diğer bedensel ve zihinsel hırpalanmalar”ın tıbbi sorunları artırdığı, dışarıdaki insanlardan daha fazla tıbbi ihtiyacı olduğu, buna karşın hükümetin bu konuda isteksiz olduğu belirtilmiştir. Cezaevlerindeki “ülser gibi ciddi mide sorunları, verem ve diğer solunum yolu hastalıkları, yaygın rutubetten dolayı romatizma, gıdasızlık, diş hastalıkları, zihinsel rahatsızlıklar”ın yaygın olduğu ifade edilmiştir.

“Bu hastalıklara karşı gösterilen tıbbi tavrın şekli, yetersizlikten kasıtlı kayıtsızlığa dek uzanmaktadır. Mart 1989 gibi yakın bir tarihte Çanakkale Cezaevi’ nde yatan bir öğrenci, 400 olduğunu tahmin ettiği cezaevi nüfusu için çok çalışan ve sonra ayrılan oldukça genç, tecrübesiz bir doktorun olduğunu anlattı. Cezaevi revirlerinin donanımı ise son derece yetersiz... Bursa Cezaevi’ nde bir mahpus hastaneye götürüldüğü zaman ender olarak yeteri kadar kalıyordu... Sağlık sorunları için özel diyetler verilmemektedir. Ciddi diş hastalıkları dişlerin çekilmesiyle halledilmektedir. Diyarbakır Cezaevi’ nde kalmış olan bir eski mahpus bize cezaevinde neredeyse bütün dişlerinin çekildiğini söyledi... Bazen içerde anneleriyle kalan çocukların özel ihtiyaçları olduğu gibi jinekolojik sorunlar ve diğer kadın hastalıkları genelde yok sayılmaktadır. 1987 yılının sonlarında Sağmalcılar’ da ağır bir böbrek rahatsızlığı geçiren bir kadın doktoru göremedi ve kendisine sadece ağrı kesici verildi. 1988 Mayıs-Temmuz ayları arasında Sağmalcılar’ da yatan bir kadın, doktorun haftada yalnızca iki gün bulunabildiğini söyledi; bunun dışında hiçbir tıbbi bakım yokmuş. Bize hastalandığında, hastaneye götürülmeden 13 saat beklemeye zorlanan hamile bir kadının bebeğini düşürdüğünü anlattı.” (Helsinki Gözlem Komitesi 1991; 22-25)

5.2.4. İnsan Hakları Derneği Cezaevi Komisyonu’ nun Hasta ve Hastalıklarla İlgili Raporu (11.4 1989)

1989 yılında açlık grevlerinin ülke çapında yaygınlaşması üzerine, İHD Cezaevi Komisyonu üyeleri, Amasya, Çanakkale, Ceyhan, Adana, Gaziantep, Malatya, Diyarbakır Cezaevlerinde yaptıkları görüşmelerden edindikleri sonuçları Nisan 1989’ da yayınlamışlardı. Leman Fırtına, Sacide Çekmeceli, Gülizar Çağlayan ve Ayşe Zarakolu’ nun kaleme aldığı rapor, 1980 sonrası cezaevlerinin “sağlığına” bir bakış getirmesi açısından önemli bir belgeydi.

Raporda , Amasya’ da “ağır hiç hasta” olmadığı, “cezaevinde birkaç tüberkülozlu” olduğu; Çanakkale’ de “iki hastanın İstanbul’ a sevk” edildiği, “diş yapımının gerçekleştirilmediği, gözlük temininde güçlük olduğu, ilaç giderlerinin cezaevince karşılandığı”; Ceyhan’ da “ilaç temininde güçlük olmadığı, kalp hastası A.S.’ ün tedavisinin yapıldığı ve Ankara’ ya gönderildiği, 5 mahkumun tüberküloz tedavisi gördüğü ve bunlar için dışarıdan yiyecek alınabildiği, diş tedavisi yaptırılmadığı”; Adana’da “H.E.’ in kan kanseri olduğu ve tedavisinin yapılamadığı, Y.Y.’ in guatr ameliyatı olduğu ve sürekli ilaç kullandığı”; Gaziantep’ te “A.G. ve N.Y.’ in kaburga kemiklerinin kırık olduğu, B.A.’ un mide ülseri olduğu”; Diyarbakır’ da “tutukluların ilaç ödeneği olmadığı, en çok mide böbrek tüberküloz kronik bronşit baş ağrısı görüldüğü, F.D.’ nin felçli olduğu, M.A.’ ün doğuştan kalp hastalığı olduğu”; Malatya’ da “ilaç sorunu olmadığı, içme suyunun 3 ayda bir tahlil ettirildiği, ülser ve romatizmal hastalıkların oldukça yaygın olduğu, bunun yanı sıra 1 böbrek 1 hipertansiyon 4 peptik ülser 7 tüberküloz hastası olduğu, hastanelere sevk sorunu olduğu, cezaevi revirinde labora-

tuar ve tıbbi malzeme sorunu olduğu, psikiyatrist ve hasta bakıcı eksikliği olduğu” belirtilmiş ve ilaç sorunu olan yerlere ilaç yardımı yapıldığı eklenmişti. (İHD Cezaevleri Komisyonu 1989)

Zaman zaman İHD’ nin yanı sıra, ÇHD ya da başka bir kuruluş da cezaevlerinde yaşayan insanların sağlığı ile ilgili rapor ve açıklamalar yayınlamışlardır. Cezaevlerinin, insan hakları ihlallerinin odağı olması, insan hakları kuruluşlarının cezaevleri ile ilgilenmelerine yol açmıştır. Burada, son zamanlarda yapılmış bazı örneklerle deyinilecektir. Örneğin, İHD İzmir Şubesi’ nin 1997 yaz aylarında beş cezaevinde (Aydın, Nazilli, Buca, Bursa, Uşak) yaptığı çalışmada, bu cezaevlerinin sağlık alt yapısının standartlara uygun olmadığı, hükümlü ve tutukluların sağlık kontrollerinden geçirilmediği, yemek, banyo temizlik koşullarının yetersiz olduğu, hastane sevklerinde sorun yaşandığı vurgulanmaktadır. Bu cezaevlerinde bulunanlarda yaygın olarak “mide rahatsızlığı, romatizma, kansızlık, migren, eklem ağrıları, el ve ayaklarda uyuşma, kas sertleşmesi, böbrek rahatsızlığı, ileri derecede görme bozukluğu, kalp rahatsızlığı, sinüzit, kronik bronşit, bel fıtığı, yüksek tansiyon, tüberküloz, barsak rahatsızlığı, farenjit, karaciğer rahatsızlığı, diş çürüğü” olduğu belirtilmiştir. Ayrıca acil tedavi gerektiren hasta mahkumlar sıralanmış, tıbbi tedavilerinin bir an önce yapılması talep edilmiştir. (İHD İzmir Şubesi 1997)

Yine aynı dönemde ÇHD Ankara Şubesi’ nin yaptığı çalışmada, ihtiyaç maddelerinde (yiyecek, temizlik malzemesi, kırtasiye, vb) kısıtlamalar olduğu, hastaneye sevklerde sorun olduğu, koşulların sağlık alt yapısının yetersiz olduğu, bulaşıcı hastalıkların yaygın ve bu alt yapı nedeni ile daha etkili olduğu, bazı hastaların revire yatırılmadığı, hastaneye yatan mahkumların zincire bağlandığı, revirdeki araç gerecin yetersiz olduğu belirtilmekte, ek olarak acil tedavi gerektiren hasta mahkumların isimleri sıralanmaktadır. (ÇHD Ankara Şubesi, 1997)

TİHV’ nin 1997 yılı sonunda yaptığı genel insan hakları panoramasında, cezaevleri de ele alınmış, cezaevinde sağlığı olumsuz etkileyen etmenlerin yaygın olduğu tespiti ile, başta Hepatit B ve tüberküloz olmak üzere, bulaşıcı hastalıkların yayıldığı belirtilmiştir. Ek olarak 97 hasta mahkumun listesi verilerek, acil tedavi gerektiği ifade edilmiştir. (TİHV 1997 c)

5.2.5. Açlık Grevi Sonrası Aydın Devlet Hastanesi’ ne Yatan Mahkumlar Üzerinde Yapılan Çalışma (Mart 1990)

1990 yılında Eskişehir Cezaevi’ nden Aydın Cezaevi’ ne nakledilen ve buna tepki olarak açlık grevine giden mahkumların durumunu araştırmak amacı ile Aydın’ a giden İzmir Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu üyeleri Veli Lök, Mehmet Tunca, Alp Ayan ve Bülent Pişmişoğlu’ ndan oluşan bir ekip çalışma yapmıştı. Ekip, açlık grevinin etkilerinin yanı sıra, mahkumların sağlık durumunu da araştırmıştı. Aydın Devlet Hastanesi’ ne sevk edilen 94 mahkumun dosyalarının incelenmesi sonucu, aşağıdaki saptamalar yapılmıştı: “Hepsi erkek, yaşları 20-38, hastanede yatış süreleri ortalama 7 gün. Mahkumların % 88’ inde sindirim sistemi, % 22’ inde hareket sistemi, % 14’ ünde üriner sistem, % 14’ ünde solunum ve kalp-damar sistemi, % 11’ inde hematolojik, % 11’ inde nörolojik rahatsızlık. Ayrıca, mahkumların tamamında uzun süren açlık grevi ve dehidratasyona bağlı bulgular.” (Lök ve arkadaşları 1990)

5.2.6. Cezaevleri Sağlık Taraması (1990)

TTB ve Tabip Odalarına 1980’li yıllar boyunca yapılan başvurular ve bu başvurularla ilgili incelemeler ile ilgili olarak, zaman zaman kamuoyuna bilgilendirici açıklamalar yapılmıştı. Ancak, bu konudaki en kapsamlı çalışma 1990’ da TTB, İHD İstanbul Şubesi ve TİHV çalışmalarının bir araya getirildiği çalışmaydı. Beş cezaevinde (Gaziantep, Ceyhan, Çanakkale, Nazilli, Aydın) yapılan tara-

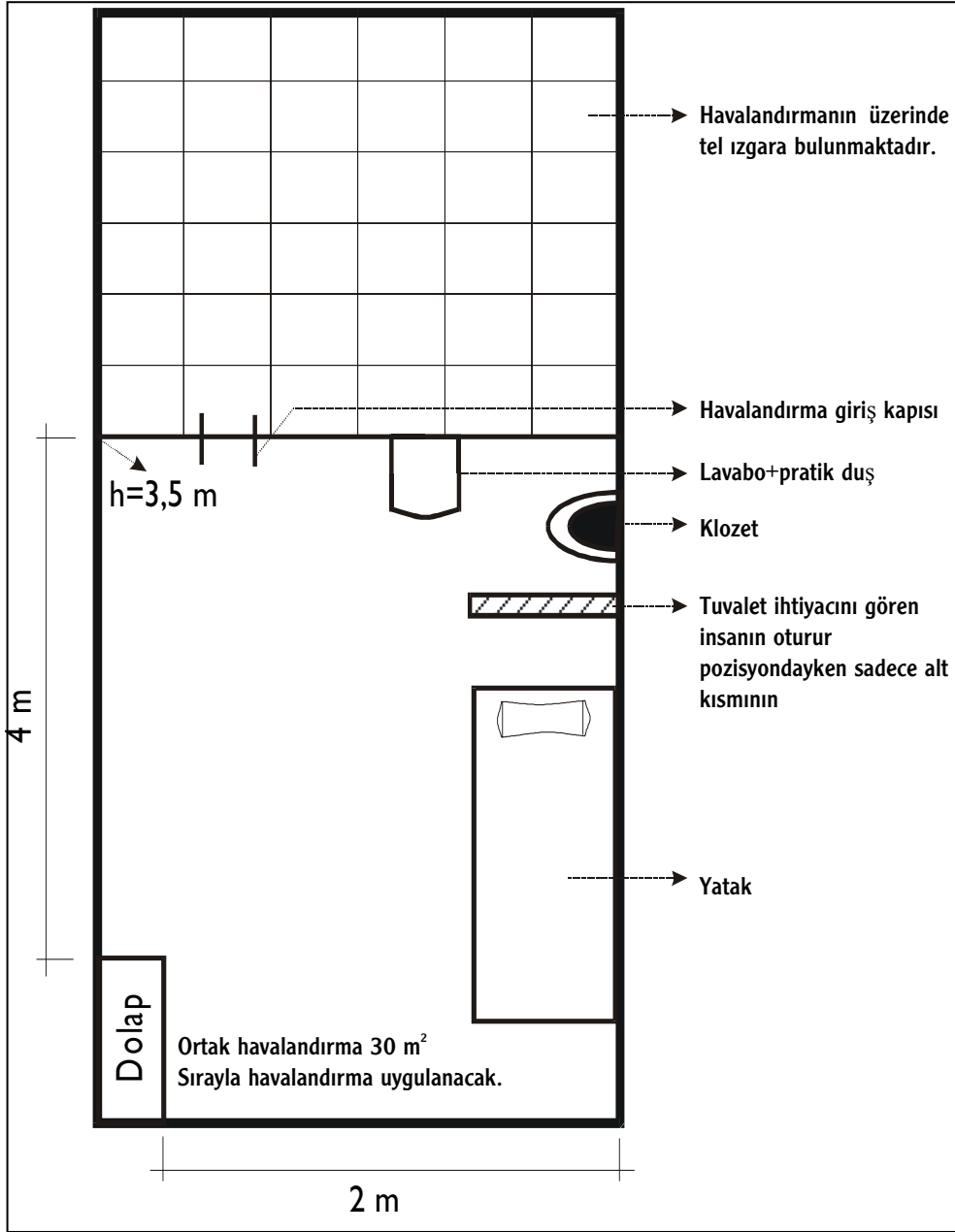
mada ve çeşitli cezaevlerinden gelen başvurularda tespit edilen 202 hasta mahkum değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucu, mahkumların % 45' inde sindirim sistemi, % 31.2' sinde solunum sistemi (tüberküloz dahil), % 24.3' ünde nörolojik, % 23.3' ünde kas-eklem-kemik, % 17.8' inde üriner sistem, % 16.3' ünde kalp-damar, % 12.4' ünde göz, % 6.9' unda ruhsal, % 4' ünde diş, % 3.5' unda kulak-burun-boğaz rahatsızlığı tespit edilmiştir. Hasta mahkumların % 15.3' ünde de bu sistemlerin dışında başka hastalıklar vardı. (Soyer 1990; 134-139)

5.2.7. Eskişehir Cezaevi Sağlık Taraması (Kasım 1991)

Eskişehir' de "hücre tipi" cezaevi açılması ile, çok sayıda mahkumun bu cezaevine getirilmesi ve bu istek dışı getirilmeye mahkumların direnmesi üzerine 200' ün üzerinde mahkum cezaevinde dövülmüştü. Dövülme olayı sonrası, mahkum yakınları ve avukatlarının başvurusu üzerine, Eskişehir Tabip Odası'na mensup 14 hekim, cezaevine giderek 198 mahkumu muayene etmişti. 30 mahkumun muayeneyi reddettiği bu taramada, 119 tutukluda darp ve cebir izi saptanmış, 29' unda herhangi bir darp ve cebir izine rastlanmamış, 19' unda ileri tetkik gereği belirlenmişti. Tüm muayeneler sonucunda, her mahkum için tek tek rapor hazırlayan hekimler, 50 mahkumun acil tıbbi bakıma gereksinimi olduğunu tespit etmişlerdi. Cezaevlerinde yaşanan olaylara bu denli kapsamlı bir hekim ve tabip odası müdahalesi olması açısından, bu taramanın, tarihsel bir önemi vardır. (TTB Merkez Konseyi 1990)

Bu olaylar sırasında hükümet olan DYP-SHP Koalisyonu, Eskişehir Cezaevi işine el attı. Adalet ve İnsan Haklarından sorumlu Devlet Bakanı, çok sayıda kitle-meslek örgütü yöneticisi ile Eskişehir Cezaevini ziyaret etti. Eskişehir E Tipi Cezaevi 4 x 2 metre ölçülerinde, bir duvarının köşesinde dolap bulunan, diğer duvarına yapışık bir yatak, arkasında bir beton set, onun arkasında da bir klozet, hemen yanında lavabo ve bir duşu olan, birkaç hücre ile birlikte kullanılan bir havalandırma ya açılan kapısı olan, 252 adet tek kişilik hücre, 59 adet de üçer kişilik hücresi olan bir cezaeviydi. Sırayla havalandırmanın yapıldığı ortak havalandırma 30 metre kareydi. Zemin, çelik örgülü beton ile kaplıydı. Bu cezaevi, "terörist" ve "anarşist" diye tanımlanan hükümlüler ile, "ıslah olmayan" ve 5 seneden çok cezası olanlar için yapılmıştı. Ziyaretimizde, bu cezaevinin "hem toplumdandan, hem de cezaevindeki diğerlerinden tecrit" amaçlı olduğu belirlenmesi yapıldı. Daha sonra, kapatılan cezaevi, şimdi, "yazılı olarak veya davranışları ile istekli olduklarını belli edenler" için işliyor. (Soyer 1992)

Şekil 3.



5.2.7. Cezaevlerinde Ortaya Çıkan Ruhsal Bozukluklar Çalışması (1991-93)

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi Tutuklu Servisi' ne 1991-93 yılları arasında yapılan 988 başvurunun tedavi amaçlı 887' sini Dr. Pakize Geyran incelemiş, 99

yatarak tedavi gören olguyu değerlendirmiştir. Bu olguların 24'ünde, ilk kez cezaevinde eşik üstü psikiyatrik semptom geliştiği saptanmıştır. (Geyran 1994; 83-88)

5.2.8. Bayrampaşa Cezaevi Pilot Çalışması (1996 Kasım-Aralık)

İstanbul Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu, 20' si hekim, 5' i sağlık personeli 25 kişilik bir ekiple Bayrampaşa Cezaevi'nde Kasım ve Aralık 1996' da bir pilot çalışma yürüttü. 1980 sonrası yapılmış cezaevi-sağlık çalışmaları arasında "usulüne en uygun" çalışmalardan biri olan bu çalışmada, önce cezaevi savcısı ile görüşülmüş, daha sonra tutuklu ve mahkumlarla görüşülerek çalışmanın amacı anlatılmış, B ve D adli koşullarda yaklaşık 250 hasta muayene edilmiş, daha sonra da C Blok ve Özel Tip' teki mahkum ve tutuklular sağlık taramasından geçirilmişti. Bu çalışmada, "1. Özellikle birinci basamakta sorunları çözülmemiş hastaları görmek, bunlara tanı koymak ve/veya tanı konulması için hangi girişimlerin gerektiğini saptamak; 2. Tanı ve tedavisi aciliyet taşıyan vakaların tespiti ve bunların bir an önce hastaneye sevk edilmesinin olanaklarını araştırmak/sağlamak; 3. sevk edilen hastalarla, gittikleri hastanelerde ilgilenecek sağlık personeli ile ilişki kurmak, bu ilişkileri geliştirmek, bu hastaların tedavilerini kolaylaştırmak; 4. Cezaevi koşullarını ve bu koşulların hastalıklar üzerindeki etkilerini saptamak; 5. Buralarda görülen hastalıkların yaygınlığını ve bunların nedenlerini saptamak; 6. Bu hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilebilmesi için kısa, orta ve uzun vadeli çözüm önerileri geliştirmek." amaç olarak belirlenmişti.

Sonuçta muayene edilen 475 hastanın 122' sinde en az iki sistem hastalığı, 55' inde de ikiden fazla sistem hastalığı olduğu belirlenirken, hastaların yaklaşık yarısında hastalıklarının cezaevi koşullarında ilerlediği saptanmıştı. Hastaların 46' sında işkence öyküsü ile uyumlu bulgular saptanırken, acil tetkik ve tedavi gerektiren hasta sayısı 32' ydi.

Görülen hastalıklar ise şöyle sıralanmaktaydı: Mide-barsak hastalıkları (% 18), kalp-damar hastalıkları (% 9), ürogenital sistem sorunları (% 12), kas-iskelet sistemi hastalıkları (% 21), nörolojik olgular (% 6), psikolojik sorunlar (% 11), göğüs hastalıkları (% 15), cilt hastalıkları (% 4.5), enfeksiyon hastalıkları (% 8), madde bağımlılığı (% 3), jinekolojik sorunlar (56 adli, 28 siyasi). Adli mahkumların kaldığı koşullarda göğüs hastalıkları ve özellikle tüberküloz, cilt hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, madde bağımlılığı ve jinekolojik enfeksiyonlar daha yaygınken, siyasi mahkumların kaldığı koşullarda ise kalp-damar sistemi rahatsızlıkları, işkence temelli kas-iskelet sistemi rahatsızlıklar, açlık grevi nedenli nörolojik rahatsızlıklar daha sıklıkla görüldü. Çalışma sonucu da oldukça kapsamlı öneriler yapıldı. (İstanbul Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu 1997)

5.2.9. TİHV Raporları (1990-97)

TİHV' na başvuran işkence görmüş ve cezaevinde yatmış insanların sağlık sorunları değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler, bir yanı ile de cezaevindeki sağlık sorunlarını yansıtmaya açısından önemlidir. (TİHV 1993;29 ve 53, TİHV 1994; 33-35, TİHV 1996 b; 33-36, TİHV 1997 b; 31-32, TİHV 1998 a; 30-33)

Tablo 12: TİHV' na Başvuruların Fiziksel Yakınmaların Sistemlere Göre Dağılımı (1990-97)

	1990-91	1992	1993	1994	1995	1996	1997
toplam başvuru	238	326	252	429	545	576	518
İskelet-kas	59	118	168	294	382	445	389
mide-barsak	28	31	93	85	108	164	173
kbb	27	36	38	54	87	101	125
baş ağrısı	25	17					
göz	22	22	53	47	49	83	88
solunum s.	18	24	40	43	32	76	76
Ürogenital s.	16	32	82	60	93	155	193
sinir s.			98	153	88	223	196
kalp-damar			20	45	16	54	49
diğer	13	15	18	56	45	49	76
belirlenmeyen	35	36					

5.2.10. Açlık Grevi-Ölüm Orucu Katılımcılarının Klinik Değerlendirilmesi (1996)

38 ilde 41 cezaevinde 1500 tutuklu ve hükümlünün, 20 Mayıs 1996' da başladığı, 45. günde 159' unun ölüm orucuna, 61' inin ise süresiz açlık grevine dönüştürdüğü açlık grevi sürecinin tamamlandığı 27 Temmuz 1996' dan sonra bir grup ölüm orucu ve süresiz açlık grevi katılımcısı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği' ne yatırılmıştır. Kliniğe yatırılan 18 katılımcı, 1.5 ay boyunca izlenmiş, tedavileri düzenlenmiştir. Kliniğe yatırılan katılımcıların dışında da, tedaviyi düzenleyen ekip, ölüm orucu ve süresiz açlık grevi katılımcısı diğer insanların bir bölümüne de ulaşabilmişlerdir. Tüm bu insanlar üzerinde yapılan çalışma sonucu, katılımcılarda nörolojik bulguların yoğunluğu göze çarpmıştır. Bayrampaşa Cezaevi' ndeki 64 katılımcının 6' sında Wernicke-Korsakoff Hastalığı, 33' ünde Wernicke Ansefalopatisi saptanmıştır. (Bunlar, tiamin/B1 vitamini eksikliğine bağlı, açlık grevi sonrası bu maddenin eksikliği giderilmeden, şekerli sıvıların verilmesi ile ortaya çıkan nörolojik tabloların aşamalarıdır.) Bu çalışma, açlık grevi ortaya çıkan tıbbi tablonun ortaya çıkarılması ve buna uygun müdahale etme başarısı gösterilmesi yönüyle, ülkemiz için anlamlı ve önemli bir çalışmadır. (Gökmen, Gürvit ve arkadaşları 1998 a; 49-53)

5.2.11. 1996 Açlık Grevi Sürecinde TTB' nin Sağlık Alanına Müdahaleleri

Mayıs 1996' da başlayan ve Temmuz' un sonunda 12 kişinin ölümü ile sonlanan ölüm orucu ve açlık grevi sürecinde gerek Merkez Konseyi, gerekse Tabip Odaları düzeyinde oldukça yoğun tıbbi taramalar ve müdahaleler yapıldı. Ancak, konunun özel olarak açlık grevleri ile ilgili olması ve TTB' nin bu alandaki çalışmalarını ayrı bir yayın olarak hazırlıyor olması nedeni ile burada ayrıntılara girilmeyecektir. Sadece, bu sürecin, sağlıkla ilgili en kapsamlı örgütlü bir müdahale olduğunu söylemek ile yetinilecektir.

5.2.12. Cezaevlerinden Gelen Konuyla İlgili Mektuplar

Gerek TTB' ne gerekse İHD, TİHV veya benzeri bir kuruluşa 1980 sonrası, cezaevlerindeki koşullar ile ilgili olarak çok sayıda başvuru geldi. Bunların bir bölümü ile ilgili olarak araştırma ve

resmi girişimler yapılırken, bir bölümü de yazışma belgesi olarak kaldı. Burada, özellikle cezaevlerinde yaşayanların sağlıkları ile ilgili bazı örnekleri aktarmak istiyorum.

“...cezaevinde 15 civarında diyetli hasta var. Bu hastaların çoğu ülserlidir. Ülserli hastaların mevcut yemeklerle beslenmesi olanaksızdır. Tüzükte ‘mevcut besinler yeterli olmadığı ve cezaevi olanaklarıyla karşılanamadığı takdirde, raporla hastalığı belirlenmiş olanların, yakınları aracılığıyla dışarıdan yiyecek maddesi sağlayabileceği’ belirtilmiştir. Cezaevi idaresi, hastalara diyet yemeği çıkaracağını, ayrıca cezaevi kantini aracılığıyla pişirilmeden yenilebilecek besin maddelerinin parasını ödememiz kaydıyla temin edileceğini bildirdi. Diyet uygulamasına başlanalı yaklaşık beş ay oldu; ama şöyle: normal yemekte çıkanın yağsız ve tuzsuz diyet yemeği olarak verilmektedir. Bulgur pilavı da dahil!...

...Hastaneye gönderilen hastalar önceleri ring arabalarında bekletiliyordu. Şimdi ‘mahkum’ koğuşuna alınıyorlar, ama elleri kelepçeli olarak... saatlerce elleri kelepçeli olarak beklemek zorunda kalıyorlar. Bu konunun hastane baştabibini ilgilendiren yanları var...

Cezaevinde diş sağlığı sorunu önemli sorunlarımızdan. Yaptırılan dişler birkaç gün sonra dökülmektedir. Rahatsızlığı olanlar günlerce bekletilmektedir. Görevli dişçi, diş sağlığını ticari kazanç kaynağı olarak görüyor...

Cezaevi doktorları ya yeni mezunlardan ya da pratisyenlerden oluşmaktadır. Bu doktorların konseyinizce eğitimden geçirilerek tutuklu ve hükümlü sağlığına karşı daha duyarlı kılınması sağlanabilir. Doktor olmaktan kaynaklanan inisiyatifleri sağlık sorunları ekseninde, onların cezaevlerinde de olsa idarecilerden özerk davranmasını sağlamaktır...” (M.K. 13.8.1990 Aydın)

“...Esas sorun içme suyu ! Dışarıdan bidonlarla getiriyorlar ve biraz bekleyince bidonun dibi kapkara kesiliyor. Acil bir tahlil yaptırmak gerekli.

...Hastane sevkleri acil olanların dışındakiler 1 aydan çok sürebiliyor. Bu konuda asker keyfi davranabiliyor. Tedavi de hastalık şikayeti de bir kültür sorunu bildiğiniz gibi !

...İlaç problemimiz var. Bu konuda yardıma ihtiyacımız var en çok. Toplu bir yardım alabilsek revirde saklanır, ihtiyacı kullanabilirdi.” (A.A. 21.9.1990 Çanakkale)

“...Koğuşlar, kapıları kapalı olduğunda pek aydınlık değildirler. Hemen hemen günün her saatinde okuyabilmek için elektrik ışığına ihtiyaç duyulmaktadır. Koğuş 25-28 m2 civarındadır ve bu alanda ikişerli iki sabit ranza bulunmaktadır. Bu ebattaki koğuşlarda şimdiki koğuşlarda bizler altisekiz kişi kalmaktayız ve bu kadarlık alanda bütün ihtiyaçlarımızı gidermek durumundayız...

Su, bu cezaevinde başlı başına bir sorundur. Yazın şehir suyu sık sık kesildiğinde, daha doğrusu uzun aralıklarla arada bir aktığından, şehir suyuna kanalizasyon karışmakta, bu da birçok bulaşıcı hastalığa neden olmaktadır. Cezaevindeki doktor suyun kaynatılmadan içilmemesi gerektiğini söylemektedir. Ama bizim kaynatma zorluğumuz bir yana, cezaevi idaresinin gerekli tedbiri alması gerektiği halde bu konuda en küçük bir çabaya girilmemektedir. Ayrıca bu durumdaki su da yeterli olmaktan çok uzaktır. Cezaevi için yapılan depo son derece yetersiz olduğu halde, yeni bir depo yapılmamakta, mevcut depo da yılda bir kez bile temizlenmemektedir.

...Hastaneye sevkler çok gecikmekte, defalarca şikayet konusu olmasına rağmen, bürokratik mekanizmanın aksak işlemesine bağlamakta olup herhangi bir gelişme kaydedilmemektedir. Arada bir gelen uzman doktorlar da yeterli tedaviyi gerçekleştirilmemektedirler.

...zaman zaman ölümcül hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kan kanseri,... kalp rahatsızlıkları, mide rahatsızlıkları vb... Doğaldır ki, hem hasta olan, hem de şimdilik ciddi bir hastalığı bulunmayanların normal bir beslenme olanağına sahip olması gerekmektedir.” (R.A. 15.10.1990 Gaziantep)

“...Gaziantep Devlet Hastanesi’ ndeki ‘mahkum koğuşu’nun koşulları son derece kötü. Bu yüzden çok zorunlu haller dışında hükümlü ve tutuklular hastaneye yatmak istemiyor. Hastanedeki ‘mahkum koğuşu’ bodrum kattadır, havasız ve güneş görmüyor. Belki bu özelliği veya başka nedenlerden dolayı, ‘mahkum koğuşu’ nda yatan hükümlü ve tutuklular, doktorların, hastane personelinin koğuşa inmek istemedikleri, oradaki hastalara ilgi göstermedikleri vb gibi şikayet ve yakınmalarda bulunmuşlardır.

...Hastalar, en ağır ve acil hallerde bile ‘kapalı ring’le taşınıyor. Kullanılan ring kapalı ve havasız. Tek havalandırma deliği arabanın tavanında yaklaşık 13 veya 15 cm çapındaki penceredir.” (D.D. 16.10.1990 Gaziantep)

“...Cezaevi reviri her bakımdan yetersizdir. Dış tedavisinde sadece çekim ve dolgu yapılıyor. Diş hekimleri tutukluların kendi olanaklarıyla dışarıdan getirttikleri diş tabiplerine yaptırılıyor. Masrafların fazlalığı nedeniyle en önemli sorun bu.

Hastaneye sevk edilse bile, güvenlik nedeniyle sürekli (bazen aylarca) gecikerek gerçekleşiyor. Hastanede yatarak tedavi son derece sınırlı. Ancak çok ağır durumlarda yatarak tedavi olanağı sağlanabiliyor. Hastanede doktorlar, tutukluyu getiren subay ve polislerin baskısı altında kalmakta (muayene sırasında odaya asker ve polisler dolmaktadır), sonuçta eğer çok ağır bir vaka değilse üstünkörü bir muayene ile reçete yazılarak hastanın geri gönderilmesi yoluna gidilmektedir. Bu yüzden önemli sağlık sorunları zamanında teşhis ve tedavi edilememektedir.

...En önemli sorunlardan biri de, gerek yapı özellikleri gerekse diğer önlemlerle cezaevi kadar güvenlik altına alınan ve erler tarafından sürekli denetim altında tutulan ‘mahkum koğuşu’nda tutukluların el ve ayaklarından ranzaya zincirlenmesi olayıdır. Hastanın durumunun ağırlığına (ameliyat, bacak kırılması vb) bakılmaksızın yapılan bu gayri insani uygulama hastanın temizliğini yapmasını ve rahat yemek yemesini engellemektedir. Tuvalet ihtiyacını karşılamak ise nöbetçi askerlerin keyfine kalmaktadır. Söz konusu durum hastane doktorlarına iletilindiğinde ‘Bu bizim görev alanımız dışındadır, karışamayız. İsterseniz sizi cezaevine gönderebiliriz.’ türünden yanıtlar alınmaktadır. Çoğunlukla sağlık durumunun ağırlığına rağmen o koşullarda tedavi kabul edilmeyerek, cezaevine geri gelmek tercih edilmektedir.

Hastanın muayenesi sırasında içeride asker bulunması doktorların cezaevinden gelen hastalara normal hasta muamelesi yapmaması ve hastaneye yatırılan tutukluların zincirlenmesi üzerinde özellikle durulması gereken konuların başında yer almaktadır.” (O.M. 9.10.1990 Ceyhan)

“İçinde barındırıldığımız cezaevinde beslenme ve sağlık sorunlarımız giderek büyümekte, yaşamımızı tehdit eder hale gelmektedir. ...haftanın her günü doktor bulundurulması gerektiği açıktır. Bulduğumuz cezaevinde doktor haftada iki gün mesai yapmakta, diğer günlerde ise bizler kademimize terk edilmekteyiz. Sağlık memuru ise hiç yok. İğneler gardiyanlar tarafından yapılmaktadır. Dış doktoru ticari kazanç güdüsü ile hareket etmekte, eğer böyle bir kazanç söz konusu değilse, tedavi yapmamakta ya da baştan savma yapmaktadır. Yaptığı dolgu dişler kısa sürede dökülmektedir.

...İçtiğimiz su...kumlu ve...çamurlu akmaktadır... Koşullar ilaçlanmadığı için böcek istilası altındadır.” (A.Y.ve 14 arkadaşı, 16.7.1990 Aydın)

“...Halen bir çok cezaevinde olduğu gibi, Çankırı Cezaevi’ nde de sadece 20’ nin üzerinde veremli siyasi tutsak bulunmaktadır. Bulduğumuz Ankara Merkez Kapalı Cezaevi’ nde ise 7’ si siyasi tutuklu, 12’ si adli davalardan tutuklu ve henüz daha teşhisi konmamış bir çok tüberkülozlu hasta bulunmaktadır. Bu hastaların tedavileri Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi’ nde yapılabilmektedir. Ancak bu hastanenin mahkum koğuğu da 12 kişilik kapasitelidir ve tüm yataklar da doludur. Buradaki hastalar en az 6 ay kalacağından, cezaevindeki verem hastalarının, yer boşalıp tedavi olabilmeye şansları çok düşüktür. Cezaevlerindeki hastaların durumları, gitgide kötüleşerek, tedavi edilmez duruma gelirken, çevrelerine de hastalığı hızla yaymaktadırlar...” (A.E., 1.5.1997, Ankara Merkez Kapalı Cezaevi)

“...Sakarya Hapishanesinde bir süredir bakanlık eczanelere olan borcunu ödemediğinden ilaçlarımızı alamıyoruz. Uzunca bir süredir hasta olan bir arkadaşımız iki hafta önce ‘tüberküloz’ tanısı ile Ankara Sanatoryum Hastanesine sevk edildi. Fakat cezaevi dış güvenliğinin insanlık dışı muameleleri nedeniyle muayene dahi olamadan geri gelmek zorunda kaldı. Arkadaşımızın durumu ağır olmasına rağmen kelepçe bile takmaması gerekirken kelepçeyi sıkı bir şekilde takmış, sağlıklı bir insanın bile dayanamayacağı kadar kötü bir ring aracı ile hastaneye götürmüşler. Üstelik hapishanenin ambulansı da varken. Hastanede doktorlar da uyarılarına rağmen muayenehaneden asker çıkmamıştır. ...Kısacası arkadaşımız muayene ve tedavi olamadan geri geldi.

Şu anda tüberküloz tanısı konan arkadaşımızla birlikte koğuşumuzda dört arkadaşımız daha tüberküloz belirtileri göstermektedir. Cezaevi idaresi bilinçli olarak bu duruma göz yumuyor. Koğuşta 37 kişi kalıyoruz. Kendi çabalarımızla ne kadar koruyucu tedbiri alsakta bu koşullar içinde bizlerde korunması mümkün değildir...” (F.K. ve F.E., 1.12.1997, Sakarya Hapishanesi)

5.2.13. Hastalık Gereğesi İle Sağlık Raporu Düzenlenenler

Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu’ nun 399. maddesi, hastalık nedeni ile ceza ertelemesini düzenleyen yasa maddesidir. 1980 sonrası cezaevi koşulları nedeni ile hasta olan ve/veya hastalığı ilerleyen mahkumların bir bölümü, bu yasa maddesine dayanarak tahliyelerini talep etmişler ve bu çerçevede bir yandan hukuksal girişimde bulunurken, diğer yandan TTB’ ne başvurarak tıbbi yardım talep etmişlerdir. Burada, bu konudaki birkaç örnek aktarılacaktır.

Örnek 1: Hamdullah Erbil Olayı

1977’ de gözaltına alınan, 12 yıl cezaevinde kalan Erbil, ilk kez 1989 yılı Mart’ ında hastalığı ile ilgili belirtileri hissediyor ve cezaevi hekimine başvuruyor. Cezaevi hekimi, hemen Erbil’ i Gaziantep Devlet Hastanesi’ ne sevk ediyor. Burada yapılan tetkikler sonucu, “lösemi” teşhisi alıyor. Çukurova Tıp Fakültesi’ ne gönderiliyor. Tıbbi tedavi verip, kemik iliğı nakli gerektiğini söylemelerine karşı bir yere sevk etmeyip, geri cezaevine gönderiyorlar. Bu arada, yakınları Erbil’ in raporları ile Hacettepe Tıp Fakültesi’ ne başvuruyorlar. Orada alınan yanıtlar sonrası, avukatları hukuksal girişim başlatıyor. Hakem hastane diye, Erbil Ankara Numune Hastanesi Sağlık Kurulu’ na geliyor. Sağlık Kurulu, Hacettepe Tıp Fakültesi Onkoloji Kliniğı’ nin görüşüne dayanarak, Erbil’ in tedavisinin cezaevi dışında yapılması önerisini yapıyor. Bu arada, kamuoyu baskısı da var. Ve 1989’ da tahliye oluyor. Tahliye sonrası, Türkiye’ de tedavi olanağı bulamayınca, yurt dışına çıkıyor. Orada tedavi beklerken, 1993’ de yaşamını yitiriyor. (Soyer 1989 ;42-45)

Örnek 2: S.K. Olayı

Aydın cezaevinde 33 yıla hükümlü SK, sırtındaki bir benin kanaması üzerine kanser şüphesi ile, Aydın Devlet Hastanesi’ ne, oradan da İzmir Devlet Hastanesi’ ne sevk ediliyor. Burada “malign

melanom” teşhisi alıyor, 17.11.1989’ da ameliyat ediliyor. Kemoterapi için 30.11.1989’ da Ege Ü. Tıp Fakültesi Onkoloji Kliniği’ ne sevk ediliyor. Burada mahkum koğu su olmaması gerekçe gösterilerek, hastaneye kabul edilmiyor. Bu kez ameliyat sonrası radyoterapi için, Ankara Numune Hastanesi’ ne sevk ediliyor. Burada tedavisi sürerken, avukatı yasal girişimde bulunuyor. Yasal girişimin bir aşamasında Ankara Numune Hastanesi Sağlık Kurulu’ na gelen SK’ ın dosyası inceleniyor ve 21.2.1990 gün ve 2343 sayılı raporla “hali hazırda durumunun ertelemeyi gerektirmediği” kararı veriliyor. Bunun üzerine, avukatı, Ankara Tabip Odası’ na başvurarak görüş talep ediyor. Diğer yandan da, yasal girişimi tekrarlıyor. Oldukça uzun çabalardan sonra SK, tahliye ediliyor. (Ek)

Örnek 3: Ş.İ. Olayı

Bartın Cezaevi’ nde yatarken kalp rahatsızlığı şikayeti ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’ ne sevk edilen Şİ’ ye , teşhis amacı ile “Talyum Sintigrafisi” çekiliyor. Daha sonra Ankara Numune Hastanesi’ ne yatırılan Şİ, “koroner anjio” çekilmesi için Yüksek İhtisas Hastanesi’ ne sevk ediliyor. Jandarmanın Şİ’ yi hastaneye götürmemesi üzerine, hastaneden bir hekim Ankara Numune Hastanesi mahkum koğuşunda Şİ’ ye konsültasyon yapıyor. Konsültasyon sonucu, “...hastanemizde mahkum koğuşu bulunmadığından, aynı düzeydeki başka bir hastaneye sevk edilmesi veya tahliye edildikten sonra, hastanemize gönderilmesi uygundur” şeklinde rapor düzenleniyor. Bu rapora dayanarak, Ankara Numune Hastanesi Sağlık Kurulu, 1.12.1989’ da “Atherosklerotik Kalp Hastalığı + Koroner Arter Hastalığı. Tıbbi tedavi önerilmiş olup, 3 ay sonra kontrole gelmesi önerilerek, salahlı taburcu edilmiştir. Sağlık Kurulu Kararıdır.” raporuyla Şİ’ yi cezaevine gönderiyor. Üç ay sonra Mart 1990’ da tekrar Ankara’ ya getirildiğinde, avukatı bir yandan yasal girişimlerde bulunurken, bir yandan da Ankara Tabip Odası’ na başvuru yapıyor. Yüksek İhtisas Hastanesi’ nin bu kez de tedavisi için “tahliyeyi şart koşması” üzerine Şİ tahliye ediliyor. (Benzer bir durumda olan ve aynı süre içinde aynı olayları yaşayan L.T. da, tahliye ediliyor.)

Örnek 4: A.Ö. Olayı

1955 doğumlu A.Ö., Ceyhan Cezaevi’ nde 1989 yılında göğüs ağrıları nedeni ile Ceyhan Devlet Hastanesi’ ne sevk edilmiş, hastanede “Post travmatik göğüs deformasyonu, 6-7-8-9-10. kostalarda yapışıklık ve fistül, solunum yetmezliği” teşhisi almış, “reviri bulunan bir merkezde kalması uygundur” kararı verilmiştir. Avukatları ve yakınları, bir yandan hukuksal girişimde bulunurken, diğer yandan da TTB’ ne başvurmuşlardır. Tedavisinin cezaevinde yapılamayacağına ilişkin TTB raporu verilmişken, hukuksal girişimler olumlu sonuçlanmış, A.Ö. tahliye olmuştur. (Ek)

Örnek 5: S.A. Olayı

1959 doğumlu S.A., “göğsünün sol tarafında lokalize, sol kola yayılan, sık aralıklarla gelen şiddetli künt ağrı, eforla gelen ağrı”ların yanı sıra, çapıntı ve dispne şikayetleri ile cezaevi hekimine başvurmuş, oradan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı’ na sevk edilmiştir. Orada, “hipotansiyon, aritmi, S1 ve S2 seslerinde düzensizlik, 36 oranında diastolik üfürüm” bulguları ile, “Mitral kapak prolapsusu ve Mitral yetmezliği” teşhisi almıştır. 1992 yılında konulan bu teşhis üzerine tıbbi tedavi verilerek, cezaevine gönderilen S.A.’ nin durumu ağırlaşmıştır. Avukatı TTB’ ne başvurarak, rapor talep etmiş, bu arada hukuksal girişimde bulunmuştur. TTB’ nin cezaevi koşullarında tedavisi olanaklı olmadığı ve cerrahi girişim gereğine ilişkin raporuna rağmen S.A. tahliye edilmemiştir. Halen cezaevinde yatmaktadır.

Örnek 6: R.K. Olayı

1962 doğumlu R.K., 1994 yılında “Sağ Kolon Kanseri” teşhis almış, Ankara Numune Hastanesi’ nde “sağ Hemikolektomi + İleotransversostomi” ameliyatı olmuş, 1995 yılı sonunda yeniden

hastaneye yatırılmış, “nüks kolon kanseri” teşhisi ile yeniden ameliyat olmuş, Ankara Onkoloji Hastanesi’nde kemoterapi görmesi uygun görülmüş ve Şubat 1996’da taburcu edilmiştir. Bu durumdaki hastanın avukatları bir yandan TTB’ne başvurarak tıbbi rapor ve destek talep ederken, diğer yandan da hukuksal girişimde bulunmuşlardır. Bu girişim sonucu, TTB, hastanın sağlık durumunu bir dizi akademisyen ve uzmana inceleterek, bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda, TTB, “hastanın, CMUK. 399. maddesi uyarınca cezasının ertelenmesi” kararını ifade etmiştir. Bu rapora ve hukuksal girişime karşın, hasta halen tahliye edilmemiştir. (Ek)

Örnek 7: M.T. Olayı

Aydın E tipi Cezaevi’nde yatarken öksürük, balgam ve yan ağrısı şikayeti ile Aydın Devlet Hastanesi’ne gönderilen M.T.’na yapılan tetkikler sonucu, İzmir Atatürk Devlet Hastanesi’ne sevk edilmiştir. 1997 yılı Mayıs ayında yaşanan bu süreçte hastaya “sağda squamöz hücreli bronş Ca” teşhisi konulmuş, 15.5.1997 tarihinde İzmir Tepecik Göğüs Hastanesi’nde “sağ pnömonektomi” operasyonu yapılmış, on beş gün sonra da cezaevine gönderilmiştir. Bu olaylar yaşanırken, avukatı, hukuksal girişimde bulunmuş, diğer yandan da TTB’den rapor talep etmiştir. TTB’nin raporunda, hastanın CMUK. 399. madde doğrultusunda tahliye edilmesini öneren bir karar vermiş, avukatın hukuksal girişimi sonucunda da benzer bir karar alınınca, 1997 yılı sonbaharında M.T. “ceza ertelenmesi” kararı alarak, tahliye edilmiştir. (Ek)

Örnek 8: Salih Çelikpençe Olayı

Siirt Cezaevi’nde yatarken, 1981 doğumlu Çelikpençe, Şubat 1997’de şikayetleri nedeni ile Ankara’ya sevk edilmiş, Ankara Numune Hastanesi’nde “Karaciğer Sirozu” teşhisi almış, avukatının başvurusu üzerine, TTB, gastroenterologların da görüşünü de alarak, hastanın tedavisinin olabilmesi için tahliye edilmesi gerektiğine ilişkin bir rapor vermiştir. Buna karşın, Çelikpençe, tahliye edilmemiştir. Ve 11 Nisan 1997’de yaşamını yitirmiştir.

Örnek 9: N.C. Olayı

Nevşehir Cezaevi’nde yatan 1969 doğumlu N.C., 1994 yılında uğradığı silahlı saldırı sonucu, felç olmuş ve tekerlekli sandalye ile yaşamaya zorunlu olmuştur. Diyarbakır Devlet Hastanesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Rehabilitasyon Merkezi’nde tedavi görmesine karşın, durumunda herhangi bir iyileşme olmamıştır. 1997 yılında, Nevşehir Devlet Hastanesi’nde “Parapleji (Post Travmatik) + Spastik Nörojenik Mesane” teşhisi almış, “Hastalığı devamlıdır. Tek başına hayatını idame ettiremez.” kararı almış ve uzun uğraşlardan sonra tahliye edilmiştir. (Ek)

Örnek 10 S.Ç. Olayı

1980 doğumlu S.Ç., Siirt Cezaevi’nden gastrointestinal sistem kanaması ile kaldırıldığı Siirt Devlet Hastanesi, Diyarbakır Devlet Hastanesi ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tedavisi yapılmaya çalışılmış, daha sonra, Ankara Numune Hastanesi’nde “Viral etyolojili Karaciğer Sirozu” teşhisi almıştır. Avukatlarının hukuksal girişim yanı sıra, başvurdukları TTB, S.Ç.’e “Dekompanse Karaciğer Sirozu” olması ve kanama riski nedeni ile, “cezaevinde yatması”nın sakıncalı olduğuna ilişkin rapor vermiştir. Buna karşın, S.Ç. tahliye edilmemiştir. (Ek)

Örnek 11 M.E. Olayı

1955 doğumlu M.E., 1989’da İzmir Devlet Hastanesi’nde “Behçet Hastalığı” tanısı almıştır. 1991 yılı Ağustos ayında “Nazofarinks Adenoid Kistik Karsinom” teşhisi ile Ege Ü.T.F.’de Radyoterapi görmüştür. Bu arada avukatlarının girişimi ile başlatılan hukuksal süreçte, 26 Ağustos 1991’de İzmir Devlet Hastanesi Sağlık Kurulu’nun “cezaevi şartlarında yaşaması hayati yönden sakıncalı-

dir” raporunu almış, bunun üzerine Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu raporu ve Nazilli Ağır Ceza Mahkemesi kararı ile 30 Ekim’ de tahliye edilmiştir. Daha sonra tedavisi ve kontrolleri sürmüştü, hatta yeniden tutuklanması gündeme gelmiş, 1994 yılında yeniden adli tıp görüşü istenmiştir. Bu konuda TTB’ ne de başvuruda bulunmuş, TTB’ de adli tıp nezdinde girişime geçmiştir. Tedavi ve kontrolleri sürerken, bir yandan da bürokratik-hukuksal engellerle uğraşan M.E., yaşamını yitirmiştir. (Ek)

5.3. Ya Cezaevi Hekimleri ?

1980 sonrası cezaevlerinde yaşanan sağlık sorunlarının bir “ayağı” da, cezaevi hekimleridir. Bu hekimlere ilişkin, cezaevlerinde yaşamak zorunda kalanlardan, yakınlarından ve avukatlarından TTB’ ne ve mahkemelere çok sayıda şikayet iletilmiştir. Bu şikayetlerin önemli bölümünün gerçek olduğunu düşünüyorum. 1980 sonrası, cezaevlerindeki ihlallerde hekimler, genel olarak, bu ihlallerin bir “parçası” olmak durumunda-zorunlu ve/veya gönüllü-kalmışlardır. TTB, kendisine iletilen şikayetler konusunda, durumu ilgili tabip odalarına iletmış, söz konusu hekimlerden şikayetlerle ilgili bilgi talep etmiş, ama-doğruyu söylemek gerekirse-caydırıcılık gücünü yeterince hissettirememiştir. Tabii, desteğini de. Bu, işin “özeleştir” kısmı.

Bir de, olumlu örnekler var. Cezaevinde çalışan, ama baskılara karşı, meslek onurunu ve insani değerlerini koruyan örnekler, az değildir. Burada, konumuz, cezaevindeki sağlık sorunları ile sınırlı olduğu için, haddimizi aşmayıp, sorunun sınırları içinde kalacağız. Cezaevlerinde çalışan hekimler, sağlık sorunları konusunda, hangi tespitleri yapıyorlar ?

Cezaevlerinde çalışan hekimlerin önemli bölümü, görevlerini yaparken, meslek dışı baskılardan yakınmışlardır. Bunların yanı sıra, çeşitli sorunlar da dile getirilmiştir. “Mahkumların ayda bir banyo yapabildiği, bakanlığa yazıldığı halde, değişen bir şey olmadı. ...yeterince kalori ve protein içeren bir diyet hazırlamak oldukça zordur. Çünkü malzeme ihale ile alınıyor. Fiyatlar yüksekse az, düşüğe çok alınıyor. Ya yemeklerin miktarı azaltılıyor, ya da ucuz olan malzemeden ibaret yemekler çıkıyor. Bu durumda, müdahale ettiğimde ambar memuru, cezaevi müdürü ile çatışma ortaya çıkıyordu.

...Bir... mahkuma ise depresyon tanısı ile hücrede yatamaz raporu verdim. Psikiyatri kliniği aynı hastaya normal raporu verdi. Zorunlu hizmetim bittikten bir yıl sonra, hakkımda ‘uzman olmadığım konuda rapor vermek’ suçlamasıyla dava açıldı. Oysa zaten uzman sıfatıyla görev yapmadığım halde, benden rapor vermem istenmişti... Bir başka mahkumu ise, kalpte A-V tam blok tanısı ile üniversite hastanesine sevk etmiştim. Hasta 3 ay sonra götürüldü ve yolda öldü”. (ATOB 1987)

Dört yıl cezaevi hekimliği yapan bir başka hekim ise, sağlık sorunlarını değerlendirmeye, “Bir hocamızın dediği ‘en zor hekimlik cezaevinde yapılandır’ sözüne, bilmem karşı çıkan olur mu?” diye başladıktan sonra, en temel sorunu şöyle vurgulamıştır: “Cezaevi hekimi, cezaevi müdürünün emrinde çalışan Adalet Bakanlığı personelidir. ...burada hekimin hareket özgürlüğünü kısıtlayan en önemli olayın, müdürün sicil amiri olmasından kaynaklandığı gözardı edilmemelidir.” Mahkumun cezaevi hekimini, “Sağlık Bakanlığı’ nca gönderilmiş, kimsenin karışamayacağı, iyi niyetli, kolaylıkla suisistimal edilebilecek bir yabancı” olarak algıladığını ifade eden meslektaşımız, muayene ve tedavi sırasında karşılaştığı güçlükleri şu şekilde sıralamıştır: “Uyuşturucu bağımlılarının ilaç istekleriyle başa çıkmak; büyük çoğunluğu psikofizyolojik olan ...rahatsızlıkların tedavisi; hastaneye gitme, revire geçme, diyet alma, istirahat alma gibi arkası gelmez istekleri sadece gerekenlere sağlama çabası; hasta olmadığı halde, sadece dertleşmek amacıyla gelenlere psikoterapi için zaman ayırmak; dışarıdayken iş işten geçmeden doktor yüzü görmeyenleri, küçük bir sivilce ya da önemsiz bir ağrı nedeniyle ciddiyetle muayene etmenin ve önemli bir şeyi olmadığına inandırmanın güçlüğü; hekim seçme özgürlüğü olmadığını bildiğiniz bir hastanın tedavisinin sorumluluğunu yüklemek; ilaca

yardımcı tedavi yöntemlerinin (beslenme, istirahat, vb) tam olarak sağlanmaması; yazılan ilaçların sağlanması, dağıtılması ve kullanılmasında ortaya çıkan güçlükler”.

Beslenme konusunda, “iaşenin Bakanlıkça sağlandığı” vurgusundan sonra, iaşe günlük bedelinin 2250 lira olduğu, bunun 700 lirasının ekmek tutarı, geri kalanın da üç öğün yemek gideri olduğuna dikkat çeken cezaevi hekimi, çözümün zorunlu olarak kuru baklagillere yönelmek olduğunu belirtmiştir. (Soyer 1996 içinde, 169-172)

Nevşehir Cezaevi’nde görevliyken, bir mahkuma verilen hücre cezasını onaylamadığı için yargılanan Dr. Murat Çobanoğlu ise, mahkumların sağlık sorunlarını, “beslenme, havalandırma, banyo, ısınma, zararlı alışkanlıklar, rutubet, hastaneye sevk, diş sağlığı, disiplin cezalarında keyfiyet, yemek, sosyal kültürel faaliyetizlik, ilaç, çocuklu kadın mahkum, vb” olduğunu sıraladıktan sonra, cezaevi hekimlerinin ise, sevk ettikleri hastaların geç sevk edilmesi, ilaçların alınmaması, yardımcı sağlık personelinin olmaması, hekimin disiplin kurulu üyesi olması, diyet uygulanmaması, tıbbi alet eksikliği, vb sorunları olduğunu belirtmiştir. (Çobanoğlu 1996 , 172-175)

6. TÜRKİYE’ DE BUGÜN CEZAEVLERİNDE SAĞLIK SORUNLARI :

Araştırma Yöntemi:

1996 yılı yaz aylarında Refahiyol Hükümeti’ nin cezaevlerindeki uygulamalarına karşı ülke çapında cezaevlerinde açlık grevleri yapılmış, hatta bu grevler süresiz açlık grevi ve ölüm orucuna dönüşmüştü. 12 insanın bu süreçte yaşamını yitirmesi ve yüzlerce insanın sağlığının bozulması, bu insanların ve yakınlarının sağlık nedenleri ile TTB’ ne ve benzer kuruluşlara başvurmalarına yol açtı. Tek tek bu başvurulara yanıt vermeye çalışırken, toplu bir değerlendirme yapmanın ve cezaevlerinin sağlık durumunun daha genel bir şekilde incelenmesinin yararlı olacağı sonucuna vardık. Bu çerçevede TTB ve çeşitli Tabip Odaları düzeyinde (sendikalar ve tek tek sağlıkçılar düzeyindeki girişimlerin yanı sıra) yapılan girişimlerden biri de, açlık grevinin olduğu cezaevlerine “1) Cezaevlerinin fiziksel altyapı koşulları (koğuş büyüklüğü, nüfus/koğuş ilişkisi, aydınlatma, havalandırma, vb) 2) Beslenme, yıkanma, tuvalet, vb hijyen koşulları 3) Sağlık hizmeti olanakları (revir/sağlık hizmeti veren birim özellikleri, sağlık personeli sayısı, sağlık personelinin çalışma süresi, acil durumlarda yapılanlar, ilaç temini, vb) 4) Sağlık kurumlarına sevk (sevk-cezaevi ilişkisi, sevk şekli, hastane/sağlık ocağındaki işlemler/davranışlar, hastane koşulları, hastanede tedavi durumu, vb) 5) Hasta mahkumların isimleri ve hastalıkları (mümkünse teşhis belgeleri ve raporları ile) 6) Diğer öneriler ve belirlenmesi gereken konular” gibi soruların olduğu bir form gönderilmesi oldu. Yanı sıra, Adalet Bakanlığı ve Tüm Yargı Sen’ e de, “1) Toplam cezaevi sayısı, 2) Cezaevlerinde bulunan kişi sayısı (tutuklu/hükümlü), 3) Cezaevlerindeki hekim, sağlık personeli, diğer personel sayısı, 4) Cezaevlerindeki revir, sağlık kurumu sayısı, 5) Cezaevlerindeki kişilerin yaş, cinsiyet, ceza türü/süresi, vb dağılımı” gibi soruları içeren bir mektup gönderildi. 1997 yılında gönderilen bu formlara gelen cezaevleri ve tek tek mahkumlar düzeyindeki yanıtlar ile TTB’ ne bu süreçte yapılan başvuruların temel alındığı bir değerlendirme yapılmış, sonuçları da ilişikte sunulmuştur.

6.1. Bayrampaşa Cezaevi:

6.1.1. Fiziksel altyapı koşulları:

1970’ li yıllarda inşa edildiği için, o günün koşullarına uygun bir mimari yapıya sahip olan cezaevinde, mahkumların birbirinden yalıtılması düşünülmemiştir. Koğuş yapısı 48 kişiliktir. Pencere sistemi, normal ev mimarisine uygun, bel hizasında ve koğuşların havalandırılmasına yetecek sayı ve büyüklüktedir. İletişim kurulan mahkumların kaldığı koğuş iki katlı olup, ilk katı yemekhane, üst katı yatakhane olarak kullanılmaktadır. Bu katta iki adet banyo ve tuvalet söz konusudur. Koğuşun alan yapısı, 120 metrekaredir. Koğuştakilerin kullandığı havalandırma mekanı ise, yaklaşık 150 metrekaredir. Bu havalandırma, aynı zamanda komşu koğuş tarafından da kullanılmaktadır. Yemekhane ve yatakhane, gün ışığı almaktadır. Ayrıca flüoresan lambalarla da aydınlatma vardır. Koğuşta kalan insan sayısı, zaman zaman 60’ a kadar çıkmışsa da, 1997 yılında ortalama sayı 30-40 dolayında olmuştur. Bu sayı sosyal yaşamın düzenlenmesinde olumlu olarak nitelendirilmektedir. Bununla birlikte, siyasi mahkumlar “...içinde yetişmiş olduğumuz toplumun dayanışma ruhu nedeni ile sayının fazlalığı bizim için sorun teşkil etmemektedir” diye değerlendirme yapmaktadırlar. Havalandırmayı bütün gün kullanabilmektirler.

Mahkumlar, koğuş sistemi ve hücre tartışmalarına kendilerince şöyle bir yaklaşım getirmektedirler: “Adalet Bakanlığı’ nın son genelgesi ile, hapishanelerde tek tip hücre sistemine geçilmesi için çalışmaların başladığı kamuoyu tarafından bilinmektedir. Burada şunu belirtmek istiyoruz; Avrupa

koşullarında hücre tipi hapisaneler batı insanının gerçeğiyle (bireyci) uygunluk gösterebilir, göstermektedir. Fakat bizim gibi doğu toplumlarında aynı tipteki uygulamalar vahim sonuçlara neden olacaktır. Çünkü bizdeki insan gerçeği batının tam tersidir. Bizde ortak yaşam, dayanışma ruhu, yaşama toplumsal bakış son derece güçlüdür. Sizlerin kurum olarak bu dokunun bozulması sonucu tutsaklar üzerinde (gerek tıp açısından, gerekse insani ilişkiler açısından) ne gibi yıkımlara yol açacağı, bilinen bir gerçekliktir. Bu nedenle Adalet Bakanlığı'nın insanlık dışı yeni uygulamalarına en az bizler kadar karşı çıkacağınıza inanmak istiyoruz.”

Bir başka yorum da şöyle: “Yeni inşa edilen bütün cezaevlerinde pencereler küçük ve tavana oldukça yakın ve dışarıyı görülmeyecek yükseklikte. İnsanın dört duvar arasında olduğu hissi daha fazla verilmeye çalışıldığı gibi, koğuşlar küçülerek 4'er kişilik ve teker kişilik hale dönüştürülmüş durumda. Bundan da amaç, kişinin yalnızlaştırılması ve değerlerini koruyamayacak hale getirilerek teslim alınmasıdır. Koğuş sisteminden hücre sistemine geçişin temel amacı budur. Kalabalık koğuşlarda dayanışma içinde yaşayan devrimci tutsaklar, siyasal ve düşünsel olarak kendilerini geliştirme olanaklarına sahip olurken, diğerlerinde bunların engellenmesi söz konusudur. İnsanın temel varlığı olan düşünce ve inançları ile çelişki yaşamaya zorlanması, ona karşı aynı zamanda maddi zor gücünün dayatılacağı anlamına gelir ki, bunun sağlık açısından iki sonucu ortaya çıkacaktır. Fiziki yaralanmalar, dayak, vb uygulamalar 12 Eylül 1980 sürecinden günümüze değin oldukça sık yaşandı ve yaşanmaya devam ediyor. En son örneği Erzurum Özel Tip Cezaevinde yaşananlar. İkincisi ise, ruhsal ve manevi yönden insan dengesinin bozulması. Bu da ayrı bir tedavi süreci gerektiren sağlık sorunu olarak insanın yıllarca taşıyabileceği psikolojik rahatsızlıklara sebep olabilecektir.”

Adli koğuşlar, daha kalabalıktır. 48 kişinin kalması gereken koğuşlarda 80-90 kişi kalmaktadır. Dolayısı ile havalandırmaya da, 48 kişi değil zaman zaman 150-200 kişi çıkabilmektedir. Ek olarak, karantinada, havalandırmaz bir ortamda 300 kadar kişi koğuş yokluğundan dolayı kalabilmektedir.

“ ...

Duvar değil surla çevrili. Hem de bir değil iki surla. 12 'koruyan' beton blok, üstü çelik ağlarla örtülü 12 beton havalandırma. Bir avuç gökyüzünü bile çelik ağa takılmadan göstermez. 12 beton blokta, kale kapılı 120 beton koğuş. Her yer beton, demir, her şey beton, demir, burası İstanbul'un 'bastil' idir. Burası en seçme, en 'sakıncalı' siyasi tutsaklar için özel, Sağmalcılar zindanıdır. Burada zindan zindan içindedir... Burada zindan zindan içindedir tutsaklar...

... Girersin , bir kapı daha kapanır üzerine. Bu, buraya adımını attığından bu yana 3 kapı ve dördüncü kilittir üzerine kapanan, sökülür bilek kemiklerinde kelepçe, kolların yana düşer felç olmuşçasına, tutmaz. Şimdi önünde boydan boya uzanan neredeyse kilometrelerce kadar diyeceğin uzun bir beton tünelin ortasındasın.

...Birleştir üç hücreyi bir hücre-koğuş yap, boz koğuşu böl üçe olsun sana üç hücre, 4x4 m ebadında bu yerde demirbaş arama. Ararsan eğer demir-beton dışında küçük pencere camından başka şey bulamazsın. Havanın bile girmeye korktuğu 4 kitap büyüklüğünde pencerelerdir, hücrelerin dünyaya açılan bir yüzü. Ama hangi dış dünyaya denirse, çelik ağın üzerinde çarpıp parçalanmış gökyüzüne açılan dünyaya tabii. Havalandırmaya ahtapotun bir kolu gibi sorgulu surla açılan dünyaya tabii. Bir dünya yüzü gören de üç sigara paketi büyüklüğünde mazgaldır. Açıldığı zaman insan gören ekmeği, çayı gören... Bir de kapının altında küçük , yemekten yemeğe açılan, yemek alınan bir tabak girip çıkacak kadar bir zincirli kapaktır. Yemeği köle edercesine...”; 1984'de böyle de anlatılıyordu, “Sağmalcılar/Bayrampaşa”. (Erdoğan ve arkadaşları 1987; 80-83)

6.1.2. Hijyen Durumu:

Siyasi mahkumlar, iaşe bedelini kuru yiyecek olarak alıp, yemekleri kendi koşullarında kendileri pişirmektedirler. Bu nedenle, daha önce cezaevi mutfağında pişirilip getirilen yemeklere kıyasla daha temiz olduğunu belirtmektedirler. Ancak, adli mahkumlar halen cezaevi mutfağından karavana şeklinde gelen, insan sağlığı açısından tehdit edici olan yemekleri yemekteyiz. Ayrıca iaşe bedelinin oldukça yetersiz-1997 için, ekmeğe dahil kişi başına günlük 165000TL-olması, beslenmenin yetersiz ve dengesiz olmasına neden olmaktadır. Bu arada, uzun süreli açlık grevleri yaşanması, sağlıklı ve dengeli beslenmeye ihtiyacı daha da arttırmaktadır.

Koşutaki 30-40 kişi tek banyoda ihtiyaçlarını gidermek zorundadırlar. Bu durum, yıkanma açısından bir yetersizlik olduğu gibi, bulaşıcı hastalıkların yayılması yönünden de bir olumsuz faktördür. Tuvaletler, yemekhane ve yatakhane temizliği, mahkumlarca yapılmaktadır. Ancak, yeterli temizlik malzemesi olmaması, temizliğin yeterli olmasını engellemektedir. Ek olarak, cezaevi yönetiminin koşulların bakımını yeterince yapmaması, lağım farelerinin ve çeşitli haşerelerin mahkumların sağlığını ve hatta yaşamlarını tehdit etmesini getirmektedir. Mahkumların kendi olanakları ile zaman zaman ilaçlama girişimlerinde bulunmaları, sorunu çözmemektedir.

Cezaevinin ekmeğe ihtiyacı, cezaevi fırınından karşılanmaktadır. Ancak fırın temiz ve hijyenik koşullarda olmadığı ve herhangi bir denetim yapılmadığı için, mahkumlar ekmeği içinde zaman zaman böcek ve haşere ile karşılaşabilmektedirler. Mahkumlar, su ihtiyaçlarını cezaevi deposundan karşılamaktadırlar. Deponun temizliği yıllardır yapılmadığı için, depo yosun tutmuştur. Mahkumlar klorlama yapmaya çalışsa da, sık sık ishal olguları ile karşılaşmaktan kurtulamamaktadırlar. Kaloriferlerin kış aylarında yeterli yakılmaması, ısınmada sıkıntıya yol açmakta, bu aylarda üst solunum yolu enfeksiyonları sıklıkla artmaktadır.

Adli mahkumların koşulları daha kalabalık olduğundan, banyo-tuvalet daha büyük bir sorundur.

6.1.3. Sağlık Hizmetleri:

*Cezaevinde bir revir, bir cezaevi hekimi, bir diş hekimi, infaz koruma memurlarından oluşmuş birkaç yardımcı personel mevcuttur.

*Revirde tıbbi malzeme eksikliği vardır.”...normal bir yara dikiş olanağından yoksundur.” Acil durumlarda müdahale olanakları çok kısıtlıdır.

*Hekim ve diş hekimi, mesai saatleri dışında cezaevinde olmadığından, ilk müdahale ve acil durumlarda sevk konusunda sorunların yaşanmasına neden olmaktadır.

*Cezaevi kampusunda, cezaevine ait bir hastane vardır. Ancak, bu hastaneden yararlanabilmek için, sadece hekimin imzası da yetmemektedir. Müdürün, hatta savcının onayı gerekmekte, aksi takdirde güvenlikten sorumlu askerler sevk işlemini yapmamaktadır.

*İlaç konusunda zaman zaman ödenek yokluğu veya yönetimin bazı ilaçları karşılamaması söz konusu olsa da, mahkumlar ciddi bir ilaç sorunu yaşanmadığını belirtmektedirler. Bazı vitamin ilaçlarının para karşılığı temin edilmesi, bazen de ilaç tutarlarının mahkumlara ödetilmesi yakınma konusudur.

Adli mahkumların bu konudaki en temel sorunu ise, hastalara gelen ilaçların tek tek verilmesidir. Bir de, muayene edilmeden konulan teşhislerden ve tedavi diye sıklıkla ağrı kesicilerin verilmesinden yakınmaktadırlar.

*Mahkumlara yönelik genel sağlık taraması yapılmaması nedeniyle, mevcut sağlık sorunları ve hastalıkların tespitinin mümkün olmadığı yine mahkumlarca ifade edilmektedir.

*Hastane sevkleri konusunda da önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu konudaki en temel sorunun, güvenlikten sorumlu askerlerin tutumları olduğu belirtilmektedir. Yeterli asker olmaması gerekçesi ile, hasta sevklerinin zamanında yapılmaması, sevk için olan ring arabasında asker bulunması, muayene odasına muayene sırasında askerlerin girmesi, bu tutuma mahkum hastaların müdahalesi olunca dayak yemeleri, saatlerce mahkum hastaların ring arabalarında bekletilip muayene ettirilmeden geri getirilmeleri, tedavi için yatırılan mahkum hastaların yeteri güvenlik olmaması gerekçesi ile tedavisi tamamlanmadan hastaneden çıkarılması, vb mahkumların bu konuda dile getirdikleri en önemli sorunlardır. Mahkumlar, sevkler konusundaki bir diğer sorun kaynağının da, cezaevi yönetimi olduğunu belirtmektedirler. Yönetimin ödenek yokluğunu bahane etmesi, hasta mahkumlarla birlikte personel göndermemesi, gönderse bile evrak kaybetmesi, vb engellemeler olduğu sıralanmaktadır.

*Hastanelerde-ki oraya ulaşılabilirdiğinde-muayene ve tedavinin yapılmasının hekimlerin insafına ve yeminine bağlılık derecesine bağlı olduğu ifade edilmektedir. "Bugüne kadar Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Haseki Hastanesi ile tutukluların götürüldüğü diğer bütün hastanelerde çok az sayıda doktor, mesleki ahlakın gereklerine uygun bir yaklaşım sergilemişlerdir." Mahkumlar, hastanelerdeki hekimlerin kendilerini oyaladıklarını, randevuları çok ileri tarihlere verdiklerini, ameliyat olması gerekenlere de hastanede tutuklu koşu bulunmamasını gerekçe gösterip cezaevine geri gönderdiklerini, bazılarının da baskılar nedeni ile gereken tedavileri yapmaktan çekindiklerini belirtmektedirler.

*Gözetli sırasında işkence görenlerin cezaevinde muayenesinin yapılıp, varsa işkence izlerinin tespit edildiği belirtilmektedir. Ancak, yönetim ve dış güvenlik engellemelerinin, hastaneye gidışı önlemesi nedeniyle tedavilerinin tam yapılamadığını ifade etmektedirler. Bu durum da, mahkumlar da kalıcı ve ileride tedavisi mümkün olmayan sakatlıklara yol açmaktadır.

*En önemli sorunlardan biri de, diş hastalıklarıdır. Tüm sorunlara tek bir diş hekiminin yetismeye çalıştığı cezaevinde, özellikle protez büyük bir sorundur. Cezaevinin ödenek gerekçesi, mahkumların diş çürüklerinin yaygınlığının en temel gerekçesidir. Böyle bir ortamda, mahkumlara, paralı diş yapımının dayatıldığı belirtilmektedir.

*Hastanelerde mahkum koşusunun olmaması, bir diğer önemli sorundur. Bu durum, ameliyat gerektiren hastaların, ameliyat olamamasına, ameliyat olsalar bile ameliyattan sonra yatağa zincirledebilmelerine yol açmaktadır. Yine güvenlik gerekçesi, bu durumdaki hastaların zamanından önce taburcu olmalarını getirmektedir.

*Bayrampaşa Devlet Hastanesi'nde mahkum koşusu vardır. Ancak, mahkumlar bu koşusunun temiz olmadığını ve hijyenik koşullara uygun olmadığını belirtmekte, ilginin de azlığından yakınmaktadırlar.

6.1.4. Hasta Mahkumlar:

Cezaevinden iletilen bilgilerde, 64 hasta mahkum olduğu yer almaktadır. Hasta mahkumlarda en sık görülen rahatsızlıkların başında solunum sistemi hastalıkları gelmektedir. Hastaların yarısında

bir solunum sistemi hastalığı mevcuttur. Solunum sistemi hastalıkları arasında tüberküloz, kronik bronşit, plörezi ön sıradadır.

Hasta mahkumların $\frac{1}{4}$ ' inde nörolojik sorunlar mevcuttur. Özellikle 1996 yılı ölüm orucuna katılmış olanlarda daha fazla saptanan nörolojik sorunların yanı sıra, işkenceye bağlı-daha çok askıya bağlı-uyuşma, his kaybı benzeri sorunlara da rastlanmıştır. Hasta mahkumların % 18' inde diş ve dişeti hastalıklarının varolması, beslenme ile ilgili sıkıntıların düzeyini göstermesi açısından önemlidir. En önemli sağlık sorunlarından biri de, gerek gözaltı süresindeki işkenceler, gerekse cezaevi yaşamının zorlukları ile ilişkili olan bel rahatsızlıklarıdır. Hasta mahkumların % 16' sında tıbbi operasyon gerektirecek düzeyde bel rahatsızlığı söz konusudur. Hasta mahkumların 9 tanesinde ciddi kalp-dolaşım hastalığı vardır. Hasta mahkumların yaklaşık $\frac{1}{4}$ ' inde böbrek taşı, üriner enfeksiyon, vb üriner ve genital sistem rahatsızlığı mevcuttur. Uzun süre cezaevinde kalmaya bağlı oluşan en tipik sistem rahatsızlıklarının başında üriner sistem rahatsızlıkları gelmektedir. Yine 6 mahkum hastada sindirim sistemi rahatsızlığı (peptik ülser benzeri), 7' sinde ruhsal rahatsızlıklar (depresyon ağırlıklı tablolar), 5' inde romatizmal rahatsızlıklar, 5' inde ciddi kulak hastalığı (işkencede kulak zarı perfore olması nedeni işitme kaybı gibi) mevcuttur. Bunların dışında ortopedik hastalıklar, kadın hastalıkları, göz bozuklukları, vb rahatsızlığı olan mahkumlar söz konusudur. Ayrıca, bu 64 mahkum hastanın yanı sıra çok sayıda mahkumun sağlıkla ilgili sorunları vardır.

Bu mahkum hastalar arasında, bazıları cezaevinde tedavisi mümkün olmayacak düzeyde hastadır. Bu konuda sağlık kurulu raporları olmasına karşın tahliye edilmeyen hastalar olduğu gibi, tetkik ya da tedavi bekleyen hastalar da vardır. Bunların bir bölümü aşağıda sıralanmaya çalışılacaktır: Fahrettin Altun "mitral kapak yetmezliği" teşhisi almış, bir an önce tedavi olması gereken bir mahkumdur. Salih Demir, "koroner kalp hasta"sıdır ve koroner damarlarından biri tıkalıdır. Hayrettin Toptaş' a konulan teşhis, "aort stenozu"dur ve ayrıca kapak yetmezliği söz konusudur. Sadrettin Aydınlik' da "mitral kapak yetmezliği" mevcuttur ve bu hastalık için raporu olmasına karşın tahliye edilmemektedir. Sevgi İnce, "perikarda yakın kurşun mevcut" saptamasına ve vücudunun değişik yerlerinde kurşun yarasına bağlı sağlık sorunu olmasına, tek başına yürüyebilecek durumda olmasına karşın tedavisi ve tahliyesi ile ilgili bir somut adım yoktur. Ali Ekber Akkaya, Ali Yalçın, Mehmet Güvel 1996 ölüm orucu sonrası İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı' nda "Wernicke Ansefolapatisi ve Korsakoff Sendromu" teşhisi-sonucusunda sadece "Korsakoff Sendromu"-almalarına rağmen tedavi ve tahliye işlemleri yapılmamıştır. Yukarıdaki mahkum hastaların acilen tahliyesi ve tedavisi gerekmektedir.

Bunların yanı sıra "böbreklerinde taş ve kist" teşhisi alan ve güvenlik nedeni ile ameliyat edilmeyen Nurettin Bahtiyaroğlu, "böbreklerinde taş" saptanan Hüseyin Kıracı, "gözlerinde katarakt" teşhisi alan ve ameliyat bekleyen Sadık Öner, "karda donma nedeni ile ayakları ampute edilen" Gafur Şen, "kulak zarında perforasyon" olan Hüsamettin Kırmızı ve Hüsamettin Toprak, "lomber disk hernisi" teşhisi alan Seyithan Laçın, benzer bir disk sorunu olan ve ameliyat kararı alınan Ekin Morsümbül bir an önce ameliyat edilmesi gereken mahkum hastalardır.

Ayrıca "işkenceden kaynaklı kollarda uyuşma"sı olan Kemal Tufan hastaneye götürülmediğinden tedavi olamamakta, "sol böbrekte taş"ı olan Asım Özdemir' in tedavisi yapılmamakta, "sol üreter üst ucunda taş ve buna bağlı gelişen hidronefroz" teşhisi alan Tekin Tangün' ün tedavisi yapılmamaktadır.

6.2. Buca Cezaevi:

6.2.1. Fiziksel altyapı koşulları:

İletişim kurulan mahkumların kaldığı koğuş iki katlıdır. Her kat 115 metrekaaredir. Üst kat yatakhane, alt kat yemekhane olarak kullanılmaktadır. Koğuşlar 50 kişilik kapasiteye sahip olmakla birlikte 1997' de en kalabalık koğuşta 21 kişi kalmıştır.

Isınma, kalorifer olmadığı için soba ile olmaktadır. Sobanın 115 metrekaarelik bir koğuşu ısıtmasının zor olması, yakacağın yetersiz olması, baca sistemi olmadığından dumanın havalandırmaya verilmesi, bu konuda dile getirilen en önemli sıkıntılardır.

Her koğuşta bir tuvalet ve banyo mevcuttur. Burada hem bir yetersizlik söz konusudur, hem de özellikle kış aylarında soğuk bir ortamda banyo yapılması bir başka sorundur.

Çift rakamlı koğuşlar (4, 6, vb) hiç güneş görmediği gibi, kışın da çok soğuk olmaktadır. Buna ek olarak, 21 Eylül 1995 olaylarından sonra, ranzaların sacdan kaplanması, yazın çok sıcak, kışın da çok soğuk olmasına neden olmaktadır. 6.ve 7. koğuşların dışında ranzalar sunta kaplıdır. Siyasi mahkumlar, toplam 9 koğuşta kalmakta, 5 koğuş ise boş durmaktadır. Adli mahkumlar ise, eski bölüm denilen yerde ve 15 koğuşta kalmaktadırlar. Bu koğuşlarda binin üzerinde insan, bir yatakta 2-3 kişi yatacak şekilde kalmaktadır.

Cezaevinde konser ve spor salonu olmasına karşın, kullanıma açık değildir.

6.2.2. Hijyen Koşulları:

En temel sorunların başında beslenme gelmektedir. Yemeklerin pişirildiği ortak kazanların ve dağıtımının yapıldığı karavanaların malzemesi yıllardır değiştirilmediği, beslenme hijyenine yeterince dikkat edilmediği, yemeklerin kalitesiz (haftada 2-3 kez mercimek, nohut, kuru fasulye verildiği ifade edilmektedir) ve çok yağlı olduğu için, beslenme yönünden çok sorunlar mevcuttur. İaşe bedelinin kuru yiyecek olarak mahkumlara verilmesi talebine ,yönetim olumsuz yanıt vermiştir. Mahkumlar, ailelerinden gelen yiyeceklerle eksiklerini gidermeye çalışsalar da, özellikle protein ve vitamin yönünden eksikliğin giderilemediğini belirtmektedirler. Adli mahkumlar açısından, beslenme durumu daha vahimdir.

Hem siyasi, hem de adli mahkumlar aynı hamamı kullanmaktadır. Siyasi mahkumlar iki koğuş olarak, haftada birer gün yarımşar saat kullanırken, adli mahkumlar 15 günde bir kullanmaktadırlar. Hamamların en olumsuz özelliği, temizlik işleminin yetersiz olması nedeni ile, haşerenin bol olması, cilt hastalıklarının bulaşması için uygun ortam olmasıdır.

Mahkumların çamaşırlarını yıkamaları için, temizlik maddesi verilmemesi, mahkumları çamaşır sorunlarını kendilerinin çözmesine yöneltmiştir. Banyonun yetersizliği nedeni ile, siyasi mahkumlar, koğuşlarındaki tuvaletlerden birini banyo haline getirmiştir. Ancak, özellikle kış aylarında buraların çok soğuk olması, banyo ve tuvaletlerin temizlik ve dezenfeksiyonun yapılmaması, tuvaletlerin fayanssız-yarıaçık-boyasız durumda olması, tuzruhu gibi maddelerin kısıtlı verilmesi, vb mahkumların hastalıklara açık bir halde olmasına yol açmaktadır. Yine sıcak suyun günde üç kez akması-çoğu kez akmaması, az akması-, ödenek yokluğu gerekçesi ile bulaşık ve temizlik malzemesi verilmemesi, bulaşıkların yıkanmasını olumsuz etkilemekte, hastalıklara davetiye çıkarmaktadır.

Cezaevinde fare, böcek, haşarat sorunu mevcuttur. İlaçlama ve temizlik yapılmaması, bu sağlığı tehdit edici unsurları beslemektedir. Bu sıkıntılar, adli mahkumların kaldığı bölümde daha büyüktür.

Mahkumların dile getirdiği önemli bir sorun da, su borularının eski ve bakımsız olmasıdır. Su tesisatının tamir edilmemesi, hastalıklar açısından önemli bir risktir. Ayrıca 1997' de başlanan suların plastik borularla verilmesi uygulaması konusunda da, mahkumların tereddütleri mevcuttur.

6.2.3. Sağlık Hizmetleri:

*Eski bölümdeki-adli mahkumların kaldığı-2.koşu, revir olarak kullanılmaktadır. Buradan siyasi mahkumlar yararlanamamaktadır. Tıbbi altyapısı yetersizdir. "Ecza dolabı bile olmayan bu yerde, hiçbir hastabakıcı yoktur." Siyasi mahkumlar, revirden genellikle "mafyaclar", "hayali ihracatçılar", vb gibi "torpilliler" in yararlandığını, elektrikli ocak olmasının da kalmak için bir gerekçe olduğunu ileri sürmektedirler.

*Siyasi mahkumlar için revir yoktur. İki hekim tarafından bir odada kontrol edildiklerini belirtmektedirler. Acil müdahale için yeterli araç-gereç mevcut değildir. Mesai saatleri dışında hekim ya da başka sağlık personeli yoktur.

*Acil durumlarda bile sevk 2-3 saatte yapıldığı ifade edilmektedir. Bu yüzden 1995 yılında Salih Işık adlı mahkumun öldüğü belirtilmiştir. Benzer şekilde sevklerin yapılmaması ya da geç yapılması nedeni ile çok sayıda mahkumda kalıcı sağlık hasarı oluşmuştur.

*Tedavi amacı yazılan ilaçların karşılanmaması, tedavilerin yapılmamasına veya eksik kalmasına neden olmaktadır. Bu konudaki eksiklik, mahkumların kendi olanakları ile de giderilememektedir.

*Hemşire ve hastabakıcı eksikliği, mahkumlar arasında bulunan tıp öğrencileri ile giderilmeye çalışılmakta, tıp öğrencisi mahkumlar ayrıca teşhis ve tedavi konusunda da katkıda bulunmaktadır. Serum, enjeksiyon, pansuman, vb işlemler de, mahkumların kendi olanakları ile halledilmeye çalışılmaktadır. Kadrolu bir sağlık personeli, sadece adli bölüme bakmaktadır.

*Göz sorunu yaygın olmasına karşın, mahkumlar, göz uzmanı gelmediğinden ve uzman hekim olmadığından yakınmaktadır.

*Bir diş hekimi mevcuttur. Ancak, mahkumlar diş hekiminin kullandığı aletlerin eski ve "paslı" olduğunu, tedavi sırasında hijyenik koşullara uyulmadığını belirtmektedirler. "Adli bölümde AIDS' li bir hasta tahliye olunca, İHD' ye başvurmuş ve dişçiyeye çıktığını, diğer hastalara bulaşmış olabileceğini söylemiş olmasına rağmen hiçbir inceleme yapılmamıştır." Böyle davranan diş hekimi, mahkumların şikayetleri sonucu görevinden alınmış, yerine geçici, elindeki imkanlarla hastalarla ilgilenmeye çalışan bir diş hekimi gelmiştir.

*Mahkumlar, bulaşıcı hastalıklara ilişkin genel bir sağlık taraması yapılmamasından şikayetçidirler. Şimdiye kadar sadece tüberküloz taraması yapılmıştır. Hepatit, dizanteri ve paraziter hastalıkların yaygın olduğu belirtilmektedir.

*Hastaneye sevk işlemi, en çok yakınılan konudur. 1992 yılından bu yana, toplu saldırı olayları dışında, mahkumlar, sevk işleminin yapılmadığını ifade etmektedirler. Sevke giden mahkumların muayene ve tedavi olmadan, dayak yiyerek geri getirildikleri belirtilmektedir. Adli mahkumlar açısından da, sevk keyfi ve rüşvetle ilişkili olduğu iddiaları mevcuttur. Ring aracı, asker, kelepçe olmaması gibi gerekçeler, sevklerin yapılmamasında kullanılmaktadır. Ek olarak "onur kırıcı aramalar, sevk zincirleri, çift kelepçeler, jandarma saldırıları, ring içinde saldırı, cop tekme demir çubuk ve tekmelerle saldırı, 'ring yok,asker yok' bahaneleri ya da hücre tipi ring dayatmaları, bunları aşabilenler için de mahkum koşusunda havasız-2 metrekairelik hücrelere atma, orada kelepçeye vurmaya kalkma, kelepçe açmama, köpek koydukları yere bizleri koymaya çalışma, küfür-hakaret, keyfi aramalar (saldırı bahanesi için), döverek polikliniklere getirme, doktor muayenesi sırasında bile kelepçe açmama, kelepçeleri kangren olmasına sebep olacak derecede sıkma, sürekli hakaret, vb" vardır.

*Mahkum koşularında tuvalet ve lavabonun dışarıda olması, mahkumların ihtiyaçlarının karşılanmasını, güvenlikten sorumlu personelin insafına bırakılmıştır. Bu durum, güvenlik personelinin mahkuma baskı yapmasına fırsat sağlamakta, hatta tıbbi süreçler bile güvenlik denetimine göre

şekillenmektedir. Mahkum koşulları oldukça pistir ve hastane yönetiminin değil, güvenlik personelinin denetimindedir. Göğüs Hastanesi' ndeki mahkum koşusu kapatılmıştır. Buradaki hastalar da, diğer mahkumlarla aynı koşu kalmakta, aynı tuvalet ve banyoyu kullanmakta, bulaşıcılık açısından bir risk teşkil etmektedir. Mahkumların, mahkum koşularından tedavi tamamlanmadan tahliye edildiklerine dair iddiaları mevcuttur.

*21 Eylül 1995 olayları ve ölüm orucu sonrası çok sayıda mahkumun dış sorunu olmasına ve cezaevinde çekim ve dolgu dışında bir işlem yapılmamasına karşın, dış hastanesine sevk yapılmaktadır.

*Ölüm orucu katılımcılarının, söz verilmesine karşın, tetkik ve tedavileri yapılmamaktadır. Ayrıca, bu insanlar, büyük kentlerin dışındaki ücra cezaevlerine sevk edilmek istenmektedir.

6.2.4. Hasta Mahkumlar:

Buca Cezaevi' nde belirlenen hasta mahkum sayısı, 139' dur. Bu hastalar arasında solunum sistemi hastalıkları % 43 ile ön sırada gelmektedir. Tüberküloz (16 hastada mevcuttur), kronik bronşit, sinüzit, astım solunum sistemi hastalıkları arasında en sık rastlananlar olarak sıralanabilir. Hastaların % 37' sinde sindirim sistemi rahatsızlığı mevcuttur. Bunlar arasında peptik ülser ve "gastrit" ön sıradadır. Yine aynı oranda gözle ilgili sağlık sorunları söz konusudur. Diğer önemli sistem rahatsızlıkları da şöyle sıralanabilir: Romatizmal rahatsızlıklar (% 27), nörolojik rahatsızlıklar (% 25), üriner sistem rahatsızlıkları (% 17), kalp-dolaşım sistemi hastalıkları (% 14), kan hastalıkları (% 14). Ek olarak kulak, cilt, ortopedik, kadın, diş, vb sistem sorunları da mevcuttur.

Buca Cezaevi' ndeki hasta mahkumlar için söylenebilecek en öncelikli nokta, uzun süreli açlık grevleri ve ölüm orucuna bağlı olan sistem hastalıklarının yoğunluğudur. Bu hastaların hemen hepsinde sindirim sistemi, göz, diş, kas-eklem, nörolojik sistem ile ilgili rahatsızlıklar saptanmıştır. Ölüm oruççularından Ahmet Güven (kalp ve böbrek rahatsızlığı), Gülten Işık (kalp hastalığı, kronik bronşit, göz rahatsızlığı, otit-işitme kaybı, romatizma, kronik sinüzit), Zeliha Koyupınar (kol ve bacaklarda uyuşma, kemik-eklem rahatsızlıkları, kronik sinüzit, görme bozukluğu), Semiray Yılmaz (ölüm orucuna bağlı nörolojik bir tablo, "cerebellum atrofisi"), H. Ali Günay (ölüm orucuna bağlı nörolojik bir tablo, görme bozukluğu, kalp rahatsızlığı, sindirim sistemi rahatsızlığı, hemoroit, romatizma), Murat Kahraman (nörolojik sorunlar, görme bozukluğu, cilt bozuklukları), Binali Yıldız (nörolojik belirtiler), Erdal Tiryaki (nörolojik belirtiler, kronik bronşit), Ahmet Korkmaz (kronik bronşit, böbrek rahatsızlığı, görme bozukluğu, kemik rahatsızlığı), Aliyar Şimşek (nörolojik belirtiler, sindirim sistemi rahatsızlığı), Nuri Uğur (nörolojik belirtiler, kronik bronşit, görme bozukluğu), Bernar Satar (Wernicke Ansefalopatisi), Ali Teke (nörolojik sorunlar, görme bozukluğu), Nevzat Kalaycı (nörolojik sorunlar, kronik sinüzit) bir an önce uzman bir ekip tarafından tıbbi gözlem altına alınmalı ve tahliye edilmelidir.

Sürekli açlık grevine (SAG) ve dönüşümlü açlık grevine katılan Sami Güvercin (mide, böbrek, cilt, kas-eklem rahatsızlıkları, nörolojik belirtiler), A. Kadir Eraslan (kulak ve cilt rahatsızlıkları), Ferhat Korkmaz (nörolojik belirtiler, bel rahatsızlığı), Cevdet Yalçın (bel, diş, mide rahatsızlığı, varis), Metin Polat (nörolojik belirtiler, kronik bronşit, hipotansiyon, mide rahatsızlığı), Hüseyin Ferhat (göz, mide, böbrek rahatsızlığı, kronik bronşit, nörolojik belirtiler), Cebrail Yalçın (üriner sistem rahatsızlığı, şiddetli karın ağrıları), İbrahim Şahin (nörolojik belirtiler, mide rahatsızlığı), Filiz Kaplan (böbrek, göz rahatsızlığı, sinüzit), Birgül Tekin (nörolojik sorunlar, eklem rahatsızlığı), İlkay Oğuz (bel ve göz rahatsızlığı, romatizma), kronik bronşit, sinüzit, eklem romatizması), Nurten Kızırmak (guatr, romatizma), Mizgin Polat (böbrek rahatsızlığı, romatizma), Zeycan Efetürk (bö-

rek, kulak, mide rahatsızlığı, romatizma), Mehtap Ceylan (mide, böbrek, üst solunum yolu rahatsızlığı, romatizma), Hülya Hasdemir (böbrek rahatsızlığı, romatizma), Fatma Dönmez (cilt rahatsızlığı, romatizma), Sultan Toptaş (göz ve mide rahatsızlığı, romatizma), Hüsne Davran (nörolojik sorunlar ve görme, solunum sistemi bozukluğu, romatizma), Mürüvvet Küçük (solunum sistemi, mide, göz, bel rahatsızlığı, migren), Nuray Özçelik (kalp, göz, mide rahatsızlığı), Makbule Akdeniz (göz, işitme, böbrek rahatsızlığı, anemi, nörolojik belirtiler), İnanet Kandemir (nörolojik sorunlar, kadın hastalığı, görme bozukluğu), Hülya Türünç (nörolojik sorunlar, kadın hastalığı), Kemal Denli (kalp hastalığı, nörolojik belirtiler), Selahattin Hıra (Kalp, mide, göz rahatsızlığı, barsak enfeksiyonu, anemi, romatizmal ağrılar), O. Ali Çöpel (sinüzit, nefes darlığı, eklem ağrıları), Ahmet Gün (nörolojik belirtiler, göz ve cilt rahatsızlığı), Necati Gönenç (Kalp hastalığı, diş ve dişeti iltihabı), Kerim Okatan (tüberküloz), Gürhan Tamer (diş ve dişeti rahatsızlığı, romatizmal ağrılar), Kadir Ağbaba (diş ve dişeti rahatsızlığı, eklem ağrıları), Bahadır Özerdem (açlık grevi sırasında mide kanaması ve peptik ülser, göz rahatsızlığı), Özden Öz (anemi, nörolojik belirtiler, göz bozukluğu), Ömer Erkek (kas rahatsızlığı, sinüzit, nörolojik sorunlar), Ali Durç (mide ülseri, sinüzit), Yusuf Eroğlu (cilt rahatsızlığı), Şemsettin Ekinci (nefes darlığı, romatizma), Sekvan Becerikli (hemipleji), Hikmet Yılmaz (diş ve ağız, bel, mide rahatsızlığı, romatizma), Kadri Sönmez (nörolojik belirtiler, mide ülseri), Mustafa Aydın (dişeti rahatsızlığı), Mehmet Çelik (mide ülseri), Nazmi Demir (böbrek rahatsızlığı), Hüseyin Eksik (romatizma), İbrahim Tekin (romatizma), Sabri Öner (böbrek rahatsızlığı), Welat Esen (böbrek ve kulak rahatsızlığı, romatizma), Nedim Özdeş (nefes darlığı, mide ülseri), M. Emin Çeçi (kronik bronşit), Hüseyin Güçlü (kronik bronşit, raşitizm), Cemal Tarhan (mide ülseri), Hacı Yanık (göz rahatsızlığı, romatizma), A. Rahman Koçer (göz bozukluğu, romatizma), Fikri Demir (nörolojik sorunlar, mide ve dişeti rahatsızlığı), Yahya Kezer (sindirim bozukluğu), A. Selam Kaya (Anemi), Kasım Avcı (Dişeti rahatsızlığı, sinüzit, romatizma, damar tıkanıklığı), Sait Kızar (mide ülseri), Bayram Kaymaz (epilepsi), Osman Atabay (sindirim bozukluğu), A. Haydar Aşkın (ses telleri iltihabı) açlık grevinin etkileri yönünden ve diğer hastalıkları ile ilgili olarak ciddi bir şekilde değerlendirilmeden geçirilmeli, uygun tedavi ve bakım verilmelidir.

Bunların dışında “kalp rahatsızlığı ve hipotansiyon”u olan, daha önceden tüberküloz geçirmiş olan, ileri derecede görme bozukluğu, kulak rahatsızlığı, mide rahatsızlığı, eklem romatizması, kadın hastalığı mevcut olan Remziye Yaşar; “solunum sistem rahatsızlığı, hipertansiyon” teşhisi alan, hepatit geçirmiş olan, göz bozukluğu mevcut Hanife Dağ; nörolojik sorunları olan Güler Erdoğan; nörolojik ve metabolik rahatsızlığı olan, muhtemelen dolaşım rahatsızlığı mevcut, anemik ve diş-dişeti rahatsızlığı olan Meryem Aslan; birkaç kez mide kanaması geçirmiş ve mide rahatsızlığı olan, muhtemelen dolaşım bozukluğu mevcut, anemik Meltem Kuruhan bir an önce gerekli tetkiklerden geçirilerek ciddi tedavi ve bakıma alınmalıdır. İdris Tiryaki tüberküloz başta olmak üzere akciğer hastalığı yönünden tetkik edilmelidir. Solunum sistemi ve üriner sistem enfeksiyonlarının sık olduğu Hüseyin Tali de, enfeksiyon kaynağı tespiti ve enfeksiyon tedavisi açısından değerlendirilmelidir. Vücudundaki şarapnel parçalarına bağlı ağrılar olan Süleyman Ateş tedaviye alınmalıdır. “Kronik böbrek rahatsızlığı” olan Suat Turan, tüberküloz yönünden de değerlendirilmelidir. Daha önce pnömoni geçiren ama tedavi edilemeyen Gökhan Özocak, tüberküloz şüphesi olan Erdal Arıkan, kalp rahatsızlığı olan ama tedavi edilemeyen Tamer Çadırcı, 21 Eylül 1995 olaylarında darbeye bağlı işitme kaybı kalan Mustafa Tokur ve İnan Çoban, yine aynı olaylarda parmakları kırılan ve doğru kaynamayan Enis Aras, “ankilozan spondilit” ve “varikosel” teşhisi alan M. Ünal Koçak, sık sık enfeksiyon geçiren Esat Tekeli, tüberküloz şüpheli Hatip Azboy ve Mahmut Arslan, “hemipleji”li Osman Kuçhan ciddi tıbbi tetkik ve tedavi gerektiren diğer hasta mahkumlardır.

6.3. Gebze Cezaevi:

6.3.1. Fiziksel Altyapı:

Cezaevi 5-6 yıllık olmasına karşın, bakımsızlık ve yapının özellikleri nedeni ile şimdiden dökülmeye başlamıştır. Cezaevi, şehir dışında, “gözden irak ve gönülden Suriye’dir”.

Toplam 13 koğuştan, 3. ve 4. koğuşlarda bayan mahkumlar, 12. ve 13. koğuşlarda adli mahkumlar, diğerlerinde siyasi mahkumlar, önceden gardiyanların yemek yedikleri bir odada da bayan adli mahkumlar kalmaktadır.

Tecrit kısmında altı hücre vardır. Tek kişilik olan bu hücrelerde bazen 2-3 kişi kalabilmekte, hatta tecrit koğuşunun koridoruna bile birkaç yatak atıldığı zaman olabilmektedir. Hücreler ise, cezaevinin altında, gözden irak bir yerde, karanlık ve ıslak, farelerle dolu mekanlardır.

Yönetim her gelen mahkuma vermesi gereken yatak, çarşaf, nevresim, yastık kılıfı, battaniyeyi ya vermemekte, ya da eksik vermekte, gerekçe olarak da, “ödenek”i ileri sürmektedir. Mahkumlar, bu ihtiyaçlarını kendi olanakları ile karşılamaya çalışmaktadırlar.

Koğuşlarda ranza sayısı 20 olmasına karşın, 22-27 kişi kalmakta, 60 kişilik adli mahkum koğuşlarında ise 80 kişi kalmaktadır. Bu, çalışmayı ve üretmeyi de zorlaştırmaktadır.

Mahkumların bir şikayeti, uzaktan gelmek zorunda kalan ziyaretçilerin taciz edilmesi, zaman zaman hakarete uğraması ve dövülmesidir.

Havalandırmadan sınırlı bir şekilde yararlanıldığı belirtilmiştir.

Patlayan lambaları, idare karşılamadığı gibi, mahkumların kendi paraları ile lamba alması konusunda da zorluklar çıkarabilmektedir. Yeni televizyon alınması, radyolara adaptör alınmasında idarenin zorluk çıkartması, bozulan televizyonların parasının mahkumlardan istenmesi de dile getirilen sorunlar arasındadır.

Isıtma yeterli değildir. Mahkumların getirttiği ısıtıcılara izin verilmemektedir.

Elbise ve eşyalar için, mahkumlara çelik dolap verilmemektedir. Eşya ve elbiseler, poşet, karton kutu, askılarda tıkiş-tıkiş korunmaya çalışılmaktadır.

Koğuşlarda yeterli çiçek bulunduğu gerekçesi ile, koğuşlara toprak ve saksı alınması da engellenmektedir.

6.3.2. Hijyen Durumu:

Siyasi mahkumlar mümkün olduğu kadar hijyene dikkat etmeye çalışmaktadırlar. İçme suyunu musluktan alıp, kendi olanakları ile temin ettikleri damıtma aracından geçirerek ve ilaçlayarak kullanmaktadırlar. Yaz ayları dışında su sorunu olmadığı belirtilmektedir.

Her koğuşta dört tuvalet mevcuttur. Hiçbir koğuşta banyo olmadığından, bir tuvalet dezenfekte edilerek, banyo olarak kullanılmaktadır. Cezaevinde bulunan ama hijyenik olmayan hamama haftada bir gün gidilse de, mahkumlar buradan memnun olmadıklarını ifade etmektedirler.

İaşe bedelinin düşük olması, yemeklerin iyi olmamasının nedenidir. “Lime lime tavuk, ne eti olduğu belli olmayan haşlama, kaç aylık-yıllık olduğu belli olmayan etten tas kebabı, içinde nohut ya da kuru fasulye olan salçalı birtakım yemekler, ağırlıklı olarak lapa pirinç pilavı, ikiye bölünmüş

halde pırasa, taşlı ve kumlu ispanak, vs. Ailelerimizin getirdikleri yiyecekler de olmasa, zorunlu vejeteryan olmamız işten bile değildi. Hele kahvaltılar... Hamam böceklerini andıran zeytin taneleri, kireci andıran beyaz peynir, yapış yapış helva... ”

İş ve çalışma konusunda, mahkumlar yönetimin keyfi davranmasından yakınmaktadırlar. “...kontrplaktan bir ecza dolabı yapmamıza izin vermediği” için, mahkumlar ilaçlarını karton kutularda saklamakta, iş için istedikleri malzemelere genellikle izin alamamakta ya da bir kısmına izin alabilmektedirler. Yazı yazmak için gereken masaya bile, yönetimin engel olduğu ifade edilmektedir. İlçe halk kütüphanesinden yararlanma taleplerine olumlu yanıt verilmemiştir. Cezaevindeki kütüphanede ise birtakım sağ görüşlü dergi ve kitapların dışında yayın bulunmaması ve mahkumların talep ettiği yayınların “ yasak” gerekçesi ile alınmaması da yakınma konusudur.

İdare, vermesi gereken sabun, deterjan, toz deterjan, su kovası, lastik paspas, leğen, tuz ruhu gibi temel temizlik maddelerini vermekte, hatta çamaşırhanede yıkatılan çamaşırların deterjanını bile mahkumlardan almaktadır.

İlaçlama ve badana yapılmamaktadır. Mutfakta, çok sayıda böcek-haşarat bulunmakta, bu bölgenin mahkumlarca denetlenmesi engellenmektedir.

Yemek için yeterli masa ve oturmak için yeterli oturma olmaması, meyve sandıklarından masa ve yoğun kaplarından oturma ile giderilmeye çalışılmaktadır.

Musluk sorunu da mevcuttur. Bozulanların tamir ettirilmesi, yeni muslukların takılması, mahkumların paraları ile dışarıdan musluk alması sorundur.

6.3.3. Sağlık Hizmetleri:

*Cezaevinde kadrolu bir pratisyen hekim mevcuttur. Ayrıca asıl kadrosu gardiyan olan ama bu konuda bir eğitim almamış bir sağlık personeli vardır. Bir de odası olmayan psikolog söz konusudur. Hekim ve sağlık memuru, hafta içi, mesai saatlerinde cezaevinde bulunmaktadır. Hafta sonu ve acil durumlarda, mahkumlar sağlık sorunlarını kendi iç yardımlaşmaları ile çözmeye çalışmaktadırlar.

*Bazı hastaların teşhisi konusunda, değişik sağlık kurumlarında, çeşitli tetkikler yaptırılmalarına karşın çok fazla ilerleme kaydedilemediği belirtilmiştir.

*Zaman zaman tüberküloz için tarama yapılmakta, ancak koruyucu hekimliğe ilişkin başka işlemler, özellikle aşılama hizmetleri gündeme getirilmemektedir.

*Sevk işlemi, oldukça büyük bir sorundur. Genellikle sevkler, zamanından çok geç yapılmaktadır. Gebze Devlet Hastanesi’ ne sevkini 1-2 ayda olabildiğini belirten mahkumlar, ilçe dışı sevklerde bu işin daha zor ve neredeyse 5-6 ay sürdüğünü ifade etmektedirler.

* “Sedergine”, “Aspirin”, “Vics” gibi ilaçlar ile A, B, C vitaminleri dışındaki vitaminler karşılanmamaktadır. Pansuman malzemesi verilmediği için, özellikle hafta sonları sorun yaşanmaktadır.

6.3.4. Hasta Mahkumlar

Gebze Cezaevi’ nde tespit edilebilen hasta mahkum sayısı, 29’ dur. Bunların 12’ sinde çeşitli nörolojik rahatsızlıklar mevcuttur. Diş ve dişeti rahatsızlığı olan hasta mahkum sayısı 9, göz sorunu olan hasta mahkum sayısı 6’ dır. Sindirim sistemi rahatsızlığı, ortopedik sorunu olan, romatizması tespit edilen ve solunum sistemi hastalığı mevcut hasta mahkum sayısı toplam 16’ dır.

Fetullah Demir, Tekin Gencer ve Refik Sünkür işkence süreçlerine bağlı rahatsızlıklarının tedavisi için beklemektedirler. Özellikle kolları ile ilgili sorunları vardır. Aslan Gümüşboğa da, işkence sürecinde kafasına ve göğsüne aldığı darbeler sonucu rahatsızdır ve tedavi beklemektedir. Sakine Çakmak, kas yırtılmasından dolayı ameliyat olmuş, ancak ameliyat sonrası bakım ve tedavisi yetersiz kalmıştır. Bu arada kronik bronşit tablosu, sık sık astım krizleri ile kendisine zor durumlar yaratmaktadır. Mehmet Güneş, tüberküloz yönünden değerlendirilmeli ve bir an önce tedaviye alınmalıdır. "Spinal kord daralması" tespit edilen ve sağ tarafında uyuşma ve his kaybı gelişmeye başlayan Mustafa Demirel' in ameliyatı bir an önce gerçekleştirilmelidir. Bekir Sıtkı Keçeci, gördüğü işkence sonucunda, 1990' da alınca takılan kemik greft kırılmıştır. Ayrıca "cerebral atrofi" teşhisi almıştır. Bu nedenle, tahliyesi yönünden değerlendirilmeli ve tedavisi düzenlenmelidir. Selma Turgut' un "vertigo" krizlerine ilişkin teşhis ve tedavi süreçlerinin tamamlanması, Hacer Bozkurt' un sol kol ve omzundaki uyuşma ile kulak çınlaması ve işitme kaybı için teşhis süreçlerinin işletilmesi, İlky Çoban' ın menüsküs yönünden ileri tetkike alınması gerekmektedir.

Gebze' de uzun süreli açlık grevlerine ve 1996 yılındaki ölüm orucuna katıldığı için çeşitli sağlık sorunları gelişmiş hasta mahkumların bu sorunları halen sürmektedir. Ayhan Güneş, 43 günlük açlık grevi sırasında birçok nörolojik sorun sahibi olmuş, bu arada göz rahatsızlığı ve romatizma geçirmiştir. Daha sonra 70 günlük ölüm orucundan sonra nörolojik sorunları artmış, romatizmal sıkıntıları belirginleşmiştir. Hakan Narin de 43 günlük açlık grevi sonrası nörolojik sorunlar ve üroloji, göz, solunum sistemi sorunları edinmiş, 6 ay sonraki 70 günlük ölüm orucunda bu sorunlar şiddetlenmiştir. Hasan Polat, 43 günlük açlık grevinin 30. günü ağırlaşmış, 6 ay sonraki 60 günlük açlık grevinde nörolojik sorunları artmış, solunum sistemi rahatsızlığı had safhaya ulaşmış, bu arada göz rahatsızlığı ve hemoroit geçirmiştir. Ziya Ulusoy da, önce 43 günlük, sonra 60 günlük açlık grevleri yaşamış, bunun sonucu peptik ülser, göz rahatsızlığı, romatizma ve benzeri sorunları-yaşının da etkisiyle-artmıştır. İbrahim Gezici, 70 günlük açlık grevi sonrası nörolojik sorunlar yaşamış, bu arada kas spazmı benzeri sıkıntılar geçirmiştir. Ayrıca, Mustafa Yaşar 70 günlük, Yusuf Çakal 45 günlük, Rauf Ardem 70 günlük açlık grevi ve ölüm orucu sonrası gelişen sağlık sorunlarını yaşamaktadırlar. Ali Kılıç da, açlık grevi ve ölüm orucu sonrası kan dolaşımı bozukluğu, eklem ağrıları ve nörolojik sorunları çekmekte ve teşhis-tedavi ile ilgili aksayan süreçleri aşmaya çalışmaktadır. Tüm bu hasta mahkumların özel bir merkezde bakım ve tedaviye alınması, bu bağlamda da tahliye edilmesi gerekmektedir.

6.4. Bursa Özel Tip Cezaevi:

6.4.1. Fiziksel Altyapı Koşulları:

Cezaevi 1987 yılında yapılmış, 1988' de kullanıma açılmıştır. Toplam 12 blok vardır. 1997' deki mahkum sayısı 350 kadardır. Aralık-Mart ayları arasında havalandırmaya güneş düşmeyecek şekilde bir mimari yapı söz konusudur. Pencereleler, oda hacimlerine kıyasla çok küçüktür. Hücrelerde, özellikle kış aylarında yeterli oksijen bulunmamaktadır. Yapının beton olması nedeni ile, nem önemli bir sorundur. Bütün yaşamın beton üzerinde olması, mahkumların toprakla temasının olmaması, birçok sağlık sorununun da gerekçesidir.

6.4.2. Sağlık Hizmetleri:

*Sürekli olarak bir hekim ve bir sağlık personeli vardır. Mesai saatleri dışında ve hafta sonu, sağlık personeli yoktur.

*Revir yoktur. Oysa mahkumlar, uygun oda olduğunu belirtmektedirler.

*Mahkumlar, cezaevi hekimine hastaneye sevk edilen hastaların dosyalarına gereken işlemleri yapmaması ve hastaneden cezaevine dönüşte dosyalarla ilgilenmemesi eleştirisini yapmaktadırlar. Hekime ilişkin bir diğer eleştiri de, hasta muayenesi sırasında kapıyı bilinçli olarak açık bırakmasına yöneliktir.

*Mahkumlar, Bursa Devlet Hastanesi' ndeki hekimlerden de, muayene sırasında ellerinin çözdürülmemesi, jandarmanın dışarıya çıkarılmaması gerekçesi ile yakınmaktadırlar. "Oradaki personelin bizlere bakışı 'ideolojik'tir. Hipokrat yemininde ortaya konulduğu biçimiyle ayırım gözetmeksizin ve insan' ı temel alan bir yaklaşımdan uzaktırlar. Örneğin, damardan kan alınacağı zaman ya da kalçadan iğne yapılacağı zaman jandarmaya bizzat kendileri 'kelepçeleri çözmeye gerek yok' diyebilmektedirler. Bu durum tabii askerin de işine gelmektedir. Bizim zorlamalarımız olmasa daha ne kadar ileri gidecekleri meçhuldür. Devlet hastanesindeki doktorların çoğu arkadaşlarımızı muayene ederken jandarmayı dışarı çıkarmamaktadır. Hatta çoğu arkadaşımızı elleri kelepçeli muayene etmektedirler. Kimi doktorların tarzı ise sessizce onaylamadır. Bu nasıl oluyor ? Jandarma kelepçeyi çıkarmam diyor ve doktor da bunun karşısında 'ben ne yapabilirim ki' diyerek müdahale etmiyor, sessiz kalıyor."

*Devlet hastanesindeki mahkum koğuşu, havasız ve ışık almayan bir yerdir. Pencere, güvenlik gerekçesi ile açılmamaktadır. Toplam dört yatak mevcuttur. Çoğu zaman yatması gereken mahkumlar, ayaklarından zincirle yatağa bağlanmakta, buna itiraz etmeleri üzerine tedavi olmadan cezaevine geri gönderilmektedirler. "Burada bu meseleyle ilgili önemli bir örnek yaşandı. İlk ikisi küçük olmak üzere üçüncü kere ama bu sefer daha büyük çaplı olarak mide kanaması geçiren bir arkadaşımız bu ayaktan kelepçeleme durumuna maruz kaldı. Haliyle kanamalı arkadaş uygulamayı reddederek cezaevine geri geldi. Aynı gece nabız giderek filiformikleşti, tansiyon oldukça düştü. Anladığımız üzere arkadaş an be an şok' a doğru gidiyordu. Bu durumda idareden en azından serum takılım istemimiz bile geri çevrildi. Doktoru çağırın dedik çağırılmadı. Aynı gece uzun uğraşlardan sonra zincir takılmaması şartıyla arkadaş tekrar hastaneye gönderildi. Gittiğinde oradaki doktorun ilk söylediği şu olmuş: 'Yarım saat içinde gelmeseydin kesin ölürdün !' Durumun vahametini anlatmak açısından bu olayı anlatmak istedik".

*Mahkumların, teşhis ve dolayısı ile tedavi süreçleri ile de eleştirileri var. "...Çetin Güneş adlı arkadaşımız 2 ay boyunca kronik bronşit tanısıyla tedavi edilmiş, ardı sıra perikardit tanısıyla tedavi edilmiş ve en son 'dilata kardiyomiyopati' de karar kılınmıştır... Bu arkadaş hastaneye gönderiliyor, orada kendisine demir eksikliğine yönelik bir ilaç ve Bemix-C veriliyor. Durumu ağırdır ve bir kez daha gönderiliyor; bu sefer bir başka doktor 'Senin acilen yatman gerekir' diyor. Hatta 'Bizde gerekli ve yeterli araştırma cihazları yok, seni üniversiteye sevk edeceğiz' diyor. Sevk ediliyor ve çekilen EKO' dan sonra 'dilata kardiyomiyopati' teşhisi konuluyor. Üzerine gitmesek, zorlamasak arkadaşımız halen kronik bronşite yönelik tedavi ile oyalanacaktı."

"İleri derecede varis olan bir arkadaşımız var. Bursa' ya gelmeden önce, kalmakta olduğu Aydın Cezaevi' nde gitmiş olduğu hastaneler 'ameliyat şart' demişler. Buraya sevk edildikten sonra ona 'ameliyat gereksiz' deniliyor. Bu arkadaşımızın ismi Hasret Kuş' tur..."

*Ölüm orucundan çıkan mahkumların özel durumları söz konusudur. Hemen hepsinde uyku, hafıza, denge sorunları değişik derecelerde sürmektedir. Bu konuda hekimlerin deneyimsizliği ve hazırlıksızlığı ortaya çıkmış, 1996 yaz aylarındaki açlık grevleri bu durumu gözler önüne sermiştir. Hekimlerin hazırlıksız ve bilgisiz oluşu, ölüm orucunun etkilerinin derinleşmesine yol açmıştır.

6.4.3. Hasta Mahkumlar:

Bursa Özel Tıp Cezaevi'nde tespit edilen 119 hasta mahkumun % 43'ünde sindirim sistemi rahatsızlığı mevcuttur. Sindirim sistemi rahatsızlıkları arasında da peptik ülser ön sırada yer almaktadır. Hasta mahkumların % 36'sında solunum sistemi rahatsızlığı vardır. 5'inde tüberküloz tespit edilen bu hastalarda belirlenen en öncelikli sorunlardan biri, kronik bronşit ve kronik üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Diğer önemli sağlık sorunları arasında % 33 ile romatizma, % 28 ile nörolojik sorunlar, % 24 ile ürogenital sistem rahatsızlıkları, % 23 ile göz rahatsızlıkları, % 18 ile kalp-damar hastalıkları gelmektedir. Ayrıca çeşitli ortopedik rahatsızlıklar, disk rahatsızlıkları, diş ve dişeti rahatsızlıkları, hemoroit, vb sorunlar mevcuttur.

İşkenceye bağlı testis rahatsızlığı nedeni ile sürekli ağrısı olan ve disk sorunu bulunan Yusuf Akbaba; "guatr", "özefagusda daralma", lenf sisteminde rahatsızlık, peptik ülser ve romatizma sorunu olan İbrahim Halil Ata; "kronik prostatit", "kronik bronşit" ve romatizmal rahatsızlığı olan Mustafa Çepik; dolaşımı ileri derecede bozan bir varis rahatsızlığına sahip Hasret Kuş; dolaşım bozukluğu olan ve travmaya bağlı nörolojik sorunları olan Fevzi Yetkin; akut eklem romatizması sonrası gelişen kalp rahatsızlığı ve böbrek yetmezliği olan, peptik ülser ve nörolojik rahatsızlıklara sahip Mehmet Kaya; donma sonrası gelişen nekroz nedeni ile ayağı ampute edilen ve amputasyon sonrası enfeksiyonun geliştiği Nadir Tosun; "kalp yetmezliği", tüberküloz ve solunum güçlüğü teşhisi alan, peptik ülser ve romatizması olan Mehmet Gök; mide ameliyatına rağmen ağrıları geçmeyen ve travmaya bağlı nörolojik sorunları olan Ferit Aydın; "kronik bronşit" ve barsak hastalığı olan, ayrıca anemi ve eklem rahatsızlığı mevcut Murat Ergün Güran; "tüberküloz" teşhisi alan, mide ve romatizma rahatsızlığı olan Adil Yaşar; özefagustan barsağa kadar sindirim sistemi rahatsızlığı olan, ruhsal ve nörolojik rahatsızlıkları olan Behzat Esmer; "prostatit", hemoroit ve romatizma olan M. Hayri Kangin hastalıklarının tedavisi ve bakımı için ciddi bir değerlendirmeden geçirilmeli, mümkünse tedavileri cezaevi ortamı dışında düzenlenmelidir. Aziz Uçar "astım", böbrek rahatsızlığı, bacaklarda uyuşma ve hemoroit; Mehmet Darga "migren", "kronik sinüzit", romatizma ve elektrik işkenmesine bağlı lekeler; Mehmet Emin Tunç mide ameliyatı olmasına rağmen kanamaların devam etmesi; Cemal Odabaşı "supraventriküler taşikardi", "angina pectoris", "peptik ülser", "kronik bronşit", üriner sistem rahatsızlığı ve "trigeminal nevralsi"; Kazım Ateş "hipertansiyon", "peptik ülser", romatizma ve görme bozukluğu yönünden ciddi incelemeye alınmalı, tedavi ve bakımları düzenlenmeli ve tedavisi cezaevi koşullarında yapılamayacak olanlar tahliye edilmelidir. 1992 yılında mide ameliyatı geçiren, ancak iki kez kanaması olan, tek böbreği işlevini yitirmesine karşın ameliyat edilmeyen, ek olarak migreni olan Eyüp Eşbul, bir an önce ameliyat edilmeli, kanama odağı açısından değerlendirmeye alınmalıdır. Sağ ayağı ampute edilen, amputasyon sonrası enfeksiyon gelişen Ayhan Karabulut tedavi edilmeli, ayrıca hipertansiyon açısından tetkikten geçirilmelidir. Sağ ayağında felç olan Abdullah Altürk'ün günlük yaşamının kolaylaştırılması için gerekli bakım önlemleri alınmalı, bu arada peptik ülser ve üriner sistem enfeksiyonu tedavi edilmelidir. "Parapleji" teşhisi alan Kerem Atbaş'ın teşhis ve tedavisi düzenlenmelidir. Donma sonucu her iki ayak parmakları ampute edilen Ali Emek'in bakım ve tedavisi düzenlenmelidir. Travmaya bağlı olarak kafasında, bel ve sırtında lezyonlar olan Taner Eşsiz, bu yönden incelemeye alınmasının yanı sıra "peptik ülser", "kronik bronşit ve sinüzit", görme bozukluğu için de tedaviye alınmalıdır. Kemik-kas-eklem rahatsızlığı olan Muzaffer Ayata da, hem bu sorunlar açısından hem de kronik üst solunum yolu enfeksiyonları ve göz rahatsızlığı için tedaviye alınmalıdır. "Tüberküloz" teşhisi alan ve romatizması olan Ömer Gelici bir an önce tedavi edilmelidir. Muharrem Bozan "kalp yetmezliği" yönünden tedavi edilmeli ve tedavisi cezaevi dışında yapılmalıdır. Ayrıca sağ böbrekte taş, hemoroit için de tedavi görmelidir. Hamit Kankılıç, günlük yaşamını zorlaştıran kas-sinir rahatsızlığı yönünden incelemeye alınmalı ve

tedavi edilmeli, kronik solunum sistemi rahatsızlıkları da giderilmelidir. “Disk hernisi” teşhisi alan ve buna bağlı nörolojik defisitleri olan Seferi Yılmaz, bir an önce tedaviye alınmalı, ayrıca diz ve bel bölgesindeki kemik rahatsızlığı yönünden incelemeye alınmalıdır. “Böbrek yetmezliği” teşhisi alan ve peptik ülser, romatizma gibi sorunları olan A. Kadir Urey; menenjit sekellerinden rahatsız olan Seyithan Ay; kalp ve dolaşım rahatsızlığı olan Ayhan Bingöl de ciddi teşhis ve tedavi süreçlerine alınmalı, cezaevi koşullarında tedavileri mümkün olmazsa tahliye edilmelidir. Hacı İsmail Aslan 1976’ da bir sindirim sistemi ameliyatı geçirmiş, ameliyat sonrası sorunları gelişmiş, tedavisinin yeniden düzenlenmesi için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’ nden talep edilen belgeler gelmediği için düzenleme yapılamamıştır. Bu sorun için tedavisinin yapılmasının yanı sıra, migren, sinüzit, tek göz kaybı, görme bozukluğu, kalp-solunum rahatsızlığı, disk hernisi, hemoroit ve nörolojik sorunlar nedeni ile tedaviye alınmalı, bu tedavi cezaevi dışında gerçekleşmelidir.

Bu hasta mahkumların yanı sıra, Sunay Yorulmaz (disk ve eklem rahatsızlığı), Tayir Duran (migren, peptik ülser, akut eklem romatizması), M. Sait Över (disk hernisi), Hamza Kandemir (eklem rahatsızlığı, nörolojik sorunlar), Kemal Özelmali (ölüm orucuna bağlı nörolojik rahatsızlıklar), Remzi Ercanlar (böbrek rahatsızlığı, siroz, nörolojik rahatsızlıklar), Erdal Doğan (açlık grevi sonrası gelişen kas-sinir rahatsızlıkları), Bülent Türkaç (tüberküloz, nörolojik sorunlar), Yusuf Kenan Dinçer (nörolojik rahatsızlıklar) sağlık sorunları için ciddi tetkik süreçlerinden geçirilmeli, bakım ve tedavileri düzenlenmelidir.

6.5. Nevşehir Cezaevi:

6.5.1. Fiziksel Altyapı:

Cezaevi, 1986-87 yıllarında açılmıştır. 1989’ dan itibaren de siyasi mahkumlar kalmaya başlamıştır. Bu yıllarda yaklaşık 250-300 siyasi mahkum kalırken, 1993 Şubat ayında yaşanan bir firar eyleminden sonra cezaevi boşaltılmış, yalnızca 24 mahkum kalmıştır. Son iki yılda ise 100-110 kadar siyasi, 250-300 kadar adli mahkum kalmaktadır. Siyasi mahkumlar 7, adli mahkumlar ise 12 koğuştadır.

Cezaevi şehrin yaklaşık 12 kilometre dışındadır. Fiziksel altyapının genel olarak yetersiz olduğu söylenebilir. Koğuşların kapasitesi 20 ve 20-30 arasında değişen bir özelliktedir. Koğuş büyüklüğü, yaklaşık 100-110 metrekaredir. Siyasi koğuşlarda 8-12 kişi kalmaktadır. Ancak bayanlar koğuşunda kalacak yer sorunu vardır. Adli mahkumların kaldığı koğuşlarda da, kalabalık, bir sorundur.

Kalabalığın dışında, hiçbir koğuş sağlık standartlarına uygun değildir. Koğuş pencereleri küçüktür. Yine yerleşim planı nedeni ile, koğuşlara güneş ışınları girmemektedir. Aydınlatma sorunludur. Sürekli elektrikli aydınlatma gereği söz konusudur. Gündüz bile elektrikler yanmaktadır. Bu da, insanlarda göz rahatsızlığı yaratmaktadır.

Özellikle kışın ısınma koşulları yetersizdir. Cezaevinin yüksek bir tepede olması nedeni ile kışların sert geçmesi özel bir sıkıntı kaynağıdır. Ek olarak, kazan dairesine yakın koğuşlarda kömür tozu, dumanı ve kurumu rahatsızlık kaynağıdır.

İçme suyu yeterince klorlanmamakta, ayrıca sıcak ve kireçlidir. Cezaevinde yaygın üriner sistem taşı ve enfeksiyonunun bu durumla yakın bir ilişkisi vardır.

6.5.2. Hijyen Durumu:

Tuvalet, banyo ve lavabolar temiz ve hijyenik değildir. Buraların temizliği ile ilgili de pek bir şey yapılmamaktadır.

Böcek de önemli bir sorundur. Kaloriferler, dolaplar, tuvaletler, banyolar böcekten geçilmemektedir. 1997 ortalarında cezaevinde uyuz salgını yaşanması, konunun önemini yansıtan bir örnektir.

Mahkumların ortak kullandığı hamamda, hemen hiç sağlık önlemi alınmamaktadır. En önemli sağlıksız mekanların başında hamam gelmektedir.

Yemeklerin dağıtıldığı karavanalar çelik değildir, üstelik zaman zaman da yemekler açık gelmektedir. her gün 400-500 kişi için yapılan yemekler, yağlıdır ve protein açısından eksiktir. Cezaevinde sindirim sistemi rahatsızlıklarının yaygınlığında, yemeklerin katkısı büyüktür.

6.5.3. Sağlık Hizmetleri:

*Cezaevinde bir revir vardır. Revir hafta içinde ve mesai saatlerinde açık, hafta sonları kapalıdır.

*Tam gün çalışan bir pratisyen hekim mevcuttur. Hekim dışında sağlık personeli yoktur. Ya gardiyanlar ya da adli mahkumlardan birileri, revir işlerine ve ilaç dağıtımına yardım etmektedirler.

*Acil durumlar için, tıbbi malzeme ve araç-gereç yetersizdir. Mesai dışındaki acil durumlarda, ilk müdahale çok zor gibidir. Acil hastaların gönderildiği Nevşehir Devlet Hastanesi'nde, mahkumlar, ayak üstü-baştan savma bakıldıklarını ifade etmektedirler.

*Yazılan reçeteler, cezaevi yönetimince temin edilmektedir. Mahkumlar, bu konuda sıkıntı yaşamadıklarını belirtmektedirler.

*Mahkumlar, hastaneye sevk olma konusunda da sıkıntı yaşamadıklarını ifade etmektedirler. Cezaevinde tıbbi müdahale anlamında yeterli malzeme olmaması, her sağlık sorununda Nevşehir Devlet Hastanesi'ne sevk gündeme getirmiştir.

*Sevkle ilgili dile getirilen en önemli sıkıntı, dış güvenliğin baskısı, keyfi uygulamalarıdır. Hastaneye gidişte ellerin kelepçeli olması, kollarına girilip sürüklenircesine muayene götürülmeleri, hastanedeki mahkum bekleme hüccresinin çok sağlıksız olması, bekleme hüccresi içinde tuvalet bulunması, hüccrelerde kelepçe çözülmeyen bekletilmesi mahkumların en çok yakındığı durumlardır.

*Mahkumlar, hastane polikliniklerinde muayene olurlarken askerin içerde oturmasından ya da tam muayene sırasında içeri girmesinden şikayetçilerdir. Bu konuda kadın-erkek ayrımı gözetilmediği de belirtilmektedir. Bu konuda hekimlerin itiraz etmemesi ve askerlerin de girme yönünde çaba sarf etmeleri bir etkindir.

*Mahkumlar, hastanedeki muayene-tetkik-tedavi sürecinden de memnun değildirler. Çok sayıda ameliyat ve tedavi/ileri tetkik endikasyonlu hasta mevcut olmasına karşın, gerekli işlemlerin yapılmaması söz konusudur. "Bu cezaevinde gerekli tedavisi-teşhisi yapılmadığı veya yanlış-baştan savma yapıldığı için iki arkadaş ölmüştür. Bu arkadaşlardan Kazım Tunç, beyin tümörü sonucu hayatını kaybetti. Salih Çelikpençe isimli arkadaşımız ise sarılık, karaciğer yetmezliği ve sonuçta karaciğer kanseri sonucu hayatını kaybetmiştir. Salih Çelikpençe arkadaşımız Nevşehir Devlet Hastanesi'nden Kayseri'ye havale edilmiş, oradan da muayenesi yapılmadan geri gönderilmiştir. Defalarca dilekçe yazılarak günler sonra Ankara'ya havale edilebilmiştir. Artık çok geç kalındığı için Ankara'da vefat etmiştir."

6.5.4. Hasta Mahkumlar:

Nevşehir Cezaevi'nde tespit edilen 64 hasta mahkumun yaklaşık 1/3'ünde bir sindirim sistemi rahatsızlığı vardır. Her 5 mahkumdan birinde üriner sistem ya da solunum sistemi hastalığı veya kas-eklem rahatsızlığı vardır. Hasta mahkumların 10'unda kalp-dolaşım sistemi hastalığı vardır.

Ayrıca 7 mahkumda nörolojik rahatsızlıklar, 5' inde ortopedik rahatsızlıklar, 5' inde göz rahatsızlıkları mevcuttur.

Mustafa Okçul' da romatizmal kalp hastalığı/kalp yetmezliği, Adnan Yalçın' da kalp rahatsızlığı (ayrıca böbrek taşı, kas hastalığı), İbrahim Gerez' de romatizmal kalp hastalığı (ve peptik ülser), Abdülmecit Şeker' de kalp yetmezliği (iki kez akut MI geçirdi), Ömer Karayığit' te mitral yetmezliği (ve romatizma, sinüzit) mevcuttur ve cezaevinde buldukları sürece rahatsızlıkları ilerleye(bile)ceğinden tahliye edilmelidirler. "Romatoid artrit" teşhisi alan Mustafa Polat' ın bu hastalığı ilerleyici özellikte olduğu için, bakım ve tedavisi ciddi bir şekilde düzenlenmelidir. Bu yıl tahliye edilen Nimet Can, kurşun yaralanmasına bağlı T4-T5 seviyesinde felç durumundadır, günlük yaşamını idame ettirmekte zorlanmaktadır. Tahliyeden sonra da hastalığının tedavisi, rehabilitasyonu devletin sorumluluğunda olmalıdır. Zeki Açıkgöz' ün sırt bölgesindeki siyah renkli kistik oluşumların teşhisi konusunda adım atılmalı, kafa travmasına bağlı baş ağrıları sorunu çözümlenmelidir. "Epilepsi"si olan Mehmet Nezir Tayfun, "sağ inguinal bölgede herni"si olan Zeki Sarman, "guatr operasyonu sonrası nefes darlığı" gelişmiş Aydın Akyıldız, "lenfadenit" şüphesi olan Soner Doğan, "hipertansiyon"u olan Hasan Altındal, batında solda kitlesi ele gelen Yusuf Açar, "varis" ve "ayaklarda hematoma" olan Tayyir Oral, "karaciğer kisti" olan Abdurrahman Oral, "böbrek taşı" ve buna bağlı hematurisi ve akut idrar yolu enfeksiyonu olan Ceyhan Yıldırım, vücudunun çeşitli yerlerinde şarapnel parçaları olan Süreyya Bulut' un tedavileri bir an önce düzenlenmeli/yapılmalıdır. Cezaevinde bebeği dünyaya gelmiş olan ve "epilepsi" teşhisi alan Remziye Kılıç' ın özel durumu nedeniyle tahliye edilmesinde gerek vardır. Yine tüberküloz teşhisi almış olan Esmer Tamboğa ve Nezahat Kaya' nın tedavileri düzenlenmeli ve bakımları yapılmalıdır. Bunların dışında beslenmeye bağlı olarak çok sayıda mahkumda peptik ülser söz konusudur; diyetleri düzenlenmelidir. Yine cezaevinde hijyenik ortama bağlı olarak mantar hastalıkları yaygındır.

6.6. Siirt Cezaevi:

6.6.1. Fiziksel Altyapı Koşulları:

Siirt E Tipi Cezaevi 1997 yılından itibaren faaliyete geçmiştir. Koğuşlar 10 ve 24 kişilik olduğu gibi, 100 kişilik koğuşlar da vardır. 10 kişilik koğuşlar dar olmasına karşın, 24 kişilik koğuşlar daha iyidir.

Koğuşlar basıktır, havalandırma pencereleri küçüktür. Özellikle yaz aylarında aşırı sıcaklarda, bu durum bunaltıcı olmaktadır. Üst koğuşlara pervane takılmaması nedeni ile, mahkumlar masa pervaneleri ile durumu idare etmeye çalışmaktadırlar.

Aydınlatma, gözleri bozacak kadar kötü olup, koğuşlar loştur. Havalandırma ise, sabah açılmakta, akşam sayımdan sonra kapatılmaktadır. Yaz aylarında sürenin 20.00' ye kadar uzatılması, kısmi bir rahatlama sağlasa da, iki koğuşun havalandırmayı ortak kullanması, sorunu artırıcı olmaktadır.

6.6.2. Hijyen Durumu:

Yemeklerin besleyici değeri az, yemeklerin pişirilme ve koğuşlara taşınma koşulları hijyenik değildir. Ekmekler de kuru ve besleyicilikten yoksundur.

Koğuşlarda banyo olmaması nedeni ile, tuvaletlerin olduğu bölümde ayrılan yerde bir-iki duş kabini, banyo için kullanılmaktadır. Tüm cezaevinde aynı anda sıcak su verilmesi de, sıcak sudan yararlanmayı engelleyen bir faktör olmaktadır.

Tuvaletler ile yemekhane arasında sadece bir duvar bölmesi ve kapı olması nedeni ile, yemeklerin hijyenik bir ortamda yenmesi sorun olmaktadır.

6.6.3. Sağlık Hizmetleri:

*Cezaevinde kadrolu-sürekli bir hekim yoktur. Sağlık hizmeti, geçici görevle gelen hekimlerce verilmektedir. Bu arada, sağlık konusunda eğitimi olmayan iki ya da üç gardiyan, sağlık hizmetinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadır.

*Hastanedeki mahkum koşulları da, genelde kapalı, baskı ve hastaneden ziyade cezaevini andıran bir görünümüdür.

*Mahkumlar, özellikle hastanede görev yapan bir kısım hekimden yakınmaktadırlar: "... hasta giden tutuklu ve hükümlülere doktor tarafından itirafçılık, pişmanlık dayatılmakta, hastadan olumsuz bir tepki gördüğünde ise 'git seni muayene etmiyorum, tedavini bağlı olduğun örgüt yapsın' diyerek geri gönderiyor. Bunu söylerken elbette ki geneli kastetmiyoruz. Mesleğine bağlı olup mesleğinin gereğini yapanlar olduğu gibi, mesleğini unutup başka mesleğe soyunan doktorları kastediyoruz. Bunlar, seçilmiş olup genelde bizimle ilgilenen 'doktorlar' dır."

*Mahkumlar, kendilerine ilaçların verildiğini, ancak bu ilaçların hastalıkla ilgisi olmayan ilaçlar olduğunu belirtmektedirler. Tutuklulara ise, ilaçlarının verilmediği, ilaçlarını kendilerinin almasını söylediği belirtilmektedir. Burada en önemli sorun, tutukluların ilaçlarını parayla alamayacak kadar yoksul olmalarıdır.

*Bir önemli sorun da, hastaneye yapılan sevklerdir. Sevklerin bir hafta ile bir ay arasında gerçekleşebildiği, acil durumlarda pek sorun olmasa da, normal sevklerde işlemin zamanında yapılmadığı ifade edilmektedir.

6.6.4. Hasta Mahkumlar:

Cezaevindeki hasta mahkumlar konusunda ayrıntılı bilgi edinilemese de, sindirim sistemi rahatsızlıklarının, solunum sistemi hastalıklarının, kemik-kas-eklem rahatsızlıklarının ve üriner sistem ile dolaşım sistemi bozukluklarının ön sıralarda olduğu belirtilmiştir. Ayrıca nedeni bilinmeyen ağrılar, ağız ve diş sağlığı sorunları, çeşitli cilt rahatsızlıkları da yaygındır. Bu rahatsızlıklara yönelik verilen tedaviler ya teşhislerin ayrıntılandırıl(a)maması ya da hasta mahkumların yeniden aynı ortama geri dönmeleri nedeni ile yeterince başarılı olmamakta, rahatsızlıklar kronikleşmektedir.

Cezaevinde suların sık sık kesilmesi nedeni ile bulaşıcı sindirim sistemi hastalıklarının (mahkumların ifadesine göre tifo, vb hastalıkların) hiç eksilmediği, sorgudan gelenlerin hiç tedavi ve bakımının yapılmadan hücrelere atılmalarının var olan sağlık sorunlarını derinleştirdiği de, verilen bilgiler arasındadır.

Bu arada H. Ömer Korkmaz adlı 85 yaşındaki bir mahkumun ileri yaşı ve çok sayıda kronik sorunu nedeni ile en ciddi durumdaki mahkum olduğu özellikle vurgulanmıştır. Sürekli tedavisi gereken bu şahsın tedavisinin revirde yapılmaması ve koşu tahtasında tedavisini yapacak kimse bulunmaması da, sorunu artırıcı faktörler olarak ifade edilmektedir.

6.7. Trabzon Cezaevi:

6.7.1. Fiziksel Altyapı Koşulları:

Trabzon Cezaevi, 1970' lerin ortalarında faaliyete geçen kapalı, E-tipi bir cezaevidir. Açıldığından bu yana, ciddi bir tamirat ya da bakım onarım görmemiştir.

Koşuş sistemine göre yapılan cezaevinde koşuşlar havalandırma ve yemekhaneden oluşmakta, büyüklükleri değişmektedir. Koşuşlar ortalama 20 kişilik bir kapasiteye sahiptir. Yemekhaneler 7x5 metreden oluşmakta, yatakhane ise yemekhanenin üstünde bulunmaktadır. Yatakhaneler de, 10x5 metre bir alana sahiptirler. Yatakhanelerdeki ranzaların demir aksanı, zemine sabitleştirilmiştir.

15x12 metrelik bir alana sahip olan havalandırmadan yararlanabilme, sabah saat 7.00 ile akşam 19.30 arasında mümkündür. Kış aylarında kapanma saati 16.00' dır. Mahkumlar havalandırmadan gün boyu yararlanamamakta, spor yapma olanakları kısıtlanmaktadır.

Yemekhane, aynı zamanda mutfak olarak kullanılmaktadır. Buraya 8 kişilik masalardan ancak 2-3 tane sığabilmektedir. Yemek ve kahvaltı, yemekhanede yapılmaktadır.

Yatakhaneler sadece yatma amaçlı kullanılmakta, ranza ve elbise dolaplarından başka hiçbir şey yatakhaneye alınamamaktadır. Bu nedenle, yazı yazma ve kitap okuma benzeri etkinlikler sınırlandırılmaktadır.

Yatakhanein güneş almaması da, nemli Karadeniz ikliminde sağlık sorunlarına kaynaklık etmektedir. İdarenin verdiği yatak, battaniye, yastık ve nevresimlerin kullanılmayacak halde olduğunu belirten mahkumlar, yatakların adi bir pamuk cinsi ile doldurulduğunu, üzerinde yatmanın olanaklı olmadığını ifade etmektedirler.

Koşuşların dışında, "müşahede" denilen tek kişilik hücreler mevcuttur. Bu hücreler insan sağlığına uygun olmayan, hiçbir havalandırma tertibatı bulunmayan, tek kişinin kalabileceği biçimde düzenlenmiş olan yerlerdir. Buraya konulan insanların üzerine kapıların kilitlendiği, zorunlu haller dışında kapıların açılmadığı, her şeyle irtibatının kesildiği ifade edilmekte, bu durumların da tecrit duygusundan ve havasızlıktan kaynaklanan birçok soruna yol açtığı belirtilmektedir.

Bir de mahkumların "kör hücre" diye adlandırdıkları tamamı demirden yapılmış, aydınlanma-havalandırma-yatak-ranza bulunmayan, çok dar hücreler vardır. Bu hücreler, özellikle disiplin suçu işleyenler için kullanılmaktadır.

Cezaevi aydınlatması, mahkumların sağlığı açısından değil, daha çok güvenlik amaçlı düzenlenmiştir. Standartların altında ve eski bir ışıklandırma tertibatı söz konusudur.

6.7.2. Hijyen Durumu:

Kişi başına 165 liralık iâşe bedeli üzerinden hesaplanan beslenme ihtiyaçları, 3 veya 6 aylık i-haleler biçiminde karşılanmakta, bunlar cezaevi mutfağında pişirilerek mahkumlara dağıtılmaktadır. Mutfağın eski olması, yemeklerin bakır kazanlarda pişirilmesi, cezaevi mutfağının sağlık standartlarına uygun olmaması, bütün işlemlerin el gücüyle yapılması, mutfaktaki işlerin adli tutuklularca yapılması dile getirilen şikayetlerdir. Günlük olarak sabah bir çeşit, öğle ve akşam yemekleri üç çeşit olmasına karşın, 1997 yaz aylarında iâşe bedelinin ihtiyaçları karşılayamaması gerekçesi ile iki çeşide düşmüştür. İâşe bedelinin düşük olmasından kaynaklanan yetersiz beslenme sorununu, alınan besin maddelerinin bayat, beslenme değeri eksik olması ve yemeklerin yetkin olmayan kişilerce yapılması, vb sıkıntılar daha artırmaktadır. Bu alanda doğan sıkıntı, mahkumlarca dış kantin kullanılarak ya da görüşçülerin getirdiği yiyeceklerle aşılımaya çalışılmaktadır.

Su şebekesi çok eskidir ve sık sık arızalar meydana gelmektedir. Sular bulanık akmakta, musluklardan ara ara çamur, kum vb gelmektedir. Gündüz sürekli akan sular, gece 24.00' den sonra kesilmektedir. Arızanın yanı sıra, banyo günlerinde de koşuşlara su verilmemektedir. Koşuşlarda sıcak su tesisatı bulunmamakta, mahkumlar sıcak su ihtiyaçlarını kendi olanakları ile karşılamaya

çalışmaktadırlar. Çamaşır yıkama, banyo günü dışında mümkün olamamaktadır. Tüm mahkum ve tutukluların banyo ihtiyacı, haftada bir güne sıkıştırılmaya çalışılmaktadır. Banyo günleri dışında, yıkanmak söz konusu olamamaktadır. Cezaevinde banyo 20 kişi kapasitelidir ve her koğuş 30 dakikayı aşmayacak biçimde banyo ve çamaşır işlemini yapmak durumunda bırakılmaktadır.

Her koğuştaki, biri üst katta olmak üzere üç tuvalet bulunmaktadır. Şebekenin eski olması nedeniyle, koğuş içerisinde ve havalandırmalarda birçok sızıntılar olmakta, kanalizasyonda olan tıkanmalar koğuşlara yansımakta ve bulaşıcı hastalıklar için uygun zemin oluşturmaktadır. Kanalizasyon fareleri ise, mahkumların eşyalarına zarar vermenin yanı sıra, çeşitli hastalıkların yayılmasına yol açmaktadırlar.

6.7.3. Sağlık Hizmetleri:

*Sağlık hizmetleri, cezaevi revirinde verilmektedir. Revirde bir pratisyen hekim, iki sağlık personeli bulunmaktadır. Mesai saatleri içinde her gün hasta kabul edilmektedir.

*Revirde tıbbi araç-gereç eksikliği söz konusudur. Bu da hastalıkların teşhis ve tedavisinde yetersizliğe yol açmakta, daha çok semptomatik tedavi ve sınırlı önlemlerle yetinilmeyi gündeme getirmektedir. Sonuçta hastalar, aynı sağlık sorunu için sık sık revire çıkmak zorunda kalmaktadır.

*Cezaevindeki sağlık personeli, genellikle revire başvuran mahkumlarla ilgilenmekte, beslenme, havalandırma, temizlik, vb gibi yaşam koşullarına ilişkin çabaları sınırlı kalmaktadır.

*Mesai saatleri dışında mahkumlar hastalandığında, cezaevi hekimi çağrılmakta, hastanın revire getirilme durumu olmadığında müdahale koğuştaki yapılmaktadır. Hekim bulunmadığında ise, dış güvenlik uygunsuzsa, hasta hemen hastaneye kaldırılmakta, ilk girişimden sonra hasta cezaevine gönderilmektedir. Mahkumlar, hastaneye acil getirilen hastaların hastanede izlenmesinin eksik olduğu düşüncesindedirler.

*Hastaya verilen ilaçların hemen verilmediği, birkaç gün sonra hastaya ulaştırıldığı, revire çıkan mahkumlardan “ilaç tutarını karşılayamayacağı”na ilişkin dilekçe alındıktan sonra ilaçların hastaya verildiği belirtilmektedir. Yine, hastaya verilen ilaçların tedaviden ziyade, semptomatik olduğu dile getirilmektedir. 1997 yılı içinde ödenek yokluğu gerekçesi ile eczanelere, alınan ilaçların parasının ödenmemesi yüzünden, eczaneler ilaç vermemiş, birçok hasta mahkum da bu durumdan mağdur olmuştur. “İlaç bedellerinin karşılanmamasında, hukuki yollar devreye sokulacağına veya cezaevi idaresi, Adalet Bakanlığı nezdinde girişimler sürdürüleceğine, biz hükümlü ve tutuklular cezalandırılarak, ilaçlarımız karşılanmamaktadır. Trabzon Eczacılar Odası aldıkları kararlar ilaç tutarları ödeninceye kadar, cezaevine ilaç vermeme yönünde karar almış, ilaç vermek isteyen eczaneler bile bu kararlar saf dışı bırakılmıştır.”

*Revirin içinde bir de dış üniti bulunmaktadır. Haftanın belirli günleri hasta kabul eden dış hekimi, sınırlı sayıda hasta kabul etmekte, tedaviden ziyade dış çekimi benzeri işlemleri yerine getirmektedir. Dış sorunu, hemen hemen tüm mahkumların sorunudur ve bu durum normal beslenmeyi engellemektedir. Buna karşın, cezaevinde basit bir dolgu işlemi, ya da dişleri kurtarmaya yönelik tedavi işlemi yapılamamaktadır.

*Cezaevi revirinde çözülemeyen ya da acil olan hastalar, hastaneye sevk edilmektedir. Ancak sevk işlemi konusunda mahkumların çok sayıda şikayeti vardır. Sevkin tıbbi değil güvenlik gerekçesi doğrultusunda yapılması/yapılmaması, hastaneye gidiş-geliş sırasında dış güvenlik tarafından mahkumlara hakaret edilmesi, hukuksal olmayan dayatmalarda bulunulması ilk akla gelen yakınmalardır. Sevkler sırasında, havasız ringlerde 3-4 gün yolculuk etmek, zaman zaman koltuklara zincirlenmek,

insani ihtiyaçları karşılanmamak, dile getirilen diğer sıkıntılardır. Hastanede ise, muayene sırasında kelepçelerin çözülmemesi, ameliyat ya da hastanede yatma kararı verilen mahkumların güvenlik gerekçesi ile hastanede yatırılmaması yakınılan diğer konulardır. Mahkumlar bir kısım hekim ve sağlık personelinde de yakınlıktadırlar: “Bir bütün olmasa da bazı hastane doktorları ve personeli, bize ‘terörist’ muamelesi yapmakta, sağlık sorunlarımızla ilgilenmekten ziyade siyasi tavır sergilemektedirler.”

6.7.4. Hasta Mahkumlar:

1997 yılında cezaevinde bulunan 58 tutuklunun 20’ sinde en az bir sağlık sorunu olduğu belirtilmiştir. Bu hastaların 7’ si kalp ve dolaşım sistemi rahatsızlığından muzdariptir. Özellikle Faruk Adıbelli kalp kapakçıkları ile ilgili rahatsızlığı nedeni ile cerrahi operasyon bekleyen hastaların başında gelmekte, ayrıca Yakup Güneş (epilepsi ve böbrek yetmezliği ile birlikte), Tarık Taş, Kervan Adıbelli, Salih Kurt, Aziz Akşahin (solunum sistemi rahatsızlığı ve acil ameliyat bekleyen göz kapakçığı yırtılması ile birlikte) de kalp rahatsızlığı nedeni ile tedavi beklemektedirler. Bu arada, dolaşım rahatsızlığı nedeni ile teşhis ve tedavi beklentisi olan Baver Altan’ın rahatsızlığı, özellikle soğuk hava/ortam ile artmaktadır.

Silah yarası nedeni ile vücutlarının çeşitli işlevlerini yitirmiş ve tedavi olamadıkları için bu işlev bozukluğu kronikleşmiş İskender Eltaş (felç ve bir gözünü yitirmiş), Aydın Söğüt (ayak bileğindeki yaralanmaya 3 yıldır gereği gibi müdahale edilmemesi nedeni ile osteomyelit gelişmiş), Mesut Ertak (yaralanma sonrası osteomyelit ve bir ayağında kısıalma mevcut), Hasan Dal (yaralanma sonrası ayağında kısıalma ve enfeksiyon var) acil tedavi beklemektedirler.

Bunların yanı sıra uzun süredir disk hernisi olan Yasin İşlek, A. Kerim Ağdaş, fıtık teşhisi almış olan M. Ali Adıbelli, kafa travması geçirmiş olan Hizvullah Ete’ nin de ciddi bir tedaviye gereksinimleri vardır. Guatr ve böbrek rahatsızlığı olan Hanefi Eroğlu, açlık grevi sonrası çeşitli nörolojik sorunları olan Aydın Balkır, diyabeti olan Remzi Zengin, böbrek yetmezliği olan Nizamettin Canpolat ve kafasında çeşitli büyüklükte yara ve nasırlar olan Abdurahman Ağdaş’ ın sağlık sorunları çözüm beklemektedir.

6.8. Çankırı Cezaevi:

Çankırı Cezaevi’ nde bulunan 32 mahkumla ilgili sağlık bilgisi söz konusudur. Tümü erkek olan mahkumların 14’ ünde sindirim sistemi rahatsızlığı vardır. Hasan Koçoğlu (gastrit), Taylan Özgür Elçi (irritabl kolon), Murat Karaoğlan (kronik bronşit ile birlikte peptik ülser), Cihan Dalkaya (gastrit ve hemoroit), Cihan Şeker (kronik sinüzit ve ortopedik rahatsızlıkla birlikte gastrit), İrfan Ortakçı (gastrit), Abidin Demir (hemoroit), Aşkın Kaya (varis ve romatoid artrit ile birlikte hemoroit), Özgür Soner (migren ile birlikte peptik ülser), Hasan Güngörmez (disk hernisi ve hipotansiyon ile birlikte hemoroit), Hüseyin Solak (romatoid artrit ve disk ağrısı ile birlikte gastrit), Erol Özpolat (tinnitus ve denge kaybı ile birlikte “reflü özefajit”), Mürsel Kaya (kronik konstipasyon), Haydar Yıldırım (tinnitus ve denge kaybı ile birlikte evre II bulbitis) özellikle cezaevi koşulları nedeni ile aldıkları tedaviye rağmen sindirim sistemi rahatsızlıkları azalmayıp, kronikleşen mahkumlardır.

Sindirim sistemi dışında 9 mahkumda kronik üst solunum yolu rahatsızlığı (Selahattin Ünyay, Fikret Aslan “hipotansiyon ile”, Yaşar Demircan, Cenap Polat, Necati Erbasan “tinea pedis ile”, Hakkı Şeker “kronik romatizma ile”, Savaş Özçelik “akut otit”) verilen tedavilere rağmen sürmektedir.

Bu arada Kemalettin Çelik adlı mahkum, “mitral kapak prolapsusu, mitral yetmezlik ve koroner arter hastalığı” teşhisi almasına, ek olarak “evre III bulbitis ve antral gastrit”i olmasına ve Ankara Numune Hastanesi’nde anjiyografi yapılması ve kalp kapakçığı ameliyatı önerilmesine karşın, Yüksek İhtisas Hastanesi’nde ameliyatı yapılmamış, Çankırı Cezaevi’ne geri gönderilmiştir. Açlık grevi sonrası sürekli kusma yakınması olan Hüseyin Solak, kronik ishal ve çeşitli nörolojik yakınmaları olan Özgür Barış Özçelik, tinnitus ve denge kaybı olan Eyüp Baş ile Erol Özpolat ve Haydar Yıldırım’ın açlık grevi sonrası gelişen tablolarının ciddi bir şekilde değerlendirilmesine ve bakıma ihtiyaçları söz konusudur. Bunların yanı sıra Şafak Nazlı (diskopati), Cemalettin Polat (böbrek enfeksiyonu), Türker Kaya (üriner enfeksiyon), Ali Sinan Çağlar (diz eklemlerinde ağrı ve kireçlenme), Ramazan Çiçek (hipertansiyon, taşikardi, disk hernisi), Savaş Karaçam (üriner enfeksiyon ve mandibulada lipom), Kazım Bakır (pitriyasis versicolor), Timur Sarı (lokal alopesi) çeşitli nedenlerle tedavi görmektedir.

6.9. Genel Değerlendirme:

Yukarıdaki değerlendirme kapsamındaki sağlık sorunu olan mahkum sayısı 498 olarak belirlenmiştir. Bu mahkumların 74’ü kadın, 424’ü erkektir.

En sık karşılaşılan sağlık sorunlarının başında sindirim sistemi ve endokrin sistem rahatsızlıkları gelmekte (% 37.6), daha sonra nörolojik sistem sorunları (% 35.5), kas-eklem sorunları (% 22.7), ürogenital sistem rahatsızlıkları ve solunum sistemi hastalıkları (% 20.3), göz rahatsızlıkları (% 19.3), kronik kulak burun boğaz rahatsızlıkları (% 17.5), kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları (% 15.7), ortopedik sorunlar (% 13.1), kan hastalıkları ve cilt hastalıkları (% 6.6), ruhsal sıkıntılar (% 4.8), diş ve dişeti rahatsızlıkları (% 4.6) izlemektedir. Beyan temeline dayanan bu hastalık tespitlerinin ,sonuçta genel tabloyu tam olarak yansıtmaya da, bir fikir vermesi anlamında katkısı söz konusudur.

6.10. Türkiye’de Mahkum Koşulları:

Cezaevinde yaşamak zorunda kalan insanların en çok yakındığı konulardan biri de, mahkum koşullarıdır. Genellikle devlet hastanelerinin tümünde mahkum koğuşu bulunmamakta, bulunduğu ise ya yatak sayısı yetersiz olmakta, ya da hastanenin genel olanaklarından yararlanmanın zor olduğu bir düzenlemeye sahip olmaktadır. Bu koşullarda, hastane yönetiminden ziyade güvenlikten sorumlu görevlilerin söz sahibi olması, zincir ya da kelepçe ile yatağa bağlama gibi kötü muamelelere ve keyfi davranışlara yol açabilmekte, hekimler de genellikle bu davranışlara ses çıkarmamaktadırlar. (İşlegen 1996;22)

Türkiye’de sağlık sorunu olan ve yataklı tedaviye gereksinim duyan mahkumlara hizmet vermek amacı ile, 170 devlet hastanesinde mahkum koğuşu vardır. 80 ilin 69’unda olan koğuşlarda toplam 837 yatak bulunmaktadır.

Mahkum koğuşu olan hastanelerin % 52.9’u il merkezlerinde, % 47.1’i ilçelerdedir.

Mahkum koğuşu olan hastanelerin % 84.7’si devlet hastanesi, geri kalanı doğumevi(%5.9), göğüs hastanesi, ruh hastalıkları hastanesi, kemik hastanesi, meslek hastanesi, rehabilitasyon merkezi, sağlık merkezi gibi sağlık kurumlarıdır.

Mahkum koğuşları, genellikle hastanelerin zemin katlarında(%42.9) ya da bodrum katlarındadır(% 22.9). Koğuşların yaklaşık % 10’u, hastane binasında ayrı bir binada bulunmaktadır. Hastane-

cilik amacı ile değil, daha çok bodrum,odunluk vb. amaçla yapılmış hastane bölümlerinin, sonradan düzenlenmesi yolu ile oluşturulmuş ,sağlıklı olmayan yerlerdir.

Koğuşların yaklaşık % 40'ında banyo, %30'unda tuvalet yoktur. % 90'ında pencereler demirli, % 20'sinde havalandırma yoktur. Yine, koğuşların % 60'ında kadın koğuşu ya da kadınlar için ayrı oda/yatak yoktur.

Mahkum koğuşu olarak adı geçen her beş koğuştan biri, sadece "1" yataklı, her dört koğuştan biri de, "2" yataklıdır. Dolayısı ile koğuşların yaklaşık yarısı, 1 veya 2 yataktan ibarettir. "4" yataklı mahkum koğuşu oranı, % 18.8, "3" yataklı koğuş oranı ise, %12.4'dür. Başka bir deyişle 5 ve daha az yataklı mahkum koğuşu oranı % 85 dolayındadır.

En büyük mahkum koğuşu 100 yatakla, İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi'dir. Onu İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı Hastanesi(58), Adana Ruh Sağlığı Hastanesi(32), Eskişehir Devlet Hastanesi(22), Ankara Numune Hastanesi(20), Aydın Devlet Hastanesi(19), İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi(18) izlemektedir. (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 1997)

SON SÖZ YERİNE

Sevgili arkadaşım Dr. Ata Soyer önsözünde bu çalışmaya anlamlı katkıda bulunanları sıraladıktan sonra, son cümlesini “Ama kabul etmek gerekir ki, çalışmanın asıl sahibi, bu ülkeyi faşizme teslim etmemek için canlarını, sağlıklarını ve gençliklerini feda etmiş olan ve en basit hakları için bile yaşamlarını vermek zorunda bırakılan, daha doğrusu, en basit hakları için bile yaşamlarını vermekten kaçınmayan insanlarımızdır. Bunca yangının ortasında, umudun diri tutulmasını sağlayanlara...” diye bitiriyor.

Katılıyorum ve hal böyle olunca da son sözü söylemenin kaynağını da işaret etmiş oluyoruz. Son söz tamamlanmamış durumda henüz, son sözü söylemenin/yazmanın son derece saygın kolektif uğraşı söz konusu.

12 Eylül 1980’den bugüne, yaklaşık 1 milyon (gerçek rakamı hiçbir kurum söyleyemiyor) insan çeşitli süreler için özgürlüklerinden yoksun bırakıldı. Her birinin ortalama 4-5 kişilik çekirdek ailesi olduğu düşünüldüğünde 65 milyonluk ülkemizde yaklaşık her 10 aileden biri doğrudan “resmi cezaevi” mefumu ile içiçe yaşadı/yaşiyor. “Resmi cezaevleri” bu kadar sahici, yakınımızda, içimizde.

Cezaevlerinin tanımı, amaç-beklentileri-sonuçlarına ilişkin herkes bulunduğu yerden çok şey söyleyebilir. Bunlardan biri olarak doğal özgürlüklerin gerçek anlamıyla yaşanmaması, insanın kendini özgürce yeniden üretememesini sağlayan ortamlardır denilebilir cezaevleri için.

Bu yaklaşımı bir an için akılda tutarak, ülkemizde, son dönemlerde daha da önemli bir gelişmeye işaret etmek gerekir.

Bir yönüyle cezaevleri sorunu ile toplumun geniş kesimi arasında mesafe artarken/artırılırken, cezaevleri sorunu kavramsal olarak gündelik hayattan uzaklaştırılmaya çalışılırken; insanların bilinçlerinin derinliklerinde varlığı korunarak ve gündelik hayatta özgürlükler alanı tahammül edilemez boyutlarda daraltılarak kuşkusuz toplumun geniş kesimi “fiili cezaevleri” ortamına sokuluyor.

“Resmi cezaevleri” bu kadar yanımızda/içimizde iken, cezaevleri sorununu gerçek anlamı ile gündemden çıkartmaya ve toplumu “fiili cezaevleri” ortamında yaşatmaya çalışıyorlar. “Resmi cezaevleri” ile “fiili cezaevleri” arasındaki sınırlar silikleşiyor.

Herhalde bu durum, her düzeydeki eşitsizliklerin müthiş derinleşmesinin doğal sonuçları olsa gerek.

Dünyada da benzer bir gelişme yaşanmıyor mu?

Değerli bir çalışma daha kazanmış olduk.

İnsanlar ile, rakamları ile ,uluslar arası ve ulusal belgelere ulaşmanın anahtarları ile, uygulama örnekleri ile başvuru kitapları serisinde bir eksikliği anlamlı ölçüde dolduracak değerli bir çalışma. Ayrıca, önemli bir uluslar arası belge olan “Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi’nin cezaevlerindeki etik ve örgütsel özelliklerine ilişkin R(98) 7 nolu tavsiyesi”nin ilk kez Türkçe olarak sunulması önemli bir katkı oldu.

Hafızası olmayan toplumlar özgürleşemez. Yakın tarihten canlı bir kesit sunduğu için değerli bir çalışma.

Bu kesiti bugünün Türkiye'sinde sunduğu için bir kat daha değerli bir çalışma.

Bu kadar yakınında/içinde olduğumuz cezaevleri üstünde kafa yormamıza, bilgilenmemize katkıda bulunduğu için değerli bir çalışma.

Hekimlik mesleğinin doğrudan cezaevi olgusunun mühim bir bileşeni olduğu için değerli bir çalışma.

İyi ki bu konuda çaba gösterenler var.

İyi ki bu konuda insani-mesleki gerekleri yerine getirmeye çalışan meslektaşlarımız var.

İyi ki mesleki alanımızla ilgili Türk Tabipleri Birliği var.

Eline sağlık Ata, kişisel olarak da anlamlı katkıda bulunduğun birikimleri derleyerek, bunları bir kez daha hatırlattın bizlere.

Sen de merak etme, son sözü hep birlikte yazıyoruz.

Hep birlikte okunacak.

Dr.Metin Bakkalçı
Nisan 1999

EKLER

CM(97)179 Değişikliğe Tabi Tutulmuştur 2

ÜYE DEVLET BAKANLAR KOMİTESİNİN

CEZAEVLERİNDEKİ

ETİK VE ÖRGÜTSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN

R(98)7¹ No.'LU TAVSİYESİ

(Bakanlar Komitesinin 8 Nisan 1998 tarihinde yapılan 627inci Bakan Yardımcıları Toplantısında kararlaştırılmıştır)

Bakanlar Komitesi, Avrupa Konseyi Statüsünde yer alan Madde 15.b' de belirtilen şartlara göre

Topluluktaki ve cezaevi kapsamındaki tıbbi uygulamaların aynı etik ilkeler ile yönlendirilmesinin gerektiği üzerinde durmuş;

Mahkumların, temel haklarına ilişkin olarak, cezaevinde yatanlara da genel olarak topluma sağlanarlara eşit olacak bir önleyici tedavi ve sağlık bakımı sağlanmasının gerektiği esası üzerinden hareketle;

Cezaevinde tıbbi uygulamalar yapan hekimin, cezaevi yönetimi ve mahkumların beklentilerinin birbirine ters düşmesinin bir sonucu olarak, pratisyen doktorun, çok sıkı bir şekilde etik yol gösterici ilkelere bağlı kalmasını gerektiren, çoğunlukla güç olan sorunlarla karşılaşmasını algılayarak;

Cezaevlerinde aşırı kalabalık, enfeksiyon hastalıkları, ilaç bağımlılığı, ruhsal rahatsızlık, şiddet, hücreye tıkma veya üst aramalar gibi duruma özgü sorunların, tıbbi uygulamaların gerçekleştirilmesinde sağlam etik ilkeleri gerektireceğini dikkate alarak;

İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi hususlarını akılda tutarak;

(1) Bakan Yardımcıları toplantılarının Prosedür Kurallarında yer alan Kural 10.2.C'de belirtilenlere göre, Danimarka Delegasyonu aşağıdaki hususun saklı kalmasını, arzu etmektedir: "Ek' in paragraf 2' si, üst (vücut) aramalarının tıp doktoru dışındakiler tarafından gerçekleştirilmekte olması nedeniyle, bu hususun Danimarka için kabul edilebilir durumda olmadığı. Danimarka Makamlarının görüşüne göre, vücut kaviteilerinin mahrem olarak aranmasının, sadece söz konusu mahkumun onayı ile gerçekleştirilebilmelidir".

İşkence ve Gayri İnsanı veya Küçültücü İşlem veya Cezalandırma konusundaki Avrupa Sözleşmesi ve İşkence ve Gayri İnsanı veya Küçültücü Muameleye Tabi Tutma veya Cezalandırmanın Önlenmesi konusunda Avrupa Komitesinin faaliyetleri konusundaki 3 üncü raporda özet halinde belirtilen, cezaevlerinde, sağlık bakım hizmeti konusunda ifade edilmiş tavsiyelerini dikkate alarak;

Avrupa Cezaevi Kuralları konusundaki R (87) 3 No.' lu, cezaevlerinde asgari insanlık ve onur standartlarının garanti edilmesine yardımcı olan tavsiyeye atıf yaparak;

İnsanlar üzerinde tıbbi araştırma konusundaki R (90) 3 No' lu Tavsiyeyi, cezaevlerinde bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusunda, AIDS ve cezaevlerindeki ilgili sağlık sorunları dahil, cezaevleri ve kriminolojik özelliklere dair R (93) 6 No' lu tavsiye yanında cezaevinde HIV enfeksiyonu ve AIDS konusundaki 1993 tarihli Dünya Sağlık Örgütü(WHO) kılavuzluğunda yer alan yön gösterici ilkeleri hatırlatarak;

Psikiyatri ve insan hakları konusundaki 12325 (1994) sayılı Tavsiyeler ve Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisince hazırlanmış, Avrupa Konseyi üye devletlerinde gözaltı koşulları konusundaki 1257(1995) sayılı tavsiyelerden haberdar halde;

Tıbbi etik konusuna ilişkin Dünya Tabipler Birliği' nin (WMA) bu konudaki bildirgelerine, özellikle Tokyo Bildirgesi (1975), Açlık Grevi Yapanlar Konusundaki Malta Bildirgesi (1991) ve mahkumların üst aramalarına ilişkin (1993) açıklamalarına, atıf yapmak suretiyle;

Cezaevlerindeki sağlık bakım hizmetlerinin birkaç üye ülkedeki yapı, organizasyon ve düzenlemeleri konusundaki son reformları, özellikle bunların sağlık bakım sistemleri ile bağıntılı olanları not ederek;

Üye Devletlerin, tavsiyelerin hem federal hem de eyalet seviyesinde uygulanmasının gerekeceği, farklı yönetsel yapılara sahip olduklarını dikkate alarak;

Üye devlet hükümetlerine aşağıdaki tavsiyeleri yapmaktadır:

Mevzuatlarını gözden geçirirken, cezaevinde sağlık bakımı sağlanması alanındaki uygulamalar konusunda, bu Tavsiyeye Ek olarak verilende belirtilmiş bulunan ilke ve tavsiyeleri dikkate almaları;

Tavsiye ve Açıklayıcı Muhtırasının, cezaevinde koruyucu bakım ve sağlık bakımı sağlanması ve organizasyonundan sorumlu olan bütün şahıs ve kurullara özel dikkat göstermek suretiyle, mümkün olan en geniş şekilde duyurulmasını temin etmeleri.

R (98) 7 No.' lu Tavsiyenin Ekidir

I. CEZAEVİNDE SAĞLIK BAKIM HAKKININ TEMEL ÖZELLİKLERİ

A. Doktora Ulaşmak

1. Cezaevine girerken ve sonra tutuklu halde iken, mahpuslar, herhangi bir anda, tutukluluk rejimlerinin ne olduğuna bakılmaksızın ve herhangi bir gecikme olmadan, sağlık durumlarının gerektirmesi halinde, bir doktora veya hemşire niteliklerinin tamamına sahip bir hemşireye, ulaşabilmelidir. Bütün tutuklular, girerken gerekli tıbbi muayenelerden yararlandırılacaklardır. Ruhsal bozukluklar, psikolojik olarak cezaevine uyum sağlamaya, uyuşturucu, ilaç veya alkol kullanılmasından dolayı ortaya çıkan yoksunluk semptomlarına, bulaşıcı ve kronik durumların, taranmasına özel önem verilecektir.

2. Tutukluların sağlık gereksinimlerini karşılamak için, doktor ve [nitelikli] hemşireler, tam gün esasına dayalı olarak, içeridekilerin sayısına ve gösterdikleri devir süresi ile ortalama sağlık durumlarına bağlı olarak, büyük ceza kurumlarında, hazır bulundurulmalıdır.

3. Bir cezaevinin sağlık bakım hizmeti, en azından, poliklinik muayenelerini ve acil tedavileri yapabilecek durumda olmalıdır. İçeridekilerin sağlık durumu, cezaevinde garanti edilemeyecek bir tedaviyi gerektirmesi durumunda, tedavinin cezaevi dışındaki sağlık kurumlarında, tam güvenlik içinde verilmesini temin etmek için, mümkün olan her şey yapılacaktır.

4. Mahkumlar, gerektiğinde gündüz veya gece, herhangi bir saatte, doktora ulaşabilmelidir. İlk yardım yapma konusunda ehliyete sahip birisinin her zaman cezaevinde bulunması gereklidir. Ciddi acil durumlar olması halinde, doktor, hemşirelik kadrosundan bir kişi ve cezaevi yönetimi uyarılmalı; güvenlik görevi gerçekleştiren personelin aktif bir şekilde katılımı ve kendilerini bu işe adanmaları gereklidir.

5. Psikiyatrik muayene ve danışma olanaklarına ulaşmak sağlanmalıdır. Daha büyük ceza kurumlarında bir psikiyatri timinin bulunması gereklidir. Küçük kuruluşlarda olduğu gibi bunun mevcut olmaması halinde, konsültasyonların, hastanede çalışmakta olan veya özel olarak çalışan bir psikiyatr tarafından sağlanması gerekecektir.

6. Nitelikli dış hekiminin hizmetleri her mahkuma sunulacaktır.

7. Cezaevi yönetimi, yerel kamu ve özel sağlık kurumları ile ilişki ve işbirliği içinde olmak için gereken düzenlemeleri yapacaktır. İçerideki madde, alkol ve ilaç bağımlısı olan bazı mahpusların nitelikli kişiler tarafından tedavi edilmelerini sağlamak kolay olmadığından, genel olarak toplumdaki bağımlılara özel yardım sağlayan sisteme ait dışarıdan danışmanlar, danışmanlık için çağrılmalı ve tedavi amaçları için bile bunların çağrılması sağlanmalıdır.

8. Gereken durumlarda, kadın mahkumlara özgün hizmetlerin sağlanması gerekecektir. İçerideki gebelerin tıbbi olarak izlenmesi ve kendi durumlarına göre en uygun olan dışarıdaki hastane servisinde doğum yapabilmeleri sağlanmalıdır.

9. Hastaneye [nakil edilirken], hasta ile birlikte gereken duruma göre, tıp veya hemşirelik personeli olacaktır.

B. Bakımın (Topluma Verilen Hizmet İle) Denkliği

10. Tutukluların sağlık politikası, ulusal sağlık politikası ile bütünleştirilmeli, onunla uyum içinde olmalıdır. Bir cezaevi sağlık bakım hizmeti, tıbbi, psikiyatrik ve dış tedavi hizmetlerini sağlayabilmeli, hijyen ve koruyucu tıp programlarını genel olarak kamuya sağlananlarla kıyaslanabilir koşullar içinde uygulamalıdır. Cezaevi doktorları, uzmanlara baş vurabilmelidirler. İkinci bir görüşe ihtiyaç duyulması halinde, bunun düzenlenerek temini bu servisin görevidir.

11. Cezaevi sağlık bakım servisinde yeterli sayıda nitelikli tıbbi, hemşirelik ve teknik personel yanında, uygun çalışma yerleri, tesisler ve dış çevrede mevcut olanların aynısı olmasa bile, onlarla kıyaslanabilir kalitede donanımın bulunması gerekir.

12. Sağlıktan sorumlu bakanlığın görevi, hijyen, sağlık bakım ve sağlık hizmetlerinin tutukluluk durumundakiler için, ulusal mevzuata uygun bir şekilde, kalite bakımından değerlendirilmesi alanında güçlendirilmelidir. Sorumluluk ve yetkinin, sağlıktan sorumlu bakanlık ve cezaevlerinde bütünleştirilmiş bir sağlık politikasının uygulanması bakımından işbirliği içine girmeleri gereken diğer yetkili bakanlıklar arasında, belirgin bir şekilde bölünmesi, sağlanmalıdır.

C. Hastanın onayı ve gizlilik

13. Tıbbi gizlilik, nüfusun tamamındaki canlılıkla, güvenceye alınmalı ve gizliliğe, saygı gösterilmelidir.

14. İçeridekiler, durumlarının ne olduğunu anlamak bakımından onları kötü duruma düşüren herhangi bir hastalıktan muzdarip olmadıkça, kişi olarak kendilerinin veya vücut ürünlerinin herhangi bir tıbbi muayene yapılmadan önce, yasayla gerekli görülen haller hariç, doktora bu konuda kendi onaylarını verme bakımından, her zaman, hak sahibi olacaklardır. Her muayenenin nedenleri açık bir şekilde içeridekilere açıklanacak ve onlar tarafından anlaşılacaktır. Herhangi bir ilacın endikasyonları, kendileri tarafından maruz kalınabilecek muhtemel herhangi bir yan etki ile birlikte, içeridekilere açıklanmalıdır.

15. Ruhsal olarak hasta olanların söz konusu olduğu durumlarda olduğu gibi, tıbbi görev ve güvenlik bakımından gerekenlerin, birbirine uygun olmadığı, örneğin tedavinin kabul edilmemesi veya gıda alınmasının ret edilmesi gibi durumlarda, kişiye bilgi verilerek, onay alınmalıdır.

16. Onay özgürlüğü ilkesinde yapılacak herhangi bir daraltma kanuna dayandırılmış olacak ve bir bütün olarak topluma uygulanır haldeki aynı ilkeler tarafından yönlendirilecektir.

17. Geri dönen mahpuslar, kendi doktorlarının konsültasyonunu isteme veya masrafları kendisine ait olacak şekilde dışarıdan doktora muayene, hakkına sahip olacaktır.

Hükümlü mahkumlar, ikinci bir tıbbi görüşü [almak isteyebilirler] ve cezaevi doktoru, bu teklifi sempati ile dikkate almalıdır. Ancak, bu talebin yerinde olup olmadığına ilişkin herhangi bir karar, onun sorumluluğundadır.

18. Diğer cezaevlerine yapılan bütün nakiller beraberinde komple haldeki tıbbi kayıtlarla yapılmalıdır. Bu kayıtlar, gizliliklerini sağlayacak koşullar içinde nakil edilecektir. Mahkumlara, tıbbi kayıtlarının, nakil edileceği bildirilmelidir. Ulusal mevzuata göre, onların, bu devire itiraz etme hakları olacaktır.

Serbest bırakılan bütün mahkumlara, aile doktorlarının yararlanması için sağlıklarına ilişkin ilgili yazılı bilgiler, kendilerine verilecektir.

D. Mesleki bağımsızlık

19. Cezaevinde çalışan doktorların kişisel olarak içeride bulunanlara toplumdaki hastalara verilmekte olan aynı sağlık bakım standartlarına hizmet sağlaması gereklidir. İçeridekilerin sağlık ihtiyaçları, her zaman, doktorların üzerinde durdukları esas hususu teşkil etmelidir.

20. Tutuklu şahısların sağlıkları ile ilgili klinik karar ve diğer herhangi bir değerlendirmenin sadece tıbbi kritere göre hükme bağlanması gerekir. Sağlık bakım personeli, kendi nitelik ve ehliyet sınırları içinde tam bağımsız bir şekilde çalışmalıdırlar.

21. Hemşire ve diğer sağlık bakım personelinin üyeleri, paramedikal personelin görevlerini, yasa ve deontoloji düzenlemeleri/codes ile yetkili olanlar dışındakilerine vermeyecek olan, kıdemli doktorun doğrudan doğruya sorumluluğu altında olacak şekilde kendi görevlerini gerçekleştirmeleri gereklidir. Tıbbi ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesi nitelikli sağlık yetkililerince değerlendirilmelidir.

22. Tıbbi personele yapılacak ödeme, kamu sağlık alanındaki diğer sektörlerde olandan daha düşük olmamalıdır.

II. CEZAEVİ DOKTORUNUN KENDİNE ÖZGÜ GÖREVİ VE CEZAEVİ ORTAMI BAĞLAMINDA DİĞER SAĞLIK BAKIM PERSONELİ

A. Genel Olarak Gerekli Hususlar

23. Cezaevi doktorunun ilk görevi, klinik olarak kendisinin sorumluluğunda olan bütün mahkumlara, uygun tıbbi bakım ve bilgileri sağlamaktır.

24. Bundan başka, cezaevi yönetimine beslenme ve mahkumların yaşamak zorunda oldukları çevre konusu ile hijyen ve sağlık konularında da, tavsiyelerde bulunulması zımni olarak belirtilmiş olmalıdır.

25. Sağlık bakım personeli, hastane yönetimi ve güvenlik personeline gerekli sağlık bilgilerini sağlamalı, bunun yanında, gerektiğinde, uygun eğitimi sağlamalıdır.

B. Bilgi, koruma ve sağlık eğitimi

26. Cezaevine girişte, her şahsın hak ve yükümlülükler konusunda bilgilendirilmesi, hem dahili yönetmelik olarak belirlenenler hem de nereden yardım ve tavsiyelerin alınabileceği konusunda yol gösterici bilgiler verilmelidir. Bu bilgi, içeridekilerin her birince anlaşılmalıdır. Okuma yazması olmayanlara özel talimatlar verilmelidir.

27. Bütün cezaevi kuruluşlarında bir sağlık eğitim programı geliştirilmelidir. Hem içeride olanlar hem de cezaevi yöneticilerinin, tutuklu haldeki şahısların sağlık bakımına yönelik olan temel sağlık geliştirme bilgi paketi almaları gereklidir.

28. Bulaşıcı hastalıklar ve muhtemel olarak hepatitin negatif sonuçları ile cinsel yolla geçen hastalıklar, tüberküloz veya HIV ile enfekte olmak konularında gönüllü ve ortak taramanın üstünlüklerinin açıklanmasına önem verilmelidir.

29. Sağlık eğitim programı, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi ve içeridekilerin, kendileri ve kendi ailelerine ilişkin sağlık konularında gerekli kararları vermeleri, kişisel bütünlüğün korunması ve muhafazası, bağlı olmak ve yeniden suç işleme risklerinin azaltılması amacına yönelmiş olmalıdır. Bu yaklaşım, kendi sağlıklarına ilişkin risklerden kaçınmak için davranış ve stratejileri tutarlı bir şekilde öğretecek olan sağlık programlarına katılma yönünde teşvik etmelidir.

C. Cezaevlerinde görülen belirli patoloji şekilleri ve koruyucu sağlık bakımı

30. Mahpusların cezaevine girişi sırasında yapılan tıbbi taramada gözlenen herhangi bir şiddet belirtisi, mahkum tarafından bu konuda yapılan herhangi bir beyan ve doktorun konuda vardığı sonuçla birlikte, doktor tarafından, bütünüyle kayıtlara geçirilmelidir. Bundan başka, bu bilginin, mahkumun onayı ile cezaevi yönetiminin kullanılmasına sunulması gereklidir.

31. Tutuklu durumda iken görülen, içeridekilere karşı herhangi bir şiddet vakasına ilişkin bilgi, ilgili makamlara gönderilecektir. Kural olarak, bu tür bir hareket, içerideki ilgilinin onayı ile yapılmalıdır.

32. Bazı istisnai durumlarda ve cezaevi etik kurallarına kesin olarak uygun olan herhangi bir durumda, mahkuma bildirmek suretiyle onayının alınması, özellikle, doktorun, gerçek bir tehlike temsil eden ciddi bir olayı rapor etmenin hem hasta hem de cezaevindeki topluluğun diğerleri bakımından sorumluluğu aştığı düşüncesinde olması halinde, gerekli olmayabilir. Sağlık bakım servisi, gerekiyorsa, cezaevi yönetimi ve ilgili bakanlıklara, veri koruma konusundaki ulusal mevzuat-

ta göre bunları iletmek amacı ile, gözlenen sakatlanmalar konusunda, periyodik istatistik veri toplamalıdır.

33. Güvenlik personeli için gerekli sağlık eğitimi cezaevi nüfusunda belirleyebilecekleri fiziki ve ruhsal sağlık sorunlarını rapor etmelerine olanak verecek şekilde olmalıdır.

D. Cezaevi sağlık personelinin mesleki eğitimi

34. Cezaevi doktorları hem genel tıbbi hem de psikiyatrik bozukluklar konusunda iyice deneyimli olmalıdırlar. Eğitimleri başlangıç teorik bilginin sağlanmasını, cezaevi ortamına ilişkin bir kavrayış ve cezaevinde tıbbi uygulama üzerindeki etkiler ile kendi becerilerinin değerlendirilmesi, daha kıdemli meslektaşların eşlik etmesi ile staj yapılması hususlarını, kapsamalıdır. Bundan başka düzenli aralıklarla hizmet içi eğitime tabi tutulmaları gereklidir.

35. Gerekli eğitim, diğer sağlık bakım personeline de sağlanmalı ve bu eğitime cezaevlerinin çalışması ve ilgili cezaevi yönetmelikleri konusundaki bilgiler dahil edilmelidir.

III. BAZI ORTAK SORUNLARIN YÖNETİMİNE ÖZEL ATIF YAPMAK SURETİYLE CEZAEVİNDEKİ SAĞLIK BAKIM ÖRGÜTLENMESİ

A. Özellikle bulaşıcı hastalıklar:

HIV enfeksiyonu ve AIDS

Tüberküloz

Hepatit

36. Cezaevlerindeki cinsel yolla geçen enfeksiyonları önlemek için yeterli koruyucu önlemler alınmalıdır.

37. HIV testleri sadece içeridekilerin onayı ile, bir bütün esas alınmak suretiyle ve mevcut mevzuata uygun olarak, gerçekleştirilmelidir. Testten önce ve sonra tam bir bilgilendirme sağlanmalıdır.

38. Enfeksiyon durumu olan bir hastanın tecrit edilmesi, aynı tıbbi nedenler cezaevi ortamı dışında da alınan türden ise, gerekçelendirilebilir.

39. HIV antikor pozitif şahıslara ilişkin olarak, paragraf 40'da yer alan hükümlere dayalı olarak, herhangi bir ayırım şekli öngörülmemelidir.

40. AIDS-le ilişkili hastalıklar nedeniyle ciddi bir şekilde hastalananların tedavisi, toplam olarak tecride başvurmadan, cezaevi sağlık bakım bölümü içinde yapılacaktır. Diğer hastalardan bulaşacak enfeksiyon hastalıklarından korunması gereken hastalar, içeride bulunan enfeksiyonları, özellikle, bağışıklık sistemi ciddi bir şekilde bozulmuş olan olgularda, kendi sağlıklarını korumak için, bu şekilde bir önlemin gerekli olması halinde, tecrit edilebileceklerdir.

41. Tüberküloz olgularının belirlenmesi halinde, enfeksiyonun yayılmasını önlemek için, bu alandaki ilgili mevzuata uygun bir şekilde, gerekli bütün önlemler uygulanacaktır. Terapötik olarak yapılacak müdahale, cezaevi dışındakine eşit bir standartta olacaktır.

42. Hepatit B' nin yayılmasını önlemek bakımından tek etkin yöntem olması nedeniyle, Hepatit B' ye karşı aşılama, içeridekilerin hepsine ve personele önerilmelidir. Hepatit B ve C, esas itibarıyla, meni ve kan bulaşması ile birlikte, damara zerk suretiyle kullanılan ilaçlar yoluyla geçtiğinden, konuda bilgi verilmesi ve gerekli önleme kolaylıklarının sağlanması gereklidir.

B. Madde,alkol ve ilaç bağımlılığı

Eczacılıkla ilgili hususların yönetimi ve ilaç dağıtımı

43. Alkol ve madde-ile ilişkili sorunları olan mahkumların bakımının, özellikle madde bağımlılarına sunulan, Madde Aşırı Kullanımı ve Kanuna Aykırı Madde Trafikliği konusundaki İşbirliği Grubu ("Pompidou Grubu") tarafından tavsiye edildiği üzere, hizmetler dikkate alınmak suretiyle, daha da ileri götürülmesine ihtiyaç vardır. Bundan dolayı, tıbbi ve cezaevi personeline yeterli eğitim verilmesi ve dışarıdaki danışma hizmetleri ile işbirliğini daha iyi hale getirmek suretiyle,serbest bırakılıp topluma katıldığında sürekli izlenerek tedavilerini sağlama bakımından, gereklidir.

44. Cezaevi doktoru, aşırı madde kullanımı, ilaç ve alkol kullanımı risklerini önlemek için, sosyal veya psikoterapötik yardım olanaklarını kullanma konusunda mahkumları, teşvik etmelidir.

45. Cezaevindeki aşırı madde, alkol ve ilaç kullanımından çekilme/withdrawal semptomlarının tedavisi, toplumda yapılanlarla aynı çizgi boyunca olacak şekilde gerçekleştirilmelidir.

46. Mahkumların bir yoksunluk tedavisine tabi tutulmaları söz konusu olduğunda, doktor onları, hala cezaevinde iken ve serbest bırakıldıktan sonra, bağımlılığa tekrar geri dönmek durumundan kaçınmak için gerekli bütün adımları atma konusunda, cesaretlendirmelidir.

47. Tutuklu şahıslar, hem hükümlerini çekmekte iken hem de serbest bırakıldıktan sonraki bakımları sırasında, kendilerine gerekli desteği verecek bir dahiliye veya hariciye uzmanlığı olan doktora başvurabilmelidirler. Bu şekilde belirtilen başvurulacak kişiler, güvenlik personelinin hizmet içi eğitiminin gerçekleştirilmesine katkı yapabilmelidirler.

48. Gereken hallerde, mahkumların kendilerine reçete ile verilen ilaçlarını taşımalarına izin verilmelidir. Ancak, aşırı doz olarak alındığında tehlikeli olan ilaçlar alınıp muhafaza edilerek, doz esasına göre ayrı ayrı dozlar halinde zamanında kendilerine verilmelidir.

49. Yetkin farmakolojik danışmanla yapılan görüşmelerle, cezaevi doktoru, gerekli ilaçlar ve tıbbi serviste genellikle reçetelere yazılan ilaçlar konusunda kapsamlı bir liste hazırlayacaktır. Tıbbi reçete, özellikle tıp mesleğinden olanların sorumluluğunda kalacak ve ilaçlar sadece yetkili şahıslar tarafından dağıtılacaktır.

C. Sürekli Tutuklu Halde Kalmaya Uygun Olmayan Şahıslar

Ciddi olarak fiziksel sakatlığı olanlar veya yaşlı ilerlemiş kişiler

Kısa dönemde öldürücü olacak hastalık seyri/prognozu

50. Ciddi fiziksel sakatlıkları olan mahkumlar ve ileri yaşta olanlar, mümkün olduğu kadar normal bir yaşam sürmelerini sağlayacak şekilde barınma olanağına sahip halde bulundurulacak ve genel cezaevi nüfusundan ayrılmayacaklardır. Yapısal olarak yapılacak değişiklikler, tekerlekli sandalye ve özürülü hastaların, dışarıdaki ortamdakilerle aynı çizgide olacak şekilde sağlamak suretiyle, gerçekleştirilecektir.

51. Kısa dönemde ölümcül bir seyir gösteren hastaların dışarıdaki hastane birimlerine ne zaman nakil edilmelerinin gerekli olacağına ilişkin karar, tıbbi zeminlere dayalı olarak alınacaktır. Bu şekilde bir nakili beklerken, bu hastalara cezaevi sağlık bakım merkezinde hastalıklarının son aşaması sırasında en elverişli hemşirelik bakımı sağlanacaktır. Böyle durumlarda, sağlananların, dışarıda infazın ertelenmesi bakımı şeklinde yapılması gereklidir. Tıbbi nedenlerle af ihtimali veya bu nedene dayalı olarak erken tahliye olanağı incelenmelidir.

*D. Psikiyatrik semptomlar**Ruhsal rahatsızlıklar ve belli başlı kişilik bozuklukları**İntihar riski*

52. Cezaevi yönetimi ve ruh sağlığından sorumlu bakanlık, mahkumlar için psikiyatrik hizmetlerin organize edilmesinde iş birliği içine girmelidirler.

53. Cezaevlerine ilişkin ruh sağlığı hizmetleri ve sosyal hizmetler, içeridekilere yardım ve tavsiye sağlamaya yönelmeli ve durumları ile başa çıkma ve durumlarına kendilerini adapte etmelerini güçlendirmelidir. Bu servisler, her birinin kendi görevlerini akılda tutmak suretiyle, faaliyetlerini koordine etmelidir. Mesleki olarak bağımsızlık, cezaevi bağlamına özgü koşullar gözden irak tutulmadan, sağlanmalıdır.

54. Cinsel suçlar ile itham edilenlerin olması durumunda, kaldıkları süre içinde ve sonrasında uygun tedavi ile birlikte, bir psikiyatrik ve psikolojik muayene yapılması teklif edilmelidir.

55. Ciddi ruhsal rahatsızlıklardan muzdarip haldeki mahkumların, yeterli bir şekilde donanımları bulunan ve gerektiği gibi eğitilmiş personele sahip, cezaevi tesisinde muhafaza edilmesi ve bakımlarının burada gerçekleştirilmesi gerekir. İçeridekinin bir kamu hastanesine giriş kararı ilgili makamların yetkilendirmesine bağlı olarak, psikiyatr tarafından verilmelidir.

56. Ruh hastalarının yakın tecridinin kaçınılmaz olduğu durumlarda, bunun mutlak bir minimuma azaltılması sağlanmalı ve mümkün olduğu kadar çabuk bir şekilde, bire bir hemşirelik bakımı altında alınma ile bu durumlarının değiştirilmesi gerekmektedir.

57. İstisnai durumlarda, kısa bir süre ile şiddetli bir şekilde hasta olanların fiziksel olarak alıkonulması öngörülebilmekte bu arada gerekli ilaç ile sakinleştirme işlemleri başlatılmaktadır.

58. Hem tıbbi hem de güvenlik personeli tarafından intihar riski devamlı olarak değerlendirilmelidir. Kendi kendine zarar vermeden kaçınmaya yönelik fiziksel yöntemler, yakın ve sürekli gözlem altında tutma, diyalog ve güven tazeleme, kriz durumlarında, gerekenlere göre, kullanılacaktır.

59. İçerdekilerin serbest bırakılmasından sonraki izleme tedavisi, dışarıdaki uzmanlık sahibi servislerce gerçekleştirilmelidir.

*E. Tedavinin ret edilmesi**Açlık grevi*

60. Tedavinin ret edilmesi halinde, doktor bir tanık huzurunda, hasta tarafından imzalanan, yazılı bir beyan talep etmelidir. Doktor ilacın muhtemel yararları, muhtemel tedavi alternatifleri konusunda hastaya tam bilgi vermeli ve ret etmesi durumu ile bağıntılı riskler konusunda onu uyarmalıdır. Hastanın durumunu tam olarak kavramasının sağlanmış olması gereklidir. Hasta tarafından kullanılan dil nedeniyle kavrama güçlüklerinin olması halinde, deneyimli bir tercümanın hizmetine başvurulması gerekir.

61. Açlık grevi yapanın bir kişinin klinik olarak değerlendirilmesi, sadece, kişi olarak kendisi, bir psikiyatrik servise nakil edilmesini gerektirecek, ciddi bir ruhsal bozukluk içinde değil ise, hastanın açık olarak iznine dayalı olarak yapılabilecektir.

62. Açlık grevi yapanlara yaptıklarının, kendilerinin fiziken iyi olmaları üzerindeki zararlı etkiler konusunda nesnel açıklamalar yapılacak ve böylece, uzun süre açlık grevinde olmanın tehlikelerini anlamaları sağlanacaktır.

63. Doktorun kanaatine göre, açlık grevi yapmanın durumu önemli ölçüde kötüleşmekte ise, doktorun bu gerçeği ilgi makama rapor etmesinin gerektiğini bilmesi ve ulusal mevzuatta belirtilenlere (mesleki standartlar dahil) göre önlem alması gereklidir.

F. Cezaevinde şiddet

Disiplin işlemleri ve yaptırımlar

Disiplin cezası, fiziksel olarak alıkoymak

Üst güvenlik rejimi

64. Diğer mahkumların, muhtemel cinsel saldırıları dahil, şiddetinden korkan veya cezaevindeki topluluğun diğer üyelerinin son zamanlarda hakaretlerine maruz kalmış veya onlarca incitilmiş mahkumlar, güvenlik personelinin tam korumasına ulaşabilmelidirler.

65. Doktorun görevi, iyi bir düzen ve disiplini sağlamanın kendi sorumlulukları olan, cezaevi personelinin, kuvvet kullanmasını istemek veya affetmek olmamalıdır.

66. Disiplin cezası yaptırımı söz konusu olması halinde, diğer herhangi bir disiplin cezası veya güvenlik tedbiri olarak mahkumun fiziksel veya ruhsal sağlığı üzerinde ters etki yapabilecek önlem olan durumlarda, sağlık bakım personeli, mahkumun talebi üzerine veya cezaevi personelinin talebi-ne dayalı olarak tıbbi yardım ve tedavi sağlanmalıdır.

G. Sağlık bakım özel programları:

Sosyoterapötik programlar

Aile bağları ve dış dünya ile temaslar

Anne ve Çocuk

67. Sosyoterapötik programlar toplum çizgisi boyunca organize edilmeli ve dikkatli bir şekilde gözlem altında tutulmalıdır. Doktorların, ilgili bütün servislerle, yapıcı bir tarzda, işbirliği içine girmeye, bu tür programlardan mahpusların yararlanmaları hususunu dikkate almak ve böylece serbest bırakıldıktan sonra tekrar suç işleyerek cezaevine geri gelme risklerini azaltabilecek sosyal becerileri kazanmalarını sağlamak için, istekli olmaları gereklidir.

68. İçeridekilerin, ziyaret sırasında, göz ile gözlem altında tutulmadan, cinsel partnerleri ile buluşmalarına müsaade edilmesi olanağı hususu üzerinde durulmalıdır.

69. Tutuklu annelerin, çok küçük olan çocuklarının, kendileri ile kalmaları olanağı, iyi bir sağlık durumunu idame ettirmeleri, hissi ve psikolojik bağlarını muhafaza etmeleri ihtiyacı dikkate alınarak, annelerinin kendilerine özen göstermesine izin verilmesi durumu içinde sağlanmalıdır.

70. Beraberinde çocukları olan anneler için özel tesisler sağlanmalıdır (kreş, günlük bakım evi gibi).

71. Belirli bir yaşta çocukların annelerinden ayrılması konusundaki yönetsel kararlara doktorlar karışmamalıdır.

H. Üst arama

*Tıbbi raporlar**Tıbbi araştırma*

72. Üst arama yönetsel makamların bir konusu olarak görüldüğünden cezaevi doktorları bu tür işlemlere katılmamalıdır. Ancak, içeridekinin yapılacak bir tıbbi muayenesi, kendisinin işe karşmasını gerektiren nesnel bir tıbbi neden olması halinde, doktor tarafından gerçekleştirilmelidir.

73. Cezaevi doktorları, cezaevi tarafından resmen talep edilmesi veya bir mahkemece istenmesi durumları dışında, savunma veya yargılama için herhangi bir tıbbi veya psikiyatrik rapor hazırlamayacaklardır. Tutuklu haldeki mahkumlara ilişkin adli işlem içinde tıbbi uzman olarak herhangi bir görev almaktan kaçınılmalıdır. Örnekleri sadece teşhis için test yapılması ve tıbbi nedenleri konu alan amaçlarla toplayacak ve analiz edeceklerdir.

74. Mahkumlarla tıbbi araştırma yapılması Avrupa Cezaevi Kuralı R (87) 3 No.' lu Tavsiye, insanlarda tıbbi araştırma konulu R (90) 3 No' lu Tavsiye ve cezaevlerinde AIDS ve ilgili sağlık sorunları dahil bulaşıcı hastalıkların cezaevi ve kriminolojik özellikleri konusundaki R (93) 6 No' lu Tavsiyede belirtilen ilkelere uygun bir şekilde gerçekleştirilecektir.

*CM (97)179 İnceleniş 2**AÇIKLAYICI MUHTIRA**ÜYE DEVLET BAKANLAR KOMİTESİ NİN CEZAEVLERİNDEKİ**SAĞLIK BAKIMININ ETİK VE ÖRGÜTSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN**R (98) 7 NO' LU TAVSİYESİ**GENEL DÜŞÜNCELER (GEREKÇE KONUSUNDA AÇIKLAMA)*

Genel olarak, tıbbi etik tanımı "bu durumda tıp(...) olmak üzere, bir mesleğin uygulama koşullarına uygun özel etik. Mesleki etik, kendisinin de genel olarak ahlak, yasalar ve kurullarla düzenlendiği bir toplumda söz konusu olduğu da dikkate alınmak suretiyle, iyi mesleki uygulamaları güvenceye almaktır." şeklinde.

Tıbbi etik, İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana, Dünya Tabipler Birliği'nin (WMA)² gözlem ve koruması altında tedrici bir şekilde kanunlaştırılmıştır/codified. Ancak, Avrupa ülkeleri arasında büyük farklılıklar bulunmakta ve halen, tıbbi etik kurallarının ihlalinden dolayı ortaya çıkan yaptırımlar birbirinden çok uzaktır. Bunlara ek olarak, halen yürürlükte olan tıbbi etik düzenlemeleri/codes arasında gözlenen farklılıklara rağmen, tıbbi etik ruhunun kökeni, yirminci yüzyıla kadar gerekli etik referans noktası olarak kalan, "Hipokrat Yemini" gibi çok eski metinlerde olduğu, unutulmamalıdır.

Cezaevlerindeki sağlık bakımının kendine özgü mahiyetine rağmen, uluslararası metinlerde belirtilmiş bulunan mesleki ve tıbbi etik konusundaki belli başlı ilkelerin, cezaevlerindeki tıbbi uygulamalarda da dikkate alınmasının gerekli olduğu önemle belirtilmesi gereken bir husustur.³

Avrupa düzeyinde, aşağıdaki referansların alandaki temel kaynaklar olarak dikkate alınmasının gerekeceği belirtilmelidir: 1950 tarihli İnsan Hakları ve Temel Hürriyetlerin Korunması Sözleşmesi; 1961 Tarihli Avrupa Sosyal Mutabakatı, 1987 tarihli İşkence ve Küçültücü İşlem ve Cezalandırmaların Önlenmesi Sözleşmesi; 1997 Tarihli İnsan

¹ G. Hottois ve M.-H. Parizeau, "Les mots de la bioétique", Collection Sciences, Ethiques, Societes; De Boeck University Brussels, p.177 ff.

² Bu alanda WMA' nın en önemli metinleri arasında yer alanlar: Cenevre Bildirgesi (1948), Helsinki Bildirgesi (1975) ve hasta hakları konusundaki Lizbon Bildirgesi' (1981)dir.

³ Bundan başka WMA cezaevlerindeki sağlık bakım personel etkinlikleri alanına etki eden, mahkumların üstlerinin araması (1993), ölüm cezalarına doktorun katılımına ilişkin karar (1981), açlık grevi konusunda Malta Bildirgesi (1991) ve Tokyo Bildirgesi (1975) gibi.

Hakları ve Biotıp Sözleşmesi; İnsanların medikal olarak araştırılmasına ilişkin Bakanlar Komitesinin R (90) 3 No' lu Tavsiyesi; Hastanelerde AIDS ve ilgili sağlık problemleri dahil, bulaşıcı hastalıkların kontrolünde hapishane ve kriminolojik özellikler konusunda R (93) 6 No' lu tavsiye; R (87)3 no' lu Avrupa Hapishane Kuralları; psikiyatri ve insan hakları konusundaki 1235 (1994) Tavsiyeleri ve Avrupa Konseyi üye Devletlerinde tutuklama şartları konusunda 1257 (1995) sayı ile Parlamenterler Meclisince hazırlananlar.

Güvenlik kriterinin dikkate alınmasını gerektiren, cezaevlerine özgü durumlar dikkate alındığında, tıbbi kriter ve güvenlik kriteri bazen birbirine ters düşüklerinden cezaevlerinde tıbbi uygulama yapmanın "yüksek riskli bir faaliyet" olduğu söylenebilir.

Bu bağlam içinde, tıbbi etik konusunda kesin kurallar belirlemek ve mahkumların gerektiği gibi sağlık bakım almalarını sağlamak için gerekli etik konuları belirlemek, cezaevinin özel bağlamında yeterli tıbbi uygulamaları garanti etmesi muhtemel olan ilke ve tavsiyelerin belirlenmesi ve geliştirilmesi durumunu ortaya çıkartmaktadır.

İşkence ve Küçültücü İşlem veya Cezalandırmanın Önlenmesi Konusundaki Avrupa Komitesi 3' üncü genel raporunda belirtildiği üzere, mahkumların bakımının dayanacağı gerekli kriterleri belirlemek için aşağıdaki ilkeler belirlenmiştir: doktora ulaşabilme, bakımın denkliği/equivalence of care, hastanın onayı ve gizliliği/mahremiyeti, mesleki bağımsızlık.¹

Bu ilkelere uygun hareket etmek, halen, bu tavsiyenin konusu olmasının nedenini oluşturan, cezaevlerinde yeterli sağlık bakım sağlanması bakımından temel olarak görülmektedir. Buna ek olarak, Tavsiyelerde, cezaevlerine özgü birkaç kesin durum üzerinde durulmak suretiyle, cezaevlerinde çalışan sağlık bakım personelinin tercih ve önceliklerinin belirleneceği etik konuların belirlenmesine gidilmiştir.

¹ 1 Ocak' dan 31 Aralık 1992' ye kadar olan dönemi kapsayan CPT' lerin faaliyetlerine ilişkin 3' üncü genel rapor.

EKTEKİ TAVSİYELER KONUSUNDA AÇIKLAMALAR**I. CEZAEVİNDE SAĞLIK BAKIM HAKKININ ANA ÖZELLİKLERİ****A. Doktora Ulaşmak**

1. Cezaevine girerken, bütün mahkumların gecikmeden cezaevi sağlık hizmetinin bir üyesine ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda mahkumun ruh sağlığının da değerlendirilmesini kapsayabilecek olan girişte yapılacak görüşme ve tıbbi muayene, bir doktor (Avrupa Cezaevi Kuralları R (87) 3' nolu tavsiyesinde paragraf 29) tarafından yapılmalıdır. Ancak, personel mevcudiyeti ve yeni mahkumun tıbbi hizmetle ilk temasının bazen, nitelikli bir doktorun işe karışmasını gerektiren durumlardaki danışma ve bakım konusunda olabilecek herhangi bir talebini, doktora ulaştırabilecek durumdaki, tamamen nitelikli ve sorumlu bir hemşire tarafından gerçekleştirilmesi hususu dikkate alınmalıdır. Tutuklu durumdaki bütün mahkumların, herhangi bir anda, gecikmesiz olarak bir doktor veya kalifiye bir hemşireye ulaşmaları sağlanmış olmalıdır.

2. Kalifiye doktor, hemşire ve diğer bütün sağlık mesleğinden olanları kapsayan, sağlık bakım personeli sınırlı sayıda mahkumun bulunduğu, özellikle çoğunun genç ve sağlıklı durumda olduğu kurumlarda, part-time esasına göre kullanıma hazır halde tutulmaları mümkündür. Diğer taraftan, büyük kurumlar, tam süre ile çalışan, gerektiğinde ve özellikle çalışma saatleri dışındaki süreyi kapsamak üzere, ilave part-time personel ile güçlendirilen, sağlık bakım personeli gerektirmektedir. Cezaevinde çalışan sağlık bakım personeline toplumdaki sağlık bakım sistemine periyodik olarak geri dönme olanağı sağlanmalıdır.

3. Cezaevi sağlık bakım servisleri, poliklinik hasta muayeneleri ve acil tedavileri yapabilmelidir. Buna göre, her cezaevinin, kuruluşlarında, her zaman için ilk yardım sağlayacak eğitilmiş personele sahip olması ve bir doktorun normal muayene saatleri dışında, çağırılabilir durumda bulunması gerekir. Acil tıbbi bakım olanaklarına ulaşmak, tıbbi olmayan kriterden dolayı ortaya çıkan herhangi bir gecikmeye maruz kalmamalıdır. Toplumdaki tıbbi kaynakların kullanılması, toplum ile daha yakın bir bütünleşme sağlamak için, genel tedavi yaklaşımını destekleyecek şekilde mahkumlara genişletilmelidir. Bunun için, cezaevi doktoruna yardımcı olması için dışarıdan konsültasyonlara başvurmak veya mahkumun dışarıdaki uygun tıbbi servise nakledilmesi gerekebilir.

4. Herhangi bir anda, 24 saatlik süre içinde, doktora ulaşmak, sağlanmalıdır. İlgili kurumun büyüklüğüne göre, bunun için part time personelin katılımı da gerekli olabilir. İlk yardım tedavi imkanının kullanıma hazır olması, her zaman garanti edilmeli ve ciddi acil durumların olması halinde, yönetimin dikkatinin çekilmesi gerekir. Koruma personelinin aktif olarak katılımı ve kendilerini bu işe adanmaları gereklidir. Cezaevi memurlarının eğitiminin bir kısmının, temel ilk yardım konusu na ayrılması gereklidir.

5. Mahkumlar arasında psikiyatrik sorunların yüksek oranda ortaya çıkması nedeniyle, birden fazla disiplinden gelen bir psikiyatrik timin varlığı, sadece büyük kuruluşlarda değil, küçük tecrit edilmiş cezaevlerinde de, çok önemli bir önceliktir. Böyle bir timde hem psikiyatrlar hem de psikologlar, psikoterapistler, mesleki terapistler ve danışmanlar yer almalıdır. Büyük kurumlarda tam süre ile çalışmakta olan psikiyatrların, daha küçük uydu olanları düzenli aralıklarla ziyaret etmeleri sağlanabilmelidir.

6. Acil dış [sorunları] olanların tedavileri de mahkumiyet süresinin uzunluğuna ve mahkumların tutukluluk rejimlerine göre belirlenerek, nitelikli dış hekimî hizmetlerinin sağlanması güvenceye alınmalıdır. Genellikle, nitelikli dış hekiminin cezaevinde sağladığı hizmetler, mahkum nüfusun

gereksinimlerini, özellikle madde bağımlı olan, dış sağlığı çoğunlukla çok zayıf olanların, gereksinimlerini karşılamaya yeterli olmalıdır.

7. Cezaevi yönetimi ve yerel kamu ve özel madde bağımlılık klinikleri arasında yakın bir işbirliği, özellikle mahkumun serbest bırakılarak topluma çıkması ve daha sonraki bakımı düzenlendiğinde, temel oluşturmaktadır. Madde bağımlılığı olgularının her birinde bu tür bir işbirliği için bir iletişim memurunun belirlenmesi son derece yararlı olmaktadır.

8. Hükmünü çekmekte olan kadın mahkumun gebe olmasının saptanması durumunda, cezaevi yetkilileri bakımından zarar görebileceği durumunda iken, anne adayları olarak, cezaevi sistemi içinde veya dışarıdaki kurumlar tarafından iyi bir şekilde bakımının yapılmış olmasını sağlamak, sorumluluğu vardır. Politika olarak bütün gebe kadınların serbest bırakılması ve doğum yaptıktan sonra, hükümlülük durumlarını tam olarak yerine getirmek için tekrar tevkif edilmeleri durumu uygulamakta veya tutukluluk sürelerini tamamlamak üzere onları cezaevinde tutmak politika olarak belirlenmiş ise, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım her zaman dışarıdaki bir hastanenin sorumluluğunda olmalıdır. Bebeğin hiçbir zaman cezaevinde doğması söz konusu olmayacaktır.

9. Mahkumların hastaneye nakli, hem taşıma araçları hem de nakil hızı bakımından, sağlık durumlarına uygun bir şekilde yapılacaktır. Hastane tedavisi sivil bir hastanenin güvenli bir ünitesinde gerçekleştirildiğinde, hastane ünitesi ve hastayı gönderen cezaevinin sağlık servisleri arasında yakın bir işbirliğinin olması önemlidir. Bu güvence, hastane ünitesinde çalışan tıbbi ve hemşirelik personelinin aynı zamanda cezaevi sağlık bakım personeli olarak çalışması halinde gerçekleşmiş olacaktır.

B. BAKIMIN DENKLİĞİ

10. Bir cezaevindeki sağlık bakım servisi, genel olarak halka sunulanlarla kıyaslanabilir durumlara sahip, bir genel tıbbi ve dış tedavisi yanında, koruyucu sağlık (kanserin erken teşhisi gibi) olanaklarını da sağlamalıdır. Uzmanların yardımı (doktorlar, fizyoterapistler vb) bakımın denkliği ilkesinin aynısı temel alınmak suretiyle, garanti edilmelidir. Yasal olarak açık bir şekilde belirtilen olgular hariç, ikinci bir tıbbi muayene olanağı arama kararı, mahkumların sağlığından sorumlu doktor tarafından verilmelidir. İkinci bir muayenenin gerekli görülmesi halinde, cezaevi sağlık merkezi, dışarıdan yetkin bir doktora başvurabilecektir.

11. Bakımın denkliği ilkesini garanti etmek için, yetkili makamlar, hem yeterli ve uygun tıbbi, hemşirelik ve teknik personel hem de çalışma yeri, tesis ve donanımın cezaevi sağlık bakım servisinde kullanıma hazır halde olmalarını sağlamalı, buna ek olarak, cezaevi sağlık bakım hizmetlerinin örgütlenmesi, işlevsel olmalı ve genel olarak halka sunulan sağlık hizmetlerine göre modelleştirilmesi sağlanırken, cezaevlerinin kendine özgü özelliklerinin de dikkate alınması gerekli görülmektedir. Bu amaç bakımından, her hasta için bir tıbbi dosya tutulmalı ve gerekli tıbbi bakımı (anamnez bilgisi, teşhisler, tedavi, uzman muayeneleri ve konsültasyonlar vb) garanti etme olan bütün bilgiler dosyada bulunmalıdır. İyi örgütlenmiş bir cezaevi sağlık bakım servisi, cezaevinde verilen tedavinin, dışarıdaki topluma verilene göre eşitlik ilkesine uygun olmasını garanti etmek bakımından, gereklidir.

12. Avrupa ülkelerinin birçoğunda, cezaevlerinde sağlık bakımının sağlanması Adalet Bakanlığının (veya bazı durumlarda, İçişleri Bakanlığı) sorumluluğu altında bulunmakta ve tıbbi hizmetler, cezaevi yönetimince örgütlenmektedir. Sağlık Bakanlığı sadece birkaç ülkede sağlık bakımının sağlanması sorumluluğunu taşımaktadır.

Tavsiyeler, bir tek model halinde sağlık bakım ve ilgili kurumsal düzenlemeler yapılmasının sağlanmasından kaçınılmaktadır. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın hijyen değerlendirilmesi, sağlık bakımının

uygunluğunun değerlendirme konusu edilmesi ve cezaevinde sağlık hizmetleri örgütüne ilişkin değerlendirmeler bakımından genişletilmiş sorumluluklarının olduğu önemle belirtilmektedir.

Mahkumlar için en elverişli sağlık bakımının sağlanması ve sağlık bakımında cezaevinde ve toplumdakiler bakımından eşitlik ilkesini gerçekleştirmek üzere, çeşitli bakanlık ve ilgili servisler bütünlüştürülmüş bir sağlık politikasının cezaevi sistemi için belirlenmesi çabası içine girmelidir. Bu, yakın işbirliği ve belirgin bir sorumluluk tanımını gerektirmektedir.

C. HASTA ONAYI VE MAHREMİ YETİ

13. Bu kısımda, tıbbi etiğin, hem tıbbi tedaviye onay vermek hem de mahremiyet kavramı gibi gerekli olan ve hem mesleki olarak, genel ahlak bakımından hem de kanunda hemen hemen oybirliği ile kabul edilen kavram ve değerlerin oluşturduğu bir özellik üzerinde durulmaktadır. Tıbbi tedavi için onay verme serbestisi ve mahremiyet kişilerin sadece temel haklarından olmayıp, aynı zamanda doktor ve hasta arasındaki gerekli güven ilişkisinin “çimentosunu” teşkil etmekte, özellikle, cezaevlerinde, mahkumların çoğunlukla serbest olarak doktorlarını seçmelerinin mümkün olmaması nedeniyle, bu husus önemli görülmektedir. Doktor ve hemşirelik personeli konsültasyonlarını mahremiyet esasına göre gerçekleştirmekle kalmayıp, aynı zamanda, hasta olan mahkumların tıbbi kayıtlarının da yerinde ve tıbbi belge mahremiyetlerinin garanti edilebileceği şekilde muhafaza edilmesini sağlamaları da gerekmektedir. Örneğin, tıbbi kayıtlar sadece tıbbi ve hemşirelik personelinin ulaşabildiği bir yerde veya kilitli, sadece sağlık bakım personeli tarafından kullanılan, dosya dolapları içinde muhafaza edilebilir.

14. Tıbbi tedavi için “özgür ve bilgilendirilerek” sağlanmış onayın olması, belirli bir duruma ilişkin olarak/somut olarak dikkatli bir şekilde her zaman incelenmesi gerekli olan, psikiyatrik rahatsızlıktan muzdarip şahıslarda belirgin olduğu üzere veya anlama veya karar verme yeteneklerini azaltabilecek hastalıkların olması durumlarında, önceden sağlanması gerekli hususlardan biridir. Gerekliyorsa, cezaevi doktoru, hastanın anlama yeteneği konusunda makul bir şüphe içinde ise, bir psikiyatrin görüşünü isteyebilir.

Hastanın anlamaya muktedir olması durumunda, tedavi konusundaki onayının özgür olması gerekir. Onay özgürlüğü, ilke olarak, herhangi bir dış sınırlandırma veya baskı olmadan verilen kararı ifade etmekte; cezaevi doktoru, hastanın onayının, herhangi bir avantaj, kişisel veya tıbbi olarak, doğrudan doğruya konu durumu ile bağıntılı olmayan bir şekilde elde edilmiş olup olmadığına dikkat etmelidir; bilgi verildikten sonra, alınmalıdır. Hastalar karar vermek için gerekli bütün bilgilere sahip olduktan sonra açık bir şekilde iradelerini açıklayabilirler. Bundan dolayı, hastaya, düşünülen tedavi nedeniyle ortaya çıkan riskler ve muhtemel tedavi seçenekleri, tedavi olmaması halinde ortaya çıkan riskler de dahil olmak üzere, hastalığı konusundaki teşhis ve prognoz ve tedavi bakımından ayrıntılı bilgi sağlanmalıdır.

Bu paragraf, tıbbi tedavi konusunda hastanın onay vermesi bakımından diğer iki önemli özellik üzerinde de durmaktadır. Öncelikle, tıbbi tedavi konusundaki onayın, anlama yeteneğinde bir bozulma olmadığı ölçüde, psikiyatrik hastalıktan da muzdarip olan hastadan alınması gereklidir. Buna ek olarak, özellikle psikiyatrik patoloji olgusunda, hastanın onayının sağlanması, tedavi için yapılacak dostluğun hastayı sunulan tıbbi tedaviye daha fazla adanması ile sonuçlanma olasılığının olması durumunda gereklidir. Bu durumda, hasta anlayabilmektedir, tam, ayrıntılı olarak bilgi aldıktan sonra tıbbi tedaviyi ret etmesi durumunun da düşünülmesi gerekir. Bu kendisine bilgi verilmek suretiyle ortaya çıkan onay verilmeme durumundaki hasta, bunu ifade konusunda tam hak sahibidir. Ancak, böyle bir tutum, bazen, tıbbi olmayan konulara ilişkin tersliklerden dolayı ortaya çıkabilmekte ve bu durum özellikle, mahkumun açlık grevine giderek adalet veya idari kararları protesto

etmesi durumunda görülmektedir. Bu tip durumlarda, doktorun sağlıklarındaki bozulmanın kaynağı olan sürece müdahale edememe durumunda kalarak kişinin sağlık durumunu kontrol etmesi gereklidir. Bundan sonra, hastanın tıbbi dosyasına büyük bir ayrıntı ile, anlayabildiğini ve kendisine ayrıntılı bilgi verildikten sonra tedaviyi ret ettiği yazılabilir.

16. Daha önceki açıklamaların bir uzantısı olarak, bilgi verilerek, anlayabilecek durumda bulunan bir şahıstan sağlanan onayın olduğu bir durumda yasaya dayalı olunması ve sadece bir bütün olarak nüfusun tamamına uygulanacak istisnai durumlara bakılması ilkesindeki herhangi bir bozukluk olduğu hususu ortaya çıkartılabilir. Bu özellikle, cezaevlerinde çeşitli nedenlerle (mahkumların sağlıklarının kötü olması, aşırı kalabalık vb) yüksek bir orana sahip olan, tüberküloz gibi bazı enfeksiyon hastalarında ve cinsel yolla geçen bazı (frengi vb gibi) hastalıklarda, görülen durumdur. Doktorun hastayı sağlıklı durumuna getirmesi için gerekli bütün önlemleri alma görevini taşıdığı acil durumlarda, ikinci olarak belirtilenin bunu anlayacak durumda olmaması (örneğin, travma nedeniyle koma gibi) hususu da beklenilmeli, hastanın onayının bu durumda verilmiş olduğu varsayılmalıdır.

17. Bu paragraf, mahkumun ikinci tıbbi görüş sağlama hakkının elde edilmesi koşullarını, belirtmektedir. Mahkumlar veya onların aileleri için dışarıdan bir doktoru cezaevinin sağlık bakım merkezine çağırmanın maliyetlerini karşılamaları makul olacağından, bu hakkın, çoğunlukla mali kriter ile terslik içine düşüğünü, not etmek ilginçtir. Gerçekten, bu hak bütün mahkumlara verilebilmesine rağmen, uygulanması, ilgili mali durumlar bakımından eşitsizliği genişletmektedir.

18. Bir mahkumun bir başka cezaevine nakledilmesi halinde veya tıbbi kayıtları veya ayrıntılı tıbbi raporunun ileride mahkumu tedavi edecek olan doktora iletilmesi sağlanmalıdır. Mahkuma, tıbbi kayıtlarının veya raporlarının nakil edildiği konusunda bilgi verilmesi önemlidir ve kişi olarak buna itiraz etme hakkının kendisine verilmesi sağlanmalıdır. Mahkum serbest bırakıldığında, ilgili hastanın onayı ile, yararlı bütün tıbbi bilginin hastanın genel pratisyenine bildirilmesi suretiyle gerekli tıbbi bakımının yapılması sağlanmalıdır.

D. Mesleki bağımsızlık

19. Cezaevinde çalışan doktorlar, toplumdaki çizgiye uygun olarak mahkumlara sağlık bakım ve önleyici tedavi sağlama çabası gösterecekler ve klinik kararlarında temel olarak hastalarının sağlık durumlarına göre yönlendirilmelidirler. Tutuklu bir hastanın sağlık ihtiyaçları, sadece cezaevinden dışarı gerekli nakilin yapılması ile dışarıdaki bir hastanede yapılabilen, özel tedavi gerektirebilmektedir. Böyle durumlarda, cezaevi yönetiminin herhangi bir şekilde doktorun kararına etki etmeye çabalamaması gerekir. Ancak, hastanın dışarıdaki hastaneye iletilmesi konusundaki sorumluluğun tamamı, gerekli güvenlik düzenlemelerini organize etmek zorunda olan cezaevi yönetimine aittir.

20. Tıbbi ve hemşirelik personeli, cezaevindeki mesleki faaliyetlerini, herhangi bir cezaevi için uygun olan güvenlik bakımından gerekli olan hususları da dikkate almak gerektiği gerçeğini de göz önünde bulundurarak, sadece tıbbi kriterleri temel alarak gerçekleştirebilecek bir durumda olmalıdır. Cezaevlerinde çalışan sağlık bakım personelinin bağımsızlığı, örneğin, sağlık bakım hizmetlerini, yasal veya bağımsız, tanınmış bir sağlık yetkilisinin (mesleki kurum, üniversite kurulu vb) gözetimi altında tutmak suretiyle güvenceye alabilir.

21. Mesleki bağımsızlık, cezaevi tıbbi hizmetinin, yetkili sağlık makamınca düzenli aralıklarla yapılan kalite kontrolü vasıtasıyla gerçekleştirilmelidir. Buna ek olarak, cezaevi sağlık hizmetine yeterli fon tahsisatı yapılmak suretiyle, görevini kendisine verilen hedeflere uygun bir şekilde gerçekleştirebilecek duruma getirmesi sağlanmalıdır. Bağımsız, tanınmış makamın kullanılması suretiyle,

yeterli bir şekilde cezaevi tıbbi servisine tahsis edilen fonların yönetiminin sağlanması da önemli bir etmen olarak, mahkumlara yüksek kalite tıbbi hizmet sağlanmasını temin bakımından üzerinde durulması gereken bir husustur.

22. Cezaevinin özel ortamında çalışabilecek yetkin doktorların makul bir şekilde bunu tercih etmelerini sağlamak için, yapılacak ödeme düzeyinin (ücretlendirmenin), diğer kamu sağlık sektörlerinde kazanılacak olandan daha düşük olmaması, önemli bir husustur. Böylece, cezaevlerinde kullanıma sunulmuş bulunan sağlık bakımındaki standartların düşmemesi bakımından bir güvence sağlanmış olacaktır.

II. CEZAEVİ ORTAMINDA CEZAEVİ DOKTORU VE DİĞER SAĞLIK BAKIM PERSONELİNİN KENDİLERİNE ÖZGÜ GÖREVLERİ

A. Genel olarak gerekli görülenler

23. Cezaevi doktorunun temel görevi, daha önceki paragraflarda belirtilmiş ilkelere uygun olarak, bütün mahkumların genel pratiyeni olmaktır. Ancak, bu cezaevi doktorluğu görevindeki iki önemli sınırlandırıcı etmenin dikkate alınması gerekir. Birincisi, mahkumların doktorlarına (ikinci tıbbi muayene talebinde bulunmamaları halinde) ilişkin olarak tercih özgürlüğü azdır ve cezaevi doktorunun sözleşmeye dayalı olarak bütün mahkumları istisnasız olarak tedavi etme görevinden dolayı kamu yararına bir görev altında bulunmaktadır. İkinci olarak, cezaevine özgü güvenlik bakımından gerekli olan hususlardan kaynaklanan sınırlamalar ve muhtemel olarak gerçekleştirilmekte olan adli oturumlar, çoğunlukla doktor ve hasta arasındaki ikili ilişki şeklinde olan ve her ikisinin de, kendisinin de kamu görevine sahip halde bulunduğu (ilgili kanunlarda yer alan hususlara göre adli oturumların tatminkar bir şekilde gerçekleştirilmesi, giyilen hükmün, bazı mahkumların tehlikeli olmaları ve kaçma riski vb ile bağıntılı olarak yeterli güvenlik şartları altında tamamlanması) bir üçüncü ortak tarafından getirilen (hapishane yönetimi, mahkemeler) koşulları dikkate alınmasının gerekli olduğu, üçüncü bir boyutu ortaya çıkartmaktadır.

Cezaevlerinin kendine özgü bağlamı içinde, büyük sayıda insan küçük bir coğrafi alanda bir araya getirilmekte, doktor ve diğer sağlık bakım personelinin de, her mahkumun sadece kişisel olarak sağlığına dikkat etmek değil, aynı zamanda, cezaevindeki topluluğun tamamının sağlığını da sağlamak gibi, bir kamu sağlık görevi bulunmaktadır. Bu görev, şimdi Avrupa Konseyi üye Devletlerinin birçoğunda halen, cezaevlerinde aşırı kalabalık ve bu durumun getirdiği belirli riskler (içeridekilerin şiddet göstermesi, bulaşıcı hastalıkların yayılma riski vb) ile karşı karşıya olmaları, özellikle önemlidir. Bu bakış açısından, sağlık bakım personelinin, bundan dolayı, hijyen, gıda, mahkumlara sunulan asgari alan vb gibi hususlara dikkat etmesi ve bu kriterlerin herhangi birinin yerine getirilmemesi halinde, doktorun bunu yetkili makamlara bildirmek suretiyle, duruma bir çözüm getirme görevi olduğundan, gereklidir.

24. Cezaevi yöneticisi, içeridekilerin kendi bakımı altında bulunanların sağlık ve refahından, nihai olarak sorumlu durumundadır. Bu amaçla, çevre sağlık memurları, toplum hekimleri, diyetisyenler ve hijyenistler dahil, çeşitli makamlardan yol gösterici olmaları yollarını araştırabilirler. Ancak, cezaevi doktorunun, kişisel temele dayalı olarak valiye bilgi vermek suretiyle, bu ayrı alanların her birinde sağlık bakım politikasının koordinasyonunun sağlanması gereklidir.

25. Sağlık bakım personeli ve cezaevi personelinin ilgili görev ve ehliyeti farklı olduğundan ve ya bazen birbirine ters düştüğünden, bu iki grup arasında sürekli bir işbirliğinin ve diyalogun sürdürülmesi suretiyle sağlık bakım personelinin, hassas durumların işleme tabi tutulmasında cezaevi yönetimine doğrudan doğruya veya dolaylı bir şekilde ilgili mahkumların kişi veya bütün olarak

sağlıkları konusunda, tavsiyelerde bulunması ve öneriler getirmesi, önem taşımaktadır. Sağlık bakım personeli, bundan başka, sağlık konusunda genel bilgi edinebilmeleri ve sağlık etmenlerinin dikkate alınması gereken durumlarda uygun olan bir tutum içine girmelerini (bulaşıcı hastalığı olan mahkumlarla işlem yaparken uygun olan davranış, psikiyatrik hastalık vb den muzdarip mahkumların söz konusu olan kriz durumlarının gerektiği gibi yönetimi) sağlamak için cezaevi personelinin eğitilmesine katılabilir.

B. BİLGİ, KORUMA VE SAĞLIK EĞİTİMİ

26. Tutukluluk durumunun başlaması üzerine her mahkuma verilen diğer bilgi ile bağıntılı olarak, tıbbi hizmet ve doktora ulaşma konusundaki diğer ayrıntıların tutuklu halinde olana kesin bir açıklılıkla bildirilmesi gereklidir. Söz konusu bilgi, tam ve kesin olmalı, bunların dikkatli bir şekilde okuma yazma bilmeyen mahkumlara anlatılması özellikle bu grubun görsel-işitsel öğretim malzemelerinden yararlanması sağlanmalıdır.

27. Genel olarak sağlıklarını ihmal etmiş ve gerekli tıbbi muayenelerini yaptırmamış halde gelen büyük sayıdaki yeni mahkumlar dikkate alındığında, cezaevine girişleri onlar için tıbbi sorunları bakımından kendilerine sağlık bakım çalışanları tarafından işlem görmeleri için mükemmel bir olanak ortaya çıkartmaktadır. Bütün cezaevi kuruluşlarında sağlık eğitim programının geliştirilmesi için en önemli olan hususlardan biri budur.

28. Gelen mahkumların her birine, özel olarak, cezaevine girmeden önce edinilmiş olabilecek enfeksiyonlar konusunda, bilgi alma olanağı sağlanmalıdır. Bu açıdan, hepatit, cinsel yolla geçen hastalıklar, tüberküloz veya HIV ile enfekte olmak konusunda gönüllü tarama yapılması gereklidir. Bu şekildeki tarama programları ilgili danışmanlar tarafından izlenmek suretiyle, test sonuçları ve alınması önerilecek tıbbi önlemlerin hastalara bildirilmesi gerekecektir.

29. Bu şekildeki eğitim ve tarama programlarının içeridekilere sadece kendi sağlıklarını iyi hale getirmenin değil, kendilerine değer vermek suretiyle, serbest kaldıktan sonra da aileleri için nihai yarar oluşturacak şekilde bir yaşam tarzını edinmeleri konusunu iyice düşünmelerinin önemle belirtildiği ikili amacı bulunmaktadır.

C. BELİRLİ PATOLOJİ ŞEKİLLERİ VE CEZAEVLERİNDE KORUYUCU SAĞLIK BAKIMI

30. Cezaevi sağlık bakım hizmetleri, sistemli bir şekilde sakatlanmaları kayıt etmek ve gerekiyorsa, düzenli aralıklarla, yetkili makamlara cezaevindeki şiddet sorununa ilişkin genel bilgi sunmak suretiyle, cezaevlerindeki şiddetin önlenmesine yardımcı olabilir. Bu yaklaşım insan haklarının daha iyi hale getirilmesine ve İşkence ve Gayri insanı veya Küçültücü İşlem veya Cezalandırmanın Önlenmesi konusundaki Avrupa Sözleşmesinin amacı ile mükemmel bir uyum içinde olacak şekilde doğrudan doğruya katkı yapar. Şiddete maruz kalanları onarmak bakımından yararlı olduğu gibi, şiddetin gerekçesiz olarak kullanılmasında da bunun gerçekleştirdiği bir görev söz konusudur.

31. Bir mahkum şiddete maruz kaldığında, cezaevi doktoru, ayrıntılı bir şekilde tıbbi muayene yapmalı ve gözlenen bütün sakatlıkları ayrıntılı olarak kayıtlara geçirdikten sonra, ek muayenelerin tamamının (Röntgen, ileri tetkikler vb gibi) da gerçekleştirilmesi sağlanmalı; doktorun bunlara ek olarak belirtilen herhangi bir tedavi varsa onu da not etmesi gereklidir. Bu şekilde tıbbi muayene yapıldıktan sonra, aşağıda belirtilen, iki olanak söz konusudur:

ayrıntılı tıbbi raporun, duruma maruz kalanın onayı alınmak suretiyle, ilgili makama gönderilmesi;

şiddet suçlamasından sonra edinilen her tıbbi gözlemin sistemli bir şekilde kayıt edilerek, düzenli aralıklarla bunların bütün olarak ve kapsamlı istatistiklerle ilgili makamlara gönderilmesi.

32. Bir bütün olarak, mahkum ve/veya mahkum topluluğu konusundaki ilgisinde, doktor, şiddeti önlemek ve kişilerin korunması görüşüne dayalı olarak, gerçek tehlike oluşturacak ciddi olayları cezaevi yönetimine bildirebilir. Bu durumda, konuya maruz kalanın onayı kamu yararından daha az gerekli bir husus olarak görülmektedir. Sağlık bakım servisi, gerekiyorsa, gözleme tabi tutulan sakatlanmaya maruz kalan konusunda, cezaevi yönetimi ve ilgili bakanlıklara, veri koruma konusundaki ulusal mevzuata uygun bir şekilde bildirmek için, periyodik istatistik veri toplamalıdır. Bu işlem, ilerideki saldırgan davranış ve şiddetin ortaya çıkmasını önleme bakımından bir avantaj sağlamalıdır.

Bu şekildeki bilgi, polis gözetimindeki mahkumlara karşı şiddet konusundaki otumlarda delil olarak kullanılabilen ve böylece, bu bağlantı içinde belirleyici bir etki ortaya çıkartmaktadır.

33. Cezaevi yönetimi ve personeli, davranış bozuklukları gösteren mahkumların belirlenmesinden, çoğunlukla ilk olarak etkilenenler olmakta, bazen bunlar, psikiyatrik sorunlardan (psikotik patolojiler, depresyon) doğan çeşitli saldırganlık ve şiddet tutumları ile kategorize edilebilmektedir. Cezaevi doktoru ve diğer sağlık bakım personeli, düzenli aralıklarla, koruma personeline, ruhsal hastalıklardan muzdarip mahkumların karıştığı herhangi bir kriz durumunun yönetimini kolaylaştıracak, eğitim ve önerilerde bulunarak önemli bir görev gerçekleştirebilirler. Buna göre, koruma ve sağlık bakım personeli arasında düzenli bir işbirliğinin tekrar önemle belirtilmesi ve bir işbirliği içinde yaklaşım olarak, psikiyatrik hastalıklardan muzdarip olan mahkumların erken belirlenmesi ve daha iyi tedavisi mümkün hale gelebilmektedir.

D. Cezaevi sağlık bakım personelinin mesleki eğitimi

34/35. Herhangi bir cezaevindeki sağlık bakım personeli tıbbi etik ve hastanın hakları (anlama yeteneği olan mahkum tarafından tedavinin ret edilmesi, mahremiyete uyulması ve mahkum topluluğunun çıkarlarının korunması vb. konusunda görüş ayrılıkları) bakımından hassas olan mesleki durumlar ile karşılaşabilirler. Bunun bir sonucu olarak, hem cezaevi doktorları ve diğer sağlık bakım personelinin, cezaevlerindeki tıbbi uygulamaların özel karakteristiklerini dikkate alan (aşırı kalabalığın hakim olduğu toplumdaki sağlık sorunlarına uygun bir yaklaşıma dayalı olarak kamu sağlığı sunmak konusunda genel bilgi sahibi bulunmak, bazı psikiyatri ve madde, alkol veya ilaç bağımlılığı konularında biraz bilgiye sahip halde olmak belirtilmesine rağmen, cezaevinin içeriği konusunda genel bilgi sahibi bulunmak ve içeridekilerin vb nin fiziksel ve ruhsal sağlık durumu üzerinde bunların muhtemel etkilerini bilmek gerekir) yeterli mesleki eğitim almaları gereklidir.

Cezaevlerinde çalışan sağlık bakım personeline, mümkün olan durumlarda, hizmet içi mesleki eğitim sağlanmalı ve diğer sürekli eğitim programlarına (mesleki okullar, üniversiteler vb) bunların erişebilmeleri sağlanmalıdır. Bu tür eğitim, cezaevlerinin çalışması konusunda bilgi edinilmesi, ilgili cezaevi yönetmelikleri ve ulusal ve uluslararası cezaevi yönetim standartları, suçluların işleme tabi tutulması gibi konularda bilgi edinilmesini de kapsayabilir. söz konusu eğitim, cezaevi sağlık bakım personeline ilgili makamlar tarafından kendilerinin mesleki özelliklerinin tanınmasını sağlamaya da yardımcı olabilmekte ve böylece cezaevi sağlık bakım çalışanları olarak kimliklerini güçlendirdiği gibi, cezaevlerinde gerçekleştirilen işin kalite ve özel mahiyetinin de anlaşılmasına olanak vermektedir. Bu özellikle, uzun süredir, temel olarak cezaevindeki çalışmaları sırasında olacak şekilde, kısa bir sağlık eğitiminden geçirilen gardiyanlar arasından temin edilen, cezaevi hemşirelik personeli için söz konusudur. Şimdiki eğilim, tederici bir şekilde, paramedikal kategorideki personelin, genel veya

psikiyatrik hemşirelik alanında tam mesleki eğitime sahip nitelikli hemşirelik personeli tarafından değiştirilmek suretiyle, azaltılmasıdır.

III. ÖZELLİKLE BAZI ORTAK SORUNLARIN YÖNETİMİNE ATIFTA BULUNARAK CEZAEVİNDE SAĞLIK BAKIMININ ÖRGÜTLENMESİ

A. Özellikle, bulaşıcı hastalıklar,

HIV enfeksiyonu ve AIDS

Tüberküloz

Hepatit

36. İçeridekiler arasında cinsel etkinliğin olduğu ve aynı şekilde, tutuklanan şahısların önemli bir yüzdesinin cinsel yol ile geçen hastalıklarla enfekte durumda oldukları iyi bilinmektedir. Bu duruma göre, uygun önleyici önlemlerin alınması gereklidir. Bu, içeridekilere, bazı olgularda, ulusal mevzuat ve uygulamalara göre, kondomlar verilmesini gerektirebilir.

37. HIV enfeksiyonu ve AIDS konusunda, aynı ilke uygulanmalı ve özellikle cezaevinde AIDS ve ilgili sağlık sorunları dahil, bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusundaki cezaevi ve kriminolojik özellikler konusunda Bakanlar Komitesinin R (93) 6 No' lu Tavsiyesinde belirtilenlere atıfta bulunmalıdır. Bu enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkarttığı, çoğunlukla makul olmayan korku ve tepkiler dikkate alındığında, HIV taramasının gönüllü mahiyet taşıdığı ve muayene sonuçlarının mahremiyetinin sağlanmasına uyulması gereklidir. Tarama konusunda gönüllü olma bakımından herhangi bir istisnanın sadece, kanunda belirtilenlere göre sağlanması gerekir.

38. Enfeksiyon hastalıklarının birinden muzdarip haldeki hastalar, sadece, bir bütün olarak toplumda olduğu gibi aynı şekilde cezaevinde uygulanacak, tıbbi kriter (enfeksiyon riski) temel alınmak suretiyle tecrit edileceklerdir. Ayırım yapılmaması konusundaki bu ilke kabul edilmiş ve birkaç uluslararası metinde teyit edilmiş, insan haklarının korunması ve geliştirilmesinde temel özelliklerden birini teşkil etmektedir. Bunlara ek olarak, bulaşıcı hastalığı olan şahsın tecrit edilmesi, kanunda belirtilenlere uygun olarak ve cezaevi ortamına özgü özelliklerin hesaba katıldığı koşullar içinde gerçekleştirilmelidir.

39. HIV pozitif olan şahısların tecrit edilmesi, özellikle bu viral enfeksiyon (iyi sağlık durumu olan bir şahıs genellikle "sağlıklı taşıyıcı" olarak bilinmektedir) bakımından herhangi bir belirtisi ve/veya komplikasyonu olmayan HIV pozitif bir mahkumun olması halinde, sadece tıbbi kritere dayandırılmalı, onun cezaevlerinde sağlanan faaliyet ve çalışma yerlerinin tamamına ulaşma olanağı bulunmalıdır.

40. HIV pozitif veya AIDS' li olan mahkumlar, düzenli aralıklarla tıbbi check-up yaptırmalı ve önleyici tedavilere (pneumocystis carinii, pulmoner enfeksiyon ve cerebral toksoplazmosis; muhtemel aşılardan yapılması için profilaksi) ulaşabilmelidir. Bu şekildeki hastaların tıbbi olarak yönetilmesi/management, en iyi bir şekilde, bu durumların değerlendirilmesi ve tedavisi için son derece uzmanlık gerektiren bilgi sahibi bulunulması hususu dikkate alındığında, belki de enfeksiyon hastalıklarında yapılan bir konsültasyon ile sağlanabilmektedir. AIDS' den ciddi bir şekilde hasta durumda olan hastalara, cezaevi sağlık servisinde gerekli bakım sağlanmalı ve gerekiyorsa, mahkumlar için olan bir cezaevi birimine nakilleri sağlanmalı, bu hastalığın tabii olarak gelişmesinde gözlenen büyük dalgalanmaların hasta mahkumlar için konaklama imkanlarının seçilmesi ve uygun hale

getirilmesinde dikkate alınması gerekmektedir. Tercihleri özel olarak tıbbi kriterlere dayandırmak ve/veya mahkumların arzularını dikkate almak, HIV ile enfekte olan veya AIDS' den muzdarip şahıslara karşı herhangi bir ayırım yapılmasını önleme bakımından en iyi bir şekilde sağlanan güvenceyi teşkil eder. Buna ek olarak, mahkumun AIDS' in ileri safhasında olması halinde, cezaevi doktoru, ilgili hasta ile anlaşma halinde, ilgili makamın dikkatine sunulmak üzere ayrıntılı bir tıbbi rapor hazırlayarak, kendisinin cezaevinde tutulmasının ne derece uygun olduğu konusunda bir karar verebilmesine olanak sağlar. Ancak, hastaların AIDS' le ilişkili hastalıklarla ciddi bir şekilde hasta durumuna gelmeleri ve ek enfeksiyonlara bulaşmalarının muhtemel olması durumunda, bunların tecrit edilmesi uygun olabilir. Bunların, tıbbi zeminler konusunda bu şekildeki bir tedbirin muhtemel yararları bakımından, mümkün olduğu ölçüde tam bilgi edinmeleri gereklidir.

41. Bütün tüberküloz olgularında, ilgili mevzuatlara göre toplumda gerçekleştirildiği gibi, bu durumdakiler için gerekli olan uzun vadeli önerilerin sağlanabilmesi için, yerel göğüs (hastalıkları uzmanlarının) tıbbi hizmetleri talep edilmelidir.

42. İçeridekilerin sağlık geliştirme ve eğitimi alanında, Hepatit B ve C bulaşmalarının önlenmesi bakımından etkin bir yöntemin olmasının önemi üzerinde bununla bağlantılı riskler, iğne ve cinsel etkinlik ile bağlantılı olanlar belirtilerek durulmalıdır. Hepatit B' nin önlenmesi olgusunda, içerdekilerin tamamı ve personele, aşılanma programının önemi vurgulanmalıdır.

B. MADDE, ALKOL VE İLAÇ BAĞIMLILIĞI

Eczane yönetimi ve ilaç dağıtımı

43. Madde bağımlılığının tedavisi bakımından Avrupa Konseyinin çeşitli üye Devletleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bunun bir poliklinik konusu veya konuda uzmanlık sahibi kurumlara yatırılmak suretiyle gerçekleştirilecek bir konu olup olmadığı bakımından her üye Devlet' de zoraltında madde kullanılması konusundaki ilgili mevzuatın sertliği veya izin verdiği duruma göre yumuşatılan bu yaklaşımlar bakımından, ilaç bağımlılığın yönetimi konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu nesnel gözleme dayalı olarak, gerekli ilke, ilgili ülkede hüküm sürmekte olan terapötik uygulamaların eşdeğeri olacak şekilde, cezaevindeki bağımlı mahkumların tıbbi tedavisinde uygulanmalıdır. Bundan dolayı, madde ve alkol ile ilişkili sorunları olan mahkumların bakımının daha da geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

44. Mahkum nüfusu arasındaki madde bağımlıların oranı, genel olarak topluma göre, daha yüksektir. Sadece madde kullanımı ve madde trafiğine karşı olan mevzuatta belirtilenlerden dolayı değil, hepsinin üstünde, temel olarak mala karşı yapılan ve kendi kullanımları için madde almak için gerekli geliri temin etmek için madde bağımlıların tarafından işlenen ikincil suçlarda da, sonuç budur. Bu gerçekten hareketle, cezaevlerindeki madde bağımlılarına yeterli tıbbi ve sosyal yardım sağlamak suretiyle, uzun süre cezaevinde hükümlü durumunda kalacak olanların, serbest kaldıktan sonra da devam eden danışma ve rehabilitasyon programlarına katılmaları sağlanmalı ve böylece, sosyal olarak tekrar bütünleşmeleri ve kanunsuz madde kullanımına tekrar başlama konusunda ciddi bir riske sahip olan, marjinalizasyona geri dönmelerinden kaçınılması gerçekleştirilmelidir. Buna göre, cezaevlerinde geliştirilen psikoterapötik ve mediko sosyal programların, madde bağımlı insanlara (madde, alkol, ilaç) ilişkin olarak toplumun tamamında kullanılan yaklaşımla yakın bir ilişki içine sokulması gereklidir.

45. Cezaevinde aşırı madde, alkol veya ilaç kullanılmasından ileri gelen yoksunluk semptomlarının tedavisi, toplumda yapılanla aynı çizgi boyunca gerçekleştirilmelidir. Örneğin, madde bağımlılığında, ya bağımlı olarak cezaevine girenlerin maddeden yoksunluklarını hızlı bir şekilde gerçek-

leştirmeye yönelik klasik tedavi yaklaşımları veya diğer taraftan methadone ile idame terapisi kullanılması yoluna gidilebilir. Böylece, bir mahkumun, hapis olmadan önce, methadone kullanılarak bir idame terapisine tabi tutulduğu bir durum içinde bulunması, cezaevinde sadece kısa bir süre kılması söz konusu olması halinde, serbest bırakıldıktan sonra doyurucu bir şekilde tedavinin devam etmesini sağlayacak şekilde gerekli terapiye cezaevinde devam edilmesi önem taşımakta ve bu uygulama, kişinin kanunsuz madde kullanımına tekrar başlaması riskini azaltmaktadır.

46. Bağımlılığa tekrar başlama durumundan kaçınmak için gerekli adımlar arasında, cezaevinin seçilen yerlerinde, içeridekilerin alışkanlıklarına eğilimlerine karşı duracakları ve kanunsuz madde satın alma işlerine girmemelerini kolaylaştırıcı "maddesiz" konaklama olanaklarının sağlanması yararlı olabilmektedir. Bu durumlar içinde, mahkumlar ilaçlardan uzak duracakları konusunda kendilerini taahhüt altına sokan bir sözleşme imzalamakta ve isteyerek, ilaç alınması konusunda test yapılması için rastlantısal olarak idrar örneklerini vermektedir. Sonucun negatif olması halinde, içeridekilerin tekrar bağımlı olmak durumundan kaçınmaya istekli oldukları varsayılmaktadır. Bu adımlar serbest bırakıldıklarında yaşam biçimlerini daha iyi hale getirme konusunda onlar için özendirci olmaktadır.

47. Cezaevi içindeki uzman danışmanlar ve toplumdaki uygun servisler arasındaki tam bir entegrasyon cezaevinden eve düzenli bir geçişi daha iyi hale getirmekte ve bundan sonra dışarıdaki kurumlarca bakımın devam ettirilmesi sağlanabilmektedir.

48. Cezaevinde eczane ve ilaç dağıtımının yönetimi geçmişte sık sık konuda kabul gören yetenekleri olmayanlar tarafından yapılmış ve reçete ile verilen ilaç sadece istisnai durumlarda hasta mahkumlarca sağlanmıştır: Bunun yerine, onların cezaevi tıbbi servisine giderek kendilerine göre tedaviye tabi tutulmaları, ağız yoluyla alınacak ilaçları kapsayan reçetelerde belirtilenler çoğunlukla sıvı şeklinde (eriyik ilaç) uygulanmaktadır. Bununla beraber birçok ülkedeki davranış ve uygulama değişmiş olmasına rağmen, aşırı dozlar halinde alındığında tehlikeli olacak ilaçların, sadece, ilgili hastalara, doz esasına göre verilmesi konusunda bir eğilim bulunmaktadır. Psikolojik olarak istikrarlı mahkumlar söz konusu olduğunda, gerekli ilaç dozları doğrudan doğruya hastalara verilmekte ve bu uygulama bazen iyi sonuçlar ortaya çıkartmakta ve hastaları sorumlu kişiler haline getirerek, cezaevinden ayrıldıklarında, kendi doktorlarınca reçete ile verilen ilaçları sağlama yönüne gitmeleri belirtilen ilacı almak için eczaneye gitmeleri sağlanmaktadır. Bu şekildeki bir yaklaşımın amaçları, burada da, toplumun tamamındaki uygulama ile eşdeğer olma ilkesini karşılamaya yönelmiş bulunmakta ve aynı zamanda hastaların kendi hastalıkları konusunda sorumluluk yüklenmelerine yardımcı olmaktadır.

49. Halen kullanıma sunulmuş halde piyasada çok fazla miktarda ilaç söz konusu olduğundan, cezaevi doktoru, eczacılık danışmanı ile konsültasyonlarda bulunmak suretiyle, tedavi etkisi ve ekonomi kriterine lehte etki edecek şekilde, tıbbi servis tarafından çok kere reçeteye yazılan ilaçlar konusunda bir liste yapabilir ve bu arada, hapisane topluluğunun sağlık ihtiyaçlarına yeterli bir şekilde karşılık verebilir. Cezaevi doktoru ve hemşirelik personeli, yeni ilaçlar ve tedavideki gelişmeler konusunda kendilerini düzenli aralıklarla bilgilendirilmiş halde tutmalıdır.

C. SÜREKLİ TUTUKLU DURUMDA OLMAYA UYGUN OLMAYAN ŞAHISLAR

Ciddi Fiziki Özur, Yaşlı İlerlemiş Olanlar

Kısa Dönemde Ölümcül (Hastalık) Seyri

50. Genellikle, ciddi fiziksel özürlü olan veya yaşlı ilerlemiş halde bulunan birkaç mahkum olmaktadır. Ancak, insan onuruna saygıyı sağlayan maddi ve manevi koşulların özgürlüğünden yoksun

birakılma halinde etkileneceği” gerekli olanların sağlanmasının tekerlekli sandalye kullanılması, günlük alışılmış faaliyetlerde yardım sağlamak vb gibi durumlarda uygun olacak şekilde sağlanmasının gerektiğinin belirtildiği Avrupa Cezaevi Kuralları paragraf 1’ e uygun hareket edilmelidir. Tıbbi durumdan muzdarip mahkumların, kısa dönemde ölümcül seyri, sağlık durumları için uygun olan tıbbi bakım ile sağlanmalı, özellikle, mahkumlar için tasarlanmış bulunan bir hastane ünitesine nakilleri gerçekleştirilmelidir.

51. Tıbbi nedenlere dayalı olarak af olanağının dikkate alınması veya erken serbest bırakılma hususlarında, cezaevi doktoru, hasta olan mahkumun onayını alarak, yetkili makamlar için sağlık durumunu belirten bir tıbbi rapor hazırlayabilir. Bu yaklaşım, AIDS’ in son safhasında olan mahkumlar konusunda, cezaevlerinde AIDS ve ilgili sağlık problemleri dahil, bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesine konusundaki cezaevi ve kriminoloji özelliklerine dair R (93) 6 No’ lu Tavsiye veya Dünya Sağlık Örgütü’nün Hapishanelerde HIV Enfeksiyonu ve AIDS Konulu Rehberinde olanlar gibi, uluslararası tavsiye ve talimatlara uygun hareket edilerek, kullanılabilir.

D. PSİKIYATRİK SEMPTOMLAR

Ruhsal rahatsızlıklar ve belli başlı kişilik bozuklukları

İntihar riski

52. Psikiyatrik semptomlar ve ruhsal rahatsızlıklar, mahkumlar arasında yaygın olmakta ve belli de özgürlüğünden yoksun olmaya karşı bir tepki olabilmektedir. Bu aile ilişkilerini keseceğinden diğer mahkumların korkmalarına yol açabilmekte ve tepkisel huzursuzluk ile artmaktadır. Bu sorunları yönetebilmek için, cezaevi doktoru ve hemşirelik personelinin gerekli eğitim ve deneyim ile gereken ek nitelikleri temin etmesi sağlanmalıdır. Cezaevi yönetimi ve ruh sağlığından sorumlu bakanlık, mahkumlar için psikiyatrik hizmetlerin örgütlenmesinde, işbirliği yapmalıdırlar. Buna ek olarak, cezaevi tıbbi hizmetinin, psikiyatrlar ve psikologların, part-time olarak veya tam süre ile, cezaevindeki nüfusa göre, desteğine sahip olması da önemlidir. Yetkin terapistler tarafından düzenlenen grup terapisi de önemli bir görev gerçekleştirmektedir. Bu önlem de, yaşam bakımından kriz içinde olan ve kabul edilemeyecek bir stres düzeyinden muzdarip halde bulunan birçok mahkum arasından, ciddi ruhsal hastalıkları olan şahısların teşhisi bakımından kaçınılmazdır.

53. Cezaevi ortamında, farklı servisler içeridekilere bakım ve yardım sağlamaktadır. Bu, özellikle, amaçları geniş ölçüde benzer olan, cezaevlerindeki ruh sağlığı hizmeti ve çeşitli sosyal servisler bakımından geçerlidir: Bunlar arasında özellikle mahkumların cezaevi ortamına uyum sağlamalarında onlara yardım etmek, kişisel ve sosyal sorunlarını çözmede onlara yardımcı olmak veya stres durumlarında, tutuklu iken ortaya çıkabilecek durumlarda yardım sağlanması ve sıklıkla, serbest bırakılmadan önce (örneğin, gerektiği gibi aile ilişkilerinin tekrar kurulması konularında huzursuzluk hissine kapılmak, iş sağlamak ve konut sağlama konuları vb gibi konulardaki huzursuzlukları) görülen stres durumlarında yardımcı olunması bunlar arasında yer alır.

Belirli alanlarda yetkin ve uzmanlık sahibi durumunda olmaları gerçeğine rağmen, yukarıda belirtilen servisler, suçluların tedavisine ilişkin olarak önemli amaçları paylaşmakta bunların faaliyetlerini koordine ederek, mahkumlara bütünleştirilmiş danışma ve yardım sağlamaları gerekmektedir. Böyle bir işbirliği, söz konusu olan uzmanın mesleki bağımsızlığına saygılı olmalıdır.

54. Cinsel nedenli suç olguları ile bağlantılı sorunlar son derece karmaşık olmakta ve çoğunlukla, tedaviye karşı bütünüyle direnç göstermektedirler. Sık sık, dışarıdaki toplumu korumak için uzun vadeli hapislik gerekli olmaktadır. Bu şekilde tutma ile birlikte, suçlunun ceza kurumunda ve ondan sonraki yaşamında uygun tedaviye tabi tutulması sağlanmalıdır.

55. Eşitlik ilkesine göre, ciddi ruhsal rahatsızlıktan muzdarip olan her mahkum, poliklinik hastası ve/veya hastanede hasta durumunda, gerekli tıbbi tedaviyi görmelidir. Hastanede tedavi sözü konusu olması halinde, sağlık politika eğilimlerine göre iki seçenek öngörülebilir. Bir taraftan, etik açıdan, ruhsal olarak hasta mahkumların cezaevi sisteminin dışında, örneğin genel olarak halka açık sağlık sisteminin bir kısmını oluşturan bir tıbbi kuruluşta tutulmasının, uygun psikiyatrik tedaviye ulaşabilmesini sağlamak için gerekli olduğu sık sık belirtilmektedir. Diğer taraftan, bir hastane psikiyatri ünitesinin cezaevinde bulunması da, tedavinin en elverişli güvenlik koşullarında yapılmasına olanak vermekte, tıbbi ve sosyal servislerin, cezaevi sistemi içinde faaliyetlerini yoğunlaştırması mümkün olmaktadır.

56. Hemşirelik personelinin şiddete başvuran ruhsal olarak hasta mahkumları kontrol edememesi halinde, yardım için, tutuklunun gerçekleştirilecek amaçlar içinde tutulabilmesi, şiddete dayalı davranışına son vermesi ve gerekli tedavinin yapılabilmesi için bir koruma personeline başvurulması gerekebilmektedir. Bu görüş içinde, ajite edilmiş ruhsal olarak hasta mahkumların tecrit edilmiş bir hücreye düzenli aralıklarla tıbbi ve hemşirelik bakımı sağlamak suretiyle, bozulan davranışının kontrol altına alınmasına kadar, konulması gerekebilir.

57. Fiziksel olarak ayrı tutmak uygulamasına sadece arzulanan sonucu (oransallık ilkesi) elde etmek için başka herhangi bir tedavi aracının olmadığı istisnai durumlarda, başvurulabilir. Bu şekilde hasta kısıtlama, sürekli olarak tıbbi gözetim altında, mümkün olduğu kadar kısa zaman aralıkları ile kontrol ederek, gerekli ilaç hastayı sakinleştirmeye başlayınca kadar gerçekleştirilmeli fiziksel olan bir kısıtlama, hiçbir zaman bir cezalandırma şekli olarak kullanılmamalıdır. Ancak, bu önlem, ruhsal olarak hastanın bakımı "her ne durumda olursa olsun hastanın onuruna saygı gösterilmesi gerektirdiğinden" (gönüllü olmayan hastalar olarak ruhsal rahatsızlıklardan muzdarip kişilerin hukuksal olarak korunması konusunda Bakanlar Komitesinin R (83) 2 No' lu Tavsiyelerinde Madde 10 da belirtilenler) bir kural yerine istisna olarak sayılmalıdır. Bu konuya ilişkin olarak, ruhsal rahatsızlıklardan muzdarip bir mahkum tarafından tıbbi tedavi konusunda özgür onay verme ilkesindeki ortaya çıkabilecek herhangi bir azalmanın, kanunu uygun olması ve bir bütün olarak toplumdaki olgularda sağlanan aynı yol ile gerçekleştirilmesinin gerektiği unutulmamalıdır.

58. Ruhsal olarak hasta olan mahkumun tecrit edilmiş bir hücreye konulması, benzerlik belirleterek ifade edilirse, mahkumların intihar riskine girmesine yol açabilir. Tıbbi tedavi, her zaman belirli bir olgunun nesnel olarak ciddiyeti ile orantılı olmalı ve gerekiyorsa, orta veya hatta uzun vadeli tedavinin düzenlenmesine gidilmelidir.

59. Cezaevi doktorunun hastasının ileride serbest bırakılacağı konusunda yeteri kadar önceden bildirimde bulunmak suretiyle dışarıdaki düzenlemelerini düzenleyebilmesi ve cezaevinden ayrıldıktan kısa bir süre sonra destekleyici hizmetleri alabilmesi bakımından gereklidir. Gerekli bütün belgelerin bu tür hizmetleri sağlayanlara hastanın tam olarak onayı alınarak gönderilmesi sağlanmalıdır.

E. TEDAVİNİN REDDİ

Açlık grevi

60. Tıbbi tedaviye özgür olarak onay ilkesine göre, bir teşhissel veya terapötik tıbbi eylemi ret edebileceği anlaşılmalıdır. Bu durum olduğunda, aş ağıdaki hususlar öngörülmektedir:

uygun değerlendirmeden sonra, hastanın tıbbi kaydında, hastanın anlamaya muktedir olduğu belirtilir,

sağlık durumuna ilişkin olarak ret etme durumunda ortaya çıkacak sonuçları hastaya bildirmek ve herhangi bir muhtemel terapötik seçenek varsa onları incelemek ve bu safhada, hastaya tam, ayrıntılı bir şekilde bilgi sağlanması gerçekleştirilmeli, verilen bütün bilgilerin tarafından anlaşılması sağlanmalı ve herhangi bir dil engeli olması durumunda, doktorun bir tercümanın hizmetlerini istemesinin gerekli olacağı,

bir tanık (örneğin doktor veya hemşire) huzurunda hastanın tıbbi dosyasına ret ettiğini kayıt etmek:

hastadan, doktoru sorumluluk dışı tutacak bir belge imzalamasını istemek, bunu kabul etmez ise, bir tanık huzurunda bu durum not edilecek ve hastanın tıbbi dosyasına işlenecektir.

hastaya herhangi bir anda bu kararını değiştirebileceğini hatırlatınız.

61. Açlık grevi terimi, çoğunlukla gönüllü olarak yemekten alıkonmayı ve mahkemelerle, cezaevi yetkilileri veya polis ile ters düşen bir şahsın kendi kendini imha edici bir hareketi olarak görülmektedir. Buna göre, bir mahkum açlık grevinde iken, sadece, kendi onayı ile tıbbi olarak muayene edilebilir. Buna rağmen, bu durumda da, başlangıçtaki tıbbi değerlendirme kaçınılmazdır ve cezaevi doktoru, psikiyatrik patolojiyi daha iyi hale getirme olanağı olan bütün uygun tedavi edici önlemleri almış olacaktır.

62. Mahkumun açlık grevinde olması ve tıbbi olarak yapılan değerlendirme psikiyatrik rahatsızlık ile uyum halinde herhangi bir şey bulunmadığında, cezaevi doktoru, ilgili şahsın onayı ile, normal tıbbi ve para-medikal kontrolleri (kilosunu kontrol etmek, temel parametreler, kan testleri vb gibi) gerçekleştirmek suretiyle, mahkuma kendi sağlık durumunda, yemek yememek ile bağıntılı olarak gelişmekte olan bozulmaları bildirecektir.

63. Gerekliyse, cezaevi doktoru ilgili mahkumu hastaneye nakletmek suretiyle, tıbbi gözleminin güçlendirilmesini sağlayacaktır. Buna ek olarak, cezaevi doktorunun açlık grevinde olan mahkumun sağlığının önemli bir şekilde bozulmakta olduğu düşüncesinde olması durumunda, bunu düzenli olarak hastanın sağlık durumundaki değişiklikler olarak yetkili makamlara bildirecektir.

F. CEZAEVİNDE ŞİDDET

Disiplin işlemleri ve yaptırımlar

Disiplin cezası ve fiziksel olarak sınırlamak

Üst güvenlik rejimi

64. Mahkumlar arasında şiddet olayları cezaevi yönetimi ve personeli için devamlı görülen durumlardır. Şiddetin doğmasına katkı yapan, cezaevinde kalabalık olunması, hapis nüfusun kültür, din veya etnik köken olarak heterojen durum göstermesi, özellikle problematik mahkumların veya arkadaşı durumunda olan içerdekiler vb den (özellikle cinsel suçu olanlar, çocuklara tecavüz edenler gibi) düşmanca tepkileri başlatma olasılığı olan içerdekiler kategorisinin bulunması gibi birkaç etmen belirlenmiştir.

Cezaevindeki saldırganlık düzeyini (spesifik psiko-sosyal programlar, iletişimin daha iyi hale getirilmesi vb) azaltmak için yapılacak çok şey olması gerçeğine rağmen, diğer mahkumlara göre şiddet hareketlerinin hedefi haline gelebilecek bazı mahkumların kısa vadeli veya hatta uzun vadeli esasa dayalı olarak özel korumaya ihtiyaçları olabilmektedir. Bu durumdaki mahkumların güvenliği için uygun düzenlemelerin bundan dolayı yapılması gereklidir. Bu tür diğer önlemler arasında, kişi-

sel olarak hücre sağlanması, özel tutma kısımlarının oluşturulması veya koruma personeli tarafından artan bir gözetim gösterme yer almaktadır.

65. Cezaevi doktoru ve hemşirelik personelinin görevi şiddetli veya saldırgan mahkumların kontrol edilmesini veya dayanışma içinde tutma dahil, bunlara disiplin yaptırımlarının getirilmesini kararlaştırmayı kapsamamaktadır. Cezaevinde düzen ve disiplinin sürdürülmesinden güvenlik personeli sorumludur ve cezaevi sağlık bakım personelinin görevi, cezaevi güvenlik personelinin görev ve sorumluluğunda olduğundan, herhangi bir durumda, mahkumlara karşı muhtemel güç kullanımının yetkilendirilmesi veya onaylanmasını kapsamaz.

66. Bir ilke olarak, disiplin bakımından ayrı tutma dahil bir mahkumu disiplin cezası altında tutmak veya duruma göre güvenlik önlemlerine (örneğin, içeridekinin özel bir cezaevi ünitesine nakli gibi) başvurmak, cezaevi yönetimine aittir. Bu tür kararlara doktorlar katılmayacaklardır.

Ancak, bu tür disiplin önlemlerine konu olan veya özel güvenlik rejimi içinde olan mahkumlara gerekli tıbbi tedavi ve yardım, mahkumun veya koruma personeli üyelerinin talebi üzerine, cezaevi doktorunca sağlanmalıdır.

G. SAĞLIK BAKIM ÖZEL PROGRAMLARI

Sosyoterapötik programlar

Aile bağları ve dış dünya ile temas

Ana ve Çocuk

67. Mahkumlar çoğunlukla "düzeltici"/ "corrective" kurumların görevlerini gerçekleştirmekten uzak olmakta ve kamuoyu her zaman onlara iyi gözle bakmamaktadır. Buna ek olarak, Avrupa Konseyi üye Devletlerinin birçoğu, cezaevlerinde önemsenecek bir aşırı kalabalık ile karşı karşıya bulunmakta; mahkum fazlalığı, cezaevleri, birçok kişinin ciddi suç işlemiş kişilerle temas haline geldikleri düşmanca ortamlar haline getirmekte ve kriminal davranışa aşina olmalarına - tekrar suç işleme tohumlarını bünyelerinde taşıyan durumlar içine girmektedirler. Bu bağlamda, sosyo terapötik programların modern ceza sistemlerinde büyük önemi bulunmaktadır. Toplum çizgisi boyunca organize edilen programlar mahkumun aşağılanma duygusunu azaltmakta, kendine güvenmesine, sorumluluk hissi duymasına imkan vererek, tekrar toplum ile uygun bir şekilde entegrasyonu olanağını getirmektedir.

Bu önlemlerin tamamı, cezaevlerinde, sağlık bakım personelinin bulunma nedenini oluşturan ve elinden geldiği kadar, bu tür sosyo terapötik tedavi ile meşgul oldukları, tatminkar bir fiziksel ve ruhsal sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Bu şekildeki programların bir diğer doğrudan doğruya olan üstünlüğü, aktif bir şekilde katılıma olanak vermeleri ve bir cezaevi memurunun bulunmasıdır. Cezaevi doktorları çoğunlukla bakımı altında olan kişileri, sosyoterapötik olarak aktif katılıma ve diğer özel eğitim programlarına katılma konusunda teşvik edebilmektedir. Bu amaçla, doktorların kendilerini bilgili tutmaları ve bu tür programların içerik ve işletilmesi, işbirliğinin yapıcı bir şekilde servis ve mesleki olarak ilgili olanlarla gerçekleştirilmesi gereklidir.

68. Mahkumlar ve onların eşleri arasında cinsel bakımından karşılaşmalar konusundaki politika, güç kararların verilmesini gerektirmekte ve ülkeden ülkeye farklı olmaktadır. Birçok durumda, bu türlü önlemler evli mahkumların aile bağlarını sürdürmesine ve özellikle uzun süre mahpus olarak kalacak onların cinsel ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olabilmektedir. Bu kolaylıkların

sağlandığı durumlarda, içeridekilerin cinsel partnerleri ile gözle nezaret altında tutulmadan karşılaşmaları sağlanmalıdır.

69. Anne ve çocuk, ciddi bir şekilde hasta, özürlü ve çok yaşlı mahkumlar gibi, cezaevindeki özellikle zarar görebilecek grup içinde sayılabilir. Cezaevi doktoru ve diğer sağlık bakım personelinin, bundan dolayı, anne ve çocuk için mümkün olan en iyi bakımı sağlaması, özellikle çoğunun çıkarlarını anne ve çocuk için cezaevi içinde düzenlenen yaşam koşullarını dikkate alması gerekir. Cezaevinde anneleri ile yaşayan çocuklar dışarıdaki ailelerini ziyaret etmek için cezaevinden serbest bir şekilde ayrılabilirdir.

70. Kreş, gündüz bakım evleri ve çocuk bakım evi sağlanmasının organize edilmesi suretiyle anneye olan bağının güçlendirilmesi büyük ölçüde genişletilmekte ve serbest bırakıldığında ailesinde annelik yerine almak üzere geri geldiğinde, bu uygulama çoğunlukla anne bakımından değerli olarak görülmektedir.

71. Avrupa Konseyi üye ülkelerinde, cezaevindeki çocuğun hangi yaşta annesinden ayrılmasının gerekeceği konusunda, büyük farklılıklar olmasına rağmen, bu tür bir kararın yetkili idare veya makam tarafından, uygun pedagojik ve mediko sosyal görüşlerin ışığında alınması tavsiye edilir.

H. ÜST ARAMALARI

Tıbbi raporlar

Tıbbi araştırma

72. Üst aramaları, tıbbi amaçlar için değil, güvenlik nedeniyle gerçekleştirilmekte bundan dolayı mahkumların üstlerinin aranması bir tıbbi eylem olarak kabul edilmemektedir. Bunun bir sonucu olarak, ne cezaevi doktoru ne de cezaevindeki diğer sağlık bakım personelinin, böyle bir işleme katılmaları gerekir. Bu görüş mahkumların üstünün aranması konusundaki 1993 tarihli Dünya Tabipler Birliği (WMA) Bildirgesi'ne uygundur.

Buna göre, cezaevi doktoru, kendinin işe katılmasını gerektiren nesnel bir tıbbi neden (gebe kadın, rektal veya anal patoloji bu konuda örnek olarak belirtilebilir) olduğunda muayenesini gerçekleştirmekle yetinecektir. Buna ek olarak, uzmanlığa dayalı bir eylem oluşturan muayenede, işlemin mümkün olduğu kadar, mahkumun her zamanki doktoru dışındaki, bir doktor tarafından gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Diğer taraftan, bir mahkum dokordan güvenlik personelinin vücudunda herhangi bir gizli nesne olmadığı konusunda ikna etmek için, muayene talebinde bulunursa, bu konuda nesnel bir tıbbi neden yok ise, doktor bunu ret etmelidir.

73. Kural olarak, bir cezaevi doktorunun görevi ile bir suçlunun, kriminal oturumlar (duruşmalar) çerçevesi içinde bir suçlunun fiziksel veya ruhsal durumunu değerlendirmek için örnek olarak belirtilirse, erken tahliye kararı konusunda çağırılan bir tıbbi uzmanın görevleri arasında belirgin bir ayırım yapılması sağlanmalıdır.

Cezaevi doktoru hapis hastalarla (doktorun bir seçme özgürlüğü bulunmamakta, doktor hasta arasındaki "üçgen" ilişki mahkumun adli ve idari makama vb ye bağlılığından dolayı ortaya çıkmaktadır) bir güven ilişkisinin kurulmasının özellikle güç olduğu bir ortam içinde çalışmaktadır. Bu çalışmanın amacı, mahiyeti nedeniyle, ceza adalet sisteminin bir unsuru olarak suçlu olarak algılanabilecek olan biri ile çalışan bir tıbbi uzman durumundakinden farklıdır.

Cezaevinin özgün mahiyeti bağlamında, cezaevi doktorunun bir sağlık bakım sağlayıcısı olarak, görevi konusundaki herhangi bir şüpheden kaçınması gereklidir. Bundan başka, tıbbi kararların da sadece, içeridekilerin sağlıklı ve iyi durumda bulunması konularında yapılması gerekir. Örnek olarak belirtilirse, bu husus, diagnostik test amaçları dışında örnek toplama ve analiz etmeden kaçınılma konusunu da kapsamaktadır.

Ancak, istisnai durumlarda, mahkum doktorunun adli işlem içinde bir tıbbi uzman olarak bir görev kabul etmesini arzu edebilir. Doktor bu tür bir görevi, sadece, mahkum tarafından resmi bir talep olması, görevinin muhtemel etkileri konusunda mahkuma bilgi vermesi veya bir mahkeme kararının alınmasından sonra, kabul etmelidir.

74. Bu paragraf, Avrupa Cezaevi Kuralları R (87) 3 No' lu Tavsiyede ifade edilen temel tıbbi araştırma ilkelerini, R (90) 3 No' lu insanlar üzerinde tıbbi araştırma (ilke 7) ve R (93) 6 No' lu Cezaevlerinde AIDS ve ilgili sağlık problemleri dahil bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusundaki hapisane ve krimonoji konularındaki tavsiyeyi (paragraf 16) hatırlatmaktadır.

Bu ilkelerin gerektiği gibi uygulanmasını sağlamak için, aşağıdaki güven sağlayıcı hususlar gerçekleştirilmelidir: mahkuma bilgi verilmek suretiyle sağlamak yazılı onayının olması, bununla mahkumun herhangi bir ayrıcalık vaadi ile katılmaya ikna edilmemiş olması belirtilmek istenilmekte; herhangi bir anda onayını geri çekme imkanının kendisine tanınmış olması, uygun etik komitelerince, hem onları gerçekleştiren doktordan hem de cezaevi yetkililerinden bağımsız bir şekilde, ulusal mevzuata uygun olarak, işlemlerin onaylanması.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

Hastanın 1995 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde çekilen Üst-Duodenum graflerinde ve Endoskopik incelemeler sonucu Gastro-ödoonatis, Gastropitoz teşhisi konmuş, Bulbusda Ulkus şüphesi doğmuştur. Hastanın 1995 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan İntrüm biopsisinde hafif derecede Aktivasyon gösteren Kronik Diffuz Gastrit ile yoğun Helicobacter görülmüştür. Hastada 1996 tarihinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan Spinal BT incelenmesinde L5-S1 disk herniasyonu tesbit edilmiştir.

1996 tarihinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi RAVTOM'da yapılan Serebral BT incelemesinde her iki tarafta inferior serebellar Pediküler düzeyinde gözlenen Hipodens alanlar Perimedüller kisterna'daki lokal genişleme bölgelerine ya da Parankimal Sekel özellikle Lezyon bölgelerine ait olabilir, denilerek gerekirse MR incelenmesi uygun olur tesbiti yapılarak 1 ay sonra kontrol randevusu verilmiştir. Hastanın de hasta bu tarihte randevusuna götürülmemiştir. Hasta sindirim sistemi problemlerinin ve bel ağrılarının devam ettiğini ifade etmektedir.

1996

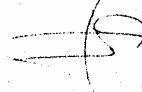
Tedavi Gördüğü Hastane: ANKARA Numune Hastanesi-T. Yüksek İhtisas Hastanesi.
 Tedavi Eden Doktorlar: Dr. Ertan YETKİN, Uzm. Dr. Y. ŞİKRİ AYDOĞU, Dr. Sabahattin BAĞA, Dr. Tankut KOŞOĞLU
 Konulan Tanı: Dahiliye Servisi/Evre 3 bulbitis, Antral gastriti; Kardiyoloji Servisi/MVP (Mitral valv prolapsus)+MV (Mitral yetmezlik)+KAH (Koroner Arter hastalığı)
 Uygulanan Tedavi: Dahiliye Servisi/20 Gün, Omeprazol+klacid 1 gr. Kardiyoloji Servisi/Lobresol 100 mg 2x 1/2 Honoket 20 2x1
 Dispril

Tarihleri ek olarak konulan Resmi Muayene ve Tetkik raporlarının fotokopisinde de belirtildiği üzere muayene ve tedavisi yapılmaya çalışılmıştır. Oysa T. Yüksek İhtisas Hastanesi doktorlarının Anjio ve Kalp Kapakçık Ameliyatı yönünde görüş belirttiklerini söylemektedir. Buna rağmen Yüksek İhtisas Hastanesinin yataklı tedavi için hastanede mahkum koyma olmadığından ve özel servise asker kabul edilmediği yönünde gerekli muayene ve tetkikler yapılmaya devam edilirken 1996 tarihinde Ankara Numune Hastanesi'nden alınarak Çankırı Cezaevi'ne getirildiğini belirtmektedir. belirttiği üzere Yüksek İhtisas Hastanesi'nin uygulamalarından dolayı ilaç tedavisi dışında ileri tetkik ve tedavi için gerekli müdahaleler yapılamamaktadır.

NOT: Kardiyoloji, Dahiliye, Fizik Tedavi, Kalp-Damar Cerrahi Servisi bölümlerinde yapılan muayene, istenen tetkik ve uygulanan tedavilere ilişkin ek belgeler ilişiktir. Bu belge hastanın kendi istemi üzerine düzenlenmiştir.

Doktor

Dipl No:
 Cezaevi Tabibi



HASTANIN _____ :

ADI
SOYADI
YAŞI
CİNSİYETİ

3-4 sene önce geçirdiği bir kaza nedeniyle ameliyat edilmiş ve sol dirsek olekroman'a 2 adet K teli, senklaj teli, lateral tibia kondiline 1 adet spongiöd smplant takılmıştır. Hasta 1994 Haziran ayında özellikle diz eklemine ağrılardan şikayet etmesi üzerine 06.06.1994 tarihinde Sağmalcılar Devlet Hastanesi Ortopedi servisine sevk edilmiştir. Burada yapılan muayenesi ve çekilen röntgenleri incelemeye diz ve koldaki tellerin çıkarılmasına karar verilmiştir. 1994 tarihinde komplikasyonsuz bir ameliyat gerçekleştirilerek teller çıkarılmıştır.

Hasta yapılan bu tedaviye rağmen zaman zaman eklem ağrılarından ve yürüme zorluğundan şikayet etmektedir. 1996 Ocak başlarında bu şikayetlerinin git gide artması üzerine çeşitli tarihlerde Sağmalcılar Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniğine sevk edilmiştir. Kendisinin ifadesine göre ortopedi ve nöroloji kliniklerinde muayene olmuş ve sağ bacakta %80, sol bacakta %90 his kaybı bulunarak Şirinevler Fizik Tedavi Merkezine gitmesi önerilmiştir. Ancak bu konudaki evrakları bulunamamıştır. Nisan ayında Sağmalcılar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Nöroloji Polikliniklerine tekrar sevk edilmişse de götürülmemiştir.

DOKTOR

Dipl. No.
Ceza Evi Tabibi

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞ :
CİNSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI

İzmit Devlet Hastanesi

Giriş tarihi : 1996

Çıkış tarihi : 1996

Protokol No :

Tanı : Sol üreter üst ucuna yerleşmiş olan taş ve buna bağlı olarak gelişen hidronefroz.

Hasta, ifadesine göre, sol üreter üst uca yerleşerek böbrekte iler derecede Hidronefroz'a neden olan taş nedeniyle ESWL tedavisi devam ederken gözaltına alınmıştır. Gözaltında kaldığı süre içerisinde şikayetlerinin artması üzerine İzmit Devlet Hastanesi'ne kaldırılmış ve burada kaldığı 2 gün boyunca Paranteral sıvı tedavisi uygulanmıştır.

1996 tarihinden beri Bayrampaşa Cezaevi'nde tutuklu bulunan hastanın şikayetlerinin artması üzerine cezaevi revirinde muayene edilerek

1996 tarihinde Sağmalcılar Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne sevk edilmiştir. Sağmalcılar Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniği'nde muayene edildikten sonra ise Marmara Üniversitesi Üroloji Bölümüne

1996 tarihinde sevk edilmiş fakat hasta götürülmemiştir. 96 tarihinde cezaevi doktoru tarafından sağmalcılar Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniğine sevk edilen hasta, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniğine sevk edilmiştir. Hasta 1996

1996, 1996, 1996, 1996, 1996 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne götürülmüş. ancak askerlerle hasta arasında yaşanan sorunlardan dolayı hasta tedaviyi kabul etmeyerek muayene olmamıştır.

Hastanın sol üreter üst ucunda bulunan taşın varlığı devam etmekte. gelişen hidronefroz nedeniyle sol böbrek fonksiyonlarını yitirme riski ile karşı karşıyadır. Şu anda gördüğü bir tedavi mevcut değildir.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

Hasta, 1996 tarihinde Umraniye Cezaevi'nde çıkan olaylarda yaralanarak aynı tarihte Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Ortopedi Servisine yatırılmıştır. Muayenesinde darp sonucu kafa tasında çeşitli kırıklar ve sol fibula alt uç kısmında kırık tespit edilmiştir. Tedavisine başlanmıştır.

Hasta, 1996 tarihinde sol böbrekte taş şüphesiyle Sağlıkçılar Devlet Hastanesi üroloji Polikliniğine sevk edilmiş, askerlerle hasta arasında yaşanan sorunlardan dolayı hasta tedaviyi reddetmiş, muavene olmamıştır. Şikayetlerin artması üzerine 1996 tarihinde tekrar Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniğine sevk edilen hastanın DÜS grafiğinin çekilmesi için 1996 tarihinde randevu verilmesine rağmen, hasta, bu tarihteki randevusuna götürülmemiştir.

1996 tarihinde tekrar Sağlıkçılar Devlet Hastanesi üroloji Polikliniğine sevk edilen hastanın çekilen DÜS grafişi sonucu sol böbrek alt kalix taşları tespit edilerek ürografisi istenmiştir. 96 tarihinde gittiği üroloji polikliniğinde ürografi ve DM sisto grafişi çekilmiş ve sol böbrek pelvisi ve alt kalixi dolduran taşları saptanmış, ESWL uygulanıp uygulanmayacağı kanaati için İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne 1996 tarihinde sevk edilmişse de hasta halen götürülmemiştir. Hastanın şu anda gördüğü bir tedavi yoktur.

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YASI :
 CİNSİYETİ :

Hasta, ifadesine göre; 1994 yılında askerde tüberküloz tedavisi görmüş, tedavinin sonuç vermemesi sonucu İstanbul Acıbadem Askeri Hastanesi tarafından askerliğe uygun değildir raporu verilerek terhis edilmiştir. Hasta, 1995 tarihinde gözaltına alınmış, daha sonra tutuklu olarak Bayrampaşa Cezaevi'ne getirilmiştir. Şikayetlerinin artması üzerine 1996 tarihinde Sağmalcılar Devlet Hastanesine sevk edilmiş, burada yapılan muayene sonucu hasta Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi BAVTOM'a sevk edilmiştir. 1996 tarihinde gittiği Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çekilen akciğer filminde sol akciğer üst zonda non homojen densite artışı saptanmıştır. Hastaya iki kez ARB yapılması ve 10 gün süreyle CAT'ı yapılması istenmiştir. Hastaya 1996 tarihinde gittiği Sağmalcılar Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğinden 1996 tarihine randevu verilmesine rağmen, hasta bu tarihte götürülmemiştir. Hasta 1996 tarihinde sevk edildiği Sağmalcılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğinde PA akciğer filmi sedimentasyon ve balgamda üç kez ARB istenmiş, sonuçlarıyla birlikte kontrole gelmesi istenmiştir. Hasta, 1996 tarihinde bu sonuçlarla gittiği Sağmalcılar Devlet Hastanesinde akciğer tüberkülozu teşhisi konularak Göğüs servisine yatırılmış ve 1 ay tedavi görerek taburcu edilmiştir. Daha sonra 1996 tarihinde sevk edildiği Sağmalcılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğinde muayene edilerek 1996 tarihine gün verilmiş, fakat bu tarihte götürülmemiştir. 1996 tarihinde sevk edildiği Sağmalcılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğinde yapılan muayenesinde lezyonun bir önceki grafiğe göre stabil görülerek İNH 3 mg., rifadin 600 mg. EMB 1.5 gr., Bevitin C 1x1 kullanılması uygun görülerek 1 ay sonraya randevu verilmiştir.

Hasta, bu randevusuna ve ayrıca 1996 ve 1996 tarihlerinde Sağmalcılar Devlet Hastanesine sevk edilmesine rağmen götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağmalcılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğine sevk edilmiş, burada yapılan muayene sonucu akut bronşit ve sol apex sekül tüberküloz teşhisi konmuştur. Yine 1996 tarihinde sevk edildiği Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılan BT incelemesinde sol apexte heterojen görünümde infiltrasyon alanı saptanmıştır. Tetkiklerinin yapılmasına devam edilmekte.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

Hasta ifadesine göre; 1986 yılında şikayetleri nedeniyle yapılan muayene ve tetkiklerinde Romatoid Artrit teşhisi konulduğu ve tedavi gördüğünü, 1992 yılında Tüberküloz nedeniyle Çapa Tıp Fakültesi'nde iki ay tedavi gördüğünü ve Romatoid Artrit'den kaynaklanan Üvoid hastalığı teşhis edildiğini ifade etmektedir.

Hasta, 1995 tarihinde gözaltına alınmış, daha sonra tutuklanarak Bayrampaşa Cezaevi'ne getirilmiştir. Hastanın şikayetlerinin artması üzerine 1995 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Bahiye Polikliniği'ne sevk edilmiş, burada muayene ve tetkikleri yapılmıştır. İleriki bir tarihte laboratuvar sonuçlarıyla birlikte kontrole gelmesi kararlaştırılmıştır. Hasta, 1995 ve 1995 tarihlerinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi'ne sevk edilmesine rağmen götürülmemiştir. Hasta, 1995 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği'ne sevk edilmiş, burada tetkikleri yenilenecek 1995 tarihinde randevu verilerek Ortopedi polikliniğine sevk edilmiştir. 1995 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğine sevk edilen hastanın PA grafisinde sağ hemithorax alt zonda ve sol parakardiyal alanda infiltrasyonlar görülmüştür. Hasta, 1995 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğine sevk edilmiş fakat götürülmemiştir. tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniğine sevk edilen hastaya kronik bronşit teşhisi konularak reçete verilmiştir. Hasta şikayetlerinin devam ettiğini ifade etmektedir. Hastanın herhangi bir kontrol randevusu mevcut değildir.

Ceza Evi Tabibi

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CİNSİYETİ :

Hasta 1995 tarihinde sırt ağrılarının olduğu ve cilt alt dokusunda çürümelere olduğu ifade etmesi üzerine Sağlık Bakanlığı Dahiliye Polikliniğine sevk edilmiş, burada muayene edilmiştir ve tetkikleri istenmiştir. 1996 ve 1996 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesine sevk edildiği halde götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine sevk edilen hastanın Bronşit ve Romatoid Artrit şüphesi ile tetkikler istenmiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesine sevk edilen hasta götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine sevk edilen hasta tetkik sonuçları alınarak buradan FTR Polikliniğine sevk edilmiş, burada sakralizasyon teşhisi konulmuştur. 1996 tarihinde hasta Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesine sevk edilmiş fakat götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi FTR Polikliniğinde muayene edilen hastaya reçete ve yatak istirahati verilerek 1 ay sonraya kontrol randevusuna gelmesi kararlaştırılmıştır.

1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesine sevk edilen hasta götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi FTR Polikliniğine sevk edilen hasta muayene edilerek tetkik istenmiştir.

1996 tarihinde dahiliye polikliniğine sevk edilen hasta buradan FTR Polikliniğine sevk edilmiş, ancak doktor olmadığı için muayene olmamıştır. 1996, 1996, 1996 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesine sevk edilen hasta götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi Ortopedi Polikliniğine sevk edilen hasta burada Lumbal Diskopati şüphesi ile BT tetkiki için Çapa Nöroşirürji Kliniğine sevk edilmiştir. 1996 tarihinde hasta Çapa Tıp Fakültesi'ne sevk edilmiş fakat götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi Ortopedi Polikliniğine sevk edilen hastanın yapılan radyolojik ve klinik muayenesinde Adolerez Kifoza teşhis edilerek egzersiz önerilmiştir. Hastanın şikayetleri devam etmektedir, herhangi bir kontrol randevusu yoktur.

HASTANIN :

ADI :

SOYADI :

YAŞI :

CİNSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI

İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı

Giriş tarihi : 1996

Çıkış tarihi : 1996

Protokol no :

Tanı : Wernicke Ansefalopati ve Korsakoff Sendromu

Muayene eden ve tedavisini yapan doktorların adı:

Prof.Dr.Gencay Gürsoy, Prof.Dr.Rezzan Tuncay, Uzm.Dr.İ.Hakan

Gürvit, Dr. Demet Kınay

Hasta 69 gün süren ölüm orucu sonunda 1996 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Polikliniğine, oradan da 1996 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğine sevk edilip yatırılmıştır.

Ölüm orucuna bağlı olarak konvüzyon, nistagmus, ataksi ile karakterize wernicke hastalığı, uyanıklığın bir ölçüde düzelmesiyle ortaya çıkan apati ve amnestik durumla karakterize korsakoff sendromu, bulanık görme, kulaklarda uğultu, sese karşı hassasiyet, hafif derecede işitme kaybı, protein-enerji malnutrasyonu tablosu görülmüştür.

Hasta klinikte yattığı süre boyunca hastanın nörolojik muayene bulgularında hafif bir gerileme gözlenmekle birlikte tablo niteliksel olarak aynı kalmıştır. Hasta B1 vitamini desteğiyle yapılan tedavide acil dahiliye polikliniğinde kaldığı süre içinde günün büyük bölümünü hipersanbolans olarak tanımlanabilecek bir tabloda genellikle uyuyarak geçiren hastanın uyanıklık düzeyinde bir miktar düzelme gözlendiyse de bu süreçte diğer yakınmalarında ve nörolojik muayene bulgularında belirgin bir değişiklik olmamıştır. Hastaya folbiol tb.1x1, Grandferol tb.1x1, vicap cap.1x1, Supradyn draje 1x1, Benexol tb.2x1, Becozyme O-Porte 1x1, Ferrosanol Duadonal cap. 1x1, ve Dodex ampul haftada 1 tane IM, içeren bir tedavi programı önerilmiş, üç ay sonra özellikle bellek durum açısından nöropsikolojik ve nörolojik muayenelerinin tekrarlanması ve klinik tablonun aynı kalması durumunda farmakoteropinin denemesi planlanarak 20.08.1996 tarihinde taburcu edilmiştir. hasta bu tarihten sonra belli aralıklarla tedavisini yapan doktorlar tarafından iki kez muayene edilmiş ve tedaviye Benexol 1x1 ile devam edilmesi önerilmiştir. hastanın şikayetleri devam etmektedir.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI
İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı

Giriş tarihi : 1996

Çıkış tarihi : 1996

Protokol no :

Tanı : Wernicke Ansefalopati ve Korsakoff Sendromu

Muayene ve tedavisini yapan doktorların adı: Prof.Dr.Gencay

Gürsoy, Dr.Demet Kınay

Hasta, 69 gün süren ölüm orucunun bitirilmesiyle 1996 tarihinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Polikliniğine, 1996 tarihinde ise Nöroloji Polikliniğine sevk edilerek yatırılmıştır.

Hasta ölüm orucuna bağlı olarak Konvüzyon, Oftalmoparazi, Nistagmus ve Ataksi ile karakterize Wernicke hastalığı, hafif bulanık görme ve sese duyarlılığı, Protein-enerji Malnütrasyonu tablosu görülmüştür. Hasta tedavi sonucunda nörolojik muayene bulgularında gerileme gözlenmiştir, bakış paralizi iki yanlı Konjuge bakışta 1-2 mm kısıtlı hale gelmiştir. Vertikal Nistagmus kaybolmuş, iki yanlı Horizontal Nistagmus ve gövde ataksisi hafiflemekle birlikte devam etmektedir. Mental muayenede ılımlı dikkat bozukluğu, yakın bellek bozukluğu sürmektedir. Yürütücü işlevler ve karmaşık görsel algıda değişiklik olmamıştır. Hasta vücudunun değişik bölgelerinde zaman zaman kramp benzeri ağrıların olduğunu ifade etmektedir.

Hastaya Polbiol tb. 1xl, Grantferol tb. 1xl, Avicap cap. 1xl, Ferrusanol Duadonal cap. 1xl, Dodex ampul haftada 1 İM ve Penadur LA ayda 1 İM içeren bir tedavi programı önerilmiş ve üç ay sonra özellikle bellek durumu açısından Nöropsikolojik ve nörolojik muayenenin tekrarlanması ve Amnestik durumun kalıcı olması durumunda Farmakolojik tedavi planlanması kararlaştırılarak 1996 tarihinde taburcu edilmiştir. Hasta 1996 tarihinde kasılması olduğu gerekçesiyle Sağlıkçıların Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine sevk edilmiş, buradan da Çapa Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Polikliniğine sevk yapılmıştır. Burada yapılan acil dahili muayenesinde tıbbi bir sorun tesbit edilememiştir. Tedavisini yapan doktorlar tarafından belli aralıklarla cezaevinde muayene yapılmış ve tedaviye Benexol 1xl ile devam etmesi uygun görülmüştür. Hastanın şikayetleri devam etmektedir.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANE VE PROTOKOL NUMARALARI

İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı

Giris tarihi : 1996

Çıkış tarihi : 1996

Protokol no :

Tanı : Wernicke Ansefalopati

Hastanın muayenesini ve tedavisini yapan doktorların adı:

Prof.Dr. Kezzan Tuncay, Uz.Dr.T.Hakan Gürbüz, Dr. Emel Gökmen

Hasta 69 gün süren ölüm orucu sonunda 1996 tarihinde önce cezaevi içinde ikinci hafta Sağmalcılar Devlet Hastanesi'nde izlendiği nörolojik açıdan tetkik ve tedavisi amacıyla 1996 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğine sevk edilmiş ve yatırılmıştır. Ölüm orucuna bağlı olarak ortaya çıkan oftalmoparezi, nistagmus ve ataksi ile karakterize Wernicke hastalığı ve protein-enerji malnutrisyon tablosu görülmüştür.

Hasta yeterli B1 vitamini tedavisi sonucunda hastanın nörolojik muayene bulgularında gerileme gözlenmesine rağmen horizontal nistagmus cerebeller testlerde bütünlük ve gövde ataksisi şiddeti azalmakla birlikte devam etmektedir. Hastaya folbiol tab. lxl, grandferol tb.lxl, avikap kap. lxl, supradyne draje lxl, benexol tb.lxl, becozyme tb.lxl, ferrosanol duodonal kap. lxl, ve dodex amp. haftada bir tane 1M içeren bir tedavi programı önerilmiş, üç ay sonra nörolojik muayenelerinin tekrarlanması planlanarak 1996 tarihinde taburcu edilmiştir.

Hasta tedavisini yapan doktorlar tarafından belli aralıklarla iki kez cezaevinde muayene edilmiş ve tedaviye Benexol lxl ile devam etmesi önerilmiştir. Hastanın şikayetleri devam etmektedir.

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CINSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI

Istanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı

Giris Tarihi : 1996

Çıkış Tarihi : 1996

Protokol no : ---

Tanı : Wernicke Ansefalopati

Hastayı muayene eden ve tedavisini yapan doktorların adı:

Prof.Dr.Gencay Gürsoy, Prof.Dr.Rezzan Tuncay, Uzm.Dr.İ.Hakan Gürvit, Dr.Demet Kinay

Hasta, 69 gün süren ölüm orucu sonucunda 1996 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Polikliniğine yatırılmıştır. Ölüm oru-
 na bağlı olarak aftalmoparezi, nistagmus ve ataksi ile karakterize
 Wernicke hastalığı, işitme azalma ve sonofobi, gece körlüğü, protein
 enerji malnütrasyonu görülmüştür.

Yeterli B1 vitamini tedavisi sonucunda hastanın nörolojik bulgula-
 rında gerileme gözlemlenmesine rağmen, Biletarol 2 mm kısıtlı konjuge
 kis paralizisi, horizontel nistagmus ve gövde ataksisi şiddeti azal-
 ma ile birlikte devam etmektedir.

Hastaya folbiol tb. 1x1, Grandferol tb. 1x1, avıcep cap. 1x1,
 pradyd draje tb. 1x1, Benxol tab. 2x1, Becozym C Forte tb. 1x1,
 dex ampul haftada 1 tane, Ferrosanol Madonal Cap. 1x1 içeren bir
 tedavi programı önerilmiş, üç ay sonra nörolojik tedavinin tamamlanması
 için randevu verilerek 1996 tarihinde taburcu edilmiştir.

1996 tarihinde sindirim sistemi ile ilgili şikayetlerinden
 dolayı Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine sevk edil-
 miş, buradan da Haseki Devlet Hastanesine sevk edilen hastanın yapılan
 krasonografik incelenmesinde patolojik bir durum tespit edilememiştir.
 Hasta tedavisini yapan doktorlar tarafından belli aralıklarla ceza-
 evinde iki kez muayene edilmiş, tedaviye Benxol 1x1 ile devam edilmesi
 önerilmiştir.

HASTANIN:

ADI:
SOYADI
YAŞ
DOĞUM YILI
CİNSİYET

Muayene Eden Doktorlar: Dr. Çankırı Cezaevi Hastanesi
Muayene Eden Doktorlar: Dr.
Konulan Tanı : Sürekli kusma
Uygulanan Tedavi : Metopamid+Amazodine+antropodine

1996 tarihinde başlayan Sürekli Aşlık Grevinin 47. gününde program gereği aylık grevini bitirdiğini belirtin Hüseyin Bolak'ı bu olaydan itibaren sürekli kusma şikayeti bulunduğunu belirtmektedir ilaç tedavisine ara verdiği andan itibaren yeniden kusma şikayetleri başlamış olduğunu belirtmektedir. Sürekli kusma sonucu Yemek borusu (Öze fagus) tahrişine bağlı bazen kusmaların kanlı olabildiğini belirtmektedir. İleri tetkik ve tedavi için Çankırı Devlet Hastanesi'ne sevki yapılmıştır. Bu belge hastanın kendi istemi üzerine düzenlenmiştir.

DOKTOR

Dipl No:
Cezaevi Tabibi

HASTANIN _____ :

ADI

SOYADI

DOĞUM YERİ-TARİHİ

YAŞ

CİNSİYETİ

ÖZEL TİP KAPALI CEZAEVİ DOKTORLUĞUNUN TEDAVİ ÖZETİ

1996'tarihinde cezaevine gelen tutuklu _____ 'nın

AÇLIK grevi esnasında başlayıtan itibaren, sırasıyla uykusuzluk, dispeptik şikayetler ve sağ kolda uyuşma, ağız kuruması, daha sonraları üşüme, baş dönmesi, diz ve dirseklerde uyuşma, boğazda yutkunma güçlüğü, var. Muayenede boğazda kızarıklık ve boyunda LAP mevcut. Açlık grevinin son dönemlerinde (1996'da) yapılan kontrolde, baş dönmesi, baş

ağrısı, eklem ağrısı, karın ağrısı, ellerde ve ayaklarda uyuşma tarif ediliyor. 1996 tarihinde bu bulgularla Devlet Hastahanesine sevk olmuştur. 1996'da BDH'göz polikliniğine sevk

edilmiştir. 1996'da ki muayenesinde TA:100/75 mm Hg, NDS:80/dk, konuşulanları anlama güçlüğü, kulakta çınlama, uykü isteği, dizlerde karıncalanma ve uyuşma, göz kararması ve çarpıntı bulguları mevcut.

1996'da diz ve dirseklerde uyuşma şikayetleri ve çarpıntı mevcut. 1996'da ki muayenesinde ellerde üşüme, göğüsste ve dizlerde ağrı şikayeti ile Bergama Devlet Hastahanesi dahiliye polikliniğine sevk edildi. Bu rapor kişinin kendi isteği üzerine verilmiştir.

1996

Tedavi boyunca kullanılan ilaçlar

Cezaevi doktoru.

Supradyn tablet

Benexol "

Metsit "

Fanosen "

Gataflam "

Motiulum "

NEO tropit draje

Ferrum-fort tablet

Dolorex "

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CİNSİYETİ : -----

HASTANIN YATTIĞI HASTANE VE PROTOKOL NUMARALARI

Devlet Hastanesi:
 Giriş tarihi:
 Çıkış tarihi:
 Protokol No :

Ankara Numune Hastanesi:

26 tarihinde Çanakkale Devlet Hastanesinde kendi isteği ile gelen hastanın genel durumu iyi, oral beslenmesi normal olarak nitelendirilmiş, tarihinde muayene ve tedaviyi kabul etmediğinden taburcu edilmiştir.

Ayakta takin ve tedavi edilmiştir.

Tarih 1996

'un ANH'de çeşitli polikliniklerde yapılan muayene ve tedavi sonuçları:

Dahiliye: : Patolojik bulgu Ø Histopatoloji (±) Nöroloji polikliniklerinden konsültasyon istenmiş.

Nöroloji: FM'de atoksik yürüme saplanmış, nistajmus mevcut. Sonuç: Geçici malnutrisyona bağlı cerebrol anoksi sekeli, Serebellar sistem hastalığı. Fizik tedavi önerilmiş.

EMG interskepler bölgede myofji tarzında fibril mevcut, ellerde ve ayaklarda uyuma ve karıncalanma tarif ediyor. Gerekli medikal tedavi önerildi.

Ankara Numune Hastanesinde 1996'da yapılan kan tetkiklerinde; T.Kolesterol, LDL, amilaz, SGOT, SGPT, LDH, direkt bilirubin seviyelerinde yükselme gözlenmiştir. Bu yükselmeler karaciğer fonksiyonlarındaki minimal bozulmaya işaret edecek seviyededir.

Çanakkale Bilgisayarlı tomografi merkezinde 1996 tarihinde çekilen beyin tomografisinde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

HASTANIN _____ :

ADI

SOYADI

DOĞUM YERİ-TARİHİ

YAS

CİNSİYET

ÖZEL TIP KAPALI CEZAEVİ DOKTORLUĞUNUN TEDAVİ ÖZETİ

1996 tarihinde cezaevine gelen tutuklu 'ın açlık grevi 15. gün itibarıyla sıkıyık ve muayene bulguları doğaldır.TA:90/65 mm Hg,NDS:60/dk. 1996 tarihi itibarıyla uyku isteğinde artma, 1996 tarihinde karın ağrısı,bulantı tarif ediyor. 1996 tarihinde barsaklarda meteorizm şikayetleri ve gözlerde çapaklanma sıkıyıkları var. TA:80/60 mm Hg,NDS:76/dk. 1996 tarihindeki muayenesinde baş ağrısı, baş dönmesi,ellerde ve ayaklarda uyuşma,konstipasyon çarpıntı ve unutkanlık sıkıyıkları mevcut. 1996'da Devlet Hastahanesine sevk olmuştur. 1996 tarihinde TA:90/65 mm Hg,NDS:74/dk,epigastrik bölgede yanma.erime hissi,çarpıntı şikayetleri devam ediyor. Bu rapor kişinin kendi isteği doğrultusunda verilmiştir.

Tedavi boyunca kullanılan ilaçlar
Balya tablet
Sandoz-c tablet
Benexol "

1996
Cezaevi doktoru.

1996

HASTA BİLGİLERİ :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 D.İSKİ :
 CİNSİYETİ :

EDİLEBİLENDİĞİ HASTANE : HASTA BİLGİLERİ
 EDİLEBİLENDİĞİ DOKTORLAR : Nöroloji Asist. Dr. Serap Kaymakoğlu
 KONULAN TANII : Reflü Özofajit, Kulak çınlaması, denge bozukluğu
 GÖRÜLMEKTEDEN TEDAVİ : BETASERC TB, TEBORAN-GEN, S.S.K
 GASTROENTEROLOJİ DR. ABİDURAHMAN İZZET

1996 tarihinde başvurulan Süreçsiz Açlık grevi... 1996 tarihinde tıbbi raporların kabul edildiğini belirtmesi sonucu aynı tarihte tahmini olarak hastanesi acil Servisine kaldırılmıştır. Burada yapılan ilk muayeneden sonra acil tıbbi müdahale yapılmıştır. Hastanede bir gece kalan... sabah (1996) cezaevimize getirilmiştir. Daha önce tıbbi tetkik ve tedavi için Ankara Numune Hastanesine sevk edilmiştir. Ank. Num. Hast. Nöroloji ve Gastroenteroloji servisinde muayene yapılmıştır. Nöroloji servisinde kulak çınlaması ve denge problemi kayıtlarında yer almaktadır. 1996 tarihinde Betaserc tb. ve Teboran or. tb. adlı ilaçlar verilmiştir. Gastroenteroloji servisinde yapılan endoskopi tetkiki sonucu Reflü Özofajit teşhisi konulmuştur. Serap Kaymakoğlu'dur.

1996 tarihinde Bilgisayarlı Tomografi tetkiki sonucu bilateral frontalde yasa göre nazla Kortikal atrofi ile uyumlu bir görünüm saptanmıştır.

Ölüm Örcü öncesi bu yönde şikayeti olmayan... halde, tüm muayene tetkik ve tedavilere rağmen denge bozukluğu, xxxk uyumsuzluk ve mide ağrı şikayetlerinin devam ettiğini belirtmektedir.

Ölüm Örcü öncesinde Ank. Num. Hast. Göz Servisinde tetkik edilerek keratite bağlı olarak sağ gözü hiç görmemekte ve tedavi için 2001 yılında randevu verildiği... 'a belirtilmiştir. Bu belge hastanın kendi isteği üzerine düzenlenmiştir.

DOKTOR

Dipl. No :

CEZAEVİ TABLİFİ

1996

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
D. YERİ :
CİNSİYETİ :

BAŞVURU ÖZETİ HASTANIN : HA TANI
BAŞVURU YERİ DOKTORLAR : Nöroloji Asist. Dr.
Dahiliye Asist. Dr.
KONULAN HASTALIK : Grade II Bulbitis, Kulak çınlaması,
Denge kaybı.
Uygulanan Tedavi : Betaserc tb., Tobokan-ort tb., Iopif
tb., Asidopan Plus süsp.,

1996 tarihinde başlayan Serebral kelik grevi 1996 tarihinde ölüm orucuna dönmüşdür. 1996 tarihinde taleplerinin kabul edildiğini belirtmesi sonucu 1996 tarihinde Çankırı Devlet Hastanesi Acil Servisine kaldırılmıştır. Burada yapılan ilk muayeneden sonra acil tıbbi müdahale yapılmıştır. Hastanede bir gece kalan sabah (1996) cezaevimize getirilmiştir. Saha sonraki bir tarihte ileri tetkik ve tedavi için Ankara'ya gönderilmiştir. 1996 tarihinde Ank. Num. H. T. Nöroloji ve Gastroenteroloji servisinde muayenesi yapılmıştır. Nöroloji servisinde denge kaybı ve kulak çınlaması yönündeki şikayetleri için Betaserc tb. ve Tobokan-ort tb. adlı ilaçlar verilmiştir. Gastroenteroloji servisinde yapılan endoskopi tetkikiyle Grade II Bulbitis teşhisi konulmuştur. Rapor ektedir. Bu teşhise ilişkin olarak Iopif tb. ve Asidopan Plus süsp. adlı ilaçlar verilmiştir. Ölüm orucu öncesinde bu yönde şikayetleri olmayan H.YE. 1996 yılında bula tıbbi muayene tetkik ve tedavilere rağmen kulakta sürekli çınlama, baş ağrısı, bazen yüzün sağ tarafında uyuşma, midede ağrı ve yanma, umutlanık şikayetleri devam etmektedir. Ölüm orucu öncesinde de sürekli bel ağrısı şikayetiyle ilgili olarak Çankırı Devlet Hastanesi İzik-Tedavi servisinde Lomber keset tropizmi teşhisi konulmuştur. Ayrıca sağ bacakta Nevraljia Parastotika (uyuma) şikayeti bulunmaktadır. Bu rahatsızlıkları da verilen tedavilere rağmen sürmektedir. Küçük yaşta iki kez böbrek ameliyatı olan umut belirlen H.YE. 1996 yılında bula dönem dönem böbreklerinde ağrı şikayetleri olduğunu belirtmektedir. Bu belge hastanın kendi istemi üzerine düzenlenmiştir.

DOKTOR

Dipl. No :
CEZAEVİ HASTANESİ

NOT:Hastada hafif bir diyastolik hipertansiyon ve buna ilişkin belirtiler sözkonusudur.İlaç tedavisi uygulanmaktadır.Bu şikayeti Ölüm Orucu sonrası

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

Hasta, ifadesine göre 1996 tarihinde gözaltına alınmış, gözaltında iken epilepsi nöbeti geçirmiş, daha sonra tutuklanarak Sağlıkçılar Cezaevi'ne getirilmiştir. Hasta, 1996 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesine sevk edilmiş fakat götürülmemiştir. 1996 tarihinde epilepsi benzeri nöbet geçirmiş ve acil olarak Sağlıkçılar Devlet Hastanesine sevk edilmiştir. Nöroloji Polikliniğinde yapılan muayenesinde önce ileri tetkikleri yapılmak üzere Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Polikliniğine sevk edilmiştir. Burada Kraniyal EKG'si istenen hastaya 1996 tarihine randevu verilmiştir. Fakat hasta bu randevuya götürülmemiştir. 1996 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniğine sevk edilen hasta EEG tetkiki için tekrar Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Polikliniğine sevk edilmiş. Burada Tegretol 300 mg.den 400 mg. ye çıkarılmıştır. 1996 tarihinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine sevk edilen hasta askerlerle sorun yaşamamasından dolayı tedaviyi reddetmiştir. 1996 tarihinde acil olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi BAVTOM'a sevk edilmiş, burada yapılan Serebral EKG incelenmesinde normal sınırlar içerisinde bulunmuştur. Şikayetleri devam eden hasta halen 400 mg. Tegretol kullanmaktadır. Herhangi bir kontrol randevusu mevcut değildir.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI

Haydarpaşa Numune Hastanesi Nöroşirurji Kliniği

Giriş Tarihi :
Çıkış Tarihi :
Protokol No :
Tanı : Sol temporal epidural hematom, frontal pnömosefali
Muayene eden ve tedavisini yapan doktorların adı : Adı geçen klinikte
yapan

Sağmalcılar Devlet Hastanesi

Giriş Tarihi : 1995
Çıkış Tarihi : 1996

Yukarıdaki her iki hastaneden verilen raporların Özeti

1995 tarihinde Ümraniye Cezaevinde çıkan olaylarda yaralanarak 1995 tarihinde Haydarpaşa Numune Hastanesi Nöroşirurji Kliniğine sevki yapılmıştır. Fizik muayenesinde harican sol periorbital hematoma, sağ frontoparietal yaygın skalp ödemi, vücudunda sağ kolda daha fazla olmak üzere yaygın ekimozlar mevcuttur. Nörolojik muayenesinde şuuru uykuya meyilli, nonkoopere, nonoriente olarak saptanmıştır. 1995'de çekilen Kranial BT'sinde sol temporal akut EDH (13 mm. kalınlıkta) bilateral frontalde belirgin olmak üzere yaygın pnömosefalus, sol zigoma, maksilla, orbita tavan fraktürü, sfenoid, etmoid, sol maksiller sinüs içi hemoraji saptanmıştır. Aynı gün ameliyat edilmiş ve sol pterional kraniotomi ile EDH boşaltılmış ve dura açılarak pnömosefali ortadan kaldırılmıştır. Daha sonra Epanutin Cep.3x1, ampisina 500 mg. 4x1 ve genta 80 mg. ampul 2x1 tedavisi verilerek taburcu edilmiştir.

1995 tarihinde Sağmalcılar Devlet Hastanesine yatırılmıştır. KBB Kliniğinde yapılan muayenesinde sol timpan membranda sentral travmatik perforasyon saptanmıştır. Diapozon testlerinde yanıt alınmamıştır. Her iki kulaktaki işitme kaybının araştırılması için odiogram ve bera incelemelerinin yapılması gerekli görülmüştür. Ancak Sağmalcılar Devlet Hastanesinde bunlar yapılmamaktadır. Ayrıca denge kusuru olduğundan dolayı yürüyemediğinden nöroşirurji uzmanı tarafından muayene edilmesi gerektiği söylenmiştir. Bu nedenden ötürü Haydarpaşa Numune Hastanesi Nöroşirurji ve KBB Kliniklerine sevki yapılmıştır.

1995 tarihinden 1996 tarihine kadar çeşitli defalar Haydarpaşa Numune Hastanesi Beyin Cerrahi ve KBB Kliniklerine sevki yapılmasına karşın hiçbir hastaneye götürülmemiş ya da muayene ve tedavisi yapılmadan geri getirilmiştir. 03.01.1996 tarihinde Haydarpaşa Numune Hastanesine götürülmüşse de konsilyasyon sağlanmadığından odimetric tetkik yapılamamıştır, bera cihazı da bulunmamaktadır denilerek geri gönderilmiştir.

1996'da Hastanesi Vakfı Sağlık Hizmetleri İktisadi İşletmesi Elektro Fizyoloji Laboratuvarında BAEP raporu alınmış ve solda kokleer

HASTANIN :
ADI : :
SOYADI : :
YAŞI : :
CİNSİYETİ : :

HASTANIN YATTIĞI HASTANE VE PROTOKOL NUMARALARI

Haydarpaşa Numune Hastanesi Nöroşirurji Kliniği

Giriş Tarihi :
Çıkış Tarihi :
Protokol No :
Tanı : Frontal çökme fraktürü, kontüzyo serebri
Muayene eden ve tedavisini yapan doktorların adı :

SÜLEYMAN ACAR'ın TEDAVİ GÖRDÜĞÜ HASTANEDEN VERİLEN RAPORUN ÖZETİ

1996 tarihinde Ümraniye Cezaevinde çıkan olaylarda yaralanarak Hastanesi Acil Servisine getirilmiştir. Burada yapılan muayenesinde vertekate yıldız şeklinde 8-10 cm. arasında değişen 4 adet kesi, ortada vertekate 2x2 cm. doku kaybı görülmüştür. Bilinç uykuya meyilli olup ilişki kurulamamaktadır. Aynı gün çekilen bilgisayarlı tomografisinde frontal çökme fraktürü ve kontüzyo serebri saptanarak frontal dekompresif kraniyektomi ameliyatı yapılmıştır. Aynı gün iki unite kan verilmiştir. Alfasilin 1 gr. 4x1 ve epanutin 3x1 verilerek 16.01.1996 tarihinde taburcu edilmiştir.

tarahinden bu yana 3,5 ay geçmesine karşın sadece iki defa Haydarpaşa Numune Hastanesine götürülmüştür.

Şu anda sürekli kulak çınlaması ve yüksek sesleri duyamamaktan şikayet etmektedir. Yere baktığında göz karaması olduğunu ifade etmektedir. Şu anda herhangi bir kontrol randevusu mevcut değildir.

DOKTOR

Dipl. No.
Ceza Evi Tabibi

HASTANIN _____ :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CİNSİYETİ :

Hastanın ilk şikayetleri kendi ifadesine göre-1985 sonlarında öksürük ve nefes darlığı olarak başlamıştır. 1991 yılına kadar çok çeşitli hastanelere başvurduğu ve bronşit, tüberküloz, bronşektazi teşhisleri konulmuştur. 1991 sonlarında öksürük ve nefes darlığı şikayetlerine ateş de eklenmiştir. Bunun üzerine başvurduğu İstanbul Kültür Güğüs Hastalıkları Hastanesinde 10 gün yatırılmıştır. Bromeksin şurup, ve alin tab. ve adını bilmediği bir iğneyi kullandığını söylemektedir.

1993 yılı _____ ayında diğer şikayetlerinin üzerine sabah öksürük ve kan tükürmesi eklenmiştir. Bronşit teşhisi ile penisilin tedavisi uygulandığını belirtmektedir.

1993 tarihinde gözaltına alınmış ve tutuklanarak Topkapı Cezaevi'ne rampağa Kapalı Cezaevine getirilmiştir. Hasta nefes darlığı şikayetinde bulunmuş. Üzerine Sağlıkçılar Devlet Hastanesine sevk edilmiştir. 1993 tarihinde şikayetleri bu hastanede _____ protokol no ile muayene edilmiş ve eski tüberküloz sekeleri kronik obstrüktif akciğer hastalığı teşhisi konularak reçete verilmiştir. Daha sonra şikayetlerinin düzelmemesi üzerine sevk edildiği aynı hastanede solda akciğer tüberkülozu ve üst solunum yolu enfeksiyonu teşhisi konularak İNH 300 mg, rifampin 600 mg, ethambutol, alfacid 2x1, mukoral 3x1 verilmiştir. Hasta hemca hemca 2,5 yıl aralıklı olarak tüberküloz tedavisi görmüştür. 1994 tarihinde çekilen PA akciğer filminde kistik lezyonlar görülmesi üzerine çekilen vücut tomografisinde sağ hemitoraks basık, sağ apeks medialinde sağda orta lop bölgesinde alt lop'ta multipl segmentlerde solda lingula bölgesinde ve kısmen alt lop'ta çok sayıda bronşektazi odağı görülmektedir. Sağda daha belirgin olmak üzere diffuz bronşektazi teşhisi konulmuştur. Grip ve pnömuni aşıları verilmiştir. Şu anda görüldüğü her türlü bir tedavi mevcut değildir.

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CİNSİYETİ :

HASTANIN TEDAVİ GÖRDÜĞÜ HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI

İstanbul Tıp Fakültesi Nöroşirurji Ana Bilim Dalı

Giriş Tarihi :
 Çıkış Tarihi :
 Protokol No :
 Cerrahi Girişim No :
 Tanı : Parkinsonizm
 Muayene eden ve tedavisini yapan doktorların adı :

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ NÖROLOJİ ANA BİLİM DALI

Muayene eden ve tedavisini yapan doktorun adı : Uz.Dr.Hülya APAYDIN

'nın TEDAVİ OLDUĞU HASTANELERDEN VERİLEN RAPORLARIN ÖZETİ

Hastanın ifadesine göre 1989 yılında sol eline levye ile vurması sonucu elinde güçsüzlük oluşmuştur. 1993 sonunda heyecanlandığında sol elde titreme ve kasılma şikayetlerinin oluşması sonucu Nöroloji Polikliniğine başvurmıştır. Burada kranial MRI çekilerek parkinson teşhisi konulmuş ve ameliyat için İstanbul Tıp Fakültesi Nöroşirurji Ana Bilim Dalı'na sevk edilmiştir.

Hasta 1994 tarihinde bu hastaneye yatırılarak 1994'de sağ koronal burr hole ile sağ pallidotomi ameliyatı yapılmıştır. Eldeki kasılmanın düzelmesi üzerine 1994 tarihinde Darvolin tab. verilerek taburcu edilmiş ve 1 ay sonra kontrole çağırılmıştır. Bu tarihten sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'ndaki kontrollerine düzenli olarak gitmiş ve tedavisine devam etmiştir. Bu son 1995 tarihinde yapılan son muayenesinde sol bacak yarısında bradikinezi ve rijiditenin ön planda olduğu ikinci evrede parkinson teşhisi konularak Amantadin 100 mg.3x1 ve Seldepar 2x1 verilerek tedavisine devam edilmiştir.

Bu ilaçları sürekli ve düzenli kullanması gerektiği belirtilmiştir. Ancak hasta 27.12.1995 tarihinde gözaltına alındığından bu yana ilaçlarını kullanamamıştır.

Hasta şu anda konuşurken cümle sonlarını tamamlayamama, hareketlerde yavaşlama, ağızdan irade dışı salya akması, sol elde diğer ele göre fleksiyon hareketinde azalma, sol el içinde terlemeden şikayet etmektedir. Hastanın tedavi gördüğü hastanelerden verilen raporlar avukatları tarafından getirildikten sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı'nda görevli doktorun muayenesi yapılmış ve raporları yazılmıştır. Ancak henüz ilaçlar sağlanamamıştır.

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CİNSİYETİ :

HASTANIN YATTIĞI HASTANELER VE PROTOKOL NUMARALARI

Haydarpaşa Numune Hastanesi Nöroşirurji Kliniği

Giriş Tarihi :
 Çıkış Tarihi :
 Protokol No :
 Tani : Sol temporoparietal minimal çökme fraktürü, serebral
 ödem, travmatik SAK, sol temporoparietal kontüzyon
 Muayene eden ve tedavisini yapan doktorların adı :

Sağmalcılar Devlet Hastanesi

Giriş Tarihi :
 Çıkış Tarihi :
 Protokol No :

'ın TEDAVİ GÖRDÜĞÜ HASTANELERDEN VERİLEN RAPORLARIN ÖZETİ

tarihinde Üraniye Cezaevinde çıkan olaylarda yaralanan aynı tarihte Haydarpaşa Numune Hastanesine yatırılmıştır. Acil servis muayenesinde genel durumu kötü olup, sol göz çevresinde ödem, ekimoz ayrıca sol kulağa kanama saptanmıştır. Bunun yanısıra verteks'te oksipitale doğru inen parçede 8x8 cm. boyutlarında kesi ve sol el dördüncü parmakta 5 cm. kesi vardır. Bilinçli kapalı olup ağrılı uyaranlara anlamsız sesler çıkararak yanıt verebilmektedir.

Aynı gün çekilen bilgisayarlı tomografisinde sol temporal lineer, sol parietal minimal çökme fraktürü, serebral ödem görülmüştür. Yaraları dikilerek anti-epileptik ve anti ödem tedaviye bağlanmıştır. Ayrıca antibiyotik verilmiştir.

Daha sonra çekilen tomografilerinde beyin ödeminin gerilediği ve kontüzyonun rezorbe olduğu görülmüştür. Epanutin 2x1, Purinol eff 2x1, Redoxane off 2x1 mide sondasında verilecek şekilde 1996 tarihinde taburcu edilmiştir.

Aynı gün Sağmalcılar Devlet Hastanesine yatırılmıştır. Bilinci yerindedir ancak ilişki kurulamamaktadır. İdrar ve dışkıyı bilinci dışında yapmaktadır. Laboratuvar tetkiklerinde albumin 3 gr./dl. lakosit 10000, hematüri pyüri saptanmıştır. Posttravmatik delirium olarak düşünülüp izlenmiştir. Tatışından 40 gün sonra dikkat ve soyutlama testleri yeterli düzeye geldiği için epdantoin tablet 2x1/2 nootropil 800 mg. 3x2, supradyn 1x1, seroxqt tab.1x1 verilerek taburcu edilmiştir ve Haziran ayına kontrole çağrılmıştır.

Şu anda olay gününü hatırlayamamaktadır. Özellikle merdiven inerken ve çıkarken adımlarına tereddütlü attığına ifade etmektedir. Dikkatini uzun süre bir noktaya toplayamamaktadır. Seri ya da karmaşık hareketleri yapamamaktadır.

HASTANIN :
 ADI :
 SOYADI :
 YAŞI :
 CİNSİYETİ :

Hasta ifadesine göre 12 yaşında menenjit geçirerek Kastamonu Devlet Hastanesinde tedavi edilmeye başlanmıştır. Menenjit sonrası işitme kaybı olduğunu söylemektedir. Daha sonra Ankara Tıp Fakültesi Dışkapı Hastanesi'nde yine menenjit teşhisiyle 1,5 ay ve Hacettepe Tıp Fakültesinde aynı nedenle 15 gün yatırılarak tedavi edildiğini belirtmektedir. Daha sonra Ankara Trafik Hastanesinde 1 hafta tedavi görmüşse de işitme kaybının düzelmediğini ifade etmektedir. Kendi tanımlamasına göre 1995 ve 1995 tarihlerinde gözaltına alındığında işitme kaybı daha da artmıştır.

İşitme kaybı şikayeti nedeniyle 1996 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB Polikliniğine sevk edilmiştir. 1996 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB Polikliniğine gidebilmesi mümkün olmuş ve burada yapılan odyogram'da saf ses ortalaması sol 100 dB, sağ 43 dB, bulunmuştur. Konuşmayı algılama eşiği NA 55 dB, konuşmayı ayırt etme yüzdesi NA %65'dir. (Odyogram ve tympanometri sonuçları ekte mevcuttur.)

Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapılan tetkikler sonucu exploratif tympanotomi yapılmasına karar verilmiştir. Sol kulak ameliyat edilecek sağ kulağa ise işitme cihazı takılacaktır. Tüm bunların gerçekleştirilebilmesi için 1996 tarihinde randevu verilmiştir.

HASTANIN :
ADI :
SOYADI :
YAŞI :
CİNSİYETİ :

Hasta ifade ettiğine göre çocukluğundan beri sık sık akut bronşit geçirdiği için 1988-89 ve 90 yıllarında İstanbul Tıp Fakültesinde tedavi görmüştür ancak şikayetlerinin tam olarak düzelmediğini söylemektedir.

1992'de tutuklandıktan sonra nefes darlığı şikayeti git gide artmaya başlamış, 9 ay sonra Sağlıkçılar Devlet Hastanesine yatırılarak tedaviye başlanmıştır. Konulan teşhis astım bronşittir. 15 gün hastanede yatırıldıktan sonra nefes darlığı şikayetinin gerilemesi üzerine taburcu edilerek tekrar cezaevine gönderilmiş, ancak yapılan kontrollerinde pnömuni septanarak tekrar Sağlıkçılar Devlet Hastanesine yatırılmıştır. 12 gün süre bir tedaviden sonra taburcu edilmiştir. 1994 sonlarında ise Sakarya Cezaevine sevki gerçekleştirilmiştir. Bu cezaevine gittikten 1,5 ay sonra astım krizi geçirdiğini ve 4-5 defa Sakarya Devlet Hastanesine sevk edildiğini ancak tedavi edilmediğini söylemektedir. Hasta astım krizinin daha da artması üzerine Sakarya Cezaevinden Sağlıkçılar Devlet Hastanesine sevk edilmiştir.

1995 tarihinde doktor tarafından muayene edilmiştir, şikayeti nefes darlığı olup fizik muayenede ekspirium yaygın bilateral ronküsler alınmaktadır. Düzenlenen tedavi oksijen 2 lt/dk., aminocardol 1 ampul, prednol 40 mg. iv sabah, aminocardol 1 ampul, prednol 20 mg iv akşam, Brikanil sprey 3x2, talotren cap. şeklindedir. 1995 tarihinde yapılan ikinci muayenede hastanın genel durumu iyi bulunmamıştır, nefes darlığı devam etmektedir. Solunum sesleri ekspirium uzun ve yaygın weezing alınmaktadır. Prednol 60 mg artırılmıştır, pulmicord sprey 2x2 eklenmiştir. 1995 tarihinde yapılan üçüncü muayenede şikayetlerin devam etmesi üzerine ilave olarak 40 mg prednol yapılmış ancak muayene bulgularında değişiklik olmamıştır. Bunun üzerinde solunum fonksiyon testi ve kan gazlarına bakılması istenmiştir. 1995 tarihinde V.C. %43- FE V1 %25, PEF %15, MEF 75, %16, MEF 50-%12, MEF 25-%16 olan solunum fonksiyon testleri 1995 tarihinde VC %57, FEV1 %44, PEF %32, MEF %29, MEF 50 %24, MEF 25 %28 olarak bulunmuştur. Kan gazları PA O₂ 81 mm Hg, pH 7.42 olarak saptanmıştır.

1995 tarihinde tedavi prednol 40 mg, aminocardol 1 ampul iv sabah, talotren 200 mg akşam, prednol 16 mg tab. 2x1, beklafort sprey 2x2, brikanil sprey 4x2 şeklinde düzenlenmiştir. 1995 tarihinde hastanın genel durumunun iyileşmesi ve nefes darlığının azalması üzerine düzenlenen tedavi ise aminocardol 1 ampul, prednol 20 mg iv sabah, talotren kapsül 200 mg. akşam, prednol tab. 16 mg 2x1, beklafort sprey 2x2, brikanil sprey 4x2 şeklinde düzenlenerek hastanın astım bronşial kriz halinde çıktığı tespit edilmiştir.

1996 tarihinde verilen sağlık kurulu raporunda tanı astım bronşial, obstrüktif ventilasyon bozukluğu şeklinde belirtilmiştir. Hasta şu anda vücutta şişme, ensede sürekli ağrı, terleme, bir gün içinde tansiyonu 80/40 mm Hg'den 150/90 mm Hg'ye kadar değişmesi, halsizlik şikayetlerinde bulunmaktadır. 1996 tarihinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesi Nöroloji ve Göğüs Hastalıkları Polikliniklerine sevk yapılmış ancak götürülmemiştir. tarihlerinde Sağlıkçılar Devlet Hastanesine sevk yapılmış ancak tedavi olamamıştır. Yine ve tarihlerinde Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesine sevk edilmiş ancak götürülmemiştir.

KAYNAKLAR

1. “Ceza İnfaz Kurumları İle Tevkiflerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük”, Resmi Gazete, Sayı 12662, 5. 7. 1967.
2. Mali Yılı Bütçe Kanunu, 28.12.1994 tarih ve 22155 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
3. Mali Yılı Bütçe Kanunu, 26.4.1996 tarih ve 22622 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
4. Mali Yılı Bütçe Kanunu, 26.12.1996 tarih ve 22859 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
5. Mali Yılı Bütçe Kanunu, 27.12.1997 tarih ve 23213 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
6. Adalet Bakanlığı (1997 a), Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personel El Kitabı, Yayın İşleri Dairesi Başkanlığı Eğitim Serisi-3, Ankara.
7. Adalet Bakanlığı (1997 b), Hükümlü ve Tutuklu Rehberi, Yayın İşleri Dairesi Başkanlığı Eğitim Serisi-4, Ankara.
8. Amnesty International (1989), Report of “Turkey-Brutal and Systematic Abuse of Human Rights”.
9. Ankara Tabip Odası Hukuk Bürosu(1988), “Adli Olaylar, Tutukevleri ve Hekimlik”, ATO Bülteni, Sayı 1988/3-4.
10. Argun F. (1990), Cezaevinde İnsan Olmak (derleme), İHD Ankara Şube Yayınları, Ankara.
11. ATOB (1987), “İki Cezaevi Hekimi İle Söyleşi”, Ankara Tabip Odası Bülteni, 1987/9.
12. Baldemir H. (1995), Ölüme Yolculuk, Nam Yayınları, İstanbul.
13. BMA (1996), Guidance for Doctors Providing Medical Care and Treatment to Those Detained in Prison, March 1996.
14. BMA(British Medical Association) (1992), Medicine Betrayed, Zed Books, London.
15. Council of Europe of the Committee of Ministers to Member States (1998), Recommendation No. R (98) 7; “Concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison”.
16. Çalışlar O. (1989), 12 Mart’ tan, 12 Eylül’ e Mamak, Milliyet Yayınları, İstanbul.
17. Çelik N. (1989), Şafak Türküsü, Alan Yayıncılık, İstanbul.
18. ÇHD Ankara Şubesi, Basın Açıklaması, 26.7.1997.
19. Çobanoğlu M.(1996), “Cezaevlerinde Hekim ve Mahkum Sorunları”, Hekimlik ve İnsan Hakları içinde, TTB Yayını, Ankara.
20. DİE (1992), İstatistik Göstergeler 1923-1991, DİE Yayınları, Yayın No 1472, Ankara.
21. DİE (1993), Adalet İstatistikleri-1991, DİE Yayınları, Yayın No 1585, Ankara.
22. DİE (1995), Adalet İstatistikleri-1993, DİE Yayınları, Yayın No 1833, Ankara.
23. DİE (1996), Adalet İstatistikleri-1994, DİE Yayınları, Yayın No 1893, Ankara.
24. DİE (1997), Adalet İstatistikleri-1995, DİE Yayınları, Yayın No 2029, Ankara.

25. DİE (1998), Adalet İstatistikleri-1996, DİE Yayınları, Yayın No 2107, Ankara.
26. DPT (1990), Adalet Hizmetleri, DPT Yayınları, Yayın No 2168, Ankara.
27. DPT (1994), Adalet Reformu, DPT Yayınları, Yayın No 2354, Ankara.
28. Erdoğan İ. ve arkadaşları (1987), Direniş Ölüm ve Yaşam, Haziran Yayınları, İstanbul.
29. Eryüksel M. (tarihsiz), "Doktorlar Paneli Konuşma Metni".
30. Fidaner C. ve Fidaner H. (1987), Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri, Ankara Tabip Odası Yayınları, No. 13, Ankara.
31. Gemalmaz S. (1993), Yaşam Hakkı ve İşkence Yasağı, Kavram Yayınları, İstanbul.
32. Gemalmaz S.(1995 a), Temel Belgelerde İnsan Hakları Usul Hukuku 1, İHD Yayını, Ankara.
33. Gemalmaz S.(1995 b), Temel Belgelerde İnsan Hakları Usul Hukuku 2, İHD Yayını, Ankara.
34. Geyran P.(1995), "Cezaevlerinde Ortaya Çıkan Psikiyatrik Bozukluklar-Ön Çalışma", TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon merkezleri Raporu içinde, TİHV Yayını, Yayın No 11, Ankara.
35. Gökmen E. ve arkadaşları (1998), "Mayıs 1996 Açlık Grevi-Ölüm Orucu Katılımcılarının Klinik Değerlendirmesi", TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1997 içinde, TİHV Yayınları, Yayın No 17.
36. Güvenç Ş. (1996), Bir Açlık Grevinin Anatomisi, Varyos Yayınları, İstanbul.
37. Haklar ve Özgürlükler Platformu (1997), Haklar ve Özgürlüklere Yapılan Saldırıları, Ocak-Mayıs 1997 Raporları.
38. Haziran (1996), Her Anı Eylem Olan 69 Gün, Haziran Yayınları, İstanbul.
39. Helsinki Gözlem Komitesi (1991), Türkiye' de Cezaevleri, İHD İstanbul Şubesi Yayınları 1, İstanbul.
40. Hükümlü Sicil ve müşahede Fişi.
41. Iacopino V. (1996), "Readings Materials for Human Rights and Health Public Health Issues Seminar" Vol I-II, University of California, Berkeley.
42. İHD Aylık Raporları, Ocak-Ağustos 1998.
43. İHD Aylık Raporları, Ocak-Aralık 1996.
44. İHD Aylık Raporları, Ocak-Aralık 1997.
45. İHD Bülteni (1989), "Hükümlü Hastaların Tahliyesi İçin İzlenecek Yol", İnsan Hakları Bülteni, Ağustos-Eylül 1989, Sayı 22-23.
46. İHD Cezaevi Komisyonu (1989), Hasta ve Hastalıklarla İlgili Rapor, mimograf.
47. İHD İstanbul Şubesi Cezaevleri Komisyonu (1990), "Cezaevlerinde Ölüm Kol Geziyor", İnsan Hakları Bülteni, Mart 1990, Sayı 29.
48. İHD İzmir Şubesi Cezaevleri Komisyonu, Basın Açıklaması,1997.

49. İnanç, T. "Ölüm Fermanla Gelir", Kamber Ateş Nasılsın İçinde, İHD Diyarbakır Şubesi, Belge Yayınları, İstanbul.
50. IPW (1995), Report 1995-Conditions for people in prison, Lyon.
51. IPW (International Prison Watch) (1997), "Working document: how to write out a survey about the detention conditions of prisoners", 97 Report Instructions, Lyon.
52. İstanbul Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu (1997), "Cezaevlerinde Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri (Bayrampaşa Cezaevi Pilot Çalışması)" Raporu.
53. İstanbullu K. (1986), Gözaltında Kaybolanlar, Yalçın Yayınları, İstanbul.
54. İşlegen Y. (1996), "Cezaevleri ve İnsan Hakları", Türkiye' de İnsan Hakları Panoraması içinde, İHD Ankara Şubesi Yayını, Ankara.
55. Kahraman A. (1987), Sanık Ayağa Kalk, Milliyet Yayınları, İstanbul.
56. Kara Kitap (1989), Eskişehir ve Aydın Cezaevleri Açlık Grevi Ölüme Sevk, (Derleyenler: Gaye Boraloğlu, Ayşegül Devocioğlu), Ortak Yayın, İstanbul.
57. Kutlu H. (1989), 12 Eylül' ün Cezaevleri, Alan Yayıncılık, İstanbul.
58. Lök V. Ve arkadaşları (1990), "Cezaevi Koşullarında Yapılan Açlık Grevlerinin Hekimler ve Açlık Grevcileri Üzerindeki Etkileri: Bir Pilot Çalışma", Hekimlik ve İnsan Hakları içinde, TTB Yayını, Ankara.
59. Maliye Bakanlığı (1993), Genel ve Adalet Hizmetleri (1980-1993), Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 1993/10, Ankara.
60. Oral Z. (1986), Bir Ses, Milliyet Yayınları, İstanbul.
61. Özkan N. (1986), Cezaevi Cezaevi, Onur Yayınları, İstanbul.
62. Paker M. (1990), "İnsan Hakları Açısından Cezaevi Hekimlerinin Yetkileri, Sorumlulukları ve Yapabilecekleri", Sağlık ve Toplum Sayı 4.
63. PHR (Physicians for Human Rights) (1993), "Prisoner Abuse in US Jail", PHR Record, Summer 1993, Vol VI, No 2.
64. Polat E. (1991) "Gerçeğin Öyküsü", Kamber Ateş Nasılsın içinde, İHD Diyarbakır Şubesi, Belge Yayınları, İstanbul
65. Pounder D. (1997), "Ethical and practical aspects of medical opinions", in Guidelinesfor visits to prisons", Torture, Supplementum No. 1, 1997.
66. Rasmussen O.V. et al (1997), "Ethical and legal aspects of working as a doctor in the Danish prison system", Torture, Supplementum No. 1, 1997.
67. Reyes H. (1997), "Visits to prisoners by the ICRC", in Gudelines for visits to prisons, Torture, Supplementum No. 1, 1997.
68. Reynaud A. (1992), Hapishanelerde İnsan Hakları, (Çeviren: İhsan Kuntbay), TODAİE Yayını, Yayın No 240, Ankara.
69. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (1997), "Yataklı Tedavi Kurumlarında Mahkum Koşulları Durum Analizi" Kasım 1997, Rapor.

70. Sağmalcılar Sağlık Anketi (1986), Sağmalcılar' da yatan tutukluların dilekçesi.
71. Sapan Ö. (1992), Beyaz Ölümün Güncesi, Tümzamanlar Yayıncılık, İstanbul.
72. Sayek F. (1998), Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler(derleme), TTB Yayınları, Ankara.
73. Selçuk İ. (1985), 20.4.1985 Cumhuriyet Gazetesi.
74. Sencer M. (1988), Belgelerle İnsan Hakları, Beta Yayınları, İstanbul.
75. Sorensen B. (1997), "The Report", in Guidelines for visits to prisons, Torture, Supplementum No. 1, 1997.
76. Sorensen B. ve arkadaşları (1997), "Guidelines for visits to prisons", Torture, Supplementum No. 1, 1997.
77. Soyer A. (1989), "Doktorlar İnsan Haklarının Neresinde ?", (Hamdullah Erbil ile söyleşi), ATOB 1989/6, Temmuz-Ağustos.
78. Soyer A. (1990), "Cezaevleri ve Sağlık Koşulları", Demokrat, Kasım 1990.
79. Soyer A.(1991), "Bir Çifte Cezalandırma Yöntemi: Tecrit", Tıp Dünyası, Sayı: 3, Mayıs 1991.
80. Soyer A.(1993), Önce İnsan Olmak- İnsan Hakları, Çevre, Barış ve Hekimlik Üstüne, Belge yayınları, İstanbul.
81. Soyer A. (1994), " 'CMUK Madde 399': Ve Hasta Mahkumlar Nasıl Kurtulur ?", İnsan Hakları Bülteni, Kasım-Aralık 1994, Sayı 69-70.
82. Soyer A. (1995), "Doktorların Çifte Yükümlülüğü", İnsan Hakları Bülteni, Mayıs-Haziran 1995, Sayı 75-76.
83. Soyer A. (1996), Hekimlik ve İnsan Hakları(derleme), TTB Yayını, Ankara.
84. Soyer A. (1997 a), "Cezaevleri ve Sağlık Sempozyumu (I), 17.12.1997 Emek Gazetesi.
85. Soyer A. (1997 b), "Cezaevleri ve Sağlık (2)", 24.12.1997 Emek Gazetesi.
86. Soyer A. (1997 c), "Cezaevleri ve Sağlık (3)", 31.12.1997 Emek Gazetesi.
87. Soyer A. (1998), "Cezaevleri ve Sağlık (4)", 7.1.1998 Emek Gazetesi.
88. Soyer A. ve Balta E.(1996), Hekimlik, Tıbbi Etik ve İnsan Hakları-Uluslararası ve Ulusal Belgeler, TTB Yayını, Ankara.
89. Sungurlu O. (1998), "İnsan Hakları Konusundaki Çalışmalarımız", Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 1998, Sayı 21.
90. Şeşen G. (1991), Tutsak Aileleri, 12 Eylül ve TAYAD, Haziran yayınları, İstanbul.
91. TİHV (1992), Türkiye İnsan Hakları Raporu 1991, TİHV Yayınları, Yayın No 1, Ankara.
92. TİHV (1993), Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi Merkezleri 1990-1992 Raporu, Ankara.
93. TİHV (1994), Türkiye İnsan Hakları Raporu 1993, TİHV Yayınları, Yayın No 4, Ankara.
94. TİHV (1995 a), Türkiye İnsan Hakları Raporu 1994, TİHV Yayınları, Yayın No 10, Ankara.

95. TİHV (1995 b), TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1994, TİHV Yayınları, Yayın No. 11, Ankara.
96. TİHV (1996 a), İşkence Dosyası-Gözetiminde Ya Da Cezaevinde Ölenler (12 Eylül 1980-12 Eylül 1995), TİHV Yayınları, Yayın No 5 (Genişletilmiş 2. Baskı), Ankara.
97. TİHV (1996 b), Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1995, TİHV Yayınları 13, Ankara.
98. TİHV (1997 a), Türkiye İnsan Hakları Raporu 1995, TİHV Yayınları, Yayın No 14, Ankara.
99. TİHV (1997 b), TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1996, TİHV Yayınları, Yayın No 15.
100. TİHV (1997 c), Basın Açıklaması, 9.12.1997.
101. TİHV (1998 a), TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1997, TİHV Yayınları, Yayın No 17, Ankara
102. TİHV (1998 b), 1996 Türkiye İnsan Hakları Raporu, Ankara.
103. TTB Merkez Konseyi Basın Açıklaması, 20.11.1991.
104. TTB Merkez Konseyi, Basın Açıklaması, 16.12.1997.
105. Tuşalp E. (1985), Bin İnsan, Tekin Yayıncılık, İstanbul.
106. Tuşalp E. (1986), Bin Tanık, Dost Yayınevi, Ankara
107. Tuşalp E. (1987), Bin Belge, Dost Yayınları, Ankara.
108. Türker M. (1998), "Türk Cezaevlerinde İnsan Haklarının Korunması için Adalet Bakanlığına Pratik Bir Öneri: Standartlaştırma Yolu İle İyileştirme", Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 1998, Sayı 22.
109. Yağcı Ö. (1984), "Merhaba Ankara", Görülmüştür-Hapishaneden Mektuplar içinde, Yarın Yayınları, Ankara, 1985.
110. Yarın (1986 a), Cezaevleri Gerçeği, Yarın Sayı 59, Temmuz 1986.
111. Yarın (1986 b), Diyarbakır Cezaevinden Bir Tanık, Yarın Sayı 60, Ağustos 1986.
112. Yetkin F. ve Tanboğa M. (1991), Dörtlerin Gecesi-Savunma-, Melsa Yayınları, İstanbul.
113. Yücel C. (1974), Bir Siyasinin Şiirleri, Konuk Yayınları, İstanbul.
114. Zana M. (1991), Bekle Diyarbakır, Doz Yayınları, İstanbul.

-TIBBİ OLGU DOSYA İNCELEMESİ-

Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Teşhis:Sağ Kolon Kanseri

Reşit Kaynar adlı hastaya ait epikrizler incelenmiştir.

Hastaya 1994 yılında "Sağ Kolon Kanseri" teşhisi konulmuş, Numune Hastanesi'nde "Sağ Hemikolektomi + İleotransversostomi" ameliyatı yapılmış.

1995 Aralık ayında derin anemi ve genel durum bozukluğu nedeni ile Numune Hastanesi'ne yatırılmış. "Nüks Kolon Kanseri" teşhisi ile hasta yeniden ameliyat (ince barsak rezeksiyonu) edilmiş. Ankara Onkoloji Hastanesi uzmanlarınca yapılan konsültasyon sonucunda hastaya kemoterapi yapılması uygun görülmüş ve 7 Şubat 1996'da taburcu edilmiştir.

Son duruma ilişkin bilgiler değerlendirildiğinde, nüks ameliyatında çıkarılan materyalin patolojik incelemesinde "Az diferansiye Adenokarsinom" teşhisi konulmuş; her ne kadar uzak metastaz görülme de, TNM sınıflandırmasına göre Evre IV kabul edilmiştir.

Öneriler ve Yorum:

1-Bu durumdaki kolon tümörlerinde adjuvant veya palyatif kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi ve bunların kombinasyonları kullanılmalıdır.

2-Hastaya bu şekilde tedavi programlanmış ve ilk kemoterapi dozu verilmiş olmasına rağmen, hastada splenomegali, anemi, indirekt bilirubin artışı görülmüş, iktet ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk saptanmıştır(Hepatik yetmezlik bulguları).

Ayrıca yapılan tetkiklerde hastanın anti HCV testinin müsbet olduğunun saptanması ve aort lenf bezlerinde büyüme ile karaciğerinde şüpheli lezyon görülmesi (metastazı düşündüren), aktif veya aktif-kronik hepatit C teşhisinin göstergesidir.

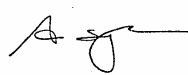
Bu durumda kemoterapinin, ancak hastanın bir hastanede gastroenteroloji kliniğine yatırılarak, hepatit hastalığının hangi klinik fazda olduğunun tesbitinden sonra, tıbbi onkologlar ile gastroenterologların konsültasyonu ile yapılması gerekir.

3-Hiçbir şekilde cezaevi koşullarında yapılamayacak bu tedavinin hastane koşullarında yapılabilmesine olanak veren yasa maddesi ise C.M.U.K. 399 maddedir. Bu madde gereği hastanın tedavisi bir an önce başlatılmazsa, hastalığın prognozu oldukça olumsuz olacaktır.

Dr.Füsün Sayek
Göz Uzmanı



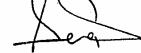
Dr. Ata Soyer
Radyoloji Uzm.



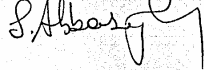
Dr. Eriş Bilaloğlu
Biyokimya Uzmanı



Dr. Sezai Berber
Psikiyatri Uzmanı



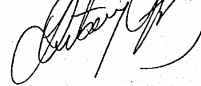
Dr. Sedat Abbasoğlu
Pratisyen Hekim



Dr. Muhafrem Baytemür
Pratisyen Hekim



Dr. Gülseren Azak
Pratisyen Hekim





TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ
Başkanlığı

ANKARA ,

RAPOR

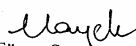
Adı-Soyadı :
Yaşı :
Adresi :
Teşhisi :Sağ Bronş Ca.


“Sağ Bronş Ca” teşhisi ile 15.5.1997 tarihinde, İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi’nde “sağ pnömonektomi” yapılmış, hastanın 12.5.1997 giriş-30.5.1997 çıkış tarihli epikrizi tıbbi onkolog, radyasyon onkologu, göğüs cerrahisi ve göğüs hastalıkları uzmanından oluşan bir kurul tarafından incelenmiştir.


1-Epikrizde ifade edilen değerlendirmelere göre, hastanın tümörü histopatolojik olarak Evre I(T2N0M0) olarak kabul edilmiştir. Sağ pnömonektomi sonucu, tümörün “orta derecede differansiyel skuamöz Ca” olduğu, lenf nodlarında metastaz ve cerrahi sınırdaki tümör saptandığı belirtilmiştir.


2-Yapılan tedavi(pnömonektomi) yeterli bir tedavidir. Ancak, ilk yıl iki ayda bir, ikinci yıl dört ayda bir nüks yönünden kontrolü gerekir. Ayrıca, ameliyat sonrası solunum kapasitesi kontrol edilerek, bu yönden tedavi planlanmalıdır. Ek olarak, bilgisayarlı beyin tomografisi ve kemik sintigrafisi yapılmalı, uzak metastaz taraması tamamlanmalıdır.

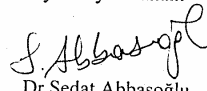
3-Hastanın bu durumu, cezaevi koşullarında bulunmasına engeldir. Gerek izlemelerin yapılması, gerekse tedavi ve bakımın sürdürülmesi, cezaevi ortamının dışında yapılmalıdır. Eksik kalan tetkikler bir an önce tamamlanmalı ve bir onkoloji kliniği ile bağlantılı göğüs cerrahisi merkezinde tedavisi planlanmalıdır.



Dr.Füsün Sayek
Göz Uzmanı



Dr.Eriş Bilaloğlu
Biyokimya Uzmanı


Dr. Ata Söyer
Radyoloji Uzmanı


Dr.Sezai Berber
Psikiyatri Uzmanı


Dr.Sedat Abbasoğlu
Pratisyen Hekim


Dr.Muharrem Baytemür
Pratisyen Hekim


Dr.Gülseren Azak
Pratisyen Hekim

T. C.
Sağlık Bakanlığı
Hastanesi

**SAĞLIK KURULU
RAPORU**

Rapor No. : 3041

Tarih: 16 / 09 / 1987

Soyadı, Adı : _____ Baba Adı : _____

Doğum Yeri ve Tarihi : Diyarbakır-1968

Görevi ve Çalıştığı Kurum : _____

Sicil No. : _____

Rapor istek Nedeni : Hastalık için

Sevk Eden Kurum : _____

Sevk Belgesi Tarihi ve No. : _____

Sevk Eden Klinik veya Uzman : _____

Boy : _____ Kilo : _____

Klinik Bulgular : Alt ekstremitelerde hiçbir aktif hareket, duyu yok.
Hafif Spastisite mevcut.

Röntgen Bulgular : _____

Laboratuvar Bulgular : _____

Tanı : Paraleji (Post Travmatik) + Spastik Nörojenik Mesane

Karar : Hastalığı devamlıdır, Tek başına hayatını idame ettiremez, Durumu bildirir rapordur.

Dahiliye Uzmanı : ~~Gerrahi~~ Uzmanı : ~~F B S~~ Uzmanı

Dr. ~~Sevdal Birman~~ Dr. ~~Recep Baranda~~ Dr. ~~Mihat Üren~~

Uzmanı : ~~Öz Hast~~ Uzmanı : ~~Bavliye~~ Uzmanı

Dr. ~~Ali Üsten~~ Dr. ~~Alim Kesici~~

Kurul Başkanı

Dr. ~~Fatih Salman~~ Dr. ~~Fatih Salman~~
Nöroloji Uzmanı

Not : Hastalık durumunda kısaca klinik bulgularla kararı etkileyen röntgen ve laboratuvar bulguları, sağlam raporlarında ise bulgular bölümlerine « Sağlam » yazılacaktır.

T. C.
Sağlık Bakanlığı

..... Hastanesi

**SAĞLIK KURULU
R A P O R U**

Rapor No. :

Soyadı, Adı : Baba Adı :

Doğum Yeri ve Tarihi : Diyarbakır-1963

Görevi ve Çalıştığı Kurum :

Sicil No. :

Rapor istek Nedeni : Hastalık için

Sevk Eden Kurum :

Sevk Belgesi Tarihi ve No. :

Sevk Eden Klinik veya Uzman :

Boy : Kilo :

Klinik Bulgular : Alt ekstremitelarda hiçbir aktif hareket, duyu yok.
Hafif Spastisite mevcut.

Röntgen Bulgular :

Laboratuvar Bulgular :

Tanı : Parapleji (Post Travmatik) + Spastik Nörojenik Mesane

Karar : Hastalığı devamlıdır. Tek başına hayatını idame ettiremez. Durumu bildirir rapordur.

Dahiliye Uzmanı Cerrahi Uzmanı K B S Uzmanı
Dr. Sevdal Birman Dr. Recep Baranda Dr. Mihat Ünen
..... Uzmanı Gen Hast. Uzmanı Bavliye Uzmanı
Dr. Ali Çatın Dr. Salim Keserici

Kurul Başkanı
Dr. Faruk Salman Dr. Ali Çatın

Asabiye Uzmanı

Not : Hastalık durumunda kısaca klinik bulgularla kararı etkileyen röntgen ve laboratuvar bulguları, sağlam raporlarında ise bulgular bölümlerine « Sağlam » yazılacaktır.



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ
Başkanlığı

ANKARA,

RAPOR

Adı-Soyadı :
Yaşı :
Tanı : Karaciğer Sirozu

Hasta ile ilgili kayıtlar incelendiğinde Hepatit B virüsüne bağlı Karaciğer Sirozu tesbit edilen Selami Çenik, bu hastalığın bir komplikasyonu olan Gastro İntestinal Kanama (G.I.S.) ile hastaneye yatırılmıştır.

Siroz hastaları; karaciğerdeki hasarın derecesine göre sıklıkla G.I.S. kanaması, karaciğer koması, enfeksiyonlar ve karaciğer tümörü gibi komplikasyonlarla karşı karşıya gelmekte ve kısa sürede kaybedilmektedirler. Siroz hastalığı ilerleyici bir hastalık olup, bugün için Karaciğer Transplantasyonu dışında kesin bir tedavisi yoktur. Karaciğer Transplantasyonu da ancak belirli şartlarda ve yurt dışında bile belirli merkezlerde, çok seçilmiş vak'a gruplarına uygulanabilmektedir.

Hasta Selami Çelik, hastalığının bir komplikasyonu olan G.I.S. kanaması ile karşı karşıya gelmiştir. Bu tür hastalar %45-50 civarında Portal Hipertansiyon (P.H.) sonucunda gelişen özefagus varislerinden, %50 oranında da varis dışı ülser, Portal Hipertansif Gastropati vb. gibi nedenlerden dolayı kanamalar ve hastalarda kanamalardan doğan mortalite oranda %50 gibi yüksek derecelerde bildirilmektedir. Bu nedenle varis kanaması geçiren bir hastanın mutlaka hastanede tedavisi gerekmektedir. Ayrıca, ilk kanamanın tedavisiyle durdurulmasından sonra da kanamanın tekrarlama olasılığı %60-80 gibi çok yüksek oranlardadır. Tıbbi Endoskopik ve Cerrahi yöntemlerle nüks kanamaları önlenmeye çalışılmalıdır. Bu amaçla kanama geçirmiş her siroz hastasında, mutlaka kanama odağının iyi araştırılması ve P.H.'nin değerlendirilmesi amacıyla Splenoportografik incelemenin yapılması zorunludur. Tıbbi ve Endoskopik yöntemlerle kanamanın durdurulmadığı hallerde hastalar cerrahiye verilmektedir. Cerrahiden önce de mutlak surette karaciğer kan akımının görüntülenmesi, Portal basıncın tesbit edilmesi ve Portal damar yatağının Splenoportografik tetkikler araştırılması gerekmektedir ve bu inceleme hasta için hayati önem taşımaktadır.

Bu nedenlerle hasta Selami Çelik'in ikinci bir kanama riski altındaki hastanın, bu koşullarda splenoportografik tetkikin yapılabileceği, Gastroenteroloji ve Gastroenteroloji Cerrahiden birlikte bulunduğu bir merkezde incelenmesi gerekir.

Dekompanse Karaciğer Sirozu olan, ikinci bir kanama riski altındaki hastanın, bu koşullarda cezaevinde 24 saat bile yatmasının hayati riski olduğunu ve derhal cezaevinden çıkartılması gerektiği kanaatine varmış bulunmaktayız.

Dr.Füsun Sayek
Göz Uzmanı

Dr.Eriş Bilaloğlu
Biyokimya Uzmanı

Dr. Ata Soyer
Radyoloji Uzmanı

Dr.Gülşay Temuçin
Gastroenteroloji Uzm.

Dr.Aysel Ülker
Gastroenteroloji Uzm.

Dr.Sezai Berber
Psikiyatri Uzmanı

Dr.Sedat Abbasoğlu
Pratisyen Hekim

Dr.Muharrem Baytemür
Pratisyen Hekim

Dr.Gülşeren Azak
Pratisyen Hekim

T.C.
EGE UNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Sağlık Kurulu Raporu

Rapor No.

898 - 6381

Tarih : 25.8.1992

Prot. No. :

Adı ve Soyadı	
Doğum Yeri ve Tarihi	
Görevi	
Gönderen Kurumun Adı	
Muayene Tarihi	
Hastalık Bulguları	1989 da izmir Devlet Hastanesinde Behcet Hastalığı tanısı konmuş. 28.8.1991 de inoperabl nazofarinks kanseri tanısı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoterapi Ana Bilim Dalında 36 kür Radyoterapi uygulanmış. Ekim 1991 de kemoterapiye başlandı ve halen 3 haftada bir devam etmektedir
TANI	1. INOPERABL NAZOFARINKS KANSERİ 2. BEHCET HASTALIĞI
Sonuçlar ve Karar	Hastanın hastalığı geçici olmayıp sürekli dir. Omür boyu tedavi görmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Gürbüz GÜMÜŞDİŞ
İç Hastalıkları Ana
Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Mehmet TUZUN
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Candeğer YILMAZ
Öğretim Üyesi

ONAY
Prof. Dr. Erkan SEVİNÇ Y.
Başhekim Yardımcısı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
Sağlık Kurulu Raporu

Rapor No : 91/18 - 5166

Tarih : 12.8.1991.....

Adı ve Soyadı	
Doğum Yeri ve Tarihi	
Görevi	
Gönderen Kurumun Adı	KAPALI CEZAEVİ VE TEVKİF MÜDÜRLÜĞÜ BUCA
Muayene Tarihi	12.8.1991
Hastalık Bulguları	Nazofarenks posterior superior duvardan orta hatta ilerleyen çevredeki normal zeminden 0,5 cm kadar kabarıklık gösteren 1,5x1 cm kitle izlendi. Hasta radyoterapisinin 10 cu gününde olduğu için kitle hafif radyomukozit ile kaplıdır. BT de 1x1,5 cm lobüle konturlu inhomojen kitle lezyonu görülmektedir. Çevre kas ve kemik yapılarına invazyon yoktur.
TANI	Nazofarenks Adenoid Kistik Cansinom (İzmir Devlet Hastanesi 4468/91)
Sonuç ve Karar	Hastanın radyoterapisinin tamamlanması, tedavi sonunda kemoterapi için değerlendirilmesi ve periyodik kontrollerinin yapılması uygundur.

Başkan
Doç.Dr. Ayfer HAYDAROĞLU
Radyasyon Onkolojisi A.B.D. Başk. Üyesi

Üye
Doç.Dr. Necip SERTATIL
Hastane İnceleme Onk. Serv. K.B.S. Has. A.B.D. Öğr. Üyesi

Üye
Doç.Dr. Remide ARKUN
Radyodiagnostik A.B.D. Öğr. Üyesi

Üye
Prof.Dr. Alphan CURA
E.Ü.T.F. Hastanesi Başhekim

T. C.
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
Ceyhan Devlet Hastanesi

SAĞLIK KURULU RAPORU

Rapor No.

635

Tarihi: 20/9/1987

Soyadı Adı

Baba Adı Hırsan

Doğum Yeri ve Tarihi

Görevi ve Çalıştığı Kurum

"Kapalı Ceza evinde Hükümen Tutuklu

Sicil No.

Rapor istek nedeni Hastalığı nedeniyle

Sevk eden kurum Ceyhan C. Seveçlinin 15.9.1987 tarih ve 1987/2-10421 sayılı yazıları ile

Sevk belgesi tarihi ve No.

Sevk eden klinik veya uzman

Boy

Kilo

Klinik bulgular Nöroloji normal Göz Sağlam K.B.B. Sağlam Dahiliye "Astanın reviri olan bir yerde bulunması uygun Post travmatik göğüs deformasyon Hariciye 6-7-8-9-10 kost. yapıklık rustul solunum yetmezliği" kılı uygundur.

Röntgen Bulgular

Laboratuvar bulgular

Tanı

Karar Reviri bulunan bir merkezde kalması uygundur.

Hariciye Uzmanı	Göz Hastalıkları Uzmanı	K.B.B. Uzmanı
Dr. Civan Koca	Dr. H. Ali Güler	Dr. Hikmet Erdem
Dahiliye Uzmanı	Nöroloji Uzmanı	
Dr. Adem Yurt	Dr. Ali Yurt	

Kurul Başkanı

Dr. H. İbrahim Eren

Başsavcı

Dr. H. İbrahim Eren